

VA TUTTO BENE



GIOCO. STIGMA.
MALATTIA MENTALE.



MARTINA MARINI

Relatore: Maresa Bertolo

Correlatore: Ilaria Mariani

Politecnico di Milano

Scuola del Design

Design della Comunicazione

Laurea Magistrale a.a. 2015/2016

Matricola 822955

Not all who wander are lost.

A me stessa,
Alle anime gentili,
Alle lezioni che mi hanno formata.



Index

INDICE DELLE FIGURE	P. 11
INTRODUZIONE	P. 17
GLOSSARIO	P. 19
APPENDICE	P. 142
BIBLIOGRAFIA	P. 157

CAPITOLO 1:

IL GIOCO

1.0 Il gioco: introduzione	P. 24
1.1 Il gioco e i primi game studies	P. 25
1.2 Il gioco come sistema e attività	P. 26
1.3 Perché giochiamo: felicità e apprendimento	P. 27
1.4 Il cerchio magico	P. 32
1.5 Giochi per educare	P. 34
1.5.1 Serious Games, Persuasive Games e Games For Social Change	P. 37
1.6 Il gioco come simulazione	P. 41
1.7 La retorica procedurale	P. 44
1.7.1 Un approccio nascosto	P. 47
1.8 Va tutto bene: simulazione, storytelling e “reflective dialogue”	P. 48

CAPITOLO 2:

LO STIGMA SOCIALE E LE MALATTIE MENTALI

2.0 Normalità, stigma sociale e malattie mentali	P. 52
2.1 Stigma e malattie mentali: dal pregiudizio all'azione	P. 53
2.1.2 I pregiudizi più diffusi	P. 55
2.2 I dati: la diffusione della malattie mentali	P. 59
2.3 Lo stigma nelle narrazioni collettive: stigma visivo e media studies	P. 60
2.3.1 La malattia mentale dal medioevo all'età moderna	P. 61
2.4 Le rappresentazioni contemporanee	P. 61
2.4.1 Cinema, audiovisivi e malattia mentale: una storia lunga un secolo	P. 64
2.4.2 Stereotipi negativi e descrizioni troppo positive	P. 65
2.4.3 Cinema contemporaneo e malattia mentale: due esempi	P. 70
2.5 I social media e lo stigma	P. 74
2.6 La malattia mentale nel panorama videoludico contemporaneo: una breve panoramica	P. 78
2.7 Giochi per empatizzare, capire e accettare	P. 78
2.7.1 Giochi come campi d'allenamento per la psiche	P. 81
2.7.2 Vestire i panni di una persona che soffre di una malattia mentale	P. 83

CAPITOLO 3:

I DISTURBI DELLA PERSONALITÀ

3.0 I disturbi della personalità	P. 92
3.1 Definizioni	P. 92
3.1.2 Personalità: tratti e disturbi	P. 94
3.2 Cure e terapie	P. 96
3.3 Le cause: fattori biologici	P. 97
3.3.1 Le cause: fattori psicologici	P. 98
3.3.2 Le cause: fattori sociali	P. 99
3.3.3 L'ambiente moderno e i disturbi di personalità	P. 99
3.4 La comorbidità	P. 100
3.5 I disturbi del gruppo A	P. 103
3.5.1 Il disturbo paranoide	P. 103
3.5.1 Il disturbo schizotipico e il disturbo schizoide	P. 105
2.6 I disturbi del Gruppo B	P. 107
2.6.1.1 Il disturbo borderline di personalità	P. 107
2.6.2 Il disturbo narcisista di personalità	P. 112
2.6.3 Il disturbo istrionico di personalità	P. 114
2.6.4 Il disturbo antisociale di personalità	P. 115
2.7 I disturbi del gruppo C	P. 116
2.7.1 Il disturbo evitante di personalità	P. 116
2.7.2 Il disturbo dipendente di personalità	P. 117
2.7.3 Il disturbo ossessivo compulsivo di personalità	P. 119

CAPITOLO 4:

VA TUTTO BENE

4.0 Motivazioni e obiettivi	P. 124
4.1 Contesto narrativo	P. 125
4.2 Il titolo: Va Tutto Bene	P. 126
4.3 Il gioco: elementi, meccaniche, obiettivi	P. 126
4.3.1 Le azioni del giocatore	P. 127
4.3.2 I personaggi	P. 128
4.4 Gameplay	P. 129
4.4.1 La plancetta della mente	P. 132
4.4.2 Eventi, sintomi e scuse	P. 132
4.4.3 Giocare una Carta Aiuto	P. 134
4.4.4 Condizioni di vittoria e fine partita	P. 134
4.5 A chi è rivolto	P. 135
4.6 Elementi visivi e progettazione	P. 135
4.7 il playtest	P. 136
4.7.1 le reazioni dei giocatori e le considerazioni del designer	P. 137
4.8 Sviluppi futuri	p. 138



Indice delle figure

CAPITOLO 1

- FIGURA 1:** P. 27
Una stampa d'epoca che ritrae dei bambini che giocano a criquet
- FIGURA 1.2:** P. 30
Il fenomeno del flusso secondo Csikszentmihaly
- FIGURA 1.3:** P. 34
Gli interni di una casa delle bambole risalente al XVII secolo.
- FIGURA 1.4:** P. 39
The Landlord's game
- FIGURA 1.5:** P. 40
Un singolo episodio di *The Sims 4* (Maxis, 2014)
- FIGURA 1.6:** P. 46
Alcune immagini tratte da *The Mcdonald's Videogame*

CAPITOLO 2

- FIGURA 2:** P. 54
Il funzionamento dello stigma
- FIGURA 2.1:** P. 57
I circoli viziosi dello stigma
- FIGURA 2.2:** P. 59
La diffusione della malattia mentale secondo *The World Health Report 2001*, e in Europa secondo Wittchen et Jacobi (2005)
- FIGURA 2.3:** P. 61
La casa de locos di Goya (1812)
- FIGURA 2.4:** P. 63
Una donna fotografata da Hugh Diamond: un ritratto dal manicomio di Salpêtrière; Norman Bates, serial killer da *Psycho* (1962);

Hannibal Lecter da *The Silence of the lambs* (1991)

FIGURA 2.5: P. 65

Il serial killer "Buffalo Bill" in *The silence of the lambs* (1991),

FIGURA 2.6: P. 66

Due immagini tratte da *Dexter*(2013) e *Desperate Housewives*(2012)

FIGURA 2.7: P. 69

Un'immagine tratta da *Silver linings Playbook*, in cui il protagonista vede il suo terapeuta

FIGURA 2.8: p. 72

Captain fantastic (2016) e *Split* (2016)

FIGURA 2.9: p. 73

Alcune immagini tratte da diverse campagne di sensibilizzazione

FIGURA 2.10: P. 76

Uno screenshot di una delle versioni "corrette" del meme promosso da TruthTheory.com

FIGURA 2.11: P. 79

Il personaggio di Cicero in *Skyrim*.

FIGURA 2.12: P. 81

Un ragazzino testa *Mindlight* alla Redboud University, una delle visioni all'interno delle menti dei pazienti di *Nevermind*

FIGURA 2.13: P. 83

Un'immagine tratta da *The Cat Lady*

FIGURA 2.14: P. 85

Un'immagine promozionale di *Actual Sunlight*

FIGURA 2.15: P. 87

Due momenti di una partita di *Elude*: la scalata verso il cielo e il momento depressivo

FIGURA 2.16: P. 89

un fermo immagine da *Anxiety attack*, che ritrae il momento più difficile dell'attacco di panico

FIGURA 2.17: P.91

Un'immagine promozionale di *Hellblade*

CAPITOLO 3

- FIGURA 3:** P. 97
I tratti di personalità e il legame con le cause dei disturbi della personalità
- FIGURA 3.1:** P. 99
La malattia mentale rappresentata in un'opera di Christian Hopkins
- FIGURA 3.2:** P. 103
La depressione rappresentata in un'opera di Christian Hopkins
- FIGURA 3.3:** P. 104
La depressione rappresentata in un'opera di Christian Hopkins
- FIGURA 3.4:** P. 109
Un'immagine tratta da *Taxi Driver* (1976), il cui protagonista, secondo Hyler e colleghi, alcuni tratti schizotipici.
- FIGURA 3.5:** P. 113
Marsha Linehan
- FIGURA 3.6:** P. 116
Un'immagine tratta da *Girl, interrupted*, che mostra le due protagoniste, diagnosticate con un disturbo antisociale e borderline
- FIGURA 3.7:** P. 122
Un'immagine che rappresenta metaforicamente il disturbo ossessivo compulsivo.

CAPITOLO 4

- FIGURA 4:** P. 127
Un'immagine tratta da *Black Mirror* (2011-2017), serie televisiva ambientata in un futuro distopico
- FIGURA 4.1:** P. 131
I quattro personaggi
- FIGURA 4.2:** P. 133
Il diagramma di flusso dal punto di vista del giocatore
- FIGURA 4.3:** P. 134
La Plancetta della Mente
- FIGURA 4.4:** P. 135
Il retro delle Carte Aiuto e Evento
- FIGURA 4.5:** P. 138
Le icone delle tre categorie delle Carte Evento e Sintomo
- FIGURA 4.6:** P. 139
Uno dei primi game test, quando il progetto era ancora in fase prototipale

La tesi che presento si colloca nell'ambito dei Game Studies, analizzando il gioco e come esso si relaziona al disturbo mentale, ma anche dell'utilizzo della narrazione come mezzo per l'apprendimento in virtù dei punti in comune con il gioco. (ho tolto la virgola)

Questa ricerca nasce dalla curiosità e dall'insofferenza: curiosità per un tema terribile e bistrattato come quello della malattia mentale, insofferenza per l'enorme mole di informazioni e chiacchiere che riguardano questa tematica, le quali sono spesso incomplete, confuse o contraddittorie. L'esigenza di approfondire il tema nasce quindi dalla volontà di mettere ordine in questo mare nostrum di informazioni e giudizi confusi, vista peraltro l'altissima diffusione dei disturbi mentali nella società attuale e la mancanza, nel contempo, di un'adeguata informazione scientifica in proposito.

La trattazione si sviluppa in quattro capitoli, presentano la ricerca teorica sulla quale si è basata la progettazione dell'artefatto ludico nei primi tre capitoli e riservando all'ultimo la descrizione dell'artefatto stesso.

Nel primo capitolo si parla di gioco, della sua importanza nell'esistenza umana e di giochi persuasivi. Questa ricerca e l'artefatto che ne interpreta i risultati trattano un tema delicato, quello della percezione sociale della malattia mentale e di come essa abbia effetti importanti sulla vita di chi ne è affetto. Sebbene un approccio ludico a un tale problema sia una soluzione già adoperata (Rusch, 2011), ho trovato importante analizzare e spiegare perché tale approccio può essere più utile e indicato nella trattazione di una tematica così controversa, che come si vedrà in seguito, non solo presenta dei pregiudizi sulla malattia mentale ma anche sul gioco stesso.

Il secondo capitolo tratta dello stigma che circonda la malattia mentale: si parte da una breve definizione di stigma e per poi approfondire come si sviluppa lo stigma che riguarda i disturbi della mente, quali sono le sue conseguenze e quali sono le rappresentazioni e le narrazioni condivise che lo alimentano o lo attutiscono. Alla fine del capitolo l'accento torna sui giochi, poiché nei racconti e nei personaggi tratti dai più svariati progetti ludici si trovano spesso pregiudizi e stereotipi che contribuiscono allo stigma. L'ultima parte del capitolo due è infine dedicata ai serious game e ai game for social change che invece si propongono di affrontare la problematica dello stigma o di aiutare coloro che soffrono di malattie mentali nella gestione di alcuni sintomi.

Il terzo capitolo indaga un'ampia branca della malattia mentale: i disturbi della personalità, per l'appunto la categoria di disturbi trattata in maniera approfondita nel progetto e scelta per rappresentare il grande insieme delle malattie mentali. Il capitolo definisce il concetto di personalità, i suoi tratti ed i suoi disturbi, proponendo descrizioni ed esempi di vario tipo.

Il quarto capitolo descrive infine il progetto analizzando le dinamiche, il contesto narrativo che propone, le domande che solleva e le reazioni dei tester durante le varie sessioni di gioco.

La trattazione presenta inoltre un glossario, che ha il compito di aiutare la comprensione di termini scientifici tipici della psicologia e della psichiatria, evitando il rischio che il lettore si smarrisca all'interno di essi. I rimandi al glossario sono rintracciabili all'interno del testo attraverso l'utilizzo del simbolo **X**.



Glossario

X ATTACCO DI PANICO

episodio acuto di ansia caratterizzato da tensione emotiva e terrore intollerabile che ostacola un'adeguata organizzazione del pensiero e dell'azione. Il panico è accompagnato da turbe vegetative, quali ipersudorazione, pallore, palpitazioni, dispnea e tremore. Una crisi di panico può esprimere un'intensa reazione emotiva che si riferisce o a un pericolo reale o a tensioni interne avvertite come minacciose.

X ANSIA SOCIALE

la paura intensa e pervasiva di trovarsi in una particolare situazione sociale, o di eseguire un tipo di prestazione, che non siano, a chi ne è affetto, familiari e da cui possa derivare la possibilità di subire un giudizio altrui.

X COGNIZIONE

si intende con cognizione la visione delle funzioni psicologiche di un individuo secondo l'information processing, "l'elaborazione dei dati": con "cognitivo" si intende un processo (psichico/mentale) mediante il quale "un organismo acquisisce informazioni sull'ambiente e le elabora a livello di conoscenze in funzione del proprio comportamento". Le funzioni psicologiche "cognitive" comprendono quindi l'attenzione, la memoria, la produzione e la comprensione del linguaggio, l'apprendimento, il ragionamento, il problem solving e il processo decisionale.

X COMPORTEMENTO:

in psicologia si intende il complesso coerente di atteggiamenti assunti in reazione a determinati stimoli, o l'attività di un soggetto nelle sue manifestazioni. Fondamentale campo di analisi per la psicologia da quando, specialmente in rapporto ai contributi del behaviorismo e della riflessologia, la psicologia si definì come psicologia oggettiva.

X DISADATTIVO O MALADATTIVO O DISFUNZIONALE:

comportamento che compromette il normale adattamento e funzionamento della persona.

X DISTURBO O MALATTIA MENTALE

È un'affezione patologica che colpisce la sfera cognitiva, affettiva, comportamentale o relazionale di una persona in modo disadattivo ovvero sufficientemente forte da rendere problematica la sua integrazione socio-lavorativa e/o causargli sofferenza personale soggettiva. Quando il disturbo diventa particolarmente importante, durevole o invalidante si parla spesso di malattia mentale. Le malattie mentali sono dunque alterazioni psicologiche e/o comportamentali relative alla personalità dell'individuo che causano pericolo o disabilità e non fanno parte del normale sviluppo psichico della persona.

X EMOZIONE

Le emozioni sono stati mentali e fisiologici associati a modificazioni psicofisiologiche, a stimoli interni o esterni, naturali o appresi. In termini evolutivi, la loro principale funzione consiste nel rendere più efficace la reazione dell'individuo a situazioni in cui si rende necessaria una risposta immediata ai fini della sopravvivenza, reazione che non utilizzi cioè processi cognitivi ed elaborazione cosciente.

X EMPATIA

Vicinanza emotiva, atteggiamento di partecipazione e comprensione nei confronti dell'altro, mettendo da parte le preoccupazioni e i pensieri personali, ogni polarità affettiva (simpatia, antipatia) e ogni giudizio morale.

X PSICOSI

una tipologia di disturbo psichiatrico, espressione di una severa alterazione dell'equilibrio psichico dell'individuo, con compromissione dell'esame di realtà, frequente assenza di insight, e frequente presenza di disturbi del pensiero come deliri ed allucinazioni

X PSICOTERAPIA

Branca specialistica della psicologia che si occupa della cura di disturbi psicopatologici di diversa gravità, che vanno dal modesto disadattamento all'alienazione profonda, e che possono manifestarsi in sintomi di diversa natura, tali da nuocere al benessere di una persona, ostacolandola e causando disabilità.

X SALUTE MENTALE

Il concetto di salute mentale si riferisce ad una condizione di normalità, benessere e/o equilibrio di tipo affettivo, emotivo, neurobiologico, del tono dell'umore, cognitivo e comportamentale; il costrutto si presta però difficilmente ad una definizione univoca e condivisa: per l'Organizzazione mondiale della sanità, non esiste una definizione "ufficiale" del concetto di salute mentale. L'ambito di riferimento è la psichiatria, la psicologia clinica e la sociologia

X SENTIMENTO:

Con il termine sentimento si intende, generalmente, la capacità di provare emozioni in modo consapevole. A differenza dell'emozione, il sentimento presenta una minore intensità e una maggiore durata.

X UMORE:

Stato emotivo relativamente lungo. L'umore differisce dalle emozioni e dai sentimenti per essere meno specifico, meno intenso e per la minore probabilità di essere scatenato da un particolare stimolo o evento. L'umore ha generalmente una valenza positiva o negativa: colloquialmente si parla di buon umore e cattivo umore; uno stato umorale può durare per ore, giorni o anche più.



CAPITOLO 1:

IL GIOCO

- 1.0 Il gioco: introduzione
- 1.1 Il gioco e i primi game studies
- 1.2 Il gioco come sistema e attività
- 1.3 Perché giochiamo: felicità e apprendimento
- 1.4 Il cerchio magico
- 1.5 Giochi per educare
 - 1.5.1 Serious Games, Persuasive Games e Games For Social Change
- 1.6 Il gioco come simulazione
- 1.7 La retorica procedurale
 - 1.7.1 Un approccio nascosto
- 1.8 Va tutto bene: simulazione, storytelling e “reflective dialogue”

1.0 INTRODUZIONE

Il percorso di questa tesi mette in relazione fra loro elementi fra loro molto diversi, come la malattia mentale, la percezione della stessa e il gioco, tematiche vaste e lontane fra loro, ma collegate dalla possibilità di costruire e sfruttare un artefatto ludico per sensibilizzare i giocatori e migliorare la percezione stigmatizzata della malattia mentale.

Prima di entrare in merito a casi studio ed esempi di giochi che sono stati concepiti e realizzati con l'obiettivo di sensibilizzare rispetto a temi complessi come la depressione, le disabilità e le malattie mentali, ho considerato utile trattare la teoria del gioco e dell'importanza che esso ha sempre avuto nella vita dell'uomo.

Di seguito si esamina quindi l'ambito scientifico dei game studies e i suoi fondamenti teorici, si propone una riesamina delle definizioni di gioco che vari studiosi hanno dato negli anni al fine di spiegare come un artefatto ludico possa portare l'utente ad una maggiore comprensione di realtà a lui potenzialmente estranee e cornici culturali diverse dalla propria.

1.1 IL GIOCO E PRIMI GAME STUDIES

Esaminando il concetto di "gioco" e le idee spesso associate ad esso, non si può non fare riferimento all'idea diffusa che i giochi siano un momento tipico dell'infanzia e uno spreco di tempo se praticati nell'età adulta (Fink, 1957). Nel primo capitolo del saggio *Game design, gioco e giocare tra teoria e progetto* (2014), questo tema è affrontato da subito: si identifica dunque questo approccio prevenuto e svalutante, che nel saggio è definito "compatto dispositivo dequalificante", secondo un termine coniato da Fink, nei confronti del gioco adulto. Infatti, secondo il filosofo e fenomenologo tedesco, a causa di una serie di motivi di natura sociologica, culturale e religiosa, nei secoli il gioco ha smesso di essere considerato un'attività necessaria e naturale ed è diventato una "perdita di tempo" secondo una diffusa concezione per la quale nella vita adulta non vi debba essere spazio per attività ludiche, ma sia invece opportuno concentrare tutta la propria vita sul lavoro e sulla famiglia. Nonostante questa considerazione avversa e diffusa all'attività e alla tematica del giocare, il gioco è ormai riconosciuto come fondamentale attività culturale umana, in quanto portatore di benessere e socialità, ma anche sistema di apprendimento e di comunicazione, e infine utile strumento per il cambiamento sociale. Questo riconoscimento è dovuto a molteplici studi che negli anni hanno approfondito gli aspetti del gioco in modo multidisciplinare: numerosi sono gli studi che riguardano la tematica del gioco e del giocare, ricerche provenienti da campi diversi che comprendono la sociologia, la psicologia, la semiotica e l'antropologia. È così nata una branca del sapere definita *Game Studies*, che studia il funzionamento e le relazioni fra uomini e giochi. L'autore fondamentale che ha dato il via a questi studi è stato lo storico e antropologo olandese Johan Huizinga, il primo studioso a svicolare il gioco dall'etichetta di attività propria solamente

dell'infanzia, trattando il tema nel suo impatto nella creazione e nella ritualità della cultura della vita adulta e riconoscendolo come elemento basilare in ogni forma culturale.

Nel 1938 Huizinga pubblica *Homo ludens*, un testo fondamentale che tratta il gioco in maniera sistematica, considerandolo come l'attività culturale più importante per l'evoluzione umana. Lo studioso sottolinea il fatto che il gioco sia un'attività spontanea, un fattore "preculturale", che si ritrova in ogni cultura e si riscontra radicata negli istinti umani, ma non solo: giocano anche gli animali, persino le piante. È stato proprio il gioco praticato da due scimmie ad ispirare il lavoro di Bateson, semiologo che definisce il gioco come sistema metalinguistico. Tornando a Huizinga: "Il gioco significa qualche cosa." È quindi creatore di senso, un "attore della vita culturale"; che influenza profondamente attività umane come linguaggio, mito, religione, giustizia, lavoro, arte, poesia, filosofia, scienza. Secondo lo studioso, ogni forma di cultura umana nasce in modo ludico: infatti, nel momento in cui l'individuo interagisce con il sistema di gioco, egli sperimenta, entrando in contatto con la realtà, facendo esperienza di collusione, illusione, delusione, disillusione, tutti termini che rimandano etimologicamente al *ludus*, il termine latino che designa il gioco. Huizinga (Huizinga 1938, p. 12) afferma che:

Il gioco [...] è indispensabile, in quanto funzione biologica, ed è indispensabile alla collettività per il senso che contiene, per il significato, per il valore espressivo, per i legami spirituali e sociali che crea, insomma in quanto funzione culturale.

Il gioco porta l'essere umano alla soddisfazione di istinti basilari e funzioni sociali, quali il desiderio di provare appagamento e il bisogno di relazionarsi con l'altro, il bisogno di interagire e avere un contatto significativo con gli altri, la capacità di sigillare legami interpersonali e di amicizia tra le persone di una comunità che giocano insieme (Bertolo e Mariani, 2014). Nel 1958 Callois pubblica la versione francese dell'opera conosciuta in Italia come *Il gioco e gli uomini*, un testo che continua il lavoro e la ricerca di Huizinga. Callois, nel descrivere la propria teoria sul gioco e il rapporto che quest'ultimo ha con la cultura umana, fa frequentemente riferimento a *Homo Ludens*. Come Huizinga, nell'approfondire la tematica del gioco, Callois fa riferimento alla libertà, ma anche a un sistema di regole a cui questa libertà è soggetta. Queste regole valgono all'interno dello spazio di gioco, il "cerchio magico" di Huizinga (di cui si parlerà più nel dettaglio nel capitolo 1.3), ed è proprio a quest'ultimo che fa riferimento Callois nel cominciare le proprie riflessioni. Pur partendo dal lavoro dello storico olandese, il sociologo francese procede andando a colmare quella che lui ritiene una grave mancanza nel lavoro di Huizinga, cioè la mancanza di una classificazione. Lo studioso opera dunque una cernita fra i vari tipi di gioco, proponendo due diverse classificazioni: una costituita da quattro categorie, e un'altra costituita da altre due tipologie. Riguardo alle prime quattro, Callois scrive:

||| Dopo un esame delle diverse possibilità, proporrei una suddivisione in quattro categorie principali, a seconda che, nei giochi considerati, predomini il ruolo della competizione, del caso, del simulacro e della vertigine. Le ho chiamate rispettivamente *agon*, *alea*, *mimicry*, *ilinx*. Tutte e quattro appartengono a pieno titolo al campo dei giochi: si gioca a calcio, a biglie o a scacchi (*agon*), si gioca alla roulette o alla lotteria (*alea*) si gioca ai pirati o si recita la parte di Nerone o Amleto (*mimicry*), ci si diverte, si gioca, a provocare in noi con un movimento accelerato di rotazione o caduta, uno stato organico di perdita della coscienza o di smarrimento. (Callois, 1958/1967, p. 28)

Queste quattro categorie rientrano a loro volta in due classificazioni: *ludus* e *paidia*. Il gioco inteso come *ludus* è legato all'attività di giocare che richiede serietà e concentrazione, alla necessità di superare degli ostacoli, che comporta delle abilità come la capacità fisica o l'abilità mentale, strategia e pazienza. Invece, quando si parla di *paidia* si fa riferimento a un atteggiamento giocoso, nel senso di allegro, turbolento e fanciullesco.

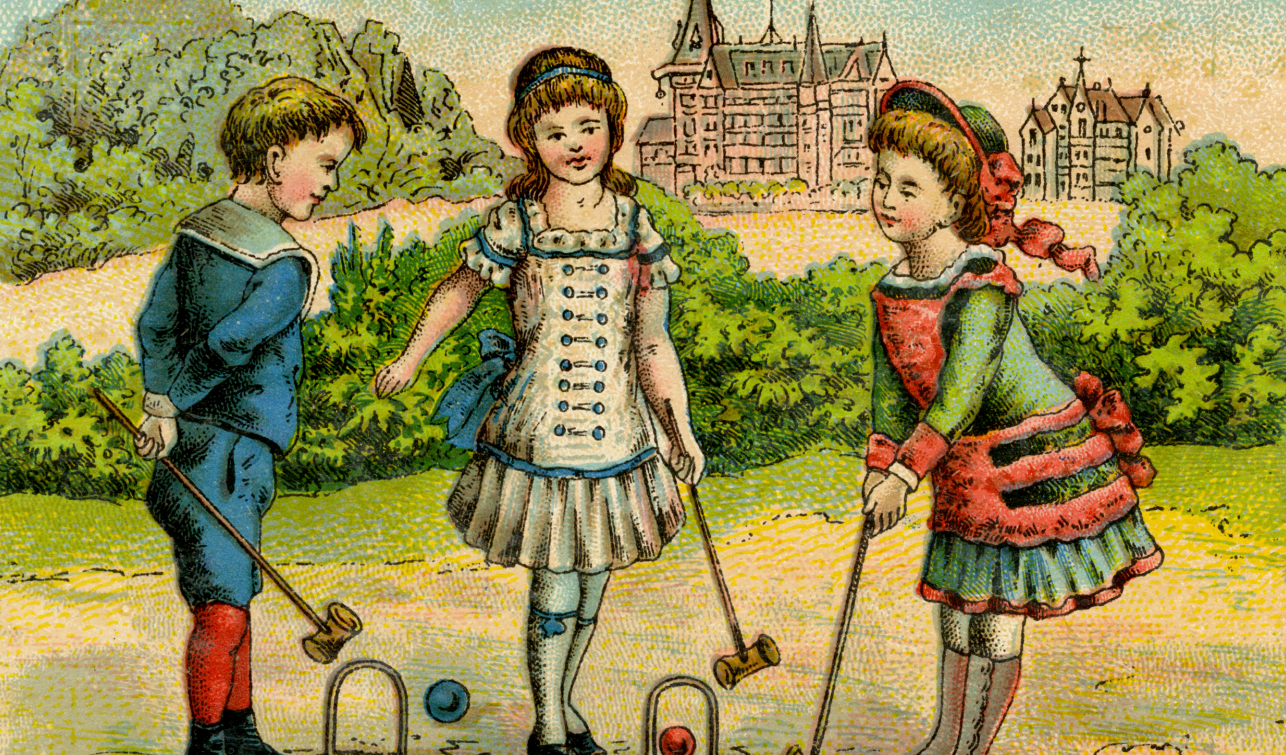
1.2 IL GIOCO COME SISTEMA E ATTIVITÀ

Prima di entrare in merito al modo in cui i giochi e il giocare si fanno artefatti e attività (Bogost, 2007) (Flanagan, 2009) per esplorare convinzioni e cornici culturali e portarli a una possibile evoluzione, definiremo in maniera più approfondita il significato del termine cardine di questa ricerca, appoggiandoci al lavoro di altri studiosi successivi a quelli citati. Da Callois in poi, Nella seconda metà del Novecento si arriva a un insieme di osservazioni che scientificamente dimostrano come l'attività ludica sia fisiologicamente importante per gli esseri umani, adulti e bambini. Diversi studiosi quindi, provenienti da ambiti e discipline diverse, hanno dato la loro definizione. In queste descrizioni ci sono diversi elementi che tendono ad essere ripresi con una certa costanza: da alcuni il gioco è definito principalmente in quanto attività libera e volontaria, un'attività metacomunicativa inscritta tuttavia in un sistema di regole, con una finalità molto specifica, ma con un risultato incerto.

Huizinga attribuisce al termine gioco diversi significati, citandolo più volte all'interno della sua opera e fornendo nel complesso una descrizione molto ampia:

||| Ogni gioco è anzitutto e soprattutto un atto libero [...] Gioco è un'azione, o un'occupazione volontaria, compiuta entro certi limiti definiti di tempo e di spazio, secondo una regola volontariamente assunta, e che tuttavia impegna in maniera assoluta, che ha un fine in se stessa; accompagnata da un senso di tensione e di gioia, e dalla coscienza di "essere diversi" dalla "vita ordinaria". (Huizinga 1939, p. 33)

Per Huizinga, il gioco non è "la vita vera", è allontanarsi, un divergere dalla stessa, per entrare in un'attività con finalità propria. Il gioco ha le sue regole, distinte da quelle della vita reale, ha i suoi spazi definiti e per questo è creatore



di ordine, ritmo e armonia, cioè bellezza.

Oltre all'approccio antropologico e sociologico dei due autori citati, un modello utilizzato per inquadrare il gioco è quello attinente alla semiotica. La semiotica, la disciplina che studia i segni e il modo in cui essi producono significati, tratta il gioco proprio come sistema di comunicazione. Il gioco, prendendo in prestito dei termini dalla semiotica, è un modello interpretante, ovvero un sistema di comunicazione che fornisce metafore e modelli di diverse forme di interazione, "di ciò che avviene *tra* e *con* persone e cose" (Zingale, 2009): incontri e scontri, dialoghi e dialettiche, usi e progetti. Callois invece descrive il gioco come:

Un'attività: libera: a cui il giocatore non può essere obbligato; separata: circoscritta entro precisi limiti di tempo e di spazio fissati in anticipo; incerta: il cui svolgimento non può essere determinato; improduttiva: che non crea, cioè, né beni, né ricchezza, né alcun altro elemento nuovo; regolata: sottoposta a convenzioni che sospendono le leggi ordinarie e instaurano momentaneamente una legislazione nuova; fittizia: accompagnata dalla consapevolezza specifica di una diversa realtà o di una totale irrealtà nei confronti della vita normale. (Callois, 1958/1967, p. 26)

Huizinga parla di funzione, atto e azione, Caillois di attività: entrambi insistono poi sulla libertà che lo contraddistingue e sulla volontà del giocatore di prendervi parte. Il giocatore non può essere obbligato ed è cosciente di essere parte di un'attività che è separata dalla realtà. Nel caso di Caillois vi è anche una classificazione vera e propria, come abbiamo descritto prima, ma entrambi non hanno fatto una distinzione molto importante, successivamente formulata e ripresa da diversi autori: quella fra il gioco come sistema/artefatto

FIGURA 1: Una stampa d'epoca che ritrae dei bambini che giocano a criquet

e l'attività del giocare.

Non a caso, la versione di “homo ludens” pubblicata in Italia nel 1973 è introdotta da un saggio piuttosto polemico di Umberto Eco, che funge da introduzione all'opera: il semiologo critica Huizinga per la assenza di classificazione e in particolare polemizza sulla mancata distinzione fra due importanti sfere semantiche associate al gioco: quelle di *game* e *play*, due modi d'intendere il gioco che “richiamano la distinzione fra *sistema* e *processo*”. Questa divisione è trattata anche in *Rules of play* (Salen e Zimmerman, 2003):

Let us see how game relates to the equally complex play. We begin with an obvious question: Is there a difference between the words “play” and “game”? Do they refer to the same thing? In English, there is a clear distinction between the two words. But as David Parlett points out in the The Oxford History of Board Games, not all languages separate the two concepts. (Salen e Zimmerman, 2003, p.84)

Play e *game* sono entità semantiche ben distinte, ma non in tutte le lingue vi è questa distinzione. Per trovare dei termini italiani adatti a descrivere questa differenza, è utile citare Bertolo, che definisce *play* come l'attività del giocare, e *game* come artefatto ludico. *Play*, l'attività del giocare, è descritta tramite il lavoro di Bernard Suits, un filosofo che nel 1976 pubblica il saggio *the Grasshopper, games, life and utopia*.

Abbiamo *play*, il processo, l'attività del giocare, che si basa su tre concetti: l'obiettivo pre-ludico, le regole costitutive e l'atteggiamento ludico. L'obiettivo pre-ludico è lo scopo del gioco, quello specifico risultato che i giocatori s'impegnano a ottenere, che cattura la loro attenzione e li orienta durante il gioco. Poi vi è un sistema di regole (Suits, 1976):

To play a game is to engage an activity directed towards bringing about a specific state of affairs using only means permitted by rules prohibit more efficient in favour of less efficient means, and where such rules are accepted just because they make possible such activity. (Bernard Suits, 1978, p. 34)

Suits sottolinea come le regole costitutive siano un modo di limitare il giocatore, rendendo il gioco divertente e impegnativo. Le regole sono quelli che lui stesso chiama “gli ostacoli non necessari” che rendono tale il gioco, creando la sfida, domandando al giocatore di impegnarsi a fare qualcosa che al di fuori del contesto ludico sarebbe semplice, ma all'interno della sua cornice diventa un obiettivo più difficile da raggiungere.

Anche Mcgonigal, game designer statunitense sottolinea l'importanza delle regole proprio analizzando il lavoro di Suits:

The rules place limitations on how players can achieve the goal. By removing or limiting the obvious ways of getting to the goal, the rules push players to explore previously uncharted possibility spaces. They unleash creativity and foster strategic thinking. (Mcgonigal, 2011, p.21)

È molto calzante in questo senso l'esempio di Suits, riferito al gioco del golf: se l'obiettivo è far finire una pallina in una buca, sarebbe molto più semplice prenderla in mano e infilarla in quella buca, tant'è che in quest'ottica usare una mazza diventa una complicazione apparentemente controproducente. Invece, come sosterrà in seguito anche Jane McGonigal, è questa complicazione che rende il gioco interessante, e che ci porta a provare e riprovare.

E con questo si arriva all'atteggiamento ludico (*the lusory attitude*): la nostra volontà di giocare seguendo tutte le regole. Il giocatore, per entrare all'interno del mondo di gioco, deve accettare volontariamente di partecipare, facendo un patto con il sistema di gioco. Sarebbe certo più semplice prendere la palla e metterla nella buca, eppure sarebbe noioso, non parteciperemmo di un'attività che ci diverte, ci coinvolge e va a stimolare il nostro cervello. Ora, giacché la volontà non basta, descriviamo meglio le regole, definendo invece il concetto di **game**: il sistema di regole, l'artefatto. In questo prendiamo spunto dalla definizione di Katie Salen e Eric Zimmerman:

/// A game is a system in which players engage in an artificial conflict, defined by rules, that results in a quantifiable outcome. (Salen e Zimmerman, 2004, p. 694)

Intanto il gioco è un sistema, un insieme di elementi coordinati da un'unità funzionale. Nel caso del gioco, questi elementi sono le regole e l'unità è data dall'obiettivo a cui portano e a cui tende il giocatore.

1.3 PERCHÉ GIOCHIAMO: FELICITÀ E APPRENDIMENTO

Ma se il gioco è una scelta totalmente libera, cosa ci spinge a intraprendere un'attività che si svolge all'interno di un sistema di regole che sono ostacoli non necessari e che ci porta ad un conflitto? Perché è così soddisfacente vedere la pallina che dopo vari tentativi arriva in buca? Si possono trovare risposte a queste domande nel lavoro di due game designer statunitensi: Jane McGonigal e Ralph Koster.

Entrambi gli autori citati spiegano il piacere e la felicità che derivano dall'attività ludica basandosi sulla psicologia positiva e particolarmente sul lavoro dello psicologo Mihaly Csikszentmihalyi. Jane McGonigal introduce la sua opera sull'utilità e l'importanza dei giochi (*Reality is broken, 2011*) descrivendo la godibilità dei giochi e chiedendosi cosa porti tanti giocatori a spendere soldi, tempo ed energie nell'attività del giocare.

La risposta che dà la designer è sorprendente: i giochi provocano in noi emozioni positive e lo fanno perché sono dei *lavori impegnativi* che noi scegliamo per noi stessi, focalizzando la nostra attenzione su un'attività, testando i nostri limiti e elaborando strategie per la vittoria. Per quanto un termine come "lavoro" possa sembrare lontanissimo dall'universo del gioco, secondo McGonigal è proprio il termine adatto. Fra gli esponenti più importanti dei game studies, è necessario menzionare il lavoro di Sutton Smith, ricercatore che nella sua carriera ha a lungo studiato il significato culturale del gioco nella vita umana. Sutton Smith sosteneva che: "the opposite of play isn't work, is

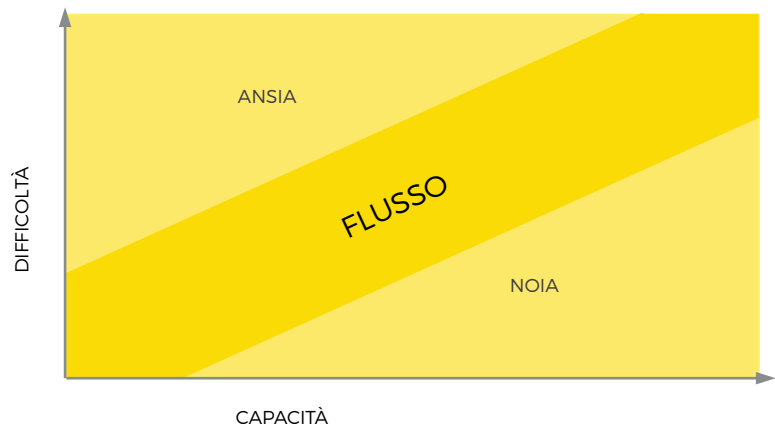
depression” (Sutton-Smith, 2001). Come argomenta anche McGonigal, se la depressione è un senso pessimistico d’inadeguatezza e una desolante mancanza di attività, si nota invece come il gioco sia proprio il contrario: un’attività che causa uno stato d’attenzione, consapevolezza e ottimismo nel superamento degli ostacoli. Per spiegare questo fenomeno, si fa riferimento all’opera di Mihaly Csikszentmihalyi che nel suo saggio *Beyond boredom and Anxiety* studia uno specifico stato di esperienza che si ritrova in tutti i giochi ben progettati: il flusso. Studiando i processi creativi negli anni Sessanta (Getzels & Csikszentmihalyi, 1976), Csikszentmihalyi, fu colpito dal fatto che l’artista, soddisfatto di come procedeva il suo lavoro di pittura, continuasse a dipingere con estrema determinazione, ignorando la fame e la fatica, per poi perdere interesse nella creazione artistica una volta che essa fosse stata completata. Come si spiegava questa sbalorditiva determinazione nel portare avanti il processo di pittura e la successiva perdita di interesse? Lo psicologo scoprì che in alcune situazioni produttive, la mente entra in uno stato di coscienza specifico: il flusso (figura 1.2).

Il flusso è uno stato di coscienza in cui la persona è immersa in un’attività in maniera soddisfacente ed inebriante. McGonigal insiste molto su questo punto: il gioco fornisce al giocatore un lavoro da fare, in cui la difficoltà è bilanciata rispetto alle competenze del giocatore.

Il flusso risulta molto chiaro in riferimento al diagramma cartesiano in figura 1.2 che mette in relazione la difficoltà della sfida e il livello di capacità del giocatore.

Infatti, il flusso è lo stato d’attenzione ottimale, e affinché si presenti durante una qualsiasi attività è necessario un bilanciamento fra le capacità di portare a termine l’attività e le possibilità e le sfide offerte dall’attività stessa: la difficoltà deve essere bilanciata rispetto alle capacità di chi l’affronta. In altre parole, se il gioco (o qualsiasi altra attività) è troppo difficile e complesso, il giocatore sperimenta troppa ansia e frustrazione associate all’attività e abbandona

FIGURA 1.2: Il fenomeno del flusso secondo Csikszentmihalyi




la partita. D'altra parte, come si è visto, sono le difficoltà e gli ostacoli non necessari che solleticano la voglia di mettersi in gioco dell'essere umano. Impedimenti, ostacoli e difficoltà in generale sono necessari, poiché senza di essi il gioco sfocerebbe nella noia e verrebbe ugualmente abbandonato.

Di flusso e di soddisfazione parla anche Ralph Koster, facendo anch'egli riferimento al lavoro dello psicologo Polacco. Koster tuttavia, si basa principalmente sulle teorie cognitive, spiegando in maniera semplice ed efficace la modalità in cui il cervello umano conosce e percepisce il mondo. Partendo dalla spiegazione sulle modalità in cui il cervello percepisce il mondo e i suoi fenomeni, Koster arriva a spiegare cosa renda i giochi divertenti e contemporaneamente degli straordinari strumenti di apprendimento (Koster, 2005). Con la sua opera, il game designer statunitense ragiona sul concetto di divertimento e su che cosa scateni questa sensazione piacevole all'interno di un gioco, chiedendosi come funzioni l'interesse e il piacere nel provare un nuovo gioco e cosa infine porti ad abbandonarlo nel momento in cui diventa "noioso".

Il termine italiano "divertimento" viene dal latino divertire, cioè allontanare, secondo il dizionario "sollevare l'animo dalle fatiche del lavoro", Koster, invece, parte dalla parola inglese "fun", che deriva "fonne", piacere in inglese antico.

Nel paradigma cognitivista su cui si basa Koster, il cervello umano conosce il mondo interpretandolo attraverso pattern, creando quindi strutture astratte che lo aiutano a comprendere meglio i fenomeni che ha di fronte.

I giochi, secondo il designer, sono in ultima analisi "puzzle", cioè pattern da esplorare, conoscere e completare. È per questo che un gioco nuovo risulta interessante: attraverso un sistema di tentativi ed errori il cervello lo decodifica e sfrutta le regole per arrivare all'obiettivo desiderato:

 Games are puzzled to solve, just like everything else we encounter in life. (...) We learn undelying pattern, grok them fully, and file them away so the can be rerun as needed. The only real difference between life and games is that the stakes are lower. (Koster, 2005, p.34)

Koster spiega il divertimento come il modo in cui il cervello umano premia l'apprendimento: mentre giochiamo stiamo costantemente imparando e il nostro cervello ci premia producendo endorfine che ci spronano a continuare. Nel fare questo lavoro di decodifica, interpretazione e pratica delle regole del gioco, il cervello entra in uno stato di flusso e produce endorfine, le sostanze chimiche che portano gli esseri umani a sentirsi concentrati e soddisfatti. Nel momento in cui questi pattern diventano troppo noti e il giocatore riesce senza la minima difficoltà a raggiungere gli obiettivi del gioco, sopraggiunge la noia e il flusso si interrompe. Nel raggiungere lo stato di flusso, l'uomo si sente felice e pieno di energia, il suo umore migliora e il desiderio di partecipare all'attività che lo ha catalizzato non può che crescere. La mente, nel giocare, esplora, cerca di comprendere il pattern che lo fa funzionare, ed è spinta a tentare, sperimentare, scoprire e imparare. Per questo motivo, nel lavoro di Koster i giochi sono designati come delle attività fundamenta- X

li per l'apprendimento, anzi, fra le più adeguate come mezzi per imparare. Il gioco è un piacevole esercizio per la mente, come direbbe Mcgonigal, un lavoro che consiste nel comprendere uno schema e cercare, attraverso delle scelte, di raggiungere l'obiettivo pre-ludico: un'esperienza stimolante e dinamica che porta l'uomo a sentirsi soddisfatto, motivato e felice. Infine, tutta l'attività di gioco è accompagnata dal tema della scelta: il giocatore sceglie di giocare e sceglie *come* giocare, mettendo in atto strategie e sfruttando a suo vantaggio le regole. Se il gioco è ben progettato, il giocatore sperimenta un'esperienza ludica significativa.

1.4 IL CERCHIO MAGICO

Come si è visto, il gioco è separato dalla realtà ed è un'attività profondamente coinvolgente: si può dire che il giocatore si sposti consapevolmente dallo "spazio del reale" allo "spazio del gioco" e all'interno di questo spazio (metaforico e non) si svolge l'attività ludica. Huizinga per primo descrive il gioco come attività separata, lontana dalla vita reale, rilevando una peculiarità: quella di essere un'interruzione dell'attività quotidiana, il fatto di portare l'uomo in quello che lui chiama (e che sarà più volte ripreso) il *cerchio magico*.

Lo spazio del cerchio magico, per Huizinga, è governato da regole speciali che hanno la loro origine in un patto sociale.

Salen e Zimmerman, Gli autori di *Rules of Play*, riprendono il concetto dello storico olandese, discutendo ampiamente del concetto di cerchio magico sulla base degli studi degli psicologi Michael Apter e di Steve Sniderman.


I due autori fanno riferimento ad una cornice che delimita l'ambiente di gioco e all'interno della quale i giocatori si identificano, e che contiene in sé stessa non solo la realtà del gioco ma anche la relazione di quest'ultimo con la realtà della vita.

Il cerchio magico è un elemento strettamente collegato alla separazione spaziale e temporale del gioco dalla realtà quotidiana, e indica lo spazio, fisico o meno, in cui avviene l'azione di gioco o, per meglio dire, in cui sono in vigore le regole di gioco (Apter, 1991; Stenros, 2014).

Si prenda come esempio il gioco da tavolo "scale e serpenti". Prima dell'inizio del gioco si ha un tabellone, dei segnalini di plastica e un dado che possono avere una funzione più o meno decorativa, ma dopo l'inizio del gioco, il segnalino di plastica impersona il giocatore, che si trova metaforicamente in un altro, piccolo mondo, in cui l'obiettivo è raggiungere la casella finale. Quei pezzi di plastica sono ora i giocatori, il tabellone è un percorso, il dado uno strumento importantissimo per gli esiti della partita.

Apter, a proposito del cerchio magico, afferma:

||||| In the play-state you experience a protective frame which stands between you and the "real" world and its problems, creating an enchanted zone in which, in the end, you are confident that no harm can come. Although this frame is psychological, interestingly it often has a perceptible physical representation: ||||| the proscenium arch of the theater, the railings around the park, the boundary

 line on the cricket pitch, and so on. But such a frame may also be abstract, such as the rules governing the game being played. (Apter, 1991, p5)

Contemporaneamente, Steve Sniderman, nel suo saggio “The Life of Games,” nota il fatto che i codici che indicano l’“entrare” in gioco non hanno sempre una rappresentazione specifica. I giocatori si basano sull’intuizione e sull’esperienza per sapere quando un gioco è iniziato: sanno riconoscere la cornice che delimita l’attività di gioco.


In questo senso, il cerchio magico non è niente di più che un semplice fenomeno che avviene quando i giocatori decidono di giocare, creando uno spazio sociale e psicologico specifico. Giocare un gioco non significa solamente osservarne le regole per raggiungere l’obiettivo pre-ludico, ma entrano in gioco anche delle speciali convenzioni sociali che stanno alla base dell’interazione fra giocatori (Juil, 2008).

Richard Garfield parla addirittura dell’esistenza di metagiochi, che includono ciò che i giocatori portano nel gioco e che non appartiene al sistema di regole in senso stretto e il modo in cui i giocatori ne vengono influenzati al di fuori: il metagioco è “come il gioco s’interfaccia con la vita” (Juil, 2008). Per esempio, se si considera un gioco in cui i partecipanti cercano di vincere giocando contro gli altri, può succedere che i giocatori più esperti giochino in maniera poco efficace appositamente per far durare di più la partita e mantenere una maggiore incertezza sugli esiti.

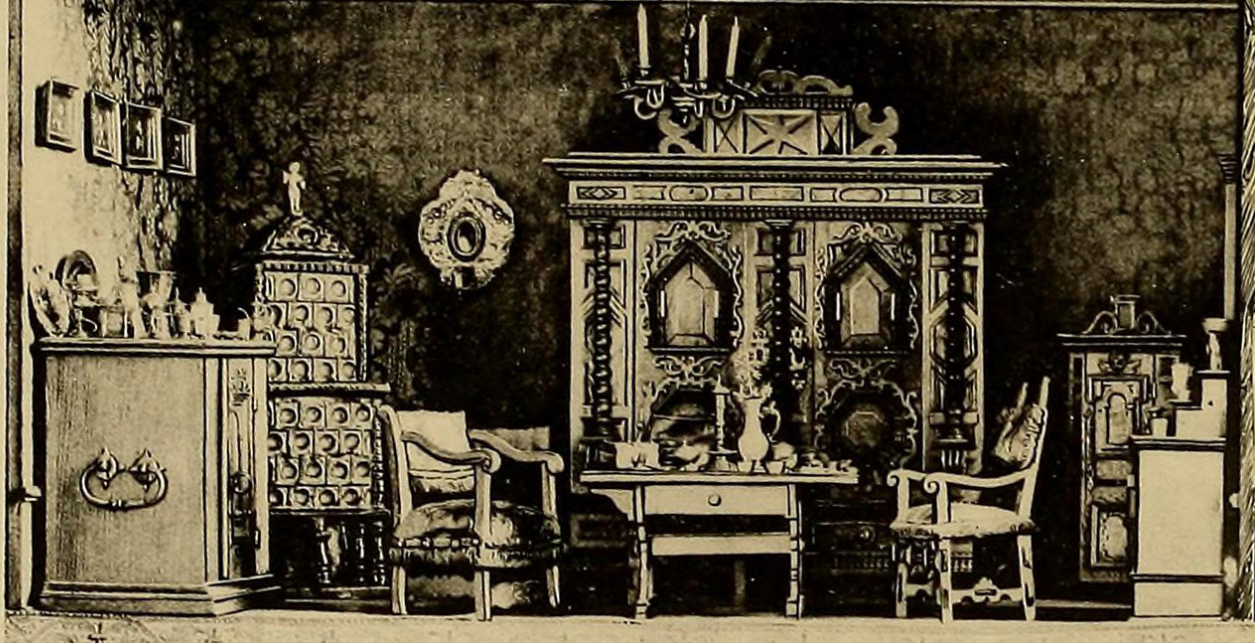
Ancora, il semplice fatto di vincere può avere conseguenze sociali e quindi, un giocatore può decidere di agire in modo da perdere: può capitare per esempio che un adulto lasci vincere un bambino, o un amico ne lasci vincere un altro. La metafora del cerchio magico non vuole quindi indicare una separazione netta, ma indicare uno spazio psicologico in cui avviene un continuo scambio fra realtà di gioco e realtà al di fuori del gioco.

Anche lo studioso finlandese Markus Montola ragiona molto sul cerchio magico, applicando questo concetto ai *pervasive games*, giochi in cui il “cerchio magico” assume aspetti diversi da quelli sin ora descritti. Montola si rifà a Huizinga e espande il suo pensiero. Nei pervasive games avviene quelle che Montola chiama “espansione spaziale” e “espansione temporale”, espressioni che indicano il fatto che lo spazio del gioco è potenzialmente illimitato e che il tempo del gioco va oltre le sessioni di gioco. (Montola, 2005)

In giochi come *Songs of the north*, per esempio, tutta la città è usata come playground.

 È quindi evidente come i confini del cerchio magico siano stipulati convenzionalmente dai partecipanti e per questo, siano talvolta molto labili o porosi (Bertolo e Mariani, 2014).

Ciò che più è interessante ai fini di questa ricerca è il fatto che il cerchio magico sia un luogo “speciale”, in cui emergono realtà altre, nuovi significati, mondi possibili in cui l’ambientazione presuppone l’adattarsi ad una nuova cultura, lo scoprire, sperimentare e comprendere nuove regole sociali:

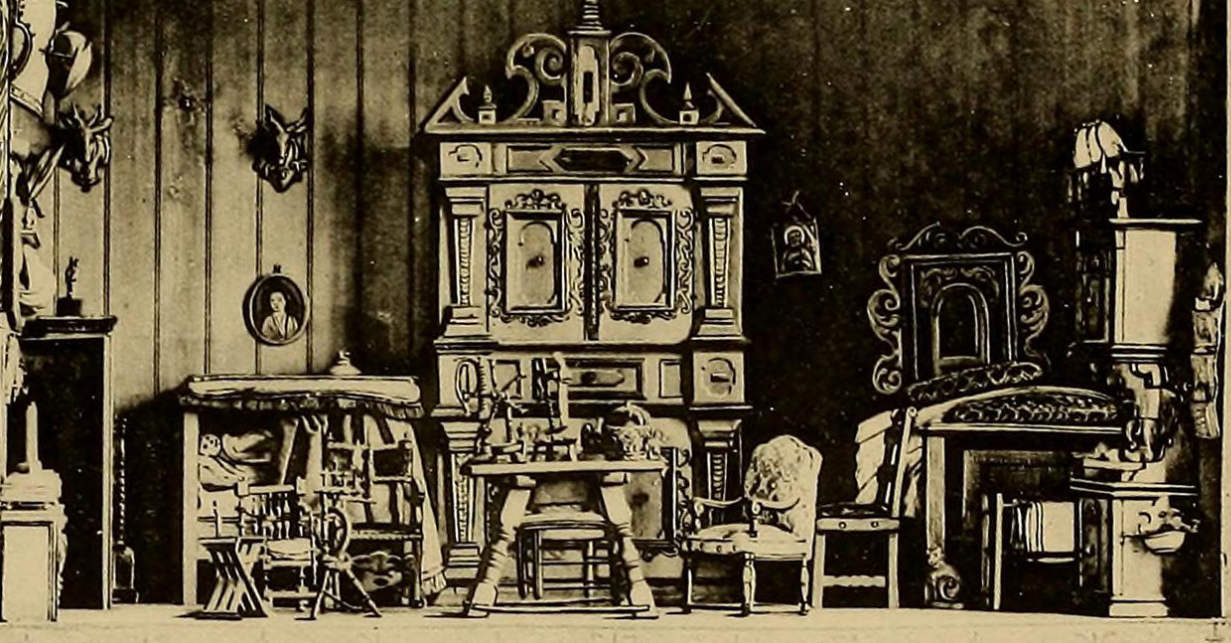


Within the magic circle, special meanings accrue and cluster around objects and behaviors. In effect, a new reality is created, defined by the rules of the game and inhabited by its players. (Salen e Zimmerman, 2003, p. 96)

Anticipando i temi trattati nei prossimi capitoli, si vuole sottolineare come il concetto di cerchio magico divenga fondamentale per molti giochi che si pongono fra gli obiettivi quello di portare il giocatore a riflettere su una determinata tematica. Infatti, rispetto alla progettazione di un gioco, non sempre l'obiettivo del designer consiste nel progettare un artefatto che porti i giocatori a divertirsi e continuare a giocare. In certi casi il designer ha uno scopo altro che si accompagna a quello appena citato; è questa l'origine di diverse categorie di giochi che prendono il nome *serious games* e *persuasive games* (di cui tratterà approfonditamente nel prossimo paragrafo). In questo senso, il concetto di "cerchio magico" diventa molto esplicativo: il gioco invita il giocatore a prendere parte ad una simulazione, a entrare in una realtà diversa e prendere le distanze da ruoli e obiettivi che solitamente lo accompagnano. In questa realtà, il giocatore può sperimentare punti di vista alternativi, distanziandosi dal ruolo che solitamente ricopre nella vita, ruolo che porta con sé una specifica identità culturale e un bagaglio di idee, pregiudizi e cornici culturali che identificano situazioni e fenomeni (Bertolo e Mariani, 2014). Questo può portare il giocatore a sperimentare situazioni diverse da quelle a cui è abituato e comprendere altri punti di vista, creando potenzialmente un pensiero critico o una consapevolezza maggiore rispetto al tema trattato dal gioco.

1.5 GIOCHI PER EDUCARE

Games reflect the values of the society and culture in which they are played because they are part of the fabric of that society itself. For example, the capitalist rhetoric of the American Dream infuses many American games. State lotteries are marketed with tag lines like, "Anyone can be a millionaire." The



TV game show *Who Wants to Be a Millionaire?* (adapted from the British version) glibly celebrates the pursuit of wealth in the rhetorical question that makes up its title. The question is not if you want to become rich, or what the ramifications might be, but merely who will be given the chance. These games encapsulate the paradox of American identity and its accompanying ideologies of wealth. They speak to the clash between a rugged, pioneering individualism and a desperate desire for shortcuts to success and submission to fate. (Salen e Zimmerman, 2003, p. 504)

FIGURA 1.3: Gli interni di una casa delle bambole risalente al XVII secolo.

Come si è visto nei paragrafi precedenti, i giochi e l'attività del giocare sono strumenti straordinari per il benessere, l'apprendimento e la socialità (Salen, 2008; McGonigal, 2011; Koster, 2004; Goffman, 1974; Salen e Zimmerman, 2003; Bertolo e Mariani, 2014). I giochi sono sistemi di rappresentazione e comunicazione capaci di trasmettere importanti significati che coinvolgono la cultura d'appartenenza della società in cui sono progettati. Essi non solo riflettono la cultura d'appartenenza dei giocatori ma costituiscono dei veri e propri ambienti sociali in cui i valori di una società sono rappresentati e trasmessi. In questo senso, i giochi hanno un ruolo attivo nel rafforzare o mettere in discussione il sistema di valori di una data cultura, trasformando o minando credenze condivise. (Salen e Zimmerman, 2003)

Per esempio, i giochi di bambole dell'epoca vittoriana sono stati un sistema per istituzionalizzare norme culturali e sociali della società dell'epoca (Flanagan, 2009). Le bambine di quell'epoca così come per tutto il XIX secolo giocavano con le bambole (o con la versione cartacea degli *scrapbook*,¹) facendole vivere in case che imitavano il mobilio, i personaggi e l'ambiente di quella che doveva essere una casa ideale. Cento anni dopo, nel giocare a *The Sims*, (Maxis, Will Wright, 2000) giocatori adulti ricreano l'ambiente domestico e la vita nelle

¹ Gli *scrapbook* erano piccoli cataloghi illustrati da cui le bambine più povere (che non potevano permettersi le bambole) ritagliavano le figure delle bambole, gli oggetti e i mobili per poter ricreare la propria casa ideale.

periferie urbane e quelle che, secondo le dinamiche di gioco dovrebbe essere la vita ideale in quel contesto (Flanagan, 2009).

Nel vasto panorama contemporaneo degli artefatti ludici, vi è una categoria di giochi chiamata *serious games*, “giochi seri”, che, benché nascano già negli anni Settanta, si accostano per via delle tematiche e di alcuni meccanismi di funzionamento ai cosiddetti *persuasive games* e ai *games for social change*. Questi tre termini identificano categorie di giochi che portano il giocatore a comprendere temi, problematiche e situazioni diverse attraverso l’esperienza simulata. L’aspetto comune fra i tre nomi citati è costituito dagli argomenti che essi illustrano: si tratta di giochi che sviluppano temi difficili, complessi e non comuni agli altri giochi, come per esempio i cambiamenti climatici, la povertà nel mondo, la lotta al terrorismo, la deforestazione (Bogost, 2007; Mariani, 2016). Può sembrare paradossale accostare i termini “serio” e “gioco”, tuttavia nel campo accademico dei game studies, la discussione sulla serietà contrapposta al gioco non è nulla di nuovo e si risolve nella semplice constatazione che è possibile, anzi, normale, giocare *seriamente*, in altre parole con determinazione e intenti seri non diversi da quelli che si possono perseguire nel portare a termine un lavoro. Quest’ampia categoria di artefatti ludici è caratterizzata dall’obiettivo comun e dell’educazione, intesa in senso molto ampio, nelle sue varie forme e connotazioni: da una parte vi sono serious games pensati per l’apprendimento di nuove competenze e la comprensione dei più disparati concetti e meccanismi, dall’altra giochi che generano consapevolezza su argomenti problematici e promuovono il cambiamento e l’innovazione sociale² (Mariani, 2016).

Il gioco può essere un catalizzatore per il cambiamento e il dialogo sociale in quanto:

||| Sistema complesso che – se ben progettato- è in grado di generare un’esperienza ludica ed essere veicolo di cambiamenti, agendo tanto sulla relazione fra persone quanto su quella tra le persone e il contesto in cui esse vivono – intendendo quest’ultimo sia come ambiente fisico sia come contesto di appartenenza. (Bertolo e Mariani, 2014, p.83)

In tutti i giochi (ma in particolar modo nelle categorie di giochi a scopo educativo) è fondamentale il concetto di esperienza di gioco, che, se il gioco è ben progettato, si rivela appagante e genera lo stato di flusso (McGonigal, 2011), come si è visto nel capitolo 1. Un gioco progettato in modo oculato può produrre esperienze significative in grado non solo di appagare il giocatore ma anche di sensibilizzarlo rispetto ad un a certa tematica, portandolo a cambiare le proprie idee e arrivare persino a fargli rivalutare alcuni comportamenti. Questo avviene perché l’esperienza ludica crea e trasmette significato: da una parte il gioco è un artefatto comunicativo e significa qualcosa in sé, dall’altra

2 Per “innovazione sociale” s’intende “un processo di creazione collettiva in cui i membri di una certa comunità imparano, inventano e definiscono nuove regole del gioco sociale della collaborazione e del conflitto o, in una parola, una nuova pratica sociale” (Crozier, Friedberg, in Franz, Hochgerner, Howaldt, 2012, p. 48)

l'atto del giocare e le scelte del giocatore creano un'esperienza che trasmette un significato e ha un senso proprio (Bertolo e Mariani, 2014).

Salen e Zimmerman (2003) definiscono il gioco come un insieme di scelte significative, che diventano tali in base all'interazione fra il sistema di gioco e le scelte del giocatore.

Nei serious games come nei persuasive games, le scelte significative che il giocatore può compiere hanno un ruolo cruciale, perché possono ripercuotersi al di là del gioco stesso, uscendo dal cerchio magico e creando valore nella realtà. Giochi con finalità sociali, civili, così come politiche ed educative (in senso lato) intendono coinvolgere i giocatori in esperienze che trasmettono conoscenze al fine di spingerli a sfidare, rivedere e persino modificare preconetti e idee. Queste esperienze di gioco sono pensate e progettate per convincere i giocatori a passare da una posizione precedente ad un'altra, cambiando atteggiamento rispetto ad un problema specifico.


Si parla in questo caso di *meaningful experience* (Salen e Zimmerman, 2004), che in questo contesto si definisce come quell'esperienza di gioco che "è in grado di generare una vera e propria eredità, che (sottoforma di memoria ed emozioni) invita alla riflessione e spesso al cambiamento" (Bertolo e Mariani, 2014, p. 85).

Nei prossimi paragrafi, si vedrà più nel dettaglio la differenza fra serious games, persuasive games e games for social change e attraverso quali meccanismi questi giochi riescono a dare origini all'esperienza ludica significativa.

1.5.1 SERIOUS GAMES, PERSUASIVE GAMES E GAMES FOR SOCIAL CHANGE

Il termine *Serious Game* risale al 1970 e appare per la prima volta nel libro *Serious Game* scritto Clark Abt (1987), ingegnere appassionato di sociologia e educazione. Abt introduce il soggetto spiegando che questi giochi sono caratterizzati da un esplicito proposito educativo e non sono progettati principalmente per il divertimento dei giocatori (chiarendo però che non per questo tali giochi non debbano esserlo) (Abt, 1970, p. 9).

Anche in Anolli e Mantovani si trova una definizione di serious game:

 (...) attività digitali interattive che, attraverso la simulazione virtuale, consentono ai partecipanti di fare esperienze precise e accurate (anche complesse), in grado di promuovere attraverso la forma del gioco percorsi attivi, partecipati e coinvolgenti di apprendimento nei vari domini dell'esistenza umana. (Anolli, Mantovani cit. in Bertolo, Mariani, 2014, p.77)

I serious games sono degli artefatti molto vicini ai persuasive games: quest'ultima categoria è stata introdotta nel 2007 da Ian Bogost, ricercatore e game designer, per spiegare come i videogiochi funzionino come artefatti culturali persuasivi. In questi giochi, l'obiettivo del designer non è semplicemente far sì che l'utente si diverta e continui a giocare, ma si considerano efficaci nel momento in cui l'esperienza ludica significativa influenza l'opinione del gio-

catore al di fuori del gioco, portandolo a riflettere e magari ad agire. Bogost ha successivamente operato una distinzione fra serious games e persuasive games, sostenendo che la caratteristica principale dei persuasive games sia la possibilità di usare uno specifico meccanismo di persuasione, quella che lui chiama “retorica procedurale”, per supportare o sfidare la comprensione del giocatore su diversi temi e fenomeni di natura sociale (Bogost, 2007).

I persuasive games sono progettati con lo scopo di persuadere il giocatore nel tentativo di instaurare un processo di cambiamento a livello ideologico, morale, etico o comportamentale, mentre non tutti i serious games hanno in effetti un intento di persuasione; molti di essi sono progettati semplicemente per stimolare l'apprendimento o comunicare una determinata posizione ideologica.

I serious games sono in effetti giochi creati per supportare gli interessi di istituzioni politiche, sociali e semplici imprese: vi sono *serious games* a scopo educativo che traducono obiettivi pedagogici in forme ludiche, vi sono *corporate games* che forniscono degli strumenti di lavoro a manager e dirigenti per raggiungere dei migliori obiettivi di business e via dicendo (Bogost, 2007). Questi obiettivi, specifica Bogost, non colgono appieno le potenzialità dei persuasive games.

I persuasive games sono infatti uno strumento per veicolare messaggi di protesta o di riflessione su tematiche controverse, esattamente come i *games for social change*. Questi ultimi sono serious games nati all'interno del movimento comunitario *Games for Change*. Fondata nel 2004 da Suzanne Seggerman e Benkamin Stokes a New York, Games for change è la più grande organizzazione non-profit che si occupa di giochi che coinvolgono fenomeni sociali problematici: l'organizzazione provvede a supportare e condividere risorse con altri individui e organizzazioni per sviluppare giochi per il cambiamento sociale (Mariani, 2016).

Un esempio di persuasive game è il videogioco *September 12th*, progettato da Gonzalo Frasca, ricercatore e game designer, al fine di esporre le conseguenze della lotta al terrorismo avvenuta dopo i fatti dell'11 settembre. Il gioco è ambientato in una cittadina virtuale ispirata al Medio Oriente, in cui civili e terroristi camminano per le strade fianco a fianco. Il giocatore deve eliminare i terroristi, mirando e sganciando delle bombe su di loro. Tuttavia, le bombe che dovrebbero colpirli distruggono la città e nell'esplosione uccidono anche civili: i terroristi d'altra parte lanciano razzi contro il giocatore, il quale, a sua volta, può continuare a rispondere al fuoco nemico. Quando, fra i civili colpiti e le case distrutte, il giocatore riesce finalmente ad uccidere un terrorista, al posto del suo personaggio appare una bara attorno a cui alcuni civili accorrono per piangere. Tuttavia una parte di queste persone si tramuta anch'essa in terroristi, che a loro volta attaccano il giocatore. Quest'ultimo capisce in breve che la vittoria è impossibile: uccidere i nemici non fa che generarne un numero sempre maggiore. Il gioco è semplice, eppure il giocatore è portato a riflettere sugli esiti fallimentari e sui costi umani della guerra al terrorismo islamico in Medio Oriente.

Come dichiara anche Bogost (2007), i giochi persuasivi non devono essere

necessariamente videogiochi. La pratica di progettare giochi per spingere le persone a riflettere e a comportarsi di conseguenza in maniera diversa era in realtà già diffusa ben prima dello sviluppo dei game studies.

In effetti, la retorica procedurale si può applicare facilmente a qualsiasi tipo di attività ludica, inclusi i giochi da tavolo e i *pervasive game*. Per esempio, un gioco che utilizza la retorica procedurale è Monopoly, gioco che in realtà fu creato da Elizabeth Magie, allo scopo di insegnare ai giocatori gli effetti negativi del capitalismo. Vi sono grosse differenze in merito alla retorica dell'originale *The Landlord's Game* (Magie, 1904) e della sua versione commerciale *Monopoly*. Nonostante la forte somiglianza tra i due giochi, le retoriche che ciascuno evoca sono molto differenti. The landlord's game era nettamente anticapitalista nella sua concezione originaria: poiché le proprietà del gioco potevano essere solamente affittate non vi era alcuna possibilità che alla fine un giocatore ottenesse il monopolio (Salen, Zimmerman, 2003).

Un'altra studiosa che ha approfondito il tema dei giochi per il cambiamento sociale è Mary Flanagan, artista, designer, ricercatrice e direttrice del *Tiltfactor Lab*. Mary Flanagan, nel suo testo *Critical Play*, spiega che quello che lei definisce *critical play*, ossia gioco critico. L'espressione individua una pratica che ha lo scopo di creare ambienti o attività ludiche che rispecchiano una o più problematiche riguardanti certi aspetti della vita umana (Flanagan, 2011, p. 6). Questa modalità di gioco si applica a giochi caratterizzati dalla loro enfasi su problematiche e temi sociali e in alcuni casi sull'intervento attivo che si può mettere in pratica. Non si parla quindi semplicemente di esercizi concettuali e speculativi ma di giochi che coinvolgono il giocatore in un tema sociale attraverso storie, ruoli, opzioni, obiettivi e personaggi e in alcuni casi, tramite le meccaniche di gioco, l'interazione e il semplice valore dell'esperienza signif-

FIGURA 1.4: *The Landlord's Game*



icativa di gioco. Anche in questo caso, questo non significa che il critical play non possa o non debba essere divertente ma che, come nel caso dei persuasive games, il risultato non deve essere solamente il divertimento (Bogost, 2007). Flanagan (2009) analizzando diversi esempi storici ed artistici di giochi, fornisce un quadro di come i giochi siano stati utilizzati come mezzi di espressione e sovversione culturale. Inoltre, essendo un ottimo mezzo per l'apprendimento (si veda paragrafo 1.3), sottolinea come il gioco sia stato sfruttato in particolare dall'epoca vittoriana per indirizzare i bambini verso i valori morali e le condotte considerate più appropriate, ma non sempre con gli esiti sperati. L'autrice fornisce infatti tre diversi esempi di critical play proprio studiando le maniere originali in cui le bambine giocavano con le bambole e con gli scrapbook², che deviavano da quello che doveva essere il "gioco standard" per andare a esplorare tematiche proibite.

Un autore che ha compiuto una ricerca pertinente ai fini di questa ricerca è l'antropologo Victor Turner, che nella sua opera *From ritual to theatre* (1982) si riferisce al gioco e al teatro come rituali in cui si manifesta il dramma sociale, tema fondante nella sua ricerca. Secondo Turner, infatti, i drammi sociali hanno la caratteristica di attivare opposizioni all'interno di gruppi, classi sociali, etnie, categorie sociali, ruoli e status cristallizzati, trasformando queste opposizioni in conflitti che, per essere risolti, necessitano una rivisitazione critica di particolari aspetti dell'assetto socioculturale fino ad allora legittimato.

Questi conflitti e questi drammi affiorano in ogni performance culturale e rituale, compresi il rito, la cerimonia, il carnevale, il teatro e la poesia, che sono "spiegazione ed esplicitazione della vita stessa" Turner (1982).


Questa riflessione critica avviene solitamente nell'ambito di *fasi di passaggio* da

FIG.1.5: Nell'immagine, un episodio singolare di gioco di *The Sims 4*: dopo che il giocatore ha fatto morire i Sim genitori, la morte, apparsa per reclamare le anime, decide di accudire il lattante abbandonato.



una situazione culturale istituzionalizzata a nuove aggregazioni spontanee, che possono originarsi nell'atto di cercare paradigmi del nuovo e del non familiare all'interno del territorio della liminarità socioculturale. Il concetto di *limen* (che significa "soglia", "margine" in latino) è traslato da Victor Turner dal lavoro di Arnold Van Gennep, che nel 1909 pubblicò in Francia il libro *Les rites de passage* (trad. italiana *I riti di passaggio*). Il gioco come rituale è un momento e un'esperienza intrisa di simboli e memorie collettive e in questa zona metaforica di limite si vivono questi drammi e questi conflitti, originando soluzioni, ideologie e approcci nuovi rispetto al paradigma dominante (Mariani, 2016). Anche Flanagan (2009) fa un discorso simile, citando la ricerca di Formanek-Brunell, che in *Made to play house* pone l'accento sul fatto che per quanto gli adulti vedessero il gioco delle bambole come un buon mezzo per insegnare alle proprie figlie come essere donne nella società e quali ruoli ricoprire, alcune bambine utilizzassero le bambole con propositi molto diversi dall'uso per cui erano state concepite. Attraverso le case delle bambole, in ogni loro forma, venivano rappresentati gli eventi che segnavano la vita quotidiana nelle case in cui esse erano presenti. Tuttavia, le bambine inscenavano anche situazioni specificamente "proibite", segrete o infelici, le bambole venivano modificate per avere ruoli sovversivi e il gioco delle bambole diventava un'attività di esplorazione di temi tabù che deviavano dal copione pensato dagli adulti. Quando Flanagan fa riferimento all'attività del *playing house* non prende in considerazione solamente il gioco delle bambole, ma anche le sue reinterpretazioni più moderne, citando per esempio il più contemporaneo *The Sims* (Maxis, 2000), noto videogioco di simulazione creato da Will Wright, pensato però per un'utenza più adulta. In *The Sims*, i *Sim*, piccoli personaggi completi di tratti fisici e caratteriali diversi tra loro, vengono giocati dall'utente proprio come una versione evoluta e interattiva delle bambole: il giocatore arreda la loro casa, li fa nascere e vivere, sviluppare interazioni in ambito lavorativo e amoroso, fino a gestire la loro vita sociale, i bisogni primari quali il nutrirsi, dormire e via dicendo. Anche in questo caso il giocatore può inscenare la loro morte (causando l'apparizione della sua figura metaforica, *Il Tristo Mietitore*, come si vede nella Figura 1.5), o usare le regole per creare drammi fra i vari Sim e manipolare il mondo di gioco similmente a come facevano le bambine esplorando il gioco delle bambole (Flanagan, 2009).

1.6 IL GIOCO COME SIMULAZIONE

 To simulate is to model a (source) system through a different system which maintains (for somebody) some of the behaviors of the original system. (Frasca, 2003, p. 223)

Come si è visto nei paragrafi precedenti, il cerchio magico si può definire come un confine permeabile che racchiude lo spazio ludico, negoziato dai partecipanti del gioco. I confini del cerchio magico definiscono quello che è gioco e quello che non è gioco, ma restano permeabili, nel senso che ciò che

non fa parte del gioco condiziona il suo svolgersi (un giocatore può compiere scelte diverse, più o meno conformi ai suoi valori o alla sua volontà di sperimentare) ma anche ciò che fa parte del gioco può avere (e ha) un effetto sulla vita di chi partecipa (Salen e Zimmerman, 2014).

Quando prendiamo parte a un gioco che include *Mimicry* (Callois, 1958), un gioco in cui indossiamo una maschera e ci caliamo nei panni di un altro personaggio, entriamo in un contesto di simulazione, in cui i luoghi, il tempo e gli obiettivi che ci poniamo sono altri rispetto alla nostra vita, sono quelli del gioco.

Nella sua catalogazione, Callois parlava di *Mimicry*, che deriva proprio dalla parola *mimesi*, l'imitazione: una grande categoria di giochi è quella che comprende i giochi di ruolo, il teatro e i giochi d'imitazione dei bambini.

In pratica, si ha *mimicry* sin da quel momento in cui un bambino gioca con un altro bambino a interpretare una parte, usando un meccanismo semplice che diventa però la base di giochi più complessi e giocati in età adulta come i giochi di ruolo.

La simulazione è ancora una volta un modello mentale (Anolli e Mantovani, 2011) che risponde alla necessità umana di capire e spiegare i fenomeni che ci circondano:

Un altro percorso per capire, descrivere e spiegare l'ambiente che ci circonda è rappresentato dalla simulazione. Non è solo la rappresentazione dinamica del comportamento di un sistema passando da uno stato a un altro secondo delle regole operative ben definite. Piuttosto, è la riproduzione di eventi attraverso l'elaborazione di appositi modelli. (Anolli e Mantovani, 2011, p. X)

Si tratta di un modello mentale che riproduce in maniera attendibile un fenomeno, che studia il sistema alla base di esso e lo riproduce (Black 1962). Per questo suo imprescindibile legame con la realtà rappresentata e proprio per la sua natura di metodo conoscitivo attuato dalla nostra mente, è considerata un mezzo straordinario per la conoscenza critica di un fenomeno. La simulazione, d'altra parte, è stata tradizionalmente utilizzata dagli scienziati per spiegare fenomeni e predire il comportamento di sistemi complessi, con un approccio alternativo alla rappresentazione. (Frasca, 2003; Anolli e Mantovani, 2011).

La simulazione funziona proprio perché è uno dei processi che nel comportamento dei bambini compare molto precocemente poiché serve per sviluppare le capacità cerebrali, esplorare il mondo e passare così da “prole inetta” a esperti della cultura d'appartenza. Simulando un fenomeno si attua una sua rappresentazione e si fanno ipotesi sul “cosa succede se”: la simulazione catalizza l'ipotesi, crea mondi possibili e propone alternative e dà la possibilità all'uomo di capire e analizzare sistemi complessi (Anolli e Mantovani, 2011).

Se l'apprendimento è definito come «una modificazione relativamente persistente del comportamento a seguito di un'esperienza, di solito ripetuta nel tempo» (Anolli, Legrenzi; 2009) allora diventa più chiaro come possano funzionare i Serious Games: essi consentono l'apprendimento di uno specifico set di informazioni attraverso l'esperienza di gioco, portando anche a migliorare

l'adattabilità al cambiamento e la flessibilità dei partecipanti al gioco. L'apprendimento tipico degli esseri umani, inoltre, è sociale, ed è indicato dall'autore come origine della capacità di acquisire nuove conoscenze e pratiche grazie all'interazione con i propri simili, che divengono modelli da imitare. In questo senso, si considera il contesto di gioco come matrice dei significati a cui l'apprendimento è strettamente legato: esso attribuisce un senso alle attività da svolgere, dopodiché ognuno vive la sua esperienza in relazione alle proprie conoscenze di base, scambiando così con gli altri giocatori nozioni, conoscenze, comportamenti (Anolli e Mantovani, 2011). In situazioni ignote, l'uomo usa come esempio per prendere decisioni il comportamento dei suoi pari, cercando tra le informazioni che ottiene dall'ambiente e dagli altri delle indicazioni basilari attraverso cui agire in maniera indipendente. Per sfruttare questo meccanismo l'apprendimento avviene solitamente con membri di un gruppo esperti e un dato interessante è il fatto che le nozioni acquisite in questo modo risultano più durature rispetto a quelle apprese individualmente: per questo si può dire che il contesto sociale in cui si giocano alcuni Serious Games è un ulteriore vantaggio di questo sistema di apprendimento (Anolli, Legrenzi; 2009).

Anche Frasca e Gonzalo (2003) hanno svolto un lavoro di ricerca sulla simulazione, precisando la distinzione fra semplice rappresentazione narrativa e simulazione. L'argomento centrale che gli autori esplorano è che, come si spiega in questo capitolo, a differenza dei media tradizionali, i videogiochi non sono solo basati sulla rappresentazione, ma sulla struttura semiotica alternativa della simulazione. Anche se le simulazioni e le narrazioni condividono alcuni elementi (personaggi, ambientazioni ed eventi) i meccanismi alla loro base sono essenzialmente differenti e offrono anche diverse possibilità retoriche. La rappresentazione presenta un discorso attorno ad un argomento e a una realtà, la simulazione la inscena e porta i partecipanti a viverla, e poi eventualmente, a discorrerla.

La simulazione sfida i narratori tradizionali perché toglie la loro principale fonte di energia: la capacità di fare dichiarazioni attraverso sequenze di cause ed effetti, mentre coloro che creano delle simulazioni efficaci si limitano a decidere alcune regole e stimano una previsione del loro funzionamento, ma non potranno mai essere sicuri con esattezza del risultato, poiché sarà l'interazione fra il sistema di regole e l'utente a decretare i risultati finali (Frasca, Gonzalo, 2003). Il tratto fondamentale della simulazione è che si basa su regole: regole che possono essere manipolate, accettare ma anche contestate.

Nella trattazione di Frasca e Gonzalo, gli esempi sono particolarmente efficaci. Si parla infatti di *Germinal*, celebre opera di Zola e poi dell'esempio più contemporaneo, *Bread and Roses* di Ken Loach e di come le medesime opere avrebbero un effetto diverso e farebbero vivere un'esperienza diversa agli spettatori che diventano partecipanti.

Unlike narrative, simulations are not just made of sequences of events, they also incorporate behavioral rules. Imagine that we designed Strikeman, a real-time strategy game in the tradition of Ensemble Studio's Age of Empires in which you could play the role of a labor organizer. Your goal would be

to have the most workers join your strike and then deal with its organization and implementation. Unlike what would happen in storytelling, the sequence of events in a simulation is never fixed. You can play it dozens of times and things would be different. (...) Games always carry a certain degree of indeterminacy that prevents players from knowing the final outcome beforehand. To paraphrase Heraclitus, you never step in the same video game twice. (Frasca e Gonzalo, 2003, p.227)

Nello spazio simulato del gioco è possibile interpretare ruoli altri, sperimentare nuove norme comportamentali e vivere un'esperienza nei panni di qualcun altro in un contesto libero e sicuro.

Questo rende partecipi e in grado di esperire fenomeni che altrimenti sarebbero stati molto lontani dall'esistenza di ognuno, situazioni potenzialmente pericolose o semplicemente molto lontane, senza naturalmente farci dimenticare la nostra identità.

Come si è visto, fra contesto di gioco e contesto reale vi è una continua interazione: durante il gioco, il giocatore si allontana dalla sua identità e dalla sua vita interpretando quella di un altro personaggio, ma i suoi valori e il suo bagaglio culturale restano gli stessi.

La simulazione ludica permette non solo di conoscere più da vicino un contesto socio-culturale o un fenomeno, ma anche di reagire dinamicamente agli stimoli, dando al giocatore la possibilità di manipolare il sistema e ossevare come reagisce: essa include la reattività alle azioni e alle scelte, rendendo il giocatore attivo e partecipante nel mondo simulato (Mariani 2016).

Così il giocatore diventa sia un osservatore di dinamiche a lui estranee, sia l'agente che, attraverso le regole del gioco, può testare queste dinamiche: il giocatore non solo osserva, ma veste i panni di un'altra persona e quindi è chiamato a partecipare e a testare i limiti e le difficoltà di una situazione al di fuori della sua vita, che rivive però, nella simulazione ludica, in un contesto protetto.

1.7 LA RETORICA PROCEDURALE

La retorica procedurale è il meccanismo su cui si basano i persuasive games ed è definito dallo stesso Bogost come «the art of persuasion through rule-based representations and interactions rather than the spoken word, writing, images, or moving pictures» (Bogost, 2007, p. IX) e ancora «the practice of using processes persuasively, just as verbal rhetoric is the practice of using oratory persuasively and visual rhetoric is the practice of using images persuasively. Procedural rhetoric is a general name for the practice of authoring arguments through processes.» (Bogost, 2007, p. IX)

Esattamente come la retorica visiva si serve di immagini, la retorica procedurale si basa sulle regole: gli argomenti e i significati sono incorporati e rappresentati da queste regole, che definiscono i processi tramite cui funziona il gioco.

Nello stabilire le regole del gioco, il game designer che si avvale della retorica

procedurale tenta di veicolare una prospettiva ben precisa. Questo tipo di retorica si basa sulla simulazione, che ha lo scopo di ricreare le regole del mondo reale nell'ambiente di gioco, ma anche sulla rappresentazione interattiva che consente all'utente di partecipare.

In questo modo vengono create delle procedure del sistema che richiamano quelle del mondo reale e ne consentono una migliore comprensione.

Bogost, per chiarire il meccanismo alla base della retorica procedurale, si focalizza sui videogiochi poiché essi, per la loro stessa natura di sistemi basati su processi, si prestano particolarmente bene a questo tipo di meccanismo. Tuttavia il ragionamento può esteso a qualunque tipologia di gioco, indipendentemente dal medium, come nel caso degli *urban games* e nei giochi da tavolo. La base del funzionamento della retorica procedurale è l'interazione: l'utente, per portare avanti il gioco e raggiungere l'obiettivo finale, deve interagire con il sistema di gioco e compiere delle scelte.

In un altro sistema di comunicazione, per esempio verbale, la scelta risiede nel accettare il messaggio trasmesso. Decidere o meno di leggere, per esempio, e accettare o meno il significato trasmesso. Nel gioco, il giocatore crea significato e lo fa con i contenuti che il gioco presenta, compiendo scelte e ragionando tramite queste scelte. La simulazione di un mondo, nella scelta di immagini, parole e suoni, già comunica, crea significato espressivo; quello che le procedure offrono in più è la possibilità di modificare delle parti di questa rappresentazione, decidendo attivamente in che modo far proseguire il gioco. La retorica procedurale funziona in due modi: il designer può optare per un approccio provocatorio, facendo riflettere il giocatore sulle azioni e sulle scelte che compie nel gioco e spingendolo a pensarle nella realtà, oppure attraverso l'empatia, portando il giocatore ad immergersi nel mondo del gioco e immedesimarsi, empatizzando con gli eventuali personaggi interpretati durante l'attività ludica (Bertolo e Mariani, 2014).

X

Un esempio dell'approccio provocatorio è *September 12th* (Newgaming, Gonzalo Frasca, 2003) (nel paragrafo precedente) oppure *The McDonald's Videogame* (Molleindustria, 2006). Quest'ultimo è un videogioco prodotto dalla cooperativa italiana di game designer *Molleindustria* che porta avanti una retorica procedurale riguardo alla gestione poco etica e profondamente dannosa per l'ambiente che McDonald fa della sua azienda.

L'unico modo di vincere nel gioco è generare profitti, obiettivo che si può però ottenere solo sottostando a regole di mercato che hanno un impatto molto negativo sull'ambiente e sulle persone. Infatti, per fare spazio alle colture di soia e ai pascoli per il bestiame, si rovina l'economia e l'ambiente naturale di altri paesi, di cui si sottomettono e corrompono i governi, il bestiame stesso deve essere nutrito con ormoni e farine animali, facendo soffrire gli animali e producendo carne di pessima qualità. In tutto questo, il giocatore deve anche impegnarsi affinché l'azienda conservi e promuova un'immagine positiva di sé utilizzando tecniche di marketing scorrette e faziose. Pur di vincere, il giocatore non esiterà a portare avanti azioni evidentemente disoneste, anche se alla fine il profitto non sarà così elevato: nonostante tutto, non fare fallire l'azienda resta molto difficile. Il meccanismo che fa sì che un giocatore assuma

un comportamento specifico in una realtà simulata, comportamento che non porterebbe avanti nella realtà, è definito da Bogost come *simulation fever*³. Il gioco innesca quindi una discussione su basi procedurali riguardo agli innegabili problemi sollevati dall'industria del fast food, in particolare soffermandosi sui temi della salute e dell'ambiente, ma anche delle strategie di comunicazione disoneste necessarie per portare avanti un tale sistema di profitto.

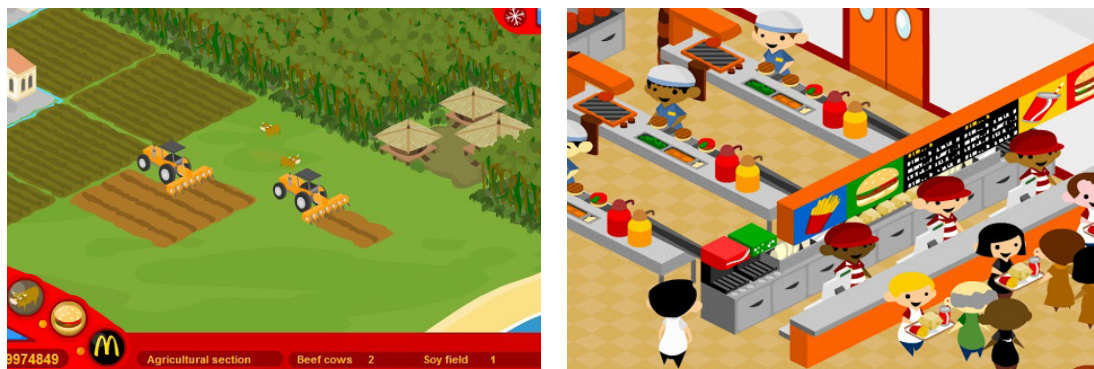


FIGURA 1.6: Alcune immagini tratte da *The McDonald's Videogame*, nella prima lo sfruttamento delle terre per la coltivazione intensiva, nella seconda l'interno affollato di un McDonald durante il gioco.

La retorica procedurale non si limita ai persuasive e ai serious games, ma può essere utilizzata anche all'interno di giochi commerciali molto diffusi.

Un esempio è *Grand Theft Auto: San Andreas* (Rockstar Games, Don Houser, 2004) in cui il giocatore vive la vita di un criminale nei primi anni 90 a Los Angeles. Mentre in precedenti versioni di *GTA* erano caratterizzate da rappresentazioni stilizzate di tempi e luoghi storici immaginari, *San Andreas* è ambientato in un momento culturale preciso e ben caratterizzato.

Invece di assumere il ruolo di un membro del crimine organizzato, il giocatore inizia come CJ, un piccolo criminale di una gang della città. I grandi spazi virtuali della città e la sopravvivenza del personaggio in questo ambiente portano a sottolineare pregiudizi e a svelare meccaniche socio-economiche molto negative per tutta la comunità.

San Andreas ha infatti aggiunto una nuova dinamica al gameplay: il personaggio deve mangiare per mantenere le forze e la stamina per continuare a giocare. Tuttavia, l'unica fonte di nutrimento nel gioco viene dai fast food: mangiare moderatamente serve a mantenere in forze il personaggio, contemporaneamente il cibo ricco di grassi porta CJ a ingrassare, rendendolo più lento e poco efficace nelle varie situazioni che si trova ad affrontare. CJ potrebbe mangiare del cibo più sano, ma esso costa di più e i fondi del personaggio sono limitati. *GTA* non è un serious game e di certo il suo obiettivo non è insegnare al

³ La simulation fever fa riferimento a reazioni negative in contesti di simulazione. Può avvenire in due forme: l'accettazione cieca di una simulazione difettosa o il rifiuto di accettare il contesto simulato in quanto tale. Ian Bogost ha coniato questo termine in *Unit Operations: An Approach to Videogame Criticism*. (2008).

giocatore a seguire una dieta corretta per la sua salute, tuttavia, la dinamica di gioco, che obbliga il personaggio a mangiare e a spendere risorse, sollecita il giocatore a riflettere sui problemi alimentari delle comunità più povere degli Stati Uniti, dove effettivamente la semplice decisione di portare avanti una dieta bilanciata e curare la propria salute, in un contesto simile, appare molto problematico (Bogost, 2007).

1.7.1 UN APPROCCIO NASCOSTO

Oltre all'approccio che esplicita i contenuti e la tematica controversa affrontata da un serious game, vi è un altro approccio al gioco persuasivo, che segue un cammino radicalmente diverso: il modello dell'*embedded design* (Flanagan e Kaufman, 2015).

Flanagan e Kaufman sostengono infatti che, qualora l'intento persuasivo di un gioco fosse percepito in modo troppo esplicito, il destinatario della comunicazione potrebbe rifiutarla. I due autori hanno infatti osservato l'attivarsi di uno specifico schema comportamentale di rifiuto nel momento in cui un individuo riconosce il tentativo di un agente esterno di agire e di voler operare un cambiamento nelle sue abitudini di pensiero e schemi comportamentali. Si attiva così uno stato psicologico difensivo di avversione seguito dal rifiuto del messaggio persuasivo, poiché il modo in cui quest'ultimo è trasmesso suscita una sensazione forzata o minaccia, persino nei casi in cui l'individuo concordi con il contenuto del messaggio.

Un'ulteriore barriera psicologica è quella del *bias blind spot* (l'angolo cieco della parzialità): riconoscere la propria propensione verso una posizione ideologica illogica o faziosa riguardo un argomento e tuttavia minimizzarne o negarne la propria suscettibilità quando sono gli altri a mettere in luce e ribadire tale propensione. Questo fenomeno avviene in particolar modo se si è sottoposti ad un tentativo di persuasione che mira ad alterare attitudini e comportamenti legati a temi particolarmente sensibili, come stereotipi e pregiudizi (Pronin in Flanagan e Kaufman, 2015).

Per questo, è stato messo a punto il modello di *embedded design*, progettato per agire eludendo le difese del giocatore adottando dei diversivi, assicurandosi di spostare l'attenzione del giocatore altrove, garantirne il divertimento, e allo stesso tempo adottare la retorica procedurale per favorire l'interiorizzazione di un messaggio o quantomeno il dibattito e il dubbio. Questo modello è supportato da varie ricerche e dai risultati di esperimenti pratici del Laboratorio di ricerca Tiltfactor, fondato e diretto dalla stessa Flanagan.

Mary Flanagan e Geoff Kaufman (2015) esplicitano tre metodi progettuali attraverso cui nascondere le tematiche sensibili nei giochi. Il primo metodo è chiamato *intermixing* e bilancia i contenuti per rendere il messaggio da palese o minaccioso a gradevole e accessibile; il secondo è definito *obfuscating*, e utilizza dispositivi che deviano le aspettative e l'attenzione dall'intento persuasivo del gioco; e infine vi è il *distancing*, che impiega narrativa e metafora per aumentare il divario psicologico tra l'identità del giocatore e il contenuto persuasivo

del gioco e dei personaggi. È proprio quest'ultimo metodo ad essere utilizzato con fini persuasivi nell'artefatto ludico di cui si tratta nel capitolo 4, il gioco da tavolo progettato come conclusione di questa ricerca, ambientato in una realtà distopica e caratterizzata da un setting narrativo specifico.

1.8 VA TUTTO BENE: SIMULAZIONE, STORYTELLING E IL “REFLECTIVE DIALOGUE”

Va Tutto Bene, il progetto che si tratta nel capitolo 4, si basa sulla retorica procedurale, sulla metafora e soprattutto su un espediente narrativo: prima ancora di iniziare a giocare, gli utenti scoprono di trovarsi in un mondo nuovo, con le sue regole e la sua storia, e che il loro personaggi hanno uno specifico vissuto personale. Il gioco riproduce temi e situazioni realistiche, ma portandole in un futuro finzionale e distopico, in modo da non proporre l'intento persuasivo in maniera troppo forzata, senza tuttavia nascondere del tutto.

Lo *storytelling*, ovvero la narrazione, è una tecnica specifica sviluppata dal genere umano per comunicare, scambiare conoscenze, sopravvivere e di migliorare la propria esistenza (Pinaridi, 2010; Crawford, 2012). La tecnica dello storytelling è in continuo sviluppo ed è stata sviluppata, come la simulazione, per favorire l'apprendimento di nuove conoscenze e nuove visioni del mondo. La condivisione di storie e racconti ha sempre fatto parte della cultura umana quale mezzo di intrattenimento, educazione o allo scopo di preservare la cultura di una comunità, portando alla trasmissione di conoscenze e valori da una generazione all'altra (Crawford, 2012).

Come si è visto nel paragrafo 1.3, il cervello umano conosce il mondo e acquisisce informazioni su di esso interpretando gli input dell'ambiente esterno e trasformandoli in pattern, strutture astratte che lo aiutano a comprendere meglio i fenomeni che ha di fronte. Lo storytelling, sviluppatosi grazie al linguaggio, si basa invece su un altro meccanismo, sviluppato dai mammiferi in milioni di anni: il pensiero sequenziale. Lo storytelling scompone i pattern e li ricomponi in una sequenza lineare, creando associazioni lineari in un network altrimenti caotico di informazioni e rendendole conoscenza disponibile per l'uomo. (Crawford, 2012).

La narrazione in ultima analisi mette ordine nel mondo interiore e serve a rappresentare e connotare quello esteriore (Pinaridi, 2010) poiché si basa sulla sequenzialità. In questo contesto la narrazione è stata utilizzata come base per simulare una situazione specifica, sia interiore (gli stati d'animo e il vissuto dei personaggi) sia esteriore (il loro comportamento e le loro scelte). Il giocatore è condotto in un mondo simulato e poi stimolato al dibattito e al dialogo con gli altri sulle tematiche sollevate dal gioco. *Va Tutto Bene*, il progetto ludico che verrà descritto nel capitolo 4, si basa sui meccanismi della retorica procedurale, della simulazione e dello storytelling.

Secondo Alterio (2003) lo storytelling inteso come mezzo per imparare e discutere, può essere o un processo individuale, che coinvolge colui che racconta e l'ascoltatore, e in questo caso si ha l'opportunità di esplorare una tematica più in profondità (Alterio, 1999) o uno storytelling collaborativo, che sebbene

porti ad un'analisi più superficiale può dare origine a molte prospettive diverse e quindi a un dialogo fecondo. Nella parte di gioco, quando il giocatore scopre la storia del suo personaggio e la tiene per sé, l'interpretazione è personale, e il giocatore è chiamato a vivere la storia della vita di un'altra ipotetica persona. Quando poi nel gioco si rapporta con gli altri, la narrazione diventa collaborativa, e ogni utente può dapprima cercare di deviare la storia a suo vantaggio, poi suggerire il suo punto di vista e confrontare la sua interpretazione con gli altri. Va tutto bene stimola inoltre la riflessione e il dialogo costruttivo fra utenti, discussione che si è puntualmente verificata nelle sessioni di gioco (si veda il capitolo 4).

Quando lo storytelling è intessuto di significati può catturare esempi di pratiche quotidiane e trasformarle in opportunità di apprendimento, incoraggiando la riflessione e una profonda comprensione dell'argomento, stimolando il pensiero critico.

Il dibattito che è seguito naturalmente ad un artefatto come quello descritto nel capitolo 4, si può chiamare *reflective dialogue* (Isaacs, 1999; Jacobs, 2005), intendendo con ciò una forma di dialogo capace di portare l'individuo a ragionare sulle regole e sui modelli mentali che governano il suo modo di agire e pensare. I modelli mentali possono essere visti come lenti metaforiche attraverso cui gli individui danno un senso alle loro percezioni in un contesto sociale (Jacobs, 2005). Questi modelli portano con sé presupposti e pregiudizi taciti e scontati che regolano il modo in cui ci si aspetta che i fenomeni sociali si manifestino: essi danno forma a ragionamenti, interpretazioni e modi d'agire.

Questi modelli emergono e sono emanati dalla "comunità interpretative" (Fish, 1980 in Jacobs, 2005), comunità che condividono la stessa visione del mondo. L'aspetto interessante di questi modelli è che si stabiliscono attraverso il dialogo fra i membri della comunità poiché la comunicazione verbale e dialogica, oltre a trasferire informazione è partecipe del processo di costruzione del significato. (Smircich e Morgan, 1982; Weick, 1995)

Condividere una narrazione, impersonarne una parte e infine riflettere insieme sui punti salienti, sono attività che mettono in evidenza concetti e situazioni sino ad allora dati per scontati, portando all'emersione di nuove possibilità di interazione con essi (Isaacs, 1999) e alla scoperta e costruzione di nuovi modelli mentali.



CAPITOLO 2:

LO STIGMA SOCIALE E LE MALATTIE MENTALI

2.0 Normalità, stigma sociale
e malattie mentali

2.1 Stigma e malattie mentali:
dal pregiudizio all'azione

2.1.2 I pregiudizi più diffusi

2.2 I dati: la diffusione della malattie mentali

2.3 Lo stigma nelle narrazioni collettive:
stigma visivo e media studies

2.3.1 La malattia mentale
dal medioevo all'età moderna

2.4 Le rappresentazioni contemporanee

2.4.1 Cinema, audiovisivi e malattia mentale:
una storia lunga un secolo

2.4.2 Stereotipi negativi e descrizioni troppo
positive

2.4.3 Cinema contemporaneo e malattia
mentale: due esempi

2.5 I social media e lo stigma

2.6 La malattia mentale nel panorama video-
ludico contemporaneo: una breve panoramica

2.7 Giochi per empatizzare, capire e accettare

2.7.1 Giochi come campi

d'allenamento per la psiche: casi studio

2.7.2 Vestire i panni di una persona

che soffre di una malattia mentale: casi studio

L'obiettivo che ho deciso di pormi come designer riguarda la sensibilizzazione rispetto al tema dei disturbi di personalità e in generale la riduzione dello stigma che pesa su questo tipo di disturbi: vorrei costruire (nel caso non vi sia) e approfondire la consapevolezza e la conoscenza personale riguardo ai disturbi di personalità di tutti coloro che diverranno utenti del mio progetto al fine di ridurre lo stigma sociale che grava sulle malattie mentali e in particolare su questi disturbi. Il mio progetto si rivolge potenzialmente a chiunque, sia familiari e amici di persone con disturbi della personalità, ma anche e soprattutto persone che non conoscono o sono informati in modo insufficiente e confuso a proposito di questa realtà. Le parti della ricerca che trattano psicologia clinica sono state revisionate dal Dott. Daniele Garozzo, psicoterapeuta.

I disturbi di personalità, che verranno descritti in maniera approfondita nel capitolo 3, rendono difficile e tragicamente segnata dalla sofferenza la vita di chi ne soffre e di chi è vicino ai pazienti: non solo a causa della malattia stessa, ma anche per via dell'ignoranza e degli stereotipi che la circondano e dello stigma sociale che la riguarda. Un individuo che ha una personalità disturbata tendenzialmente non considera la sua personalità come la causa principale dei suoi problemi, e i motivi sono due: da una parte l'ignoranza diffusa e dall'altra la percezione egosintonica dei problemi caratteriali (Per approfondimenti, si veda il capitolo 4). Per questo sono state portate avanti diverse iniziative volte a far conoscere la natura e la diffusione di questi disturbi, smontare lo stigma sociale e fornire alle famiglie e ai parenti dei pazienti delle linee guida per comprendere ed aiutare i loro cari. Negli USA per esempio, vi sono due famose organizzazioni no-profit che cercano di svolgere questo compito, rivolgendosi in maniera specifica a coloro che soffrono di disturbi della personalità: *Out of the fog*, letteralmente “fuori dalla nebbia”, un'associazione costituita da volontari che hanno familiari affetti da disturbi di personalità, ha l'obiettivo di fornire conoscenze e strumenti utili a capire i disturbi di personalità e dare indicazioni sui comportamenti e le azioni più utili da intraprendere in momenti di difficoltà. Un'altra organizzazione è *Personality Disorder Awareness Network*, che ha gli stessi obiettivi e si avvale però grandemente del supporto di terapeuti e educatori. Anche alcune testate giornalistiche portano avanti campagne di sensibilizzazione rispetto a questi problemi, come nel caso editoriale di *lives restored* del *New York Times*, una raccolta di storie di persone che vivono una vita soddisfacente e (quasi) serena nonostante abbiano delle gravi malattie mentali.

2. NORMALITÀ, STIGMA SOCIALE E MALATTIE MENTALI

“Stigma” è un termine utilizzato per descrivere due fenomeni: un pregiudizio o un sentimento di disapprovazione da parte della popolazione generale verso un gruppo, e il sentimento di vergogna corrispondente sollecitato in quel gruppo dal pregiudizio (Jones et Al, 2002).

Per comprendere appieno il concetto di stigma sociale, è fondamentale citare

il lavoro di ricerca del sociologo canadese Erving Goffman (1963). Goffman definisce lo stigma come un attributo, un comportamento o una specifica reputazione che porta a una valutazione screditante da parte di una comunità: secondo la sua ricerca, ogni società stabilisce quali debbano essere le caratteristiche che i suoi membri devono esibire per essere legittimati ad appartenere. Questo meccanismo è il presupposto per la creazione di stereotipi e pregiudizi che sono alla base dell'accettazione o meno di un individuo nel gruppo.

Lo stigma viene dunque a definirsi come un gap fra l'identità sociale virtuale che un individuo dovrebbe avere, e l'identità sociale attuale: l'identità sociale virtuale non è nient'altro che una proiezione di stereotipi condivisi ma speculativi, che non hanno quindi un vero raffronto con la realtà sociale.

In questo senso, la normalità non è nient'altro che una summa di stereotipi ed aspettative normative, che poco hanno a che vedere con la realtà fattuale. L'individuo stigmatizzato ha quindi un particolare attributo che lo segna, lo cataloga come diverso e lo rende indesiderato.

Il fenomeno della stigmatizzazione è la diretta conseguenza dello stigma: una connotazione specificamente identificata come deviante è attribuita a un membro (o a un gruppo) facente parte della società che è quindi declassato a un livello inferiore, come facente parte di un gruppo altro, e infine emarginato (Goffman, 1970).

Gli stereotipi sono una forma di pensiero rassicurante rispetto a realtà complesse e potenzialmente pericolose: rendono più semplice l'allontanamento e il mantenimento della distanza fra gruppi, giacché portano ad una riduzione della complessità e a divisioni nette, evidenziando ed esagerando le differenze fra gruppi ("noi e loro") e eliminando quelle interne ai gruppi che sono quindi più coesi e più chiusi.

Sempre secondo Goffman esistono tre tipi di stigma: uno riguardante le deformazioni e le alterazioni fisiche (disabilità fisiche, obesità, e via dicendo), uno riguardante gli aspetti della personalità (come malattie mentali e alcolismo) e infine uno riguardante le connotazioni tribali e etniche (tratti tribali e culturali, veri o immaginari, che deviano dall'aspettative e dalle norme della società).

2.1 STIGMA E MALATTIE MENTALI: DAL PREGIUDIZIO ALL'AZIONE

Come si è visto nel paragrafo precedente, una delle sottocategorie dello stigma riguarda proprio gli aspetti della personalità e in particolare **la malattia mentale**. Sullo stigma che riguarda la malattia mentale, ancora una volta i pregiudizi sono motivati dal falso senso di sicurezza che essi forniscono nei confronti di realtà complesse e sconosciute. Negli ultimi cinquant'anni la stigmatizzazione dei malati mentali è stata più volte oggetto di studio e diversi dati hanno confermato questo fatto (Thornicroft et al, 2010; Corrigan, 1998, 2002; Page, 1993). Prima di tutto, è chiaro che la popolazione generale non è ben informata sui sintomi, le cause e i trattamenti disponibili nell'ambito della salute mentale, per cui un pregiudizio di fatto esiste. È probabile che

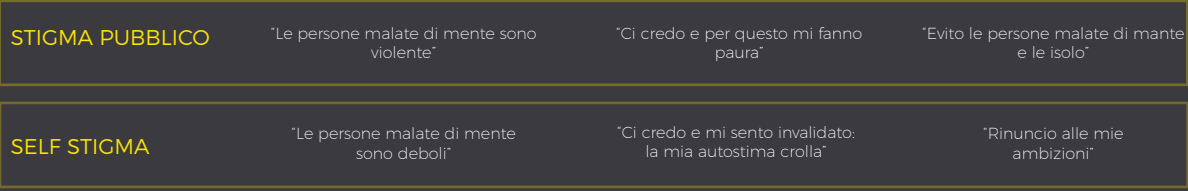


FIGURA 2:
il funzionamento dello stigma

molte persone che non hanno alcuna conoscenza specialistica di psicologia o psichiatria non abbiano un'idea chiara della natura dei disturbi mentali, e di come e quanto essi siano vari e diffusi. Chi stigmatizza i malati mentali si basa su credenze infondate e tramandate nel tempo, relative proprio alla malattia mentale. Tali pregiudizi sono per lo più vaghi e basati su poche informazioni. La malattia mentale, nonostante più di un secolo di ricerca alle spalle e iniziative come *The Decade Of The Brain*¹, o *Personality Disorder: No Longer a Diagnosis of Exclusion*² è ancora percepita come un segno di debolezza e indulgenza (Thornicroft et Al, 2010; Corrigan, 1998; Page, 1993). Lo stigma sulle malattie mentali esiste da molto prima della psichiatria, che per molto tempo non ha aiutato per nulla a mitigarlo, e la mancanza di un termine appropriato per descriverlo ha rallentato questo processo: esistono parole specifiche per definire paure diffuse come omofobia, sessismo e razzismo, ma non esiste un termine specifico per la paura e la stereotipizzazione delle malattie mentali (Page,1993) L'impatto dello stigma è duplice, come si vede nella figura 2. Lo stigma pub-

1 The Decade of the Brain è stata un'iniziativa promossa dal presidente George H. W. Bush dal 1990 al 1999. parte di uno sforzo promosso dall'istituto nazionale della salute mentale (National Institute of Mental Health) e dall'istituto nazionale della salute (National Institutes of Health) volto a promuovere la consapevolezza.

2 Personality Disorder: No Longer a Diagnosis of Exclusion è un'iniziativa lanciata nel 2003 dal ministero della salute del Regno Unito, per combattere lo stigma, promuovere la consapevolezza e soprattutto migliorare la qualità e l'accesso ai servizi.

blico è la reazione che in generale la popolazione ha nei confronti dei pazienti psichiatrici e di coloro che soffrono di malattie mentali, mentre il self-stigma o stigma interiorizzato, lo stigma rivolto su di sé, è il pregiudizio che i malati mentali sentono su di sé (Corrigan, 2002). Entrambi queste categorie si possono intendere come suddivise in tre componenti (si veda la FIGURA 2): stereotipi, pregiudizi e discriminazione. Gli psicologi sociali considerano gli stereotipi come particolarmente efficaci, in quanto strutture apprese dai membri di un gruppo attraverso la stessa comunità (Hilton, 1996; Judd, 1996): gli stereotipi rappresentano nozioni sulle quali c'è un accordo e una considerazione accettata collettivamente da un gruppo di persone. Tendono quindi ad essere in un certo senso "efficienti" poiché fanno parte del cosiddetto "senso comune" e danno origine a impressioni e opinioni in maniera praticamente immediata (Corrigan, 2002). Il fatto che molte persone siano più o meno consapevoli dei pregiudizi esistenti, non fa sì che in automatico essi vengano considerati veri. Per esempio, molte persone possono conoscere dei pregiudizi riferiti a una specifica etnia, ma non per questo considerarli come valide verità. Coloro che, d'altra parte, si lasciano influenzare da tali pregiudizi, li avvallano, e reagiscono con una risposta emotiva negativa, come paura o rabbia. Se gli stereotipi restano genericamente credenze condivise, le atteggiamenti pregiudiziali che ne derivano coinvolgono un giudizio di valore e una risposta emotiva. La reazione comportamentale a questi pensieri giudicanti è la discriminazione: il pregiudizio che genera rabbia e paura può portare oltre all'esclusione e a comportamenti ostili (Corrigan, 2002)

2.1.2 I PREGIUDIZI PIÙ DIFFUSI

Come abbiamo nei paragrafi precedenti, la malattia mentale reca con sé uno stigma, ed è percepita e rappresentata attraverso una serie di stereotipi. A questo proposito, sono stati individuati diversi personaggi stereotipati approfonditi più avanti nel paragrafo 2.2.

Si descriveranno ora i pregiudizi più comuni e dannosi sia per il soggetto dello stigma, il malato mentale, sia per le persone che fanno parte della sua vita, sia per la comunità.

(1) Le persone con disturbo mentale sono pericolose, violente e fuori controllo. Molte delle preoccupazioni circa la pericolosità dei malati mentali deriva dalle paure relative ai programmi di cura all'interno delle comunità, oltreché dalla pubblicità fatta ad un esiguo numero di omicidi commessi da persone mentalmente disturbate (Jones et Al, 2002). Se una persona è vittima di un crimine violento, è molto più probabile che il colpevole sia una persona mentalmente sana, un membro della famiglia oppure un conoscente, piuttosto che uno sconosciuto affetto da una malattia mentale. Le statistiche ufficiali mostrano che le circostanze in cui una persona con grave disturbo mentale X uccide uno sconosciuto sono davvero molto rare. I senza tetto mentalmente disturbati, che suscitano tanta paura nella popolazione, sono molto più esposti

ad essere le vittime di un tale crimine piuttosto che gli esecutori (Jones et al., 2008).

(2) I disturbi mentali non sono curabili. è credenza comune che il destino dei malati mentali sia quello di peggiorare e che l'unico trattamento sensato, per queste persone, sia rinchiuderle e isolarle dal resto della società.

Rispetto al fatto che questi disturbi possano essere curabili o meno, si è visto che le condizioni meno gravi o considerate più curabili non sono nonostante ciò meno stigmatizzate. A questa credenza si accompagna l'idea che gli psicofarmaci non siano altro che dei sedativi che mirano a tener tranquilli i pazienti e a renderli inoffensivi. In breve, una credenza che si riassume nella visione di psicofarmaci in grado di narcotizzare le persone e renderle sì inoffensive, ma nel contempo poco presenti a sé stesse. Inoltre, se i trattamenti psichiatrici sono inefficaci, vi è anche l'idea diffusa che l'individuo debba essere "forte" e risolvere da sé i suoi problemi: la persona che soffre di questi disturbi è quindi vista come "debole", dotata di scarsa forza di volontà e mancanze morali. (Page, 1993; Corrigan, 1998; Jones et al., 2008).

Queste credenze includono anche un'idea distorta del professionista operante nell'ambito della salute mentale. I sentimenti negativi nei confronti del professionista della salute mentale, si riassumono in due principali stereotipi: lo psicoanalista "svitato", con un'ossessione per le vicende della prima infanzia e per i segreti della vita sessuale del paziente, oppure un medico "folle", che prescrive pillole solo per mantenere i pazienti in uno stato catatonico. Esiste anche il cliché secondo cui i clinici sono "matti quanto i loro pazienti". Sicuramente un certo numero di persone che operano nell'ambito della salute mentale ha anch'essa dei problemi psicologici; come in altre classi di professionisti: il vero danno provocato da chi infonde simili credenze è che queste possono scoraggiare chi ha veramente bisogno di cercare aiuto (Jones et al, 2002; Page, 1993; Corrigan, 2002).

(3) Le persone affette da un disturbo mentale ne sono "responsabili".

L'evidenza dimostra che ancora si pensa che la malattia mentale possa essere una questione di libera scelta o di debolezza di carattere. Il pensiero sottostante sembra essere che, se le malattie del corpo hanno una causa fisica, allora le malattie psichiche hanno una causa mentale, e quindi in qualche modo sono state "scelte" dalla persona che ne soffre. Un pensiero simile può essere solo indice di una grande confusione.

Nel caso di molte malattie mentali, la maggior parte delle autorità in campo clinico oggi sostiene che ci sono delle disfunzioni a livello cerebrale in grado di causarle (Gabbard, 2015; Jones et al, 2002). Similmente, se fattori quali il contesto o la cultura in cui un individuo è cresciuto giocano un ruolo nel promuovere la malattia, la persona che ne soffre non può essere ritenuta responsabile di questi fattori. Per questi motivi, è illogico accusare il paziente della propria sofferenza. Nello stesso tempo, ci sono fattori psicologici che intervengono per esempio, nel corso del disturbo bipolare: questo è vero anche per molte malattie fisiche come l'asma o il diabete. Fonti autorevoli hanno suggerito che persino alcune forme di cancro possono essere influenzate dallo

stato psicologico del paziente (Jones et al., 2002).

L'approccio psicologico aiuta le persone ad imparare a gestire molte malattie, sia fisiche che mentali. I dati della ricerca mostrano che chi conosce una persona sofferente di una malattia mentale ha un atteggiamento più illuminato: il che significa che le persone possono imparare a confrontarsi con il disturbo mentale in modo più comprensivo.

Si è visto che la schizofrenia comincia ad essere considerata generalmente come una malattia di origini genetiche e biologiche ed è riconosciuta come una condizione che necessita effettivamente dell'intervento di specialisti, mentre altre malattie, come la depressione e disturbi di personalità, sono considerate conseguenze di "disintegrazione sociale" (eventi come la perdita del lavoro, disoccupazione, stress o problemi matrimoniali) o addirittura come colpe morali del malato, (come nel caso dell'anoressia nervosa o il disturbo borderline di personalità) e nella visione comune, si crede che questi disturbi debbano essere risolti con maggiore disciplina e eventualmente chiedendo aiuto a familiari ed amici (Thornicroft, 2010) .

Sui disturbi della personalità (di cui parlerà nello specifico nel capitolo 3) gravano da una parte i pregiudizi della malattia mentale, dall'altra uno stigma specifico: quello del personale sanitario. Diversi studi (Del Rosso et Al, 2014) mostrano che lo staff dei dipartimenti psichiatrici tende ad avere pregiudizi sugli individui che presentano personalità disturbate, associandoli a comportamenti irresponsabili, manipolatori, autolesionisti e suicidari e ritenendoli meno degni di cure. Fra gli studenti di medicina e il personale ospedaliero vi è una chiara preferenza fra pazienti, alcuni dei quali sono considerati non meritevoli di cure, poiché responsabili della loro condizione: in particolare pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione (talvolta sintomi di alcuni disturbi della personalità) e ancora una volta pazienti autolesionisti e a rischio di suicidio.

È quindi chiaro che un simile bagaglio di pregiudizi non favorisce l'integrazione sociale, né la ricerca d'aiuto presso strutture e servizi specifici, rendendo

FIGURA 2.1:
Le conseguenze dello stigma sulla salute mentale del malato

LE CONSEGUENZE DELLO STIGMA:



Il circolo vizioso che s'instaura a causa dello stigma e quello virtuoso che avviene in sua assenza

difficile e la vita di coloro che soffrono di disturbi mentali in molti modi.

Il pregiudizio rabbioso può portare negare aiuto ai pazienti o a sostituire l'assistenza sanitaria con i servizi forniti dal sistema di giustizia penale (nel caso i pazienti siano incriminati). La paura porta all'evitamento: i datori di lavoro che temono persone con malattie mentali tendono a non assumerne. Di conseguenza, chi potrebbe essere soggetto a questo rifiuto nasconde la sua condizione e tende ad auto-discriminarsi. La ricerca suggerisce che lo stigma e la paura del rifiuto da parte di altri portino molte persone a non perseguire progetti e ambizioni: lo stigma percepito rispetto alla propria malattia può causare i sintomi tipici della depressione, come svalutazione, bassa autostima, senso di colpa e vergogna. La vergogna in particolare per è tipicamente

- X un'emozione chiave in molte altre malattie mentali come disturbi alimentari,
- X ansia sociale e disturbi della personalità (in particolare borderline e narcisistico).

Tuttavia, la ricerca mostra anche un fatto inaspettato: alcune persone, invece di sentirsi schiacciate dall'effetto combinato della propria patologia e dello stigma, diventano giustamente rabbiose a causa del pregiudizio che percepiscono come falso e ingiusto. Questa reazione è quella che porta numerosi pazienti a partecipare attivamente a campagne per la sensibilizzazione e dichiarare pubblicamente (per esempio sui social) di avere un disturbo mentale e di voler lottare per avere lo stesso trattamento e la stessa considerazione degli altri membri della società (Corrigan, 2002).

In ogni caso, è vero anche il contrario ed è anche una delle maggiori cause dell'aggravarsi di molti disturbi mentali (Byrne, 2000).

Se già la malattia mentale porta con sé gravi difficoltà, la paura del giudizio e del conseguente isolamento sociale rendono difficile ai malati riconoscere la loro condizione, successivamente chiedere aiuto e infine ricevere cure adeguate: spesso sintomi meno gravi vengono deliberatamente ignorati e nascosti per via del timore del giudizio sia dei propri cari sia della comunità (Byrne, 2000).

Questa situazione, se si protrae nel tempo, va a creare un quadro clinico più grave, che con cure adeguate e una consapevolezza scevra da pregiudizi ghetizzanti non si sarebbe in molti casi presentato (si veda la figura 2.1).Oltre all'influenza negativa sulla qualità della vita, anche il processo di guarigione tende a essere rallentato: chi soffre di malattie mentali tendenzialmente si auto-stigmatizza, cerca di nascondere questa condizione e sperimenta vergogna, rabbia, e paura che spesso vanno a sommarsi alla bassa autostima e al senso di inadeguatezza che, come si è visto, sono già causate da molte malattie mentali (Nayak et Isaac, 2014). Lo stigma riguardante problemi dovuti alla sanità mentale porta la società a isolare e colpevolizzare le persone che ne soffrono, o negar loro molte opportunità che molte persone danno per scontate: la stigmatizzazione rappresenta una dimensione di sofferenza che si aggiunge all'esperienza di malattia e porta a limitate opportunità di trovare casa e lavoro, una più bassa qualità di vita, una più bassa autostima, ostacoli e barriere nel ricevere cure mediche.

LA DIFFUSIONE DELLA MALATTIA MENTALE NEL MONDO

450 milioni

di persone soffrono di malattie mentali

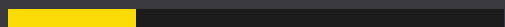
20 milioni

di persone tentano il suicidio

1 milione

di persone riesce a togliersi la vita

IN EUROPA

**82,7 milioni**

di persone soffrono di malattie mentali

61 milioni

di persone non ricevono alcun trattamento

2.2 I DATI

Secondo un rapporto del 2001 dell'Organizzazione Mondiale Della Sanità, i disturbi mentali colpiscono una persona su quattro, e attualmente si stima che almeno 450 milioni di persone ne siano affette, di cui 20 milioni, ogni anno tenta il suicidio. Di questi 20 milioni, 1 milione lo porta a termine. Riguardo alla sola Europa, la situazione non è diversa, poiché secondo uno studio epidemiologico portato a avanti da Wittchen e Jacobi, basato su altri 27 studi a riguardo, le malattie mentali affliggono il 27% della popolazione ogni anno (82,7 milioni di persone), di cui il 74% non viene trattata (Wittchen et Jabobi, 2005). Facendo riferimento questi dati, si può dire che un quarto della popolazione europea non solo è malata, ma è soggetta a stigma e discriminazione, tanto da non cercare aiuto. Come si è visto, lo stigma deteriora in diverse maniere la vita dei pazienti mentali e di coloro che fanno parte della loro vita: agisce come una vera e propria barriera che ostacola non solo la guarigione, ma anche la possibilità di condurre una vita dignitosa, impedendo ai malati il riconoscimento e l'accettazione della propria situazione, porta ad un peggioramento delle loro condizioni di vita, sia lavorative sia sociali e infine rallenta o blocca l'accesso a trattamenti efficaci.

FIGURA 2.2:

La diffusione della malattia mentale secondo "The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope", e in Europa secondo Wittchen et Jacobi (2005)

2.3 LO STIGMA VISIVO E I MEDIA STUDIES

“The actual people I met weren’t violent – that I think they are violent, that comes from television, from plays and things. That’s the strange thing, the people were mainly geriatric – it wasn’t the people you hear of on television. Not all of them were old, some of them were younger. None of them were violent – but I remember being scared of them, because it was a mental hospital – it’s not a very good attitude to have but it is the way things come across on TV, and films – you know, mental axe, murderers and plays and things – the people I met weren’t like that, but that is what I associate them with”
(Una testimone, Philo, 1996, p. 104)

2.3.1 LA MALATTIA MENTALE DAL MEDIOEVO ALL’ETÀ MODERNA

La rappresentazione visiva della malattia mentale ha una lunga storia che si estende molto oltre le rappresentazioni contemporanee, includendo la storia dell’arte e le immagini prodotte nei secoli a scopo medico: partendo almeno dal medioevo si trova il costante tentativo di rendere visiva e riconoscibile la malattia mentale (Foucault, 1961, Eisehauer, 2008).

Nel saggio *Storia della follia nell’età classica*, Foucault descrive l’evoluzione del concetto di follia attraverso tre fasi: la fase rinascimentale, l’età classica e l’esperienza moderna.

Anticamente, il folle aveva un posto nella società, sebbene visse ai suoi margini: era considerato latore di una conoscenza e di una saggezza speciali, e descritto nella letteratura come il “saggio-e-folle”. Tuttavia, dal Seicento in poi, all’alba dell’età della ragione, il pazzo diventa irrazionale; se prima era stato ai margini della società, ora ne viene completamente escluso e messo al confino insieme ad altre figure considerate immorali, come prostitute, blasfemi e vagabondi.

La condizione di questi reietti era vista come un errore morale. Il presupposto che caratterizzò questa epoca voleva che questi emarginati avessero scelto liberamente al loro condizione e potessero di conseguenza essere convinti ad abbandonare quella che Foucault chiama la “sragione”: le istituzioni in cui queste persone venivano rinchiusi erano contraddistinte da punizioni e premi in modo da portare i reietti a cambiare idea sulle loro scelte.

Non solo: ad aggiungersi a questa considerazione dei malati mentali, anche le illustrazioni scientifiche dell’epoca rivelano quanto il pregiudizio fosse radicato, mostrando analisi comparative fra volti di pazienti e teste di animali (Eisehauer, 2008).

L’esperienza moderna rispetto alla malattia mentale inizia secondo Foucault quando nascono i primi manicomi: luoghi deputati a contenere specificamente i malati di mente. Questi luoghi avevano un doppio ruolo: da una parte la follia inizia ad essere considerata una malattia dell’anima e poi della mente, e dunque si tenta di studiarla e curarla, dall’altra si confinano gli indesiderabili



lontano dal resto della comunità (Focault, 1961, Eisehauer, 2008),. Il cambiamento storico della considerazione sociale e culturale della figura del folle risulta evidente anche nelle rappresentazioni visive (Eisenhauer, 2000) come *La casa dei matti* (Casa de locos) o *Il manicomio* (Manicomio) di Goya, che mostrano una rappresentazione precisa di un vero e proprio manicomio. Queste rappresentazioni mostrano i malati di mente come bestiali, grotteschi e privi di autocontrollo, dandogli una connotazione quasi demoniaca, mostrandoli in ambienti cupi e trasmettendo nello stesso tempo un giudizio morale. Si possono notare questi aspetti in opere come *Mad Kate* di Fuseli (1807) così come nei libri di medicina e psichiatria comparivano accostamenti e paragoni fra i malati di mente e svariate specie di animali (Eisenhauer, 2008). Benché Gericault fra il 1821 e il 1824 ritraesse i pazienti psichiatrici ridando loro la dignità di individui, le illustrazioni scientifiche dell'epoca e le fotografie di Hugh Diamond e Jean Martin-Charcot, scattate in istituti per malati di mente, riflettono la necessità di creare una tassonomia visiva e di rappresentare queste figure come animalesche e contemporaneamente farne dei casi studio, ben separati dalla dignità della società civile (Eisenhauer, 2008). Si arriva alla contemporaneità accompagnando alla malattia mentale uno stigma forte e radicato, nella parziale consapevolezza (almeno in ambito scientifico) che si tratta di malattia, non più una scelta morale.

FIGURA 2.3:
"La casa de locos"
di Goya (1812)

FIGURA 2.4:

La prima figura in alto a sinistra ritrae una donna fotografata fra nel XIX secolo da Hugh Diamonds presso un manicomio del Surrey. La seconda sulla destra è un altro ritratto fotografico realizzato da X nel manicomio di Salpêtrière nello stesso periodo. L'uomo nella figura di sinistra è invece Norman Bates, serial killer del film "Psycho" (1962), mentre l'ultima figura a destra ritrae Hannibal Lecter nel film "The Silence of the lambs" (1991)

2.4 LE RAPPRESENTAZIONI CONTEMPORANEE: UNO SGUARDO AI MEDIA

Occorre a questo punto introdurre il termine Mental Health Literacy, ovvero "la conoscenza e le credenze a proposito della malattia mentale, che aiutano a riconoscerle, gestirle o prevenirle" (Jorm, 2000), per comprendere meglio quale sia il racconto condiviso che si fa ad oggi di coloro che soffrono di malattie mentali, e quanto la stigmatizzazione sia diffusa a discapito di un'informazione utile e obbiettiva.

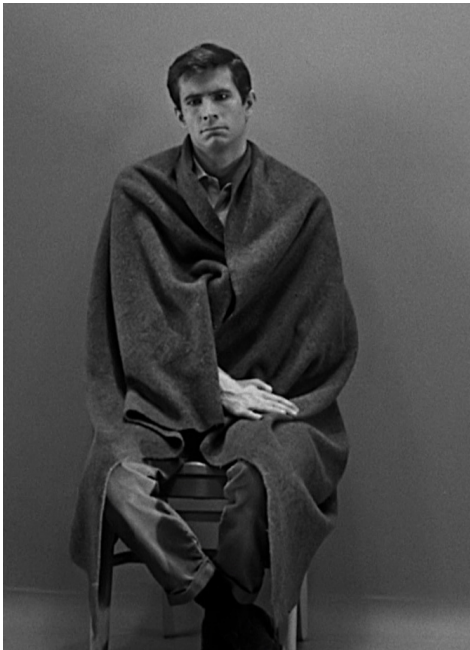
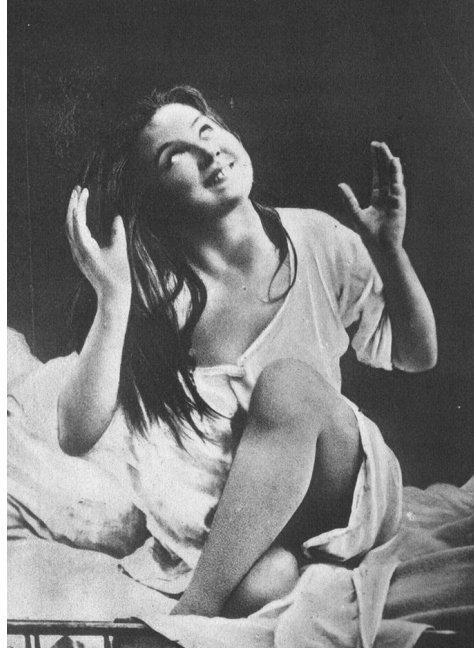
La Mental Health Literacy consiste di diverse componenti, come la capacità di riconoscere specifici disturbi o diversi livelli di sofferenza psicologica, conoscenza e credenze a proposito di fattori di rischio, cause, self-help e aiuto professionale, attitudini che facilitano il riconoscimento e la ricerca di aiuto e conoscenze riguardo la ricerca di informazioni sulla salute mentale.

L'evidenza ha mostrato chiaramente che la cultura della salute mentale in molti paesi è scarsa e confusa (Jorm et al, 2000) perché i media, che come si vedrà propongono narrazioni stereotipate e nozioni confuse se non del tutto errate, sono la fonte d'informazioni più importante a proposito della salute e della malattia mentale (Coverdale et al., 2002 [citando Borinstein, 1992; Kalafatis & Dowden, 1997; Philo, 1994]). Fiske (1987, in Rose, 1998). In effetti non solo trasmettono informazioni imprecise e confuse, ma hanno creato nel tempo narrazioni e archetipi condivisi che riguardano la malattia mentale e contribuiscono a stigmatizzarla.

||| All things considered, mass media do a very poor job and generate harmful effects by distributing false information, along with spreading stigmatizing stereotypes referring to mentally ill persons. Psychiatric terms are often misquoted, misinterpreted and used in inadequate, arbitrary, colloquial and rather offensive manner (Otto Wahl, Media Madness; 1995)

In un'analisi di contenuti multimediali svolta nel Regno Unito (Wahl, 1993) si è scoperto che i due terzi degli articoli di cronaca e degli articoli divulgativi che riguardano in varie misure i problemi di salute mentale creano un legame fra malattia mentale e violenza. In questo studio, alcuni intervistati avevano una conoscenza personale delle malattie mentali, e avevano quindi respinto il messaggio dei media dominanti, altri invece lo accettavano acriticamente e anche contro l'evidenza dei propri occhi (Philo, 1994). In seguito, un altro studio sottolineò come le rappresentazioni proposte dai media avessero un impatto così forte da superare addirittura le esperienze vissute dalle persone intervistate (Philo, 1996, in Rose, 1998).

Ancora, in una ricerca del 1999, incentrata su due canali di programmi per bambini, si è riscontrato che il 46,1% faceva riferimento a malattie mentali, e di questi il 79% erano cartoon. Nei suddetti cartoni animati, al di là della rappresentazione estrema dei "matti", spiccano i termini utilizzati per indicarli: wackoo, cuckoo, loony, lunatic, twisted, deranged, disturbed, loon, insane, freak, "out of his mind" banana (Eisenauer, 2008).



Allo stesso modo, l'85% dei film Disney presenta un personaggio malato di mente, a cui non viene riservato un trattamento diverso (Lawson e Fault, 2004).

In un sondaggio riguardante la stampa e i media tedeschi, il 64% del campione ha dichiarato di aver letto di una persona con una malattia mentale che aveva commesso un crimine violento e il 50% di qualcuno che è diventato dipendente da farmaci prescritti, ma solo il 17% aveva letto individui malati che erano poi guariti o erano in grado di condurre una vita normale.

Cutcliffe e Hannigan (2001) mettono in luce inoltre che non vi è settimana in cui non si faccia riferimento alla malattia mentale.

Le ricerche citate sono solamente una minima parte dell'esistente e sono state svolte dalla fine degli anni ottanta fino ad oggi.

La prevalenza e la diffusione di contenuti fuorvianti nei media contemporanei ha un impatto negativo sui malati e in generale tende a rafforzare lo stigma (Day & Page, 1986; Diefenbach, 1997; Hyler, 1988; Hyler, Gabbard, & Schneider, 1991; Signorielli, 1989; Wahl & Lefkowitz, 1989; Wahl, 1982;1995; 2003).

Complessivamente, il corpo di ricerca degli autori citati mostra un tema comune: la cultura visiva e la terminologia ad essa associata è saturata di rappresentazioni imprecise e negative della malattia mentale e questi ritratti contribuiscono in maniera rilevante alla stigmatizzazione. Non solo, le figure che sono state descritte nel paragrafo precedente, non sono in realtà del tutto scomparse. Nel prossimo paragrafo si tratterà in particolare la rappresentazione che se ne fa nel mondo del cinema e con qualche riferimento a serie televisive contemporanee, dedicando al prossimo lo spazio per trattare la malattia mentale all'interno dei più svariati sistemi ludici.

2.4.1 CINEMA, AUDIOVISIVI E MALATTIE MENTALI: UNA STORIA LUNGA UN SECOLO

Se l'invenzione del cinematografo avvenne nel 1895, già poco più di 10 anni dopo, nel 1906, fece la sua comparsa Dr. Dippy's Sanitarium, dopodiché almeno 500 film hanno trattato la malattia mentale come tema principale (Damjanovic et al, 2009). Ciò nonostante i media studies sullo stigma e il suo rapporto con il cinema e altri media hanno iniziato a fiorire da poco più di trent'anni.

In questo capitolo si prenderanno in considerazione diverse ricerche che sono state compiute fra il 1989 e il 2013 per comprendere quali sono le narrative e le figure create e poi condivise dal cinema e da diverse serie televisive riguardo alla malattia mentale.

Analizzando l'ambito cinematografico si può vedere come esso porti con sé il peso delle convenzioni narrative e dei tropi letterari, che naturalmente non si sono costituiti tenendo in considerazione l'accuratezza medica: sempre più persone che supportano il discorso anti-stigma stanno segnalando i ritratti stigmatizzanti che vengono dal cinema e nelle serie televisive (Middleton, 2013).

La ricerca sulla letteratura e sulla rappresentazione della malattia mentale nei film ha portato ad alcune conclusioni generali (Middleton, 2013):

- 1) La maggior parte dei ritratti perpetua miti e stereotipi circa la malattia mentale e sono stereotipi negativi, contribuendo alla stigmatizzazione della malattia mentale (Pirkis et al, 2006): inoltre fanno riferimento a una concezione generica di violenza, riflettono valori conservatori, si basa su spesso sulla cultura popolare, e tendono a generalizzare in maniera eccessiva, causando ulteriore confusione sull'argomento, se non favorendo lo stigma.
- 2) Alcune rappresentazioni possono anche essere eccessivamente positive, suggerendo una malattia mentale possa essere una sorta di "dono" e poi venga facilmente curata, contribuendo così al diffondersi di informazioni confuse e contribuendo, paradossalmente, a rafforzare lo stigma negativo.
- 3) Infine, alcune descrizioni della malattia mentale sono ritenute sufficientemente precise e quindi utilizzate a scopi didattici (Hyler, 1991, DSM-V).

2.4.2 STEREOTIPI NEGATIVI E DESCRIZIONI TROPPO POSITIVE

Rappresentare personaggi affetti da malattie mentali come innanzi tutto pericolosi e nettamente diversi può servire come rassicurazione e difesa psicologica: questa visione così assoluta che divide sani e folli mostra una forte necessità da parte della società di identificare il malato. Per di più, questo riconoscimento di uno stereotipo visivo si basa sulla costruzione dell'immagine di "pazzia" in opposizione alle vere malattie (Eisenhauer, 2008).


 The stigmatization of people with a mental illness, has a long-established history within visual culture, and remains a current practice: "the creative pro-

FIGURA 2.5: il serial killer "Buffalo Bill" in "The Silence of the Lambs" (1991), che dopo aver rinchiuso, la sua vittima nello scantinato, si veste da donna e, danzando, si compiamenta con sé stesso.



professionals of today's media are . . . just carrying on traditional depictions of the past...The portrayal of the "mad murderer" as looking different activates artistic conventions that have evolved over centuries. (Otto Wahl, *Media Madness*; 1995)

Hylér, Gabbard and Schneider (1991) hanno fornito una vera e propria tassonomia del malato mentale nella filmografia, che si ritrova anche nelle produzioni cinematografiche e televisive contemporanee.

Uno degli stereotipi più ricorrenti è quello per cui il paziente mentale per eccellenza è rappresentato come il "pazzo assassino", che, motivato solo dalla malattia mentale compie crimini efferati, fra cui omicidi particolarmente morbosi o violenti.

Il maniaco omicida si vede in una vastissima lista di film, come *Psycho* (1960), in cui il celeberrimo Norman Bates uccide tutte le donne che causano in lui eccitazione sessuale, per via di una grave forma di disturbo dissociativo della personalità. Ancora, Jack Torrence in *The Shining* (1980), Hannibal Lecter in *The silence of the lambs* (1991) per poi arrivare a serie televisive contemporanee come *Dexter*, in cui il protagonista è un serial killer che, nel tentativo di darsi una giustificazione morale uccide solo persone che abbiano a loro volta commesso omicidi, o Kevin Wendell Crumb in *Split* (2017).

Hylér descrive inoltre tre temi dominanti che facilitano la stereotipizzazione delle cause dei disturbi mentali.

Il primo sta nel radicato stereotipo che i disturbi mentali siano necessariamente causati da un evento traumatico. Questo tema giustifica che uno specifico evento traumatico, spesso accaduto durante l'infanzia, può avere un effetto immenso in tutta la vita della persona, portando all'insorgere della malattia mentale

FIGURA 2.6: Nella prima figura, il trauma infantile del protagonista della serie "Dexter". Nella seconda figura, il farmacista "pazzo" che appare nella serie "Desperate Housewives"



In questo senso può essere utile fare qualche esempio più recente, come il caso della serie televisiva *Dexter*, in cui il protagonista, serial killer dominato dalla voglia di uccidere, diventa tale a causa della morte brutale della madre, avvenuta davanti ai suoi occhi a soli tre anni. Come lui, si apprende che anche

il fratello era presente all'esecuzione, ed entrambi sono rimasti traumatizzati e sono in seguito diventati serial killer: un evento straordinario e eccezionalmente violento alla base di una patologia mentale altrettanto rara.

Il secondo tema di Hyler riguarda la colpa dei genitori. Questo è uno dei falsi miti più diffusi: l'idea che i genitori di qualcuno affetto da malattie mentali, in questo caso spesso portate all'estremo e molto gravi, debbano essere dei veri e propri "mostri". Anche in questo caso, non è necessario guardare molto indietro nel passato per trovare esempi: nella popolare serie *Desperate housewives* l'ottava stagione è caratterizzata dalla ricerca di un omicida di ragazze, che si scopre poi essere il figlio di una donna violenta e alcolizzata, mentre la voce narrante commenta "Monsters are often created by other monsters." Anche in questo caso si noti lo stretto legame fra la malattia mentale della madre, quella del figlio e la violenza (Hyler, 1988).

L'ultimo mito che tratta Hyler è quello che riguarda il "povero eccentrico", il cui comportamento eccessivo è ingiustamente considerato malattia mentale e curato in maniera estrema, punitiva e coercitiva. Questo tema ricorre nel *One Flew over the Cuckoo's Nest* (1975). Randall McMurphy, il personaggio interpretato da Jack Nicholson, è carismatico, affascinante e esuberante. L'unica diagnosi per lui sarebbe quella di disturbo antisociale di personalità. Tuttavia, nel sistema sanitario tradizionale, chiuso e soffocato dalla burocrazia, il suo disturbo viene trattato con l'elettroshock, non solo a fini curativi, ma principalmente come punizione per il suo comportamento bizzarro.

Altri stereotipi comuni che si trovano nella storia del cinema (e della televisione contemporanea) sono:

- (1) 'Lo spirito libero e ribelle,' come in *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (1975), *Frances* (1982) e *As Good as It Gets* (1997);
- (2) 'La paziente seduttrice,' che si vede in film come *Spellbound* (1945), *Dressed To Kill* (1980) and *Girl Interrupted* (1999) e in serie come *Dexter* (in questo caso nello specifico si ricorda il personaggio di Lila)
- (3) 'L'illuminato' come in *A Fine Madness*, (1966) e *King of Hearts* (1968);
- (4) 'Il parassita narcisista' in *Annie Hall* (1977), *Lovesick* (1983), *Analyze This* (1999) e *Analyze That* (2002);
- (5) 'Zoo specimen' si trova in opera come *Bedlam* (1946), *The Snake Pit* (1948) and *Zelig* (1983)
- (6) 'Colui che ha un dono speciale' (the especially gifted) come in *Rain Man* (1988), *Shine* (1996), *K-Pax* (2001), *A Beautiful Mind* (2001), e nelle serie contemporanee *Sherlock Holmes* (2012)

Decrizioni eccessivamente positive della malattia possono anch'esse contribuire allo stigma. Per esempio in *A Beautiful Mind* (2001) e *Shine* (1998), viene rafforzato lo stereotipo negativo del malato mentale come latore di un dono speciale (Hyler et al, 1988). Entrambi i film trasmettono il messaggio che la malattia mentale sia in fondo curabile con l'amore di una donna capace (Khorrami, 2012). In particolare, *A Beautiful Mind* (2001) descrive un personaggio in termini troppo positivi, rendendolo molto più sano: il vero John Nash fu arrestato per incitamento alla prostituzione, mentre il film omette ogni genere

di speculazione sulla sessualità disturbata di Nash (Harper, 2005).

Vi sono fortunatamente diverse eccezioni. Molti insegnanti (Aron, 2013; Middleton, 2016) usano alcuni film proprio per illustrare delle specifiche sindromi, malattie di origine psicologica e disturbi mentali. Per esempio, c'è una descrizione molto precisa della schizofrenia nel film *Shine 2* (1996), o altri ritratti molto più autentici e precisi di persone che soffrono di malattie mentali. Il problema nel rappresentare questa tematica è che la ricerca di effetti drammatici compromette spesso l'accuratezza di ciò che è mostrato sullo schermo. Alcuni film vengono esaminati a questo proposito da Hyler, utilizzando i criteri diagnostici del DSM.

Hyler e gli altri studiosi fanno in questo senso un breve elenco di film in cui le rappresentazioni delle varie patologie sono accurate e corrette secondo il DSM:

- (1) *Sophie's Choice* (1982) per il disturbo bipolare dell'umore
- (2) *It's a Wonderful Life* (1946) e *The Wrong Man* (1957) per la depressione maggiore
- (3) *The Lost Weekend* (1945) e *The Man with the Golden Arm* (1956) per la dipendenza da sostanze e i suoi effetti
- (4) *Spellbound* (1945) e *The Three Faces of Eve* (1957) per i disturbi dissociativi
- (5) *Ordinary People* (1980) per i disturbi d'ansia
- (6) *Citizen Kane* (1941), *Lawrence of Arabia* (1962), *Alfie* (1966), *Shampoo* (1973) e *American Gigolo* (1980) per il disturbo narcisistico di personalità.
- (7) *Looking for Mr. Goodbar* (1977), *After Hours* (1985) e *Frances* (1982) per il disturbo borderline di personalità
- (8) *A Clockwork Orange* (1971) per il disturbo antisociale di personalità
- (9) *Blue Velvet* (1986) per il disturbo dipendente di personalità

Nel caso di *Taxi Driver* (1976), il protagonista, Travis Bickle mostra idee di riferimento, e ideazione paranoide che diventano convinzioni sempre più distorte.

Infine, un film che ha recentemente portato ad una maggiore consapevolezza dei problemi riguardanti la salute mentale è *Silver Linings Playbook* (2012). Si tratta della storia di una famiglia di ceto medio che deve affrontare il ritorno del figlio a casa, che torna da un istituto dove è stato a lungo in terapia per il disturbo bipolare dell'umore. "Il film ha dato un volto nuovo e la voce a questo problema", ha detto Patrick Kennedy, co-fondatore dell'organizzazione cerebrale di ricerca *Mente per la Ricerca* (Levin).

Dalle ricerche fin'ora citate, si può concludere che il malato di mente abbia un posto importante e contestualizzato nelle narrative e nell'immaginario condiviso, andando a creare dei veri e propri archetipi stereotipali, che, come si è visto, associano questa figura a valori morali negativi, depravazione, violenza, mancanza di autocontrollo, reazioni estreme e ingiustificate, "poteri magici" e doti cerebrali fuori dal comune.



In ultima analisi, il malato di mente è considerato un personaggio anormale e deviante, che, salvo rari casi, non trova posto nella società, se non in maniera sovversiva e pericolosa per i suoi membri, ed è bene dunque riconoscerlo e allontanarlo.

Le caratteristiche che accompagnano storie e rappresentazioni che trattano la malattia mentale sono riscontrabili fra le più comuni false credenze intorno ai malati mentali che si sono viste nel paragrafo 2.1. È credenza comune e diffusa che essi siano violenti e pericolosi, caratteristica ampiamente riscontrata nella maggior parte degli artefatti comunicativi citati; che siano incurabili, e nella maggior parte dei titoli analizzati i personaggi malati sono criminali, mai pentiti dei loro crimini e separati dalla società civile in quanto pericoli. Infine, un'altra convinzione diffusa è che la causa della propria condizione si da imputare a loro stessi, ritenuti in qualche modo responsabili della malattia. Come si è visto, almeno nelle narrazioni, è abbastanza costante il leitmotiv dei genitori mostruosi o del “terribile trauma”, che implica che a fronte di una malattia mentale, evento grave e straordinario, vi debba essere una causa altrettanto grave e straordinaria. Tuttavia, benché i destinatari di queste storie possano provare simpatia nei confronti di queste figure (pur rimanendo fermi nella condanna morale), esse tendono ad avere, almeno in alcuni casi, la possibilità di “redimersi”, pentirsi, o cercare una soluzione differente dalla loro vita, ma sembrano voler proseguire nella loro direzione tanto folle quanto criminale. Questa idea di redenzione, sebbene non esplicitamente, presuppone la possibilità di scelta e quindi, con il libero arbitrio, anche una parte di responsabilità nella patologia.

FIGURA 2.7: Un'immagine tratta da *Silver linings Playbooks* (2012), in cui il protagonista vede il suo terapeuta

2.4.3 CINEMA CONTEMPORANEO E MALATTIA MENTALE: DUE ESEMPI

SPLIT, 2017: 23 PERSONALITÀ PIÙ UNA, LA BESTIA.

In un generico parcheggio negli Stati Uniti, tre ragazzine vengono rapite da un uomo misterioso, bianco, sulla trentina: dopo aver tramortito il padre, le narcotizza e le chiude in quello che parrebbe un sotterraneo. Seguono momenti di terrore, poi sbirciando dalla serratura, le vittime del rapimento credono di vedere una donna: cercano di attrarre la sua attenzione, e ci riescono. Ad aprire la porta è però il loro rapitore: non è più un uomo sulla trentina, ma un travestito, che nella sua identità femminile, rassicura le ragazze che lei non permetterà a lui, l'altro, di fare nulla.

Più tardi nel film, si scopre che le personalità di quest'uomo tanto inquietante quanto pericoloso sono 23, e che a causa della sua malattia mentale, può addirittura cambiare aspetto fisico.

Durante il corso del film si scopre che il grave disturbo dissociativo del protagonista è dovuto all'abbandono del padre e ai terribili abusi della madre.

Il film è tratto dalla storia vera di Billy Milligan che è però stata modificata in modo sostanziale: Milligan infatti, dopo una vita travagliata e molti ricoveri, era stato infine giudicato guarito dai suoi medici, giacché la sua ultima personalità aveva preso il controllo delle altre, rendendogli possibile una vita normale.

Nel film invece, la personalità "finale" del protagonista è definita "la bestia", che si presenta poi come un uomo dalla forza sovraumana, violento, feroce, "il pazzo assassino" che uccide le sue vittime a mani nude e ne mangia le carni. Immorale, bestiale, privo di raziocinio, non diverso dalle rappresentazioni fatte secoli prima: è affascinante notare come la rappresentazione bestiale, animalesca e identificata da una forte connotazione morale sia in ogni caso rimasta come topos della nostra cultura.

CAPTAIN FANTASTIC, 2017: COME È MORTA LESLIE?

Il setting narrativo è quello del contemporaneo New Mexico, dove Ben Cash ha portato i suoi figli nel viaggio per commemorare la morte della moglie, avvenuta pochi giorni prima. "Ma com'è morta Leslie?" Chiedono i nipoti: John Cash ha impostato l'educazione dei suoi figli in maniera non convenzionale, e una delle sue regole è dir loro sempre la verità. Dunque, spiega con un tono pacato, la defunta moglie è morta per via del suo grave disturbo bipolare, che la portava ad avere momenti di estrema esaltazione e gioia, seguiti da depressione catatonica, a cui non è sopravvissuta, finendo per togliersi la vita. I parenti di Ben, tuttavia, non credono che una verità così sconveniente ed evidentemente stigmatizzata sia da raccontare ai figli adolescenti: cercano quindi di far credere loro che sia morta semplicemente di una generica "malattia". Quando Ben fa riferimenti espliciti alla malattia mentale, lo interrompono,

cercano di redarguirlo e infine lo prendono da parte per avere spiegazioni e imporre il silenzio.

Qui la malattia mentale, solo accennata, è trattata con più serietà, così come il pregiudizio e la condanna sociale che la circondano: la tensione della scena e la sua ilarità sono dovute proprio all'onestà disarmante di Ben, che sa che la verità sarebbe da nascondere, ma decide invece di renderla nota, causando un piccolo scandalo.

Positivo è anche il modo in cui viene tratteggiata la figura di Leslie, una madre e persona molto amata e ricordata con tenerezza, eppure gravemente malata. Verso la fine del film, il marito ammette con dolore che avrebbe dovuto farla curare prima, ma aveva creduto di poterla aiutare autonomamente salvo poi riconoscere (tardi) la gravità della malattia.

FIGURA 2.9: In basso. "la bestia" di *Split* (2016); nella figura più in alto la scena della cena in *Captain Fantastic* (2016)



2.5 I SOCIAL MEDIA E LO STIGMA

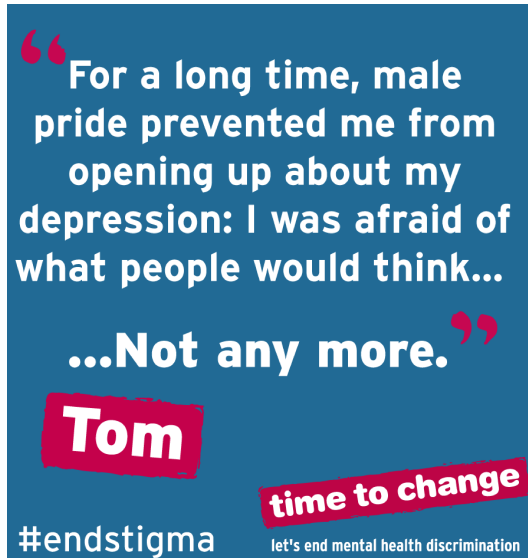
Dopo aver trattato i media tradizionali, quali stampa, cinema e produzioni televisive, si prenderanno ora in considerazione i social media. Se il cinema nacque più di un secolo fa, come si visto nel paragrafo x, solo negli ultimi 30 anni è iniziata la ricerca che riguarda il rapporto fra le rappresentazione audiovisive della malattia mentale e lo stigma (Day & Page, 1986; Diefenbach, 1997; Hyler, 1988; Hyler, Gabbard, & Schneider, 1991; Signorielli, 1989; Wahl & Lefkowitz, 1989; Wahl, 1982;1995; 2003). In questo senso, risulta evidente come la stessa ricerca riguardante i social media sia agli albori e ancora piuttosto scarna, ma non inesistente.

Le interazioni sociali online oggi non si limitano alle interazioni testuali, ma la multimedialità è fondamentale per il Social sharing, che si tratti di status su facebook o immagini su Tumblr. Post di Twitter e Facebook. Piattaforme come facebook e twitter offrono la possibilità di condividere immagini istantanee e fare anche video live (Tuten e Solomon, 2012). Questi oggetti multimediali condivisi nel corso della giornata mostrano e raccontano molto del comportamento e delle abitudini nella vita quotidiana dei vari utenti. Potenzialmente, tali messaggi multimediali condivisi possono essere utilizzati insieme al testo per mostrare e spiegare le sfide nella vita di persone che soffrono di malattie aiuto a chi soffre di malattie mentali e diminuire lo stigma.

Si prenderanno ora in considerazione due casi studio, che toccheranno rispettivamente tre piattaforme social: Youtube, Twitter e Facebook.

Fatte queste considerazioni, si capisce in che modo i social media mostrano un

FIGURA 10: Alcune immagini tratte da diverse campagne di sensibilizzazione promosse attraverso i social network.



aspetto nuovo, rispetto a ciò che si è visto: ovvero la condivisione di contenuti autoprodotti e di racconti personali riguardo alla malattia mentale.

Da una parte vi sono utenti che condividono e promuovono contenuti volti precisamente a limitare lo stigma, dall'altra vi sono sempre più persone che condividono le loro storie personali e le loro difficoltà nell'averne a che fare con la malattia mentale, facendo sì non solo che si parli dell'argomento, ma dandogli un volto e un aspetto umano e finendo per creare maggiore consapevolezza e ottenere supporto dalla rete (Betton et Al, 2015; Choudhury et Al, 2014; Naslund et Al., 2015)

Storie personali diventano pubbliche e vengono condivise senza barriere temporali e spaziali. Ess hanno un potenziale significativo per facilitare una miscela dinamica di formazione, contatti e di protesta. Questo aumento di contenuti generati dagli utenti significa che l'azione collettiva da parte di individui ha il potenziale per influenzare i media e la politica tradizionale, senza dover dipendere necessariamente da organizzazioni e associazioni che si occupano di questo genere di attività. La propensione a modificare il proprio atteggiamento per via dei contenuti condivisi dai propri pare rispetto a un messaggio veicolato da pagine istituzionali è molto più forte (Betton et Al, 2015). Le campagne sono sempre più incorporando i social media nelle loro canali di comunicazione, ma forse il loro ruolo più importante sta amplificando le conversazioni individuali-led e li canalizzazione ai media mainstream.

Sempre più spesso, le persone affette dalle più disparate malattie si rivolgono ai social media per condividere le loro esperienze o per chiedere l'opinione di altri con simili problemi di salute. Questo tipo di condivisione diventa un modo di cercare ed ottenere sostegno fra pari: questo supporto include un sistema di scambio reciproco, dove le persone con gravi malattie mentali sono in grado di offrire la speranza, la compagnia, e incoraggiamento per gli altri che affrontano sfide simili. In uno studio del 2015, Choudhury et Al esplorano il fenomeno dei video condivisi su Youtube da persone con gravi malattie mentali e la reazione degli altri utenti del canale di comunicazione. Sono stati analizzati in tutto 19 video caricati da persone che si sono auto-identificate come affette da schizofrenia, disturbo schizoaffettivo e disturbo bipolare. Si è riscontrato sostegno tra pari in quattro temi: minimizzare il senso di isolamento e di dare speranza; trovando sostegno attraverso lo scambio tra pari e la reciprocità; la condivisione di strategie per far fronte alle sfide giorno per giorno poste dalla grave malattia mentale; e imparare dalle esperienze condivise come rapportarsi al meglio alle terapie farmacologiche e alla ricerca di cure per la propria malattia mentale. Questi grandi temi sono coerenti con le nozioni accettate di sostegno tra pari in grave malattia mentale come un processo volontario volto a inclusione e l'avanzamento reciproca attraverso esperienze condivise e lo sviluppo di un senso di comunità. I dati della ricerca suggeriscono infine una considerazione importante: la mancanza di anonimato e rischi associati di essere identificati come un individuo con gravi malattie mentali su YouTube sono stati del tutto trascurati da chi ha postato commenti o video.

Nel frattempo, Park et al. hanno trovato evidenze del fatto che persone affette da depressione tendono a postare status e contenuti su Twitter a proposito

della loro malattia, non solo, in uno studio successivo si ipotizza la facoltà di riconoscere i potenziali malati attraverso l'analisi dei contenuti dei loro tweet (Naslund et Al, 2015), ovvero i post sia verbali sia multimediali che hanno fatto la fortuna di Twitter.

Sempre Twitter è stato utilizzato come piattaforma di riferimento in uno studio del 2015 di Betton et Al, in cui gli autori sostengono che proprio i social media siano i mezzi migliori per combattere lo stigma, per via dei contenuti generati dagli utenti, dell'accessibilità e della viralità di alcuni contenuti, che si prestano molto bene nel promuovere consapevolezza e educare rispetto alla tematica scelta.

Come spiegano Betton et Al, un caso particolarmente calzante rispetto agli obiettivi della ricerca è una protesta che è avvenuta su Twitter nel 2013, coinvolgendo la stampa nazionale inglese.

Migliaia di persone scrissero tweet rabbiosi, offese dal costume da "mental patient" pubblicizzato su sito del supermercato nazionale Asda.

Il giorno successivo si parlava di questa storia sulla cronaca nazionale: Asda e altri rivenditori dopo essersi scusati hanno tolto i costumi dalla vendita, e in particolare quest'ultimo ha fatto donazioni per 'Time to Change', la campagna anti stigma più importante nel Regno Unito.

Durante la protesta, l'hashtag #mentalpatient è stato creato da persone affette da malattie mentali, che hanno inviato le fotografie di se stessi (selfie) accompagnate da testi come "this is how a mental health patient looks like", fino alla satira del costume. L'hashtag, che crea una stringa ricercabile, è stato utilizzato 6694 volte in 24 ore. La condivisione di tweet da migliaia di persone ha creato un senso di solidarietà, così come ha mostrato che l'esperienza di malattia mentale fosse una devianza rispetto condivisa da migliaia di persone.

2.5.1 SE LA DEPRESSIONE SI CURA CON UNA PASSEGGIATA NEL BOSCO

Quando si parla di social media, è difficile non menzionare Facebook, canale protagonista di un altro caso simile a quello sopracitato. In questo caso non parlerò di un evento citato da un articolo accademico, bensì di un fatto che mi è capitato di osservare personalmente sulla piattaforma social.

Nel 2016, la pagina Facebook di *Truththeory.com*, un magazine d'informazione online, ha postato un meme che è poi diventato virale per la rabbia che ha scatenato.

Il meme mostrava due fotografie: nella parte superiore dell'immagine si vedeva la fotografia di un ambiente boschivo luminoso, ed era accompagnata dalla scritta "this is an antidepressant", la metà più in basso dell'immagine mostrava invece una pillola con le scritte Prozac e Dista (noti antidepressivi) e la scritta "this is shit". Il meme è stato postato prima dalla pagina Facebook *Truththeory.com* e poi *Earth.We are One*, due pagine che contano quasi un milione di follower l'una e un milione di e mezzo l'altra. Il contenuto del meme è profon-

damente negativo, perché delegittima la terapia farmacologica, riprendendo il diffuso pregiudizio che sia inutile e anzi dannosa, mentre la depressione stessa non è trattata come malattia, giacché da quello che si può dedurre, basterebbe il contatto con la natura di qualche passeggiata nel bosco a curarla.

Le reazioni sono state diverse, dai semplici commenti in cui molte persone si esponevano in prima persona, alle condivisioni in cui si spiegava come tale meme generasse stigma e ignoranza, fino alla creazione di meme in risposta. Sebbene questa presa di posizione abbia avuto i suoi sostenitori e molti apprezzamenti, il motivo per cui è diventata virale risiede nella reazione rabbiosa di coloro che l'hanno trovata offensiva e stigmatizzante.

Sono poi stati scritti diversi articoli e lettere aperte, fra cui per esempio un articolo di *The Mighty*, magazine e community online che si occupa proprio di malattia mentale, o l'attenzione di Jenni chiu, Blogger e giornalista presso *The Huffington Post*, nota testata online, che ha scritto più di un post parlando dalla sua esperienza sulla depressione e di come tale messaggio fosse negativo e fonte di stigma.

Quello che si può concludere dalla breve panoramica svolta in questi paragrafi, è che sebbene lo stigma sia ancora forte, e sebbene, come si è visto nei paragrafi 2.1 e 2.2, questo conduca ad una forte discriminazione, pare che online si stiano formando delle forti comunità virtuali che provvedono sia ad offrire e portare aiuto ai propri pari e alla persone in un condizione simile alla propria, sia a mostrare quanto effettivamente quella delle malattie mentali sia una realtà fortemente diffusa e ben lontana dai pregiudizi elencati.

Queste attività, unitamente a campagne istituzionali volte a diminuire lo stigma, hanno l'effetto di diffondere una maggiore "mental health literacy" (si veda il paragrafo 2.4.2). La ricerca (Corrigan, 2002) ha inoltre suggerito che

FIGURA 2.11: una delle versioni "corrette" del meme promosso da TruthTheory.com

A Science Enthusiast
Mi piace questa Pagina · 11 marzo · 🌐

You absolutely should go for a hike in the woods if you're able to. I enjoy trail running and mountain biking, and almost always feel great afterwards. But it's not fucking medicine.

👍 Mi piace 💬 Commenta ➦ Condividi

👍❤️👍 9,7 mila Commenti più in vista

3276 condivisioni 261 commenti

A Science Enthusiast Check out my other projects: patreon.com/aScienceEnthusiast!

Dan Broadbent is creating a blog,...

PATREON.COM

👍 Rispondi · 🗨️ 5 · 12 marzo alle ore 5:44

↳ 1 risposta

Joshua Seymour You constantly twist the context of things to fit your negative opinion. Both points are completely valid when viewed from the correct perspective. Your opinions are not very scientific.

👍 Rispondi · 🗨️ 185 · 11 marzo alle ore 21:41

📷 Scrivi un commento...

le persone che hanno una migliore comprensione e conoscenza della malattia mentale saranno propense a non avvallare né stigmatizzazione né la discriminazione. La disposizione strategica delle informazioni sulla malattia mentale sembra ridurre gli stereotipi negativi, e il fiorire e la condivisione di contenuti a riguardo crea consapevolezza.

La ricerca ha inoltre dimostrato che conoscendo in prima persona una persona con un disturbo mentale che riesce tuttavia a condurre un'esistenza normale o venendo a conoscenza di testimonianze e storie positive di pazienti, porta a una diminuzione dello stigma (Corrigan, 2002).

Il fatto che molte persone si esponano pubblicamente e in prima persona, facendo video e pubblicando materiale in cui raccontano la propria vita personale e le difficoltà poste dalla propria malattia, lascia ben sperare sul fatto che in futuro lo stigma diminuisca considerevolmente e che, dal 74% di malati mentali non trattati in Europa (si veda paragrafo 2.3) si passi ad una percentuale sempre più bassa e ad una società più sana e tollerante..

2.6 LA MALATTIA MENTALE NEL PANORAMA VIDEOLUDICO CONTEMPORANEO: UNA BREVE PANORAMICA

Game developers love a good dose of madness to spice up the villainy of their baddest baddies. After all, with insanity comes unpredictability--should you expect a deranged attack or bizarre psychological warfare?"(Anonimo, Gamesradar.com, rivista online)

Insanity is a funny little thing, something that can't be properly diagnosed, treated or prevented. In the real world, mental stability is something you want to hold on to, in video games, bring on the crazy. (Ben Snowden, Fraghero.com, rivista online)

In questo paragrafo si vuole trattare brevemente il tema della malattia mentale nel panorama ludico e videoludico, non dando giudizi di valore sulla qualità dei giochi e delle narrazioni citati, bensì considerando quale tipo di immagine e eventualmente stereotipo si trovano o meno in questo campo.

La malattia mentale occupa una posizione non trascurabile all'interno di giochi di ruolo, videogiochi e giochi da tavolo: è spesso una caratteristica saliente dei personaggi e una motivazione alla base delle scelte che compiono o che il giocatore porta avanti nei loro panni. Come nel caso delle produzioni televisive e cinematografiche (si veda il capitolo precedente), essa è molto spesso trattata nelle sue forme più estreme e difficilmente ricostruita in una quotidianità normale (sul significato attribuito a questo termine, si veda il capitolo terzo), involontariamente rafforzando il diffuso e stigmatizzato stereotipo del "pazzo".

È necessario sottolineare come la malattia mentale venga considerata nei giochi sia come giustificazione e causa per crimini efferati, sia come topos che accompagna i personaggi antagonisti e responsabili di condotte criminali.

Infine, si noti il fatto che la salute mentale è spesso una statistica da mantenere in equilibrio all'interno dei giochi di ruolo e di sopravvivenza, a meno di non voler vedere il proprio personaggio "impazzire" e rischiare il cosiddetto *game over*.

In questo senso molti videogiochi hanno adottato un approccio unidimensionale riguardo alla salute mentale, che risulta negativo e stigmatizzante (Shapiro e Rotter, 2016). Molte testate online che si occupano di giochi (come nel caso Gamespot.com, Polygon.com, Fraggero.com) hanno pubblicato diversi articoli in merito, parlando del tema della follia che accomuna i più svariati videogiochi, adducendo elenchi di personaggi, soprattutto villains (malvagi antagonisti) che hanno dimostrato le forme più estreme di malattia mentale, fino a riflessioni più approfondite e critiche sulla tematica. Se da una parte i contenuti relativi alla salute mentale sono presenti i moltissimi giochi, dall'altra non si può non notare che la rappresentazione che se ne fa tende a riproporre sempre gli stessi stereotipi fantasiosi, che poco hanno a che fare con la realtà che toccano. Spesso, quando si parla di un gioco che si occupa di problemi di salute mentale, è probabile che si parli di un gioco horror: malattia mentale e orrore sono associati con tanta frequenza da diventare un binomio classico (Shapiro e Rotter, 2016).

Il genere ama giocare con lo stereotipo della malattia mentale; in particolare con una vaga, generica e pericolosa "follia" che, non diversamente da molte rappresentazioni cinematografiche, non è che la forma più grave e rara di alcuni disturbi mentali, e molto spesso non ha nemmeno una vera definizione nella letteratura scientifica (Jorm, 2000, Philo, Secker, Platt, Henderson, McLaughlin, Burnside, 1994, Allen & Nairn, 1997, Damjanovic, 2009).

Alcuni personaggi degni di nota in questo senso sono Albert Wesker della serie di *Resident Evil* (Shinji Mikami e Tokuro Fujiwara, Capcom, 1996), tipico personaggio convinto della sua onnipotenza e desideroso di dominare l'umanità, Psycho Mantis di *Metal Gear Solid* (Hideo Kojima, Konami, 1998) serial killer fin da bambino per via della paranoia, Sander Cohen di *Bioshock Infinite* (Ken Levine, 2k Games, 2013) che crea sculture di corpi, Seth Briars di *Red Dead redemption* (Christian Cantamessa e Leslie Benziers, Rockstar Games, 2010) un personaggio grottesco che passa gran parte del suo tempo depredando tombe, Cicero e Pelagius in *The Elder Scrolls V: Skyrim* (Bruce Nesmith, Kurt Kuhlmann, Emil Pagliarulo; Bethesda Softworks, 2011) e molti altri.

Questa tematica tende ad essere affrontata in maniera stereotipata sia nei videogiochi, sia in giochi da tavolo e giochi di ruolo (Shapiro e Rotter, 2016). Nella serie di giochi di ruolo *Vampire, the masquerade*, un'intera categoria di personaggi giocabili è contraddistinta da una sola caratteristica: la follia nei suoi risvolti più estremi.

Per quanto il mondo di molti giochi appaia popolato da serial killer paranoici e in preda ai propri deliri, è in realtà necessario notare come la tanto abusata figura del serial killer sia in realtà rarissima: secondo le stime dell'FBI, per esempio, i serial killer attivi sarebbero lo 0,0007% della popolazione statunitense.

La schizofrenia, la malattia mentale che causa allucinazioni per eccellenza, e di cui numerosi personaggi sembrano soffrire, conta invece un'incidenza del 0,3-0,7 % della popolazione (Van Os, Kapur, 2009).

Sebbene sia giusto notare che spesso i giochi facciano riferimento a mondi fantastici, al soprannaturale e a realtà distopiche, è anche vero che in queste realtà i malati di mente sono esseri umani o umanoidi, rappresentati spesso e in maniera stereotipata, scioccante e superficiale.

Il concetto di salute mentale è così sviluppato e importante all'interno dei più disparati sistemi di gioco, che numerosi giochi horror dispongono di metri o barre che segnano il livello della salute mentale, un modo funzionale per quantificare il livello di follia che un personaggio sta raggiungendo, solitamente accompagnato da altre dinamiche (come le allucinazioni). Tipicamente questi personaggi impazziscono gradualmente, e il loro stato dissennato è spesso rappresentato in maniera specifica nei vari giochi.

Un esempio esplicativo di questo tipo di estetica e di dinamiche si ha nel videogioco *Eternal Darkness: Sanity's Requiem* (Brad Furminger, Ted Traver, Nintendo, 2002) o nel più recente *The Evil Within* (Shigenori Nishikawa, Bethesda Softworks, 2014). In *Eternal Darkness* uno degli elementi più importanti nel gameplay è appunto la barra della sanità mentale, una barra verde che si svuota lentamente a causa di svariati eventi: con il variare della sanità mentale l'angolo della camera, quindi il punto di vista del personaggio, diventa sempre più obliquo, mentre aumentano rumori terrificanti fra cui sospiri e urla, che naturalmente non sono che allucinazioni auditive.

In *The Evil Within* si incontrano due figure emblematiche rispetto al discorso sulla stereotipizzazione: Leslie Winthers, un ragazzino impazzito dopo aver visto la morte violenta dei suoi genitori e Ruvik, un medico dissennato che in passato aveva eseguito esperimenti sui suoi pazienti. Questi ultimi sono non

FIGURA 2.11:
Il personaggio
di Cicero in *Skyrim*.



a caso pazienti psichiatrici, giacché Ruvik lavorava in una clinica di igiene mentale.

Dire che tutti i giochi rappresentano la figura del malato mentale in maniera ostile e semplicistica sarebbe azzardato; è tuttavia vero che questo genere di rappresentazione è molto ricorrente: una follia assurda e allucinata distingue personaggi importanti, ed è spesso associata a traumi spaventosi, sangue, violenza e comportamento criminale, come nel caso delle produzioni audiovisive e del ritratto fornito dai mass media che si è visto nei paragrafi 4.3 e 4.4. Anche l'idea del trauma e dell'orrore alla base di un disturbo è stereotipata: come si è visto nei capitoli precedenti, l'insorgere della malattia mentale deriva da diversi fattori genetici e ambientali (Paris, 2009, Gabbard, 2015)

Un esempio più recente delle dinamiche e dei personaggi ritratti sopra, emerso con grande successo dal panorama indie, è *Don't starve*.

Don't Starve (Vince de Vera, Jason Garner, Klei Entertainment, 2013) è un gioco di sopravvivenza e gestione delle risorse del 2012, in cui la sanità mentale dei personaggi è uno dei parametri che il giocatore deve considerare costantemente se vuole giocare efficacemente la sua partita.

Il videogioco è ambientato in un mondo fantastico e selvaggio in cui i personaggi si ritrovano senza un motivo apparente: il contesto da cui provengono, invece, parrebbe una generica Inghilterra Vittoriana, dalla quale sono stati misteriosamente portati via.

In *Don't Starve* la realtà attorno al personaggio cambia in maniera evidente a secondo del livello di salute mentale: quando quest'ultima scende sotto un certo livello, le creature selvatiche che popolano il gioco assumono un aspetto cupo e minaccioso, un forte rumore di fondo disturba la percezione del giocatore, creando ansia, mentre mostri immaginari appaiono e attaccano il personaggio principale.

Sebbene si possa sostenere che essere magicamente trasportati in un mondo ostile possa giustamente minare la salute mentale di un personaggio, una delle caratteristiche proprie dei personaggi è proprio la malattia mentale che già li contraddistingue prima di venire trasportati nel mondo immaginario del gioco. Quasi tutti i personaggi sono bizzarri e hanno una storia inquietante alle spalle. Willow è una ragazzina piromane che recupera sanità mentale incendiando tutto ciò a cui può dar fuoco, Wigfried è un'attrice convinta che la parte che sta interpretando sia la sua vera vita; Wendy ha perso la sorellina ed è perciò gravemente depressa e piuttosto sadica, non solo: dialoga con il suo fantasma, che la aiuta a sopravvivere nel mondo ostile in cui si trova.

Come si è visto, nel momento in cui la sanità mentale raggiunge livelli troppo bassi, il mondo attorno ai personaggi si trasforma a causa della loro percezione distorta: mostri misteriosi passano da essere vere e proprie allucinazioni ad attaccare i personaggi. Vi è tuttavia un aspetto rilevante della rappresentazione della malattia mentale in *Don't starve*: i personaggi recuperano sanità mentale affrontando e uccidendo i mostri della loro mente e scoprendo nuovi oggetti da realizzare. Come se attraverso la retorica procedurale, il gioco volesse suggerire che affrontando tali mostri e ampliando le proprie conoscenze sia possibile stare meglio.

A ogni modo, questa rappresentazione dei malati di mente, per quanto efficace nel creare uno storytelling coinvolgente all'interno del gioco, è ancora una volta fuorviante e stereotipata.

Come vedrà nel capitolo 3, i disturbi di personalità sono frequentemente accompagnati da depressione, ansia patologica, paranoia e, in alcuni casi, sintomi simili a quelli della schizofrenia. Per questo, i giochi che si pongono come obiettivo una maggiore comprensione di queste patologie e un indebolimento dello stigma, hanno comunque una rilevanza importante in questa ricerca.

È vero in realtà che simulare gli effetti percettivi di un disturbo mentale può essere molto utile per portare il giocatore ad empatizzare con il malato (Miller, 2015), ed è effettivamente uno strumento utilizzato in giochi pensati proprio a questo fine (si vedano gli esempi nel paragrafo successivo). Tuttavia al di là dei serious games che trattano l'argomento, i malati mentali sono più tipicamente rappresentati come è stato descritto sopra e diventando poco più che simboli disumanizzati della malattia che li affligge, pertanto anormali, distruttivi, pericolosi.

X

Alcuni videogiochi più recenti cominciano a esplorare la malattia mentale con maggiore cognizione di causa, e invece di fornire personaggi disumanizzati e facilmente catalogabili in cliché piuttosto frusti, lasciano spazio alla riflessione e all'empatia. Nel prossimo paragrafo si farà una panoramica di questi giochi.

2.7 GIOCHI PER EMPATIZZARE, CAPIRE E ACCETTARE

Nel panorama ludico e videoludico contemporaneo, cominciano ad essere numerosi i giochi, non necessariamente serious games, che invece si occupano in maniera seria ed efficace della salute mentale.

Da una parte vi sono giochi pensati per aiutare le persone a gestire stress, ansia, addirittura attacchi di panico. I Serious Games sono considerati un potente mezzo per imparare e istruire (Anolli e Mantovani, 2011; Alvarez e Michaud, 2008; Breuer e Bente, 2010) e stanno guadagnando sempre maggior popolarità (Ratan and Ritterfeld, 2009).

Negli ultimi anni, gli psicoterapeuti hanno per questo iniziato ad apprezzare i vantaggi di questi strumenti e a utilizzare Serious games appositamente progettati come sussidi alla terapia per vari tipi di malattia mentale: i serious games sono già stati utilizzati per coadiuvare il trattamento di ansia, depressione, attacchi di panico e disturbi alimentari (Matthew, 2011, Yusoff e Riya, 2014).

Oltre ai giochi che sostengono e accompagnano la guarigione e la terapia psicologica, sono sempre più numerosi i giochi che simulano la malattia mentale in maniera realistica e avulsa da stereotipi, pensati e progettati per svolgere un'opera di sensibilizzazione e divulgazione. Gli esempi di giochi persuasivi che trattano la depressione e i disturbi d'ansia sono molteplici, mentre in questa ricerca non sono stati trovati esempi di giochi che trattano specificamente i disturbi di personalità.

2.7.1 VIDEOGIOCHI COME CAMPI D'ALLENAMENTO, LA GESTIONE DELLE EMOZIONI: CASI STUDIO

Riguardo alla prima categoria di giochi, fra gli esempi più noti vi sono *Mindlight* (Gainplay, 2014) e *Nevermind* (Flying Mollusk, 2015). *Mindlight*, recentemente nominato da *Gamesforchange* per il *Most Significant Impact award*, è un videogame immersivo progettato per aiutare i bambini dagli 8 ai 12 anni ad imparare a gestire le emozioni: il giocatore deve accendere tutte le luci all'interno dell'ambiente virtuale e arrivare alla fine del percorso, che è costituito da stanze di una casa buia, salvando infine la nonna. *MindLight* è stato realizzato in collaborazione con il dipartimento di Psicopatologia dello Sviluppo presso la Radboud University di Nijmegen e si avvale di sensori che monitorano il feedback neurale dei giocatori in risposta agli stimoli del gioco, misurando l'ansia, la paura e l'eccitazione: in questo videogame, il controller è la mente del giocatore. Questo artefatto è essenzialmente un sistema di allenamento che porta i bambini a sviluppare resilienza e comportamenti efficaci per fare fronte all'ansia e alle emozioni sovrastanti (Wijhoven et Al, 2015). Si basa su

FIGURA 2.12: Nella figura più in alto, un ragazzino testa mindlight alla Radboud University, nell'immagine sotto, una delle visioni all'interno delle menti dei pazienti di Nevermind



pratiche terapeutiche documentate, insegnando loro a spostare l'attenzione dai segnali che li spaventano e focalizzarla sugli indizi nell'ambiente virtuale utili a completare la missione gestendo l'eccitazione emotiva e la paura attraverso il rilassamento e la mindfulness (Wijhoven et Al, 2015).

Il gioco inizia con il piccolo Arthur che viene lasciato all'entrata di una misteriosa e oscura casa signorile dai suoi genitori. A questo punto Arthur trova "Teru il cappello magico", un copricapo luminoso che gli spiega che la nonna è stata sconfitta dalle tenebre della casa: solo lui con l'aiuto del cappello magico potrà usare il potere della sua mente per superare le sue paure e salvarla. Nell'esplorazione è proprio il rilassarsi del giocatore che mantiene accesa una luce sul copricapo di Arthur, illuminando i corridoi bui della casa, mentre la concentrazione mentale richiesta in alcuni momenti sblocca spazi altrimenti nascosti nella casa e aiuta a proseguire con il gioco.

Nevermind è un altro videogioco basato sul neurofeedback. Una telecamera apposita registra le espressioni facciali e un software decifra la risposta emotiva dell'utente, mentre dei sensori ne monitorano il battito del cuore, registrando lo stato di ansia del giocatore.

In questo gioco, la metafora del viaggio che il paziente di uno psicoterapeuta fa nei suoi ricordi e nella sua mente è palesata: la mente del paziente è un vero e proprio luogo disseminato di ricordi e il terapeuta, tramite una nuova, strabiliante tecnologia, entra nel subconscio nel paziente e cerca di comprendere, raccogliendo e riordinando i suoi ricordi, quale evento traumatico vi è nascosto. Il videogioco è rivolto ad un'utenza adulta e si avvale di biofeedback: la realtà all'interno del gioco cambia a seconda del livello di stress del giocatore. Per questo, l'unico modo di procedere con la partita, esplorare l'ambiente di gioco e trovare i ricordi del paziente, è riuscire a rilassarsi e calmare le proprie emozioni: quando il giocatore è stressato, il mondo diventa nebbioso, buio e confuso, non diversamente da un televisore malfunzionante ed è difficile, se non impossibile, proseguire con l'avventura.

Paradossalmente, anche in questo gioco s'intuisce un'idea stereotipata del malato mentale: infatti, progredendo all'interno della mente dei pazienti, si scoprono mondi inquietanti ed terrificanti, nonché traumi spaventosi. Tuttavia, questa scelta può essere giustificata dal fatto che i pazienti trattati nel gioco sono già ricoverati in una clinica, presentando dunque un disturbo di una certa gravità. Molto interessante da questo punto di vista è la storia del terzo paziente, un barbone quasi catatonico e perso nella sua mente. Esplorando le sue memorie, il gioco cerca di sviare l'utente dandogli falsi indizi che potrebbero far pensare ad un serial killer, mentre il paziente si rivela alla fine un ex soldato che non ha potuto sopportare l'alienazione profonda e la depressione che ha trovando tornando a casa dall'Afghanistan, ed è quindi crollato psicologicamente.

Rimane anche in questo artefatto il cliché familiare del "terribile trauma" (si veda il paragrafo 2.5.1) Sebbene alcune patologie effettivamente insorgano dopo un evento traumatico, le cause sono più complesse e più varie (Paris, 2009; Gabbard, 2015) e non riducibili al cliché del folle che durante la propria infanzia ha visto il compiersi di un omicidio o di un altro evento straordi-

nariamente grave. Per concludere, Nevermind risulta un aiuto efficace nel gestire le emozioni (Lobel et Al, 2015), ma soprattutto aiuta a capire i pazienti e suggerisce che attraverso un percorso di cura e ricerca, il malato mentale può effettivamente guarire, smantellando il pregiudizio secondo cui la malattia mentale sia una condizione irreversibile.

2.7.2 VESTIRE I PANNI DI UNA PERSONA CHE SOFFRE DI UNA MALATTIA MENTALE: CASI STUDIO

“Aren’t you afraid I will let you down? Most days it’s enough of struggle to crawl out of bed. I don’t see a point in anything. I just want to disappear. I hate everyone else because they seem to know how to be happy. Everywhere I turn there are people full of hope and will to leave, or people so pitiful they make me be ashamed to be alive” (Susan in *The cat lady*)

Mentre i due esempi citati sono stati progettati per allenare le persone nella gestione di un disagio psico-fisico, vi sono diversi esempi di videogiochi e giochi da tavolo che hanno come obiettivo un’utenza non affetta da malattie mentali: giochi progettati per sensibilizzare e aiutare a comprendere le difficoltà di una persona affetta da malattia mentale e l’impatto dello stigma sulla sua vita. Per questo, quasi tutti questi giochi sono fortemente sconsigliati a chi ha sofferto o soffre delle malattie mentali trattate.

Nei paragrafi a seguire si analizzano diversi giochi che affrontano il tema della malattia mentale con l’intento di sensibilizzare rispetto al tema trattato. Tuttavia sembra che molti tendano a peccare di una eccessiva semplicità, mostrando semplicemente una o più dinamiche della malattia mentale senza

FIGURA 2.13: Susan in *The cat lady* mentre si rapporta con un altro personaggio



però invogliare il giocatore a continuare a giocare. L'utilità e l'obiettivo di questi minigiochi può essere però quello di catalizzare il dialogo fra i familiari e un paziente affetto da malattia mentale: in maniera semplice e metaforica, questi giochi comunicano la sofferenza psicologica e la mancanza di controllo che accomuna molti disturbi mentali. Quattro esempi sono i lavori che Doris Rusch ha raccolto in un progetto online chiamato *For The Records*, che raccoglie videogiochi che affrontano la malattia mentale e altri progetti multimediali. Questi giochi trattano rispettivamente il disturbo ossessivo compulsivo (*Into Darkness*), la sindrome da deficit di attenzione e iperattività (*It's for the best*), il disturbo bipolare (*FLUCtaction*) e l'anoressia nervosa (*Perfection*).

THE CAT LADY

The cat lady (Remigiusz Michalski, Screen 7, 2012), benché sia stato recensito con entusiasmo da numerosi giocatori proprio per l'approccio alla malattia mentale, è un gioco che la comunica in una maniera paradossale: la protagonista soffre di depressione e tutto il gioco è incentrato intorno a questo tema, ma per proseguire all'interno della storia deve affrontare più di un serial killer evidentemente folle. *The cat lady*, sebbene tratteggi in maniera realistica e toccante i tratti della depressione, va poi a mostrare dei personaggi che soffrono di altre malattie mentali che ancora una volta sono psicopatici assassini.

Il gioco inizia con il tentato suicidio di Susan, la protagonista, che però è sopravvissuta: non solo, ma a quanto pare ha guadagnato una sorta di immortalità temporanea. In una sorta di bizzarro sogno che si svolge fra il tentato suicidio e il risveglio in ospedale, Susan incontra *The Queen of Maggots* che le dona l'immortalità e le dà delle prove da superare: solo una volta che esse siano

FIGURA 2.14: un'immagine promozionale di *Actual Sunlight*

Actual Sunlight
A SHORT INTERACTIVE STORY
ABOUT LOVE, DEPRESSION



state portate a termine, Susan potrà cessare di esistere. Si assiste quindi al suo risveglio: Susan è assistita da un medico e da un'infermiera che le dicono che è fortunata ad essere sopravvissuta e deve affrontare un colloquio con uno psichiatra.

La missione di Susan si svolge nel mondo e dà l'opportunità al giocatore di scoprire cosa l'ha portata ad essere una donna sola, disperata e alienata. Dopo il tentato suicidio, invece di soccombere agli orrori della propria psiche (si scopre poi successivamente che la regina dei vermi non è nient'altro che la personificazione della sua malattia mentale) Susan impara a ridare valore alla sua vita, coltivare un rapporto d'amicizia e aiutando gli altri, riesce ad superare gli orrori del suo passato e a ricostruire la propria esistenza.

MY BROTHER

My Brother (Irene Nappi, Demoelà, 2015) è un esempio di gioco da tavolo costruito e progettato proprio sulla tematica della schizofrenia, progettato da Irene Nappi come progetto di tesi Per la specialistica di Design della Comunicazione presso il Politecnico di Milano. Il giocatore è chiamato a interpretare un membro di famiglia che si trova a fare i conti con l'impatto della malattia su tutta la famiglia. Scegliendo come comportarsi in base alle azioni a disposizione, dovrà aiutare i propri familiari a superare imprevisti e momenti difficili, mantenendo lo stress il più basso possibile e tutelando Eric, la figura più fragile della famiglia. Questo sistema di gioco dà la possibilità al giocatore di approcciare un tema complesso come quello della schizofrenia, comprendere dell'impatto della malattia su una famiglia normale e arrivare a capire quali sono i comportamenti più adatti a gestire un familiare schizofrenico.

ACTUAL SUNLIGHT

Come altri giochi di questo genere, *Actual Sunlight* (Will o'Neill, WZO games Inc, 2013) inizia raccomandando all'utente di non giocare se ha avuto episodi depressivi nella sua vita, consiglio che è fortemente ripetuto dalle entusiastiche recensioni online (VICE).

Il gioco si apre con la stanza di Evan Winters, che pare sospesa nel nulla: Evans, il protagonista che accompagnerà il giocatore con il suo punto di vista e di cui si vivrà la vita per la durata del gioco, si chiede cosa lo spinga ad alzarsi ogni mattina poiché la sua stanchezza (di vivere?) è così profonda e radicata che per i primi momenti di gioco non può nemmeno lasciare la sua stanza, perché è troppo stanco.

Finalmente arriva il momento di andare al lavoro, e il giocatore può andare oltre la camera da letto. Ogni parte dell'appartamento racconta i pensieri di Evan, che appare intimamente convinto di essere un essere umano inutile, un perdente e un inetto, sovrappeso e non meritevole di amore, dunque solo. Evans è evidentemente depresso e la sua vita si divide fra le sue fantasticherie, in cui è uno scrittore di successo, e i pensieri disperati e che lo portano a

pensare al suicidio. L'utente è portato a empatizzare con lui, comprendere cosa possa significare vestire i suoi panni e a fare il tifo per lui. Evans ha senso dell'umorismo, è sarcastico, talvolta cinico e la sua vita non è davvero quella di un emarginato; al di là della solitudine e del sovrappeso, il suo vero problema è evidentemente questa prospettiva distorta, cupa e disperata in cui il suo sguardo avvolge il mondo: la malattia mentale.

Actual sunlight è un racconto interattivo di relazioni umane, la depressione e il lavoro alienante in una grande corporate. La storia è lineare e l'utente si trova nel gioco ad essere un osservatore partecipante: le azioni che si possono compiere sono inevitabili e condizionate dalla depressione di Evan. In primo piano vi sono le sue percezioni, le conseguenze delle sue decisioni, e gli incontri con altre persone. Le meccaniche del gioco sono ridotte al minimo e consentono solamente di agire nella vita Evan, esplorarla e portarla avanti, seguendo una storia inevitabile.

Evan Winters è di sicuro una persona depressa, ma è anche un lavoratore dipendente, un figlio e un inquilino, e simulare la sua vita, pone l'utente nella posizione di osservatore partecipante, che può così vedere come tutte queste tessere si incastrano a formare il mosaico della sua vita quotidiana.

ELUDE

Per coloro che non hanno mai sperimentato le sensazioni e la sofferenza che la depressione clinica porta con sé, la malattia è difficile da comprendere.

Per questo, un video gioco come *Elude* può essere di grande aiuto: un platform game progettato per creare empatia e basato su una figura retorica che più volte s'incontra in questi artefatti, ovvero la metafora.

Elude rappresenta la vita emotiva e psicologica del personaggio come una foresta, un "paesaggio emotivo": arrampicandosi e saltando da un ramo all'altro, il personaggio sale dalle radici cupe degli alberi fino alle cime, che rappresentano la felicità, dove la musica diventa gioiosa e vi è solo cielo azzurro e petali di fiori nel vento. Per questo, l'utenza designata di *Elude* è quella dei familiari di una persona depressa, che tramite il gioco possono arrivare a comprendere i suoi stati d'animo.

Il gioco inizia in una foresta, ai piedi degli alberi: il giocatore impara a muovere il personaggio e capisce che deve scalare gli alberi, che hanno rami particolarmente contorti, così lentamente inizia a salire, fino a raggiungere il cielo. Una delle dinamiche più affascinanti riguarda il raggiungimento di uno stato di serenità: la felicità che si trova sulle cime degli alberi non può essere mantenuta, e il personaggio ricade fra le fronde degli alberi, che sono cupe, contorte e senza foglie. A questo punto, entra in gioco la malattia mentale: il terreno trema, il personaggio non può più saltare efficacemente e dei tentacoli neri lo precipitano in un abisso buio. Per quanto uscirne sia possibile, la depressione, sotto forma di buio e tentacoli, tornerà a trascinare in basso il giocatore fino al "game over". La malattia, quando colpisce, causa una caduta angosciante e inevitabile e il personaggio non ha la capacità di risalire autonomamente, può solo sperare che un percorso lo conduca di nuovo in alto, nel bosco.

Tutta la partita giocata è incentrata sulla tensione della salita e della possibile caduta del personaggio, altra tensione si aggiunge quando il giocatore comprende di dover fare in fretta nel portare il personaggio più in alto possibile prima che la depressione torni a colpire. Notevole in questo senso è l'attenzione posta all'animazione: ogni salto pare costare molta fatica al personaggio, che tenta tuttavia di risalire verso la luce. L'unico modo di vincere è cercare di scalare i rami degli alberi chiamando dei piccoli uccelli colorati, le passioni: queste danno la possibilità al giocatore di saltare più in alto e più velocemente verso la felicità.

FIGURA 2.15: Due momenti di una partita di *Elude*: la scalata e il momento depressivo



ANXIETY ATTACKS

||| About 15% of the entire world population suffers from some kind of anxiety disorder. But exactly, how does it feel? I've got direct experience with anxiety attacks for many years and decided to raise awareness about the problem, thus trying to show what really happens when anxiety arises, trying to be as precise as possible. (Alessandro Salvati, autore e designer di *Anxiety Attacks*)

Un esempio recente di serious game sulla malattia mentale è *Anxiety Attacks* (Alessandro Salvati, NeatWolf, 2016). Come si evince dal nome del videogioco, si tratta di un artefatto che tratta principalmente il fenomeno degli attacchi di ansia e di panico. *Anxiety attacks* è un gioco che può essere catalogato come horror nel senso più generico del termine, in cui l'orrore non sta in reazioni a choc improvvisi all'interno del gioco, ma semplicemente dalla consapevolezza che si potrebbe non essere in controllo di ciò che si vede e si sente: qualcosa di semplice come lo spostamento e la respirazione può diventare un lavoro difficile per via del disturbo d'ansia.

Anxiety attacks è un'esperienza interattiva in cui il personaggio interpretato in prima persona, durante una passeggiata nel bosco, ha una crisi di panico.

Il primo compito del giocatore, ancora prima dell'attacco d'ansia, è mantenere stabile la respirazione: nel momento in cui avviene l'attacco di panico il giocatore deve quindi trovare uno spazio sicuro, su cui focalizzarsi nel controllare il proprio respiro. Questa operazione non è semplice, giacché sembra che il buio cali sull'ambientazione, la musica si fa incalzante e sullo schermo iniziano ad apparire i pensieri sovrastanti e paralizzanti dell'ansioso, in una rappresentazione verbale, sonora e visiva delle sensazioni che una persona può provare durante una crisi di panico .

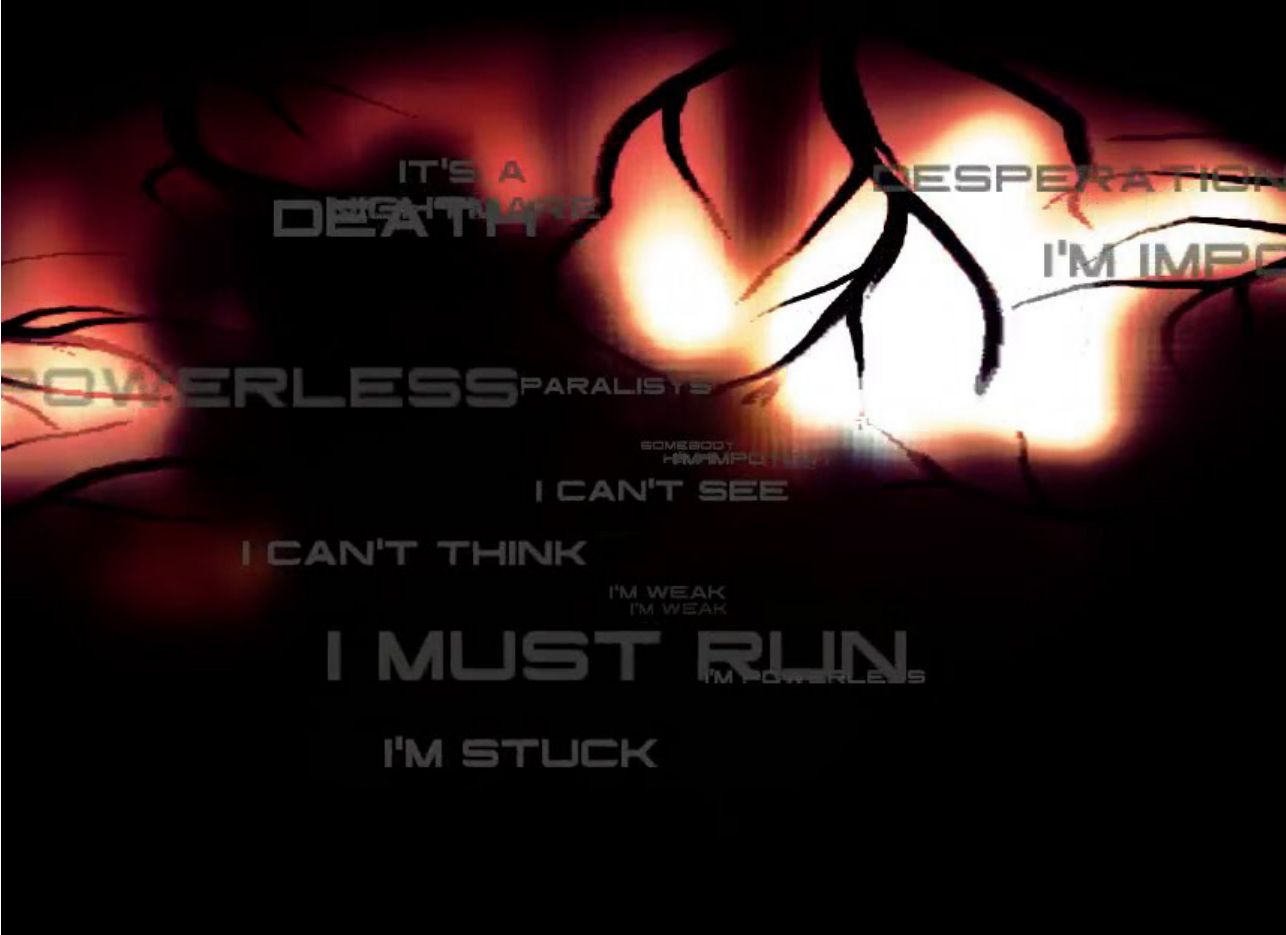
FOR THE RECORDS

Questi quattro progetti, che fanno parte del più ampio *For The Records*, sono videogame prodotti grazie al DePaul University's College of Computing e al Digital Media's Project Bluelight.

Perfection (2013) gioca con la percezione della bellezza e con l'idea generica perfezione che distingue l'anoressia nervosa, cercando di far comprendere all'utente le motivazioni che potterebbero una persona a lasciarsi morire di fame.

Anche questo gioco si basa sulla metafora: il corpo della persona anoressica è rappresentato come un giardino di cui prendersi cura. La premessa principale del gioco è che un giardino perfetto è privo di lumache ed erbacce.

Il conflitto ruota attorno alla saturazione del giardino: il giardino deve essere irrigato, per raggiungere la perfezione, al giocatore viene chiesto di eliminare gli elementi indesiderati lasciando soltanto la pianta fiorita al centro del giardino. Tuttavia, la pianta necessita di acqua, ma bagnare il giardino aumenta il numero di lumache ed erbacce, e con esse la saturazione. Bagnarlo poco lo



renderà arido, ma bagnarlo troppo lo riempirà di elementi indesiderati, che possono essere eliminati muovendo il mouse sopra di loro, con un movimento simile a uno strofinamento.

Il gioco diventa un costante (e a tratti frustrante) alternarsi fra bagnare il giardino e “strofinare” il cursore sulle lumache e sulle erbacce. Ci sono due diversi finali: La vittoria, che lascerà il giardino popolato da un solo fiore e per il resto completamente vuoto e deserto, o un'altra fine, l'imperfezione, che si raggiunge non rispettando le regole e lasciando che il giardino diventi effettivamente tale.

Fluctaction (2013) è un videogame che simula l'esperienza di una persona affetta da disturbo bipolare, sfruttando diverse metafore. Il gioco è diviso in tre fasi: la prima è l'inizio della fase maniacale del disturbo bipolare (si veda per questo il capitolo 3), ed è brevemente rappresentato da una scena di festa in cui il personaggio giocato inizia a saltare divenendo “l'idolo della festa”, e viene quindi dapprima imitato, fino al momento in cui salta attraverso il soffitto lasciando tutti gli altri dietro. La fase due è la Mania: il personaggio del giocatore viene catapultato sempre più in alto, saltando su piattaforme in vetro che si frantumano sotto i suoi piedi. Il vetro che si rompe rappresenta il danno fatto a causa delle decisioni prese in questo stato alterato (come relazioni esempio irresponsabili, eccessi di spesa, ecc). Su alcune di queste piattaforme vi sono altre persone. La progressiva perdita di controllo nel gioco è accompagnata

FIGURA 2.16: Un fermo immagine da *Anxiety Attacks* che ritrae il momento più difficile dell'attacco di panico

da un elemento grafico sullo sfondo, ovvero un frattale colorato che s'ingrandisce continuamente: quest'ultimo rappresenta la sensazione di estrema esaltazione e la sensazione tipica della mania di essere parte di un grande sistema universale perfettamente funzionante. La mania finisce improvvisamente e senza la possibilità di ritornarvi e immerge il giocatore nella ultima fase del gioco, la depressione. Il giocatore si ritrova in un oceano buio e profondo, in cui i frammenti spezzati dalle piattaforme della fase maniacale bloccano il suo cammino verso la superficie. Il personaggio si muove con fatica, come se camminasse nel fango. Le persone poste ai lati dello schermo emettono luci che gravitano verso il personaggio del giocatore. Queste luci dovrebbero rappresentare le buone intenzioni degli altri, che pongono domande come 'Come posso aiutarla?', e finiscono per fare cadere ancora più a fondo il personaggio. Infine, un metro segnala la profondità e dunque la distanza dalla superficie, ma è totalmente inaffidabile: la fine della fase depressiva è incerta.

It's for the Best (2013) cerca di sensibilizzare sulla difficile realtà di coloro che presentano un disturbo dell'attenzione e sulla necessità di una terapia farmacologica per queste persone.

In questo gioco non è possibile vincere: è un'esperienza di pochi minuti che termina quando il timer preimpostato esaurisce. Lo schermo si riempie di giornali, i compiti assegnati, e i giocatori cercano di farli sparire cliccandovi sopra, ma la velocità con cui ricompaiono aumenta, causando frustrazione e frenesia. Nel frattempo, una pillola è posta in rilievo nel centro dello schermo: decider di prenderla elimina le carte dallo schermo ma diminuisce la fiducia in sé stessi. Il gioco è accompagnato da sussurri snervanti che ripetono 'non sei abbastanza bravo'.

Into Darkness (2013) ruota unicamente intorno alla dinamica del rituale, una necessità delle persone ossessivo-compulsive fondamentale per alleviare l'ansia. Il giocatore è bloccato in un labirinto che rappresenta metaforicamente il disturbo ossessivo compulsivo, la cui caratteristica principale è la necessità patologica di compiere rituali ossessivi per alleviare l'ansia (Gabbard, 2015). Quando il giocatore cerca di percorrere il labirinto per uscire dalla fortezza, buio e musica inquietante cominciano ad aumentare, e l'unico modo per allontanarli è camminare in cerchio: il buio e i suoni rappresentano l'ansia e le ossessioni, il camminare in cerchio la ripetizione ossessiva di rituali per gestirle. Per quanto ogni volta che il giocatore compia questi rituali sia immediatamente ricompensato dal dileguarsi dell'oscurità, l'uscita del labirinto diventa inaccessibile quando questo accade.

Per arrivare ad uscirne, il giocatore deve sopportare l'oscurità e quindi, il malato deve sopportare l'ansia e il disagio psicologico che intervengono nel resistere alla necessità di portare avanti i propri rituali (Rusch 2014).

HELLBLADE

▮ In movies and games, mental illness is often treated as a surprise reveal, reinforcing the idea that there is a clear line between reality and madness. In other cases, psychosis is confused with psychopathy and results in negative portrayals



that aren't helpful. For Hellblade, we have been researching the condition for over a year to understand how the mind perceives and makes sense of the world and how this manifests in cases of mental illness. (...) I was fortunate to find someone in Cambridge who wrote her thesis on perspectives of "madness" in Celtic culture, and was able to discern a number of well-known features such as hearing voices and withdrawing from society to roam alone, perhaps going on a quest in search of redemption. While many of these experiences were represented in religious terms, nonetheless, it's clear that the Celts had sophisticated frameworks for describing and understanding mental disorders. (...) I actually think games are a particularly powerful medium for understanding these complex experiences and engendering empathy. (Dom Matthews, product development manager di Hellblade)

FIGURA 2.17: Un'immagine promozionale di *Hellblade*

Hellblade: Senua's sacrifice (Tameen antoniades, Ninja Theory, 2017) è un videogioco in uscita nei prossimi mesi, ambientato nel IX secolo d.C., poco prima di un'invasione vichinga. Sebbene abbia tutte le caratteristiche di un videogioco d'azione e di combattimento mainstream, Hellblade ha una particolarità, cioè il fatto che la protagonista, Senua, soffre di psicosi. Senua tuttavia, a differenza dei classici stereotipi, non vuole conquistare il mondo, non è una serial killer, non ha una fantasiosa doppia personalità: il personaggio è stato progettato in collaborazione con Paul Fletcher, neuropsichiatra e insegnante all'Università di Cambridge appositamente per rendere realisticamente questo tipo di problematica. L'obiettivo dei designer è quello di fornire, all'interno del gioco, un ritratto realistico, fedele e sensibile di una persona psicotica, ma vissuta secoli e secoli fa in una società antica.



CAPITOLO 3:

I DISTURBI DELLA PERSONALITÀ

- 3.0 I disturbi della personalità
- 3.1 Definizioni
 - 3.1.2 Personalità: tratti e disturbi
- 3.2 Cure e terapie
- 3.3 Le cause: fattori biologici
 - 3.3.1 Le cause: fattori psicologici
 - 3.3.2 Le cause: fattori sociali
 - 3.3.3 L'ambiente moderno e i disturbi di personalità
- 3.4 La comorbilità
- 3.5 I disturbi del gruppo A
 - 3.5.1 Il disturbo paranoide
 - 3.5.1 Il disturbo schizotipico e il disturbo schizoide
- 2.6 I disturbi del Gruppo B
 - 2.6.1.1 Il disturbo borderline di personalità
 - 2.6.2 Il disturbo narcisista di personalità
 - 2.6.3 Il disturbo istrionico di personalità
 - 2.6.4 Il disturbo antisociale di personalità
- 2.7 I disturbi del gruppo C
 - 2.7.1 Il disturbo evitante di personalità
 - 2.7.2 Il disturbo dipendente di personalità
 - 2.7.3 Il disturbo ossessivo compulsivo di personalità

3.0 I DISTURBI DELLA PERSONALITÀ

Per poter progettare un artefatto che trattasse un tema complesso come quello della malattia mentale, mi sono basata su diversi testi della letteratura scientifica internazionale, come il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, uno dei sistemi di classificazione per i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzati da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo, sia nella pratica clinica che nell'ambito della ricerca.

In questo capitolo si intende trattare i disturbi di personalità, spiegando di quali disturbi si tratta, quanto sono diffusi, come si possono curare e quale impatto hanno sulla vita di chi ne soffre.

3.1 DEFINIZIONI

I sistemi per impiegati per la classificazione dei disturbi di personalità sono: il DSM, il manuale diagnostico e statistico per la classificazione dei disturbi mentali (versione italiana di *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*) edito dall'american psychiatric association; e l'ICD, la classificazione internazionale dei disturbi (*International Classification Of Diseases*).

Secondo il DSM-IV, i disturbi di personalità sono disturbi mentali caratterizzati da modelli abituali di esperienza interna e di comportamento che deviano marcatamente dalle norme della cultura di appartenenza. In questo capitolo si tratteranno i disturbi di personalità facendo in particolare riferimento all'opera di Joel Paris *Contesto sociale e disturbi di personalità. Diagnosi e trattamento in una prospettiva bio-psico-sociale* (traduzione dell'originale *Social Factors in the Personality Disorders* del 1996) e al *Manuale Psicopatologia Psicodinamica* di Glen O. Gabbard (2015).

Si parla di disturbi della personalità quando essi si presentano come costanti nel tempo, pervasivi e determinano disagio clinicamente significativo, in ambito lavorativo, sociale o altro. La maggior parte delle persone con un Disturbo di Personalità è insoddisfatta e sofferente rispetto alla propria esistenza, inoltre, presenta numerosi problemi interpersonali sul lavoro o nelle situazioni sociali. Sono molto frequenti sintomi depressivi, ansia, abuso di sostanze o disturbi alimentari (Kernberg, 1984). I soggetti con un Disturbo di Personalità sono spesso ignari che il loro pensiero o i propri modelli di comportamento sono inappropriati e disfunzionali: quindi, tendono a non cercare l'aiuto di uno specialista. Capita frequentemente che essi si affidino a servizi psichiatrici per via dell'insistenza di amici o di membri della loro famiglia, giacché il loro comportamento causa difficoltà rilevanti ad altre persone. Quando cercano aiuto in maniera autonoma questo avviene a causa dei problemi quotidiani generati dal loro disturbo di Personalità, o a causa di sintomi disturbanti quali ad esempio: ansia, depressione o abuso di sostanze; in questi casi, comunque, tendono a ritenere che i loro problemi siano causati dalle altre persone o dalle circostanze della vita sulle quali non ritengono di avere controllo.

Nel progettare un gioco che trattasse lo stigma sulla malattia mentale, la mia scelta non è caduta a caso sui disturbi della personalità: l'aspetto che risulta più interessante rispetto a questo gruppo di disturbi è il fatto che essi presentino sintomi molto vari, ma soprattutto, che si presentino come tratti di personalità esasperati fino alla patologia.

Questo significa che anche per una persona non affetta da malattia mentale può essere facile riconoscere dei tratti o dei comportamenti noti in questi disturbi, e comprendere nel contempo quanto l'esasperazione di questi tratti possa essere drammaticamente dolorosa.

Per esempio, molte persone possono considerarsi genericamente narcisiste, dunque essere piuttosto egocentriche, molto focalizzate sull'efficacia delle proprie performance e desiderare che la qualità del loro lavoro venga elogiata e riconosciuta da un gruppo di pari: così se nel gioco ci si confronterà con un personaggio dal disturbo della personalità narcisista, si potrà almeno parzialmente comprendere le sue ragioni e i suoi stati d'animo, riconoscendo nel contempo l'eccesso e l'impatto doloroso e mutilante che questo disturbo ha sulla vita di chi ne è affetto (e su quella degli altri).

Secondo il DSM-V, questi modelli di comportamento ed esperienza si manifestano in almeno due o più delle aree seguenti:

- 1) Quella che in gergo tecnico è definita cognitività, ovvero il modo che ognuno di noi ha percepire ed interpretare avvenimenti, ma anche gli altri e sé stessi.
- 2) L'affettività, ovvero varietà, intensità e adeguatezza della risposta emotiva: è tipico per esempio del narcisista mostrare scarse capacità di empatizzare e capire le sofferenze e gli stati d'animo altrui.
- 3) La qualità delle relazioni e del funzionamento interpersonali: per esempio un paziente schizotipico non sarà in grado di coltivare e mantenere amicizie.
- 4) La capacità di controllare i propri impulsi: per esempio nel disturbo borderline vi è uno scarso controllo dei propri impulsi, con il risultato, fra gli altri, da creare gravi problemi nelle relazioni.

I disturbi di personalità compaiono in casi molto rari nell'infanzia, ma cominciano di norma a manifestarsi durante l'adolescenza: per avere una diagnosi attendibile, tuttavia, è necessario attendere l'inizio dell'età adulta, infatti gli specialisti attendono che il paziente abbia compiuto almeno diciott'anni prima di diagnosticarli.

I disturbi di personalità si dividono in tre gruppi: il gruppo A, di cui fanno parte il disturbo paranoide di personalità, il disturbo schizoide e il disturbo schizotipico; il gruppo B, di cui fanno parte il disturbo borderline, il disturbo narcisistico, il disturbo istrionico e il disturbo antisociale e infine il gruppo C, di cui fanno parte il disturbo ossessivo compulsivo di personalità, il disturbo dipendente e il disturbo evitante di personalità. Si parla anche di disturbi della personalità non specifici quando vi è la presenza di caratteristiche di uno o più Disturbi di Personalità specifici che non soddisfano completamente i criteri per nessun Disturbo di Personalità ("personalità mista"), ma che nel comples-

so causano disagio clinicamente significativo o compromissione in una o più aree importanti del funzionamento (per es. sociale o lavorativo).

3.1.2 PERSONALITÀ: TRATTI E DISTURBI

Per comprendere in maniera più completa le caratteristiche di questi disturbi, è fondamentale dare una definizione di personalità.

Il dizionario Treccani (2017) definisce la personalità come genericamente ciò che è peculiare, caratteristico di una persona nella sua singolarità e quindi è soggettivo, individuale. Sempre dal dizionario, si evince la definizione in psicologia, che è più complessa:

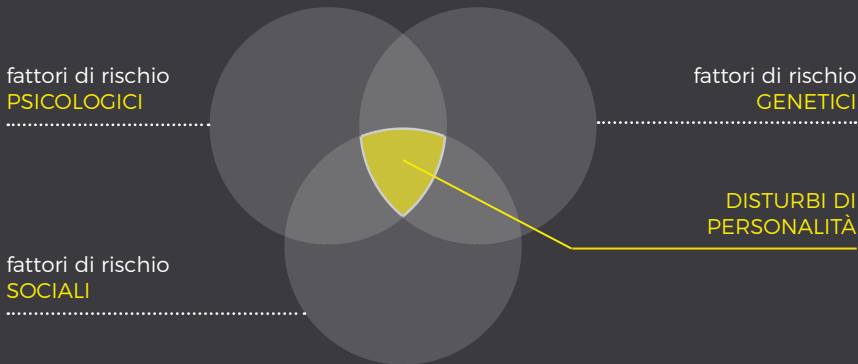
“L’insieme di quelle disposizioni e funzioni affettive, volitive e cognitive che si sono progressivamente combinate nel tempo ad opera di fattori genetici, di dinamiche formative e di influenze sociali, fino a costituire una struttura relativamente stabile e integrata riconosciuta dall’individuo come propria, ed espressa di volta in volta nel proprio particolare modo di interagire con l’ambiente, di determinare i propri scopi, di regolare il proprio comportamento.”

La personalità è definita (Anolli, Legrenzi, 2012) quindi come un insieme di modalità coerenti di comportamenti e tratti mentali che variano notevolmente da individuo a individuo: ciò che contraddistingue ogni persona nel suo modo personale di vedere le cose, interpretare la realtà e agire nel mondo.

La personalità è dunque un insieme di caratteristiche, o tratti stabili, che ciascuno possiede e che lo caratterizzano nella vita quotidiana in condizioni ordinarie. Esempi di questi tratti stabili sono il tratto dipendente, il tratto ossessivo, il tratto della sospettosità, il tratto narcisista o della seduzione.

Uno dei modelli più importanti per definire la personalità è quello di Cloninger (Paris, 1996) che comprende quelli che lui definisce tratti del carattere e anche i cosiddetti tratti temperamentali. Il termine temperamento si riferisce alle differenze tra gli individui nelle loro risposte automatiche agli stimoli emozionali, ovvero il modo che ogni persona ha di reagire agli stimoli emotivi, che ha appreso durante la crescita, osservando gli altri e interagendo con loro. Malgrado il fiorire di numerose definizioni alternative, attualmente si concorda nel definire il temperamento come l’insieme di quelle componenti della personalità che sono ereditabili, stabili nel corso dello sviluppo, basate sulle emozioni, e non influenzate dall’apprendimento socio-culturale. Il temperamento secondo Cloninger include pattern di risposta emozionale basali, quali la paura, la rabbia e l’attaccamento: nel suo schema vi sono pertanto tre dimensioni: ricerca della novità, evitamento del pericolo e dipendenza dalla gratificazione (Paris, 1996).

I tratti di personalità si sviluppano nell’interazione fra temperamento e apprendimento sociale (Rutter, 1987): sebbene il temperamento fornisca un’impronta su si sviluppa la personalità, determinando le caratteristiche predominanti di ogni individuo, l’ambiente ha poi un ruolo predominante nel formare la personalità. Quando si parla l’influenza dell’ambiente sullo sviluppo della



personalità si fa riferimento alla teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 1977): l'ipotesi sottesa è che i modelli di comportamento dei bambini si formino attraverso il rinforzo, positivo e negativo, e attraverso l'imitazione (*modelling*) dei comportamenti osservati negli adulti. Così, se per esempio un bambino dal temperamento estroverso verrà ripetutamente sgridato e osserverà comportamenti chiusi e introversi nell'adulto, tenderà a imitarlo e a frenare quei modi che sono stati scoraggiati. Contemporaneamente, non tutti i bambini apprendono nella stessa maniera e con la stessa velocità: anche in questo esistono differenze individuali (Rutter, 1987).

Le varie personalità degli individui sono molto diverse fra loro ma queste differenze sono spesso compatibili con la normalità: al mondo c'è posto per gli introversi e per gli estroversi (Paris, 1996). Solo quando alcuni tratti interferiscono significativamente col funzionamento globale si può parlare di disturbi della personalità. Coloro che hanno una personalità sana sono in grado di affrontare le normali situazioni di stress e non hanno problemi rilevanti nel creare relazioni con amici, familiari e colleghi.

Nel caso invece delle persone che presentano personalità disturbate, l'organizzazione dell'esperienza si trova ad essere disfunzionale, ovvero dannosa talvolta per l'individuo, talvolta per le persone che ne condividono l'esistenza, talvolta per entrambi.

I disturbi di personalità sono l'amplificazione e l'aspirazione dei tratti di personalità; ed è fondamentale sottolineare come nella trattazione di questi disturbi si parta dal presupposto che esista una relazione di continuità fra tratti e disturbi.

I disturbi di Personalità possono essere pertanto considerati come varianti patologiche della personalità normale: una persona con un sano tratto narcisista presterà attenzione alle proprie necessità e vorrà essere riconosciuto e apprezzato come individuo competente e valido dagli altri, una persona con questo

FIGURA 3:
I tratti di personalità
e il legame con le
cause dei disturbi
della personalità

X

disturbo non sarà in grado pensare agli altri eppure ne dipenderà per giudizi positivi e sarà devastato dalla mancanza di lodi e riconoscimento.

A proposito delle dimensioni della personalità, è necessario introdurre due termini spesso utilizzati in psichiatria: egosintonico ed egodistonico.

Egosintonico è un termine che si riferisce a comportamenti, valori e sentimenti che sono in armonia o accettabili rispetto alle necessità e agli obiettivi dell'ego o coerenti con l'immagine ideale della persona. Egodistonico, al contrario, si riferisce a pensieri e comportamenti (sogni, impulsi, desideri...) che sono in conflitto o dissonanti con le necessità e gli obiettivi dell'ego, o specificatamente non coerenti con l'immagine e la percezione di sé che ha il soggetto. Quando si parla di disturbi della personalità, una delle principali difficoltà per le persone affette e per le misurazioni che si avvalgono di strumenti di auto-valutazione è proprio il fatto che molti tratti e disturbi siano egosintonici, e quindi non riconosciuti come patologici e anomali (rispetto ad una personalità sana) da coloro che ne sono affetti, che li percepiscono invece come aspetti normali della propria personalità.

I tratti che rendono fra loro le personalità così diverse possono essere misurati quantitativamente, basandosi sull'assunto che benché soggetti a co-variazioni, essi siano indipendenti l'uno rispetto all'altro.

“Si può pensare alla personalità nella sua globalità come a una serie di tratti, ognuno rappresentabile come una dimensione nello spazio; questa è la ragione per cui i tratti sono definiti dimensioni della personalità.”
Joel Paris, *Contesto sociale e disturbi di personalità. Diagnosi e trattamento in una prospettiva bio-psico-sociale*, 1996

3.2 CURE E TERAPIE

Come si è visto nel capitolo 2, un aspetto non trascurabile dello stigma che riguarda le malattie mentali è il diffuso stereotipo secondo cui non si può guarire dalle malattie mentali, idea che è fortunatamente falsa.

X Il modo più efficace di curare i disturbi di personalità appare essere la **psicoterapia** associata alla terapia farmacologica (Gabbard, 2015). I farmaci si sono rivelati utili per alleviare alcuni dei sintomi dei disturbi della personalità, come ansia, depressione, sbalzi d'umore e problemi di percezione.

La psicoterapia per i pazienti affetti da disturbi della personalità mira a renderli coscienti dei conflitti inconsci che causano in tutto o in parte i sintomi, lo aiuta a diventare più flessibile e a diminuire la frequenza degli schemi comportamentali che interferiscono con una vita sana e attiva. Con la psicoterapia il paziente affetto da disturbi della personalità riesce a riconoscere meglio gli effetti del proprio comportamento sugli altri e su sé stesso. Per esempio, la terapia cognitivo comportamentale mira a risolvere i sintomi o i tratti di personalità più disfunzionali del disturbo, ad esempio l'incapacità di prendere decisioni importanti o di entrare in relazione con gli altri.

Questi aspetti verranno trattati nel gioco: una meccanica importante sarà in-



fatti quella di cercare di guadagnare “punti consapevolezza”, una metafora per definire l’importante lavoro di analisi e di autoconsapevolezza che chi è affetto da un disturbo di personalità deve fare per imparare a gestire la malattia e condurre una vita sana.

FIGURA 3.1
la malattia mentale
rappresentata in
un’opera di Christian
Hopkins

3.3 LE CAUSE: I FATTORI BIOLOGICI

I tratti di personalità derivano dall’interazione fra temperamento e apprendimento sociale: il temperamento pone dei limiti all’influenza dell’apprendimento, la persistenza dei tratti di carattere è pertanto meglio spiegata dai fattori biologici.

La personalità può essere caratterizzata da un gran numero di tratti, alcuni più adattivi e considerati positivi per la persona, altri meno: i fattori di rischio biologici consisterebbero in una inconsueta intensità dei tratti meno adattivi, mal compensati da tratti più adattivi.

Questi fattori possono essere misurati sia attraverso studi genetici, sia attraverso l’individuazione di indicatori biologici. Per comprendere la frequenza con cui un dato disturbo si manifesta in un ristretto circolo di parentela, si prende in considerazione la storia familiare; tuttavia per eliminare l’influenza dell’ambiente familiare, che appare in questi casi molto importante, è tipico compiere studi sulle adozioni e sui gemelli. La genetica comportamentale, una disciplina relativamente nuova, ha quindi prodotto importanti ricerche che dimostrano l’influenza dei fattori genetici sulla personalità: l’ereditabilità dei tratti di personalità appare elevata, anche se si registrano importanti eccezioni (Paris, 1999).

3.3.2 LE CAUSE: I FATTORI PSICOLOGICI

Per molto tempo si è creduto che la personalità fosse in gran parte formata e fissata dalle esperienze dei primi anni di vita (...) tuttavia è risaputo che una sequela di esperienze negative infantili non fissa lo sviluppo della personalità: l'impressione di effetti duraturi scaturisce probabilmente dal fatto che una precoce educazione inadeguata sarà seguita da un'educazione posteriore inadeguata. (Joel Paris, *Contesto sociale e disturbi di personalità. Diagnosi e trattamento in una prospettiva bio-psico-sociale*, 1996)

Come scrivono Rutter e Paris (1999), la personalità è solo parzialmente modellata da esperienze infantili, mentre è più il peso cumulativo di molteplici esperienze che va a formarla e cambiarla: gli effetti psicologici delle esperienze infantili possono esser compresi solo nel contesto delle loro interazioni con fattori biologici (il patrimonio genetico del soggetto che presenta un disturbo) e sociali (l'effetto della comunità in cui è cresciuto ed inserito).

Come si è visto nel capitolo 2, anche questo è uno stereotipo diffuso sulla malattia mentale: l'idea che essa scaturisca necessariamente da un evento traumatico avvenuto in tenera età; mentre in realtà, questo tipo di esperienza costituisce solamente una delle cause da prendere in considerazione.

I fattori di rischio psicologici per i disturbi di personalità sono comunque principalmente tre: precoci esperienze di perdita o separazione (lutti o divorzi), funzione genitoriale inadeguata (i genitori possono essere a loro volta malati, o trascurare le necessità emotive dei figli o creare una struttura familiare rigida e poco coesa che crea problemi e disagi ai figli) e esperienze traumatiche subite nel corso dell'infanzia.

Episodi stressanti molto gravi tuttavia non producono necessariamente distorsioni della personalità, mentre esperienze croniche di stress hanno un impatto maggiore.

In ogni caso, i fattori di rischio psicologici diventano davvero vincolanti quando s'intrecciano con fattori biologici, e sarà poi l'ulteriore intrecciarsi con fattori sociali a rendere il disturbo diagnosticabile.

3.3.3 LE CAUSE: I FATTORI SOCIALI

Le strutture sociali possono essere divise in "tradizionali", in cui vi è un basso grado di cambiamento e una forte continuità intergenerazionale, e moderne, caratterizzate da rapidi cambiamenti e forte discontinuità intergenerazionale. Al di là delle varie differenze nelle società "tradizionali" che questa semplificazione non considera, è importante sottolineare come questa società forniscano una struttura prevedibile.

Nelle società moderne invece si parla tendenzialmente di "rapido cambiamento sociale", che rappresenta un fattore di rischio per i disturbi di personalità.

Le dimensioni di personalità sembrano essere in una certa misura universali: studi transculturali hanno dimostrato che gli stessi tratti di personalità ricorrono in tutte le società umane. Paradossalmente, si è visto³ che le differenze nelle dimensioni di personalità di individui appartenenti ad una stessa società sono molto maggiori rispetto a quelle che si rilevano fra una società e un'altra. Le differenze di personalità transculturali sono spiegate come un riflesso delle differenze biologiche fra le popolazioni, ma anche con la teoria antropologica che sostiene che le società modellino i tratti di personalità in base ad aspettative comportamentali: le ricerche dimostrano però che la cultura non modella i tratti di personalità, bensì innalza o esalta la tolleranza per alcuni tratti e la riduce per altri.

In ogni caso, diversi studi pongono l'accento sul come nelle società moderne i problemi comportamentali appaiano dovuti alla mancanza o alla scarsità di controllo (l'esatto opposto di ciò che accade nelle società tradizionali).

I fattori sociali possono sia accrescere il rischio di sviluppare disturbi di personalità, sia svolgere un ruolo protettivo: questi fattori sono la disgregazione e integrazione sociale e i cambiamenti sociali.

3.3.4. L'AMBIENTE SOCIALE CONTEMPORANEO E I DISTURBI DI PERSONALITÀ

A seconda della diagnosi, della gravità, dell'individuo preso in considerazione e del mestiere stesso, i disturbi di personalità possono essere associati con difficoltà nell'aver a che fare con l'ambiente di lavoro, principalmente per via delle relazioni interpersonali che si vengono naturalmente a formare. Effetti indiretti hanno comunque importanza: per esempio la difficoltà di seguire e terminare un percorso educativo, l'abuso di sostanze o la depressione, hanno un impatto non indifferente sulla vita lavorativa di chi ne soffre.

Le società moderne premiano tratti come individualismo e ambizione, andando quindi a favorire i tratti narcisistici: quando si leggono le condizioni cliniche di questi pazienti si ha l'impressione che siano in prevalenza persone di successo profondamente insoddisfatte delle loro vittorie². Persino tratti compulsivi sono apprezzati, per la precisione e il controllo del proprio ambiente che ne derivano.

Per questo, si pensa che alcuni disturbi di personalità possano anche essere alla base di capacità lavorative al di sopra della media. Nel 2005 e nuovamente nel 2009, le psicologhe Belinda Board e Katarina Fritzon (Board e Fritzon, 2005) hanno intervistato diversi manager in carriera e somministrato loro test della personalità e infine comparato i loro profili con quelli dei pazienti criminali dell'ospedale di Broadmoor nel Regno Unito. Il risultato è stato che tre di undici disturbi di personalità erano decisamente più comuni fra gli esecutivi che nei criminali disturbati: si tratta del disturbo istrionico, il disturbo narcisistico e il disturbo ossessivo compulsivo. Nel caso di quest'ultimo diventano paradossalmente delle caratteristiche "vincenti" la testardaggine, il perfezionismo e tendenze dittatoriali spesso riscontrate.

Il disturbo istrionico ha caratteristiche come il fascino, la tendenza a mentire,

l'egocentrismo e la tendenza alla manipolazione. Infine nel caso del disturbo narcisistico, Board e Fritzon citano diversi studi sottolineano come ai vertici sia crescente il numero di casi osservati di psicopatia; una caratteristica comune a coloro che soffrono di disturbo narcisistico e di disturbo antisociale: in entrambi i si osserva un senso grandioso del sé e lo sfruttamento e la manipolazione degli altri per ottenere i propri obiettivi.

Secondo Manfred F.R. Kets de Vries, uno dei massimi esperti mondiali di leadership e management, è quasi impossibile che alcuni disturbi della personalità non siano presenti in un esecutivo di un'azienda, in particolare il disturbo narcisistico e la sociopatia (De Vries, 2003).

3.4. LA COMORBILITÀ

I pazienti affetti da disturbi di personalità possono presentare in diversi casi (Gabbard, 2015; Zimmerman, 1999; Hirschfeld, 1999; Sanderson et al, 1992) quella che in medicina viene definita comorbilità, ovvero la presenza contemporanea di due più patologie allo stesso tempo.

X Spesso chi ha un disturbo di personalità tende ad essere soggetto a disturbi d'ansia e a disturbi dell'umore come la depressione. In particolare nei paragrafi a seguire si parlerà spesso di quest'ultima e si farà accenno al disturbo bipolare: questi disturbi possono e tendono ad insorgere nei pazienti che presentano un disturbo della personalità. Pertanto, si farà ora una breve introduzione sulla depressione e sui disturbi dell'umore su come essi possano legarsi ai disturbi della personalità.

La depressione è un disturbo dell'umore. Anche chiamata disturbo depressivo maggiore, si presenta come un'alterazione dell'umore caratterizzata da un senso di tristezza continuo e pervasivo, da una mancanza di fiducia nel futuro e nelle proprie possibilità e infine dalla certezza che nessuno potrà recare aiuto e modificare questa condizione di sofferenza. È spesso accompagnata da una bassa autostima, da perdita di interesse nelle attività che normalmente si ritengono piacevoli, e da una generale sensazione di impotenza. A questi sintomi si accompagnano sintomi fisici, come spossatezza, difficoltà a concentrarsi e lavorare, insonnia e ipersonnia, fino, nei casi più gravi ad una vera e propria catatonìa, che porta il paziente alla totale immobilità. Questa mancanza di energie, la stanchezza e la faticabilità che sopraggiungono senza aver svolto necessariamente alcun tipo di esercizio fisico, rendono qualsiasi compito, anche semplice e abituale, molto difficile da portare a termine, per esempio una persona depressa può evitare o compiere con grande sforzo attività apparentemente banali come la cura personale e l'igiene.

La depressione si distingue da uno stato di profonda tristezza poiché non è un'emozione contingente né episodica, ma un'alterazione che compare stabilmente: per fare diagnosi di depressione occorre una caduta o flessione marcata del tono dell'umore per la maggior parte della giornata, per un periodo che può andare da un minimo di due settimane a molti mesi, talvolta anni (DSM



V). In alcuni casi la depressione sorge a seguito di un evento infausto: un lutto, un licenziamento senza preavviso, un abbandono traumatico. In questi casi si parla di depressione reattiva o situazionale. Quando non si è in grado di individuare alcuna causa esterna all'origine della sofferenza, si parla di depressione endogena.

Un'ulteriore differenziazione distingue le forme monopolari da quelle bipolari della depressione, meglio conosciute come maniaco-depressive o disturbo bipolare: nelle prime l'umore basso e gli altri sintomi citati prevalgono, e compaiono anche sintomi fisici, come rallentamento psicomotorio (stanchezza e difficoltà nella concentrazione) e alterazioni del ciclo sonno-veglia, come l'insonnia. Le forme bipolari sono di diverse tipologie, ma in generale si può dire che chi è colpito dalla forma bipolare alterni lunghi periodi depressivi, contraddistinti dunque da disperazione, tristezza e profondo scoraggiamento, a momenti di "normalità" o nella forma più comune, a momenti di mania (DSM V).

La mania è uno stato di alterazione dell'umore descritto come un'euforia incontrollabile, che porta chi ne è soggetto all'iperattività, progettualità sproporzionata e ad un'esagerata considerazione di sé. La mania è caratterizzata da una immotivata e traboccante allegria ed euforia primaria. L'eccitazione che si prova in uno stato maniacale stimola tutte le pulsioni istintive: la sessualità aumenta, così come l'impulso a muoversi, a parlare e ad avere un'attività si elevano dal semplice comportamento vivace fino agli stati di eccitamento. Ogni nuovo stimolo e ogni nuova possibilità distraggono il malato. La massa delle associazioni che egli si trova a disposizione e che si presentano spontaneamente senza che egli le cerchi lo rendono arguto e spiritoso, ma contemporaneamente superficiale e confuso. Le sue capacità gli sembrano superiori e lo portano ad agire in modo irresponsabile e sconsiderato, alle volte aggressivo, che finisce per sabotare relazioni e prendere decisioni di cui si pentirà una volta esaurito lo stato maniacale (per esempio spese e investimenti assurdi in progetti non realizzabili). Nella fase di mania, il malato non è assolutamente accessibile alle altre rappresentazioni mentali (Galimberti, 1992; DSM V).

FIGURA 3.2
la depressione rappresentata in un'opera di
Christian Hopkins



FIGURA 3.3
la depressione rappre-
sentata in un'opera di Christian
Hopkins

Depressione e disturbi di personalità sono in relazione tra loro in tre modi distinti:

- 1) disturbi di personalità possono precedere lo sviluppo di depressione e rendere un individuo vulnerabile alla depressione;
- 2) la depressione può precedere il disturbo di personalità e favorire lo sviluppo del disturbo di personalità;
- 3) ci può essere un'interfaccia tra disturbi di personalità e la depressione, che è si definisce come disturbo di personalità depressiva (Hirschfeld, 1999).

Infine, è necessario menzionare, fra i disturbi che spesso si sommano ai disturbi della personalità, alcuni disturbi ansiosi, in particolare nel gruppo C, il cosiddetto *cluster ansioso*.

L'ansia è una tensione anticipatoria di un evento minaccioso ma vago: si tratta quindi di un'emozione caratterizzata da tensione e preoccupazione, causata dalla percezione vaga e indeteminata di una minaccia e che ha, come effetto, una preparazione psico-fisica ad affrontare un evento (Rachman, 2008).

Per questo motivo, si creano nell'individuo aspettative di un pericolo diffuso e incerto e dunque, una volta che il soggetto è entrato in stato ansioso, avvia una lettura della realtà in chiave soggettiva s'instaura in lui l'aspettativa di un pericolo, e nell'individuo prendono il sopravvento un senso di apprensione e vigilanza, che dominano su tutte le altre possibili emozioni. La percezione del pericolo, a livello comportamentale, si manifesta con comportamenti volontari e involontari, quali la propensione alla fuga o l'evitamento della fonte dell'ansia (Rachman, 2008). Esattamente come nel caso della personalità sana e della epsonalità disturbata che si sono viste nel paragrafo 3.1, anche l'ansia può passare dall'essere una risposta fisiologica alla percezione di una minaccia a una vera e propria patologia, in cui i momenti di ansia aumentano d'intensità e durata e si presentano anche in modo apparentemente ingiustificato rispetto agli stimoli esterni. Se l'ansia fisiologica ha la funzione di preparare un individuo ad affrontare un pericolo o un ostacolo in modo efficiente, nell'ansia patologica l'individuo percepisce l'ostacolo che genera l'ansia come insormon-

tabile. Il soggetto con ansia patologica vive in uno stato di tensione, estrema vigilanza e apprensione che sfociano spesso in **panico**. Questo modello **cognitivo** distorto e distaccato dalla realtà, lo rende incapace di avere uno sguardo lucido sugli eventi esterni (Rackman, 2008). **X**

Purtroppo, diverse ricerche hanno mostrato come i disturbi d'ansia spesso si aggiungano alle difficoltà di alcuni disturbi della personalità (Sanderson et al., 1994; Skodol et al., 1995). Pazienti caratterizzati da **ansia sociale** (61%) e da un disturbo d'ansia generalizzato (49%) ricevono spesso la diagnosi di disturbo della personalità. I risultati indicano che i disturbi d'ansia e da attacco di panico sia associano spesso ai disturbi di personalità, in particolare disturbi borderline, evitante, dipendente e ossessivo compulsivo. **X**

I risultati della ricerca in ogni caso indicano che i disturbi della personalità sono meno prevalenti fra pazienti ansiosi che fra pazienti depressi: tuttavia, la comorbilità fra disturbi d'ansia e disturbi della personalità tende ad essere cronica e a peggiorare le condizioni dei pazienti (Sanderson et al., 1994; Skodol et al., 1995).

3.5 I DISTURBI DEL GRUPPO A

I disturbi del gruppo A sono contraddistinti da comportamenti eccentrici e credenze bizzarre o inusuali: questo gruppo è noto come “cluster eccentrico”. Questi disturbi sono spesso associati alla schizofrenia, in particolare il disturbo schizotipico, dato che i pazienti che presentano questo disturbo sono spesso descritti come profondamente a disagio nelle relazioni più intime, possono essere paranoici, sperimentando distorsioni cognitive e percettive e mostrano comportamenti eccentrici.

Nel contempo tuttavia, coloro che si collocano nel gruppo A tendono ad avere una presa più salda sulla realtà rispetto ai pazienti schizofrenici: le loro percezioni possono essere inusuali ma si distinguono dai sintomi specifici della schizofrenia, che può tuttavia insorgere nei casi più gravi e complessi.

I pazienti del cluster eccentrico sono i meno trattabili. Questi pazienti, che in genere non sono in grado di instaurare relazioni, hanno bisogno di un impiego stabile in un ambiente di lavoro non esigente rispetto ai contatti con gli altri, tali posti di lavoro sono però sempre meno disponibili nella società postindustriale che richiede invece capacità cognitive e relazionali di cui questi pazienti difettano (Gabbard, 2015).

3.5.1 IL DISTURBO PARANOIDE DI PERSONALITÀ

Il Signor P ha era un ragioniere di 42 anni, era in malattia da un anno, in quanto lamentava continue allergie causate da sostanze presenti nell'ambiente di lavoro. Dopo aver ricevuto una promozione era stato trasferito in un nuovo ufficio, aveva sofferto per l'improvvisa comparsa di svariati e fastidiosi sintomi tra i quali cefalea, torpore e costrizione toracica. Il paziente attribuiva questi sintomi alla nuova tappezzeria e alla moquette dell'ufficio, oltre che le vibrazioni del

pavimento causate dal sistema di areazione. Tali effetti nocivi in genere diminuivano rapidamente quando si allontanava dall'ufficio, ed erano spesso completamente scomparsi ogni volta che decideva di vedere un medico. Aveva consultato diversi specialisti, che non 3 quali soltanto una delle sofferenze. Avevo utilizzato questo per confermare quanto pensava sull'origine dei suoi sintomi. È stato incoraggiato a confermare a intraprendere una psicoterapia dirigente della sua azienda, preoccupato del fatto che la sua infermità diventare permanente. Inizia terapia problema emotivo, il paziente. Anche la moglie è una persona fondamentalmente incastrato mettendo al mondo un figlio dopo essere rimasta incinta. Il signor P disse di non aver mai perdonato l'inganno della moglie, e aggiunse che da loro il matrimonio è stato un disastro punto di simmetria questa situazione poteva cambiare solo se la moglie fosse diventata più degna di fiducia. (Psichiatria psicodinamica, Gabbard, 2015, p.419)

Come avremo modo di trattare anche nei seguenti paragrafi, molte manifestazioni tipiche di alcuni disturbi di personalità non sono di per sé patologiche ma lo diventano se spiccano come modi pervasivi di pensare, sentire e relazionarsi con gli altri. Nel caso specifico del disturbo paranoide, è di fatto necessario sottolineare come il pensiero paranoide non sia in sé patologico. Secondo la scuola di pensiero psicodinamica, il pensiero paranoide è una modalità di organizzare e vivere l'esperienza che permane nella psiche umana per tutta la vita: questa modalità permette di scindere pensieri e sentimenti negativi e pericolosi e proiettarli fuori di sé, i pensieri negativi della persona paranoica quindi non sono riconosciuti come propri, ma come realtà fuori di sé. In breve, dal punto di vista dell'individuo paranoico, non è lui stesso ad essere, per esempio, insicuro, ma sono gli altri a renderlo tale. Questa modalità non è tipica solo del singolo, ma è riscontrabile anche in gruppo, per esempio in assemblee, eventi sportivi e in diverse dinamiche istituzionali: per esempio durante il periodo di McCarthy negli Stati Uniti il pensiero paranoide pervase gran parte della società americana.

Il disturbo paranoide di personalità è invece una patologia distinta, non transitoria né legata a dinamiche di gruppo, ma una modalità di esperire il mondo e rapportarsi con esso particolarmente rigida ed invariabile.

Il disturbo colpisce fra il 2.3% e il 4.4% della popolazione generale e a esserne più soggetti sembrano i soggetti di sesso maschile. È possibile che il disturbo insorga durante l'adolescenza ma il periodo più frequente di manifestazione dei sintomi è tra i 40 e i 50 anni (Gabbard, 2015).

6.1.3 IL RAPPORTO CON GLI ALTRI

Come in molti disturbi della personalità, questo disturbo è egosintonico, rendendo la vita particolarmente difficile a familiari e parenti, che spesso, esasperati, costringono il paranoico ad iniziare una terapia, stanchi di avere a che fare con le loro continue accuse e rimostranze.

Come puntualizza Gabbard:

L'ovvio, il superficiale e l'apparente semplicemente mascherano la realtà. Questa ricerca senza fine porta a un'iperattivizzazione dell'attenzione che è evidenziata dalla circospezione legata a tale e continuo attento controllo. Un individuo paranoide analizza costantemente ciò che lo circonda alla ricerca di particolari insoliti – uno stile di pensiero oneroso in termini di tensione fisica ed emozionale. Il paziente paranoico è in pratica incapace di rilassarsi. (Gabbard, 2015)

Il pensiero paranoide è caratterizzato da mancanza di flessibilità: la persona paranoide è costantemente alla ricerca di una “verità oscura” e nascosta dietro il significato apparente di una situazione e gli argomenti più convincenti e ragionevoli non hanno alcun impatto sulle sue convinzioni. Paradossalmente, un tentativo da parte di un familiare o di un collega di calmare l'individuo paranoide facendogli comprendere l'esagerazione e l'eccessiva preoccupazione alla base delle sue posizioni e dei suoi sospetti, ha l'effetto opposto: queste persone si troveranno facilmente ad essere bersaglio della sua sospettosità. A differenza di un paziente schizofrenico, comunque, il paziente paranoide non è delirante: ha infatti una percezione molto precisa del suo ambiente, ma la sua capacità di giudizio è invece molto compromessa. Non è la realtà in toto ad essere distorta nella percezione paranoide, bensì il significato che essa assume (Gabbard, 2015).

6.2 IL DISTURBO SCHIZOTIPICO E IL DISTURBO SCHIZOIDE DI PERSONALITÀ

I pazienti schizoidi e schizotipici spesso vivono ai margini della società. Possono essere ridicolizzati come “strambi”, “toccati”, “disadattati”, oppure possono essere semplicemente lasciati soli a condurre un'esistenza eccentrica e appartata. (Gabbard, 2015 p. 424)

Benché i disturbi schizotipico e schizoide siano riconosciuti come disturbi differenti, essi vengono spesso considerati come i due poli convergenti di un continuum, presentando entrambi una presenza significativa di distacco sociale e inibizione affettiva.

La diagnosi differisce poiché tendenzialmente gli schizotipici evitano le relazioni per paura, mentre nel caso del disturbo schizoide questo evitamento avviene per disinteresse. I pazienti schizotipici sono ordinati essi stessi un continuum, da quelli più vicini agli schizoidi a quelli che si avvicinano di più ai pazienti schizofrenici, presentando isolati casi di psicosi.

Nel caso del disturbo schizoide, come già anticipato, i soggetti mostrano un'espressione dell'emozionalità estremamente limitata e un marcato distacco nelle relazioni sociali (Gabbard, 2015).

6.2.1 IL DISTURBO SCHIZOTIPICO DI PERSONALITÀ

Un uomo di 37 anni si presentò in una clinica psichiatrica per parlare dei suoi problemi legati alla malattia terminale del padre. Si lamentava principalmente della qualità dell'assistenza medica prestata suo padre. Su questo tipo aveva scritto molti appunti che lesse ad alta voce nel corso della valutazione. L'intervistatore notò che il paziente aveva un atteggiamento particolare ed eccentrico e che le sue affermazioni erano illogiche e pretenziose. Riferì di sentirsi a disagio in presenza di estranei e di pensare spesso che la gente per strada lo guardasse con ostilità. Non aveva alcun interesse per le relazioni sociali al di fuori della famiglia, era vissuto a lungo con la famiglia e dissidi erano stati frequenti. Dopo la valutazione clinica, chiese una copia del referto, quando la ricevette spedì una lettera spiegando in dettaglio perché il referto fosse poco accurato in un articolo in cui veniva criticata la validità generale delle diagnosi psichiatriche. Il paziente aveva un livello di funzionamento molto basso, ma non sentiva di aver bisogno di aiuto. Egli continuò di tanto in tanto richiedere ulteriore valutazione nel corso degli anni. (Contesto sociale e disturbi di personalità, Paris, 1997, p. 92)

Uno schema di peculiarità contraddistingue coloro che soffrono di questo disturbo. Possono avere modi strani o eccentrici di parlare o vestirsi; convinzioni e pensieri strani, stravaganti o paranoidei sono comuni. Le persone con disturbo di personalità schizotipico hanno difficoltà formare relazioni e provano spesso estrema ansia nelle situazioni sociali. Essi possono reagire in modo inappropriato o non reagire affatto durante una conversazione, o parlare a sé stessi. Mostrano anche segni di “pensiero magico”, cioè la convinzione che fatti casuali siano parte di misteriosi progetti divini, pensando di poter vedere nel futuro, leggere nella mente degli altri o riferirsi in generale a situazioni che implicano l'esistenza di “poteri magici”.

Questo disturbo si manifesta in circa il 3% della popolazione generale con una prevalenza maggiore tra i consanguinei di primo grado degli individui schizofrenici. Una percentuale di soggetti schizotipici (intorno al 12%) sviluppa schizofrenia, di solito in una forma meno grave e da cui spesso guarisce.

6.2.2 IL RAPPORTO CON GLI ALTRI

La rappresentazione del Sé dell'individuo schizotipico è di un Sé “inadeguato”, “inconsistente”, ma che desidera essere “adeguato”, mentre l'Altro, viene considerato come “umiliante”, “criticante”, “non accettante”.

La risposta a tale rappresentazione è duplice: eccentricità e bizzarria da un lato, ritiro sociale dall'altro. La prima modalità di risposta si concretizza attraverso la tendenza del paziente a mostrare credenze e abitudini piuttosto strane e a ricorrere ad un linguaggio davvero singolare. Il paziente può credere di possedere poteri paranormali (ad esempio, leggere il pensiero, avere un controllo magico sugli altri, prevedere il futuro), a volte attribuiti anche agli altri, ed è superstizioso; tende ad essere suscettibile alle offese, sospettoso e diffidente e



può arrivare a maturare la convinzione che ci sia un complotto contro di lui. La persona affetta da Disturbo Schizotipico di Personalità spesso riporta percezioni insolite, come sentire la presenza di una persona o di voci, in realtà assenti. Il suo aspetto e il modo di presentarsi non passano “inosservati”, per la scelta di un look e di un abbigliamento che vanno dallo stravagante al trandato.

Può comportarsi in modo inappropriato, maldestro o socialmente inaccettabile (ad esempio, non chiedere scusa quando sarebbe necessario). Il linguaggio che utilizza ha significato solo per lui e spesso richiede un’interpretazione per la presenza di caratteristiche quali l’astrattezza, la confusione e la complessità con la quale vengono espressi i concetti, l’uso eccessivo di metafore.

L’insieme di questi comportamenti indurrebbe, nelle persone con le quali il soggetto schizotipico interagisce, una difficoltà a capire il suo modo di essere e di fare e a stabilire relazioni con lui. Lo schizotipico reagisce quindi confermando la sua percezione di essere inadatto e lo porta ad isolarsi, o comunque ad intrattenere rapporti solo superficiali e a provare un forte senso di disagio e ansia quando è nella condizione di doversi relazionare all’altro (Paris, 1997).

6.2.3 IL DISTURBO SCHIZOIDE DI PERSONALITÀ

Un uomo di 32 anni fu condotto una consultazione psichiatrica dal fratello, preoccupato per la sua incapacità a stringere relazioni. Nonostante il paziente avesse acconsentito sottoporsi alla visita non condivideva la preoccupazione del fratello. Era soddisfatto del suo lavoro che gli richiedeva di stare a lungo davanti al computer, non aveva alcun interesse per le donne e gli unici legami sociali erano quelli col fratello e la cognata. (Contesto sociale e disturbi di personalità, Paris, 1996, p. 92)

Il disturbo di personalità schizoide raccoglie pazienti introversi, chiusi, solitari, emotivamente freddi e distanti. Il disturbo si manifesta come una cronica

FIGURA 3.4
Un'immagine tratta da
Taxi Driver (1976), il cui
protagonista, secondo
Hyer e colleghi, alcuni
tratti schizotipici.

mancanza di emozioni, di interesse nelle relazioni con gli altri e infine mancanza di ambizione e motivazione.

Secondo il DSM-V i soggetti affetti da Disturbo Schizoide di Personalità si caratterizzano per una tendenza all'isolamento sociale e una generale indifferenza verso le relazioni interpersonali. Hanno inoltre una marcata difficoltà nell'espressione delle emozioni in contesti sociali e una ridotta gamma di espressioni emotive conosciute. Gli schizoidi non appaiono turbati dalla mancanza di relazioni interpersonali; sembrano piuttosto stressati dalle pressioni dei familiari che li esortano a creare dei legami stabili. La difficoltà dei familiari nel capire la patologia è dovuta al fatto che con loro il soggetto ha una relazione strutturata e normale.

Coloro che ne soffrono, spesso descrivono una incapacità di sentire il tipo di sentimenti che normalmente occorrono in altre persone. Essi sono spesso assorbiti con i propri pensieri e sentimenti e hanno paura di vicinanza e di intimità con gli altri.

Non a caso, gli individui schizoidi hanno una vita sessuale scarsa o assente: appagandosi di fantasie puramente ideali, gli schizoidi possono anche posporre completamente la sessualità. L'individuo schizoide è poco attratto dal costruire relazioni affettive intense e può mostrare, quindi, insofferenza verso l'intimità inter-personale. Appare, infatti, riluttante a parlare dei suoi aspetti intimi con gli altri.

Rispetto alla schizofrenia, è bene sottolineare che il paziente schizoide si distingue dallo schizofrenico per il fatto che il Disturbo Schizoide di Personalità non intacca le capacità logico-cognitive: il soggetto è pienamente consapevole della realtà benché non vi partecipi emotivamente (Paris, 1997).

La sua prevalenza è bassa rispetto ad altri disturbi della personalità ed è stata valutata inferiore all'1% nella popolazione. Si manifesta maggiormente nel genere maschile.

7. I DISTURBI DEL GRUPPO B

I disturbi del gruppo B sono contraddistinti da comportamenti drammatici, imprevedibili e incostanti: questo gruppo è noto come “cluster impulsivo”.

Con l'eccezione del disturbo antisociale, la psicoterapia, spesso abbinata ad un trattamento farmacologico, rappresenta il trattamento d'elezione delle altre categorie del gruppo B. I tratti di personalità di questo cluster sono la labilità, l'impulsività e il narcisismo, di conseguenza essi hanno bisogno di imparare a esaminare, riconoscere e controllare le loro emozioni, e tenere maggiormente in considerazione i bisogni delle altre persone.

7.1 IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

- Una studentessa di 18 anni aveva intrapreso un trattamento in seguito alla morte per suicidio della sua migliore amica. L'amica, trattata per un disturbo borderline di personalità nella stessa struttura sanitaria, aveva propo-

sto un patto suicidario alla paziente, seguito da un salto oltre un ponte. La relazione fra le due era stata improntata su un'intensa simbiosi. Anche la paziente aveva spesso tentato suicidio, in diverse occasioni si era tagliata i polsi aveva assunto massicce dosi di farmaci. Presentava anche significativi sintomi psicotici, in particolare la fantasia e la sua vita fosse un sogno e che lei visse in realtà in realtà su un altro pianeta. La paziente sentiva spesso voce di persone che la invitavano raggiungerle. Nonostante questi sintomi era intelligente vivace, aveva molte amicizie e riusciva bene negli studi. (Contesto sociale e disturbi di personalità, Paris, 1996, p. 109)

Secondo Gabbard, il disturbo borderline di personalità serve da punto riferimento per la trattazione di tutti i disturbi del gruppo B. I disturbi narcisistico, antisociale e istrionico sono stati spesso per essere definiti in base alle loro differenze rispetto al disturbo borderline.

In passato, sono state formulate da diversi autori definizioni diverse del quadro del borderline: tutti quei disturbi al confine fra l'area nevrotica e psicotica ai quali non si riusciva ad attribuire un'identità specifica venivano catalogati come genericamente "borderline".

La patologia borderline, chiamata anche col nome di "disturbo instabile di personalità" è ad oggi considerata un disturbo di personalità con caratteristiche proprie, in cui sono predominanti elementi di impulsività e instabilità.

7.1.2 FENOMENOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA

Il disturbo borderline di personalità è definito oggi come disturbo caratterizzato da vissuto emozionale eccessivo e variabile, e da instabilità riguardanti l'identità dell'individuo. Uno dei sintomi più tipici di questo disturbo è la paura dell'abbandono.

I soggetti borderline tendono a soffrire di crolli della fiducia in sé stessi e dell'umore, e reagire comportandosi in maniera autolesionista e distruttiva nei confronti di sé stessi ma anche nelle loro relazioni interpersonali. Alcuni soggetti possono soffrire di momenti depressivi acuti anche molto brevi, ad esempio pochissime ore, a cui alternano momenti in cui l'umore e il comportamento sono normali.

Si osserva talvolta in questi pazienti la tendenza all'oscillazione del giudizio tra polarità opposte, un pensiero cioè in "bianco o nero" che oscilla fra idealizzazione e totale svalutazione delle altre persone: si tratta di un meccanismo di difesa primitivo, tipico dei bambini nella fase della crescita in cui non sono ancora in grado di comprendere e accettare che la figura materna è sia dispensatrice di affetto e cure, sia la persona che li sgrida e li educa.

Questo stile di pensiero è definito come separazione cognitiva: la sensazione che porta alla convinzione che qualcosa si debba classificare solo tra possibilità opposte; ad esempio la classificazione "amico" o "nemico", "amore" o "odio", etc. Questa separazione non è frutto di un ragionamento, bensì è immediatamente percepita da una struttura di personalità che mantiene e am-

plifica diversi meccanismi primitivi di difesa.

La caratteristica dei pazienti con disturbo borderline è, per via dei frequenti sbalzi d'umore e della percezione del sé costantemente variabile, una generale instabilità esistenziale.

La loro vita è spesso caratterizzata da relazioni affettive intense e turbolente che terminano bruscamente, da momenti depressivi della durata di ore o al limite qualche giorno e in momenti di stress da sintomi dissociativi o di grave paranoia. Per questo tale disturbo può avere un impatto molto grave sulla vita di chi ne è affetto, causando depressione e ansia che portano a “crolli” nella vita lavorativa e di relazione dell'individuo. Il disturbo borderline giunge molto comunemente all'osservazione clinica: l'incidenza è stimata tra il 2% e il 5%. Le percentuali aumentano se si campionano i pazienti all'interno del sistema di **salute mentale**, variando dal 8% all'11% nei pazienti ambulatoriali e dal 14% al 20% in quelli ospedalizzati. Si osserva maggiormente tra i giovani, interessando soprattutto il sesso femminile.

7.1.4 IL RAPPORTO CON GLI ALTRI

Il soggetto borderline si percepisce in due principali maniere: da una parte in modo profondamente critico, indegno, dall'altra profondamente fragile (Paris, 1997).

Il sé indegno si esprime frequentemente con pensieri del tipo: “Sono sbagliato”, “Sono cattivo”, “Non valgo nulla”, che sottendono la paura di essere abbandonato non appena l'altro si accorgerà di questa indegnità. Di fronte a tale pericolo, questa persona impiegherebbe tutte le sue forze per cercare di garantirsi la vicinanza e l'amore dell'altro e spesso adotta una strategia che si concretizza nella tendenza ad autoinvalidarsi, ovvero a non assecondare il proprio punto di vista, i propri bisogni e desideri, conformandosi all'altro in ogni momento. A lungo andare, però, tale comportamento può provocare nel soggetto borderline un senso di costrizione e l'emozione che ne deriva è la rabbia, quasi sempre agita impulsivamente, o verso l'altro, con litigi violenti, o verso se stesso, con il ricorso, ad esempio, a condotte autolesive. In risposta alla percezione dell'abbandono possono comparire anche sintomi depressivi.

Il sé vulnerabile, o fragile, si riferisce alla percezione di essere facilmente feribile ed esposto alle minacce di un mondo pericoloso, senza alcuna possibilità di ricevere aiuto. In questo caso prevalgono l'ansia, la paura, un senso di solitudine e, in situazioni particolarmente stressanti, si manifestano anche sintomi dissociativi¹, durante i quali il soggetto ha la sensazione di non essere presente a se stesso, o presenta altri sintomi, come esperienze di distacco da sé e dalla realtà, anestesia emotiva, esperienze di autoscopia (*out of body experiences*). Queste esperienze alterate sono solitamente reazioni a situazioni percepite

¹ La dissociazione è un termine utilizzato per descrivere la disconnessione tra alcuni processi psichici rispetto al restante sistema psicologico dell'individuo. Con la dissociazione si crea un'assenza di connessione nel pensiero, nella memoria e nel senso di identità di una persona.

come minacciose ed estreme. Queste esperienze sono tipicamente attivate da emozioni dirompenti.

La rappresentazione che il soggetto borderline ha dell'altro oscilla sostanzialmente tra due poli: idealizzazione e svalutazione. Questo è un meccanismo di difesa definito come scissione. Succede, pertanto, che in alcuni momenti l'altro (genitore, amico, partner, collega) venga percepito in modo assolutamente positivo (ad esempio: "buono", "affidabile", "disponibile"), mentre in altri venga rappresentato nel modo opposto, con grande difficoltà da parte del paziente a considerare le due immagini contrastanti come parti della stessa persona che, semplicemente, a volte "è buona", a volte "è cattiva". Ne conseguono cambiamenti improvvisi d'umore e/o scatti d'ira che a lungo andare suscitano irritazione nell'altro che, stanco dell'instabilità del rapporto, si allontana o interrompe la relazione, confermando così la convinzione del paziente di essere indegno e non meritevole di amore.

7.1.3 MARSHA LINEHAN

Marsha Linehan, ricercatrice e terapeuta presso l'università di Washington, ha lavorato tutta la vita sui pazienti borderline, trovandosi lei stessa a soffrire di questo disturbo senza aver avuto (in gioventù) un'accurata diagnosi e delle cure adeguate.

Oltre ad aver messo a punto una terapia appositamente designata per coloro che presentano pattern di comportamento autodistruttivi e tendenze suicidarie (*dialectical behavioral therapy*), la Linehan ha osservato una serie di aspetti anche positivi nella personalità borderline.

Secondo la terapeuta, la sensibilità, l'intensità e la durata con cui le persone con disturbo borderline provano emozioni possono avere effetti sia positivi che negativi. Le persone con disturbo borderline sono spesso eccezionalmen-

FIGURA 3.5
Marsha Linehan



te entusiaste, idealiste, gioiose e con voglia di amare. Tuttavia, dato che possono sentirsi sopraffatte dalle emozioni negative (ansia, depressione, senso di colpa/vergogna, paura, rabbia, ecc.), sperimentando un intenso dolore, tristezza, vergogna e umiliazione invece di un leggero imbarazzo, rabbia invece di fastidio e panico invece di nervosismo. Le persone con disturbo borderline sono anche particolarmente sensibili ai sentimenti di rifiuto, alla critica, all'isolamento e alla percezione di un fallimento. Prima di imparare altri metodi per stare meglio, i loro sforzi per gestire o fuggire dalle loro emozioni negative possono portare a autolesionismo o comportamenti suicidari.

Essi sono spesso consapevoli della intensità delle loro reazioni emotive negative e, dal momento che non sono in grado di regolarle, spesso le reprimono completamente. Questo può essere dannoso per le persone con disturbo borderline, dal momento che le emozioni negative possono allertarle alla presenza di una situazione problematica e prepararli per affrontarla.

7.3 IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ

Un uomo di 30 anni, libero professionista, richiese un trattamento a causa della sua incapacità di stabilire una relazione intima. Nonostante avesse molte avventure amorose, sentiva ogni donna della sua vita come inadeguata. Passava molto tempo fantasticare sulla donna perfetta, e per molti versi preferiva la pornografia incontri con partner reali. Aveva successo nel suo lavoro, ma era affezionato all'idea di diventare molto ricco qualunque fosse il prezzo personale da pagare per questo. Quando le sue strategie, sia amorose, sia lavorative fallivano, reagiva con rabbia o con il ritiro. Egli non si rendeva conto di avere, rispetto la sua vita delle aspettative eccessive e totalmente irrazionali. (Contesto sociale e disturbi di personalità, Paris, 1996, p. 116)

Prima di trattare il disturbo narcisistico in sé, è importante fare una distinzione fra narcisismo patologico e narcisismo sano, ovvero uno giusto ed auspicabile amor proprio.

Il narcisismo viene giudicato in maniera diversa a seconda della fase del ciclo di vita che il soggetto sta attraversando, ma genericamente il termine “narcisista” ha un’accezione negativa, ed è utilizzato genericamente nei confronti di persone sgradevoli ma di successo. Quello che distingue il disturbo da delle semplici tendenze narcisistiche o da un marcato amor proprio è lo sfruttamento interpersonale, che tuttavia è un comportamento molto adattivo nella società contemporanea.

A complicare la situazione vi è il fatto che questo disturbo non solo è tendenzialmente egosintonico, ma è anche spesso premiato e rinforzato da specifiche situazioni sociali e dalla società nel suo complesso, che tende essa stessa ad essere “narcisistica”, premiando performances, prestigio ma anche un certo giovanilismo e l'eccessiva attenzione per il proprio aspetto fisico. Nel mondo sportivo, la vittoria è spesso la giustificazione a molti comportamenti normalmente sanzionati dalla società.

Prima di ricevere una formulazione specifica nel 1968, il disturbo narcisistico

era conosciuto come “megalomania”, una forma di grave egocentrismo: si tratta di un disturbo di personalità caratterizzato da un sentimento di esagerata importanza, una necessità eccessiva di ammirazione e una marcata mancanza di empatia per gli altri. Coloro che ne soffrono sono inclini alla manipolazione e sfruttano per i propri scopi le persone con cui hanno relazioni interpersonali, intime o meno (colleghi, familiari, partner ecc...).

Il narcisista è solitamente bivalente: vi è un lato visibile a tutti, in cui prevalgono grandiosità, esibizionismo, ambizione, bisogno di ammirazione, mentre esiste poi il lato sommerso, nel quale, invece, prevalgono sentimenti di inferiorità, fragilità, vulnerabilità, paura del confronto e ipersensibilità alla critica.

7.2.3 IL NARCISISTA E GLI ALTRI

I narcisisti tendono a considerarsi migliori degli altri, ad esagerare le proprie capacità, ad esaltare i propri successi, apparendo spesso presuntuosi, e pensando di essere speciali e quindi di potersi permettere di avere o fare cose speciali che gli altri non possono permettersi. Una conseguenza della considerazione di sé in termini di superiorità è la necessità di ammirazione da parte degli altri che vengono idealizzati o svalutati a seconda che riconoscano o meno il loro status di persone uniche e speciali.

Altra caratteristica basilare è la mancanza di empatia, ovvero della capacità di mettersi nei panni degli altri e di riconoscere che anche gli altri hanno desideri, sentimenti e necessità. Da questo deriva la convinzione dei narcisisti che le proprie esigenze vengono prima di tutto e che il loro modo di vedere le cose è l'unico giusto universalmente (Paris, 1996).

Secondo Gabbard, I pazienti narcisistici si dividono in due sottogruppi, che formano un continuum: il narcisista inconsapevole e il narcisista ipervigile. Il narcisista inconsapevole sembra non avere alcuna consapevolezza del proprio impatto sugli altri, arrogante, aggressivo, ha bisogno di essere al centro dell'attenzione e parla come se si rivolgesse a un grande pubblico. Il narcisista ipervigile è invece schivo e molto attento alle reazioni degli altri, ma non perché abbia un reale interesse nei loro confronti, bensì perché sentendosi facilmente ferito ed inadeguato cerca costantemente di evitare che ciò avvenga, arrivando a osservare gli altri appositamente per sottolineare la loro mancanza di rispetto o le critiche ingiuste nei suoi confronti.

In entrambi i casi, il loro comportamento non è nient'altro che una lotta per mantenere la propria autostima: l'uno impressionando gli altri, l'altro evitando le situazioni di vulnerabilità.

Si stima che questo disturbo sia diffuso dell'1% della popolazione, esistono tuttavia stime più elevate, che collocano il dato tra il 2% e il 4%, mentre nella popolazione clinica variano dal 2% al 16%. Il disturbo non è ugualmente diffuso fra i due sessi: la popolazione maschile ne soffre di più, in una quota compresa tra il 50% e il 75%. Questo disturbo sembra diffuso quasi esclusivamente in paesi occidentali di matrice capitalista.

7.3 IL DISTURBO ISTRIONICO DI PERSONALITÀ

Una studentessa universitaria di 20 anni si presentò in un servizio psichiatrico in seguito alla fine della relazione con un ragazzo. Descrisse la propria vita come straordinaria e diede intendere di essere in grado di sedurre qualsiasi uomo le interessasse. Nonostante la sua grande sofferenza, era sempre vestita di tutto punto. Il suo modo di descrivere i suoi problemi era quello di raccontare i suoi incontri con gli uomini in modo spiritoso ed esagerato. A dispetto della sua sofferenza associata all'instabilità delle proprie relazioni intime attribuiva proprio difficoltà all'inadeguatezza dei suoi partner piuttosto che al suo stesso comportamento. (Contesto sociale e disturbi di personalità, Paris, 1996, p. 115)

Questo disturbo di personalità è caratterizzato da schemi di comportamento come la ricerca costante ed eccessiva di attenzione, condotte impropriamente seducenti e un eccessivo bisogno di approvazione. A differenza dei soggetti che soffrono di Disturbo Dipendente di Personalità, gli istrionici cercano attenzione attraverso un comportamento teatrale. Secondo il DSM-V questo disturbo di personalità fa parte del GRUPPO B proprio perché gli individui con questi disturbi appaiono amplificativi, emotivi e imprevedibili.

Gabbard distingue il disturbo istrionico dal disturbo isterico di personalità, considerando il secondo una versione più sana e funzionale del primo: nel caso di quello che lui definisce "istrionico", vi è una maggiore labilità affettiva, impulsività e seduttività più scoperta.

Gli individui istrionici funzionano apparentemente molto bene all'interno della società, sia socialmente sia professionalmente: arrivando spesso a ricoprire cariche molto importanti. Le loro buone abilità sociali e la tendenza a usarle per manipolare gli li aiutano a far carriera, tuttavia, spesso non riescono a vedere la propria situazione personale realisticamente, drammatizzando

FIGURA 3.6
Un'immagine tratta da *Girl interrupted*, che mostra le due protagoniste, diagnosticate con un disturbo antisociale (la prima a sinistra) e borderline



ed esagerando le loro difficoltà. Frequenti sono anche i cambi di lavoro, per via della frustrazione e della noia che comunemente possono far parte della routine lavorativa, ma che gli individui istrionici non riescono a fronteggiare. Poiché non riescono a far fronte a normali sentimenti di frustrazione e noia, tendono a cercare la novità e l'eccitazione, possono trovarsi in situazioni di rischio. Tutti questi fattori possono portare a maggior rischio di sviluppare depressione clinica.

7.3.1 L'ISTRIONICO E GLI ALTRI

L'individuo istrionico è vivace, drammatico, entusiasta e seducente, tutti attributi che gli consentono di guadagnare una popolarità. Tuttavia, le persone con Disturbo Istrionico di Personalità vengono considerate egocentriche e con poca o nessuna tolleranza alla frustrazione, conseguente a una non immediata gratificazione. Il loro comportamento risulta eccessivamente reattivo ed è espresso in modo intenso. Per tutti questi fattori, le loro relazioni interpersonali appaiono danneggiate; e gli istrionici vengono spesso accusati di essere superficiali, non spontanei, esigenti ed eccessivamente dipendenti. Riassumendo in due parole, le relazioni di chi soffre di questo disturbo sono tempestose e non gratificanti. Per via del loro comportamento e della dipendenza che spesso hanno nei confronti del partner e per la scarsa capacità di affrontare perdite o fallimenti, spesso l'individuo istrionico cerca un trattamento terapeutico per la depressione dovuta alla fine di una relazione romantica.

7.3.2 Epidemiologia

Questo disturbo colpisce quattro volte di più le donne degli uomini. Ha una prevalenza del 2-3% nella popolazione generale e il 10-15% in istituti di salute mentale ambulatoriali e di degenza.

7.4 IL DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ

Un uomo di 25 anni fu inviato a un servizio psichiatrico da suo avvocato, in seguito a un'accusa di lesioni personali procurate a un avventore durante un alterco scoppiato in un bar. Il paziente non si era mostrato per niente ben disposto rispetto alla visita psichiatrica, affermando subito a proposito degli psichiatri: "sono più pazzi di me". Egli si profuse a spiegare di essere stato provocato e che la causa del litigio fosse dunque da attribuire ad all'altra persona coinvolta. A causa dei continui dissidi con i suoi superiori non gli riusciva mai a conservare a lungo un posto di lavoro. Anche le sue relazioni con le donne erano poco durature. Il suo avvocato sono informato che il paziente non era psicotico e che il procedimento penale avrebbe pertanto dovuto seguire il suo corso (Contesto sociale e disturbi di personalità, Paris, 1996, p. 97)

Il disturbo antisociale di personalità è stato per due secoli una categoria di malattia mentale accettata. L'idea che esista un tipo di disturbo mentale caratterizzata

dall'insensibilità nelle relazioni umane e dal comportamento criminale è comune a tutte le culture. Definito in passato come psicopatia o sociopatia, questo disturbo è caratterizzato da disprezzo o violazioni sistematiche dei diritti degli altri, che porta l'antisociale a infrangere la legge.

Il termine psicopatico è tornato in uso negli ultimi anni e si riferisce a persone che presentano caratteristiche quali: marcata irresponsabilità, impulsività, stile di vita parassitario, precoci problemi di comportamento, mancanza di empatia, incapacità progettuali a lungo termine.

Secondo molti ricercatori, questo disturbo manifesta principalmente due caratteristiche: una inerente alla mancanza di rispetto delle regole che porta alla criminalità e l'altra al comportamento interpersonale patologico.

Nelle comunità per tossicodipendenti e nelle carceri, l'incidenza di questo disturbo cresce in maniera esponenziale. Spesso in questi casi la consapevolezza di malattia è generalmente assente e le possibilità di trattamento sia farmacologico che psicoterapeutico sono quasi nulle, perché queste persone vengono considerate semplicemente criminali e anche perché essi non ne riconoscono la necessità.

La prevalenza del disturbo antisociale è pari al 3% nei maschi e all'1% nelle femmine nella popolazione generale, e aumenta al 3-30% in ambiente clinico. Percentuali di prevalenza anche superiori si riscontrano in ambienti di trattamento per l'abuso di sostanze e in ambito carcerario o forense.

7.4.2 L'ANTISOCIALE E GLI ALTRI

Il nome stesso del disturbo denota il suo distinguersi per via di un modo anormale di rapportarsi alla socialità: il modo di relazionarsi con gli altri è drasticamente connotato dalla superficialità e dalla mancanza di rispetto per i sentimenti e le preoccupazioni di chi li circonda (Paris, 1997).

Secondo Kernberg, narcisismo e psicopatia costituiscono un continuum, e si verificano casi di narcisismo con comportamenti antisociali. Si tratta di narcisisti che sfruttano spietatamente gli altri, mostrando però una preoccupazione che invece non tangerebbe un antisociale "puro": nella psicopatia il paziente è completamente incapace di investire all'interno di relazioni che non siano di sfruttamento e il suo unico modo di rapportarsi agli altri è l'esercizio di un potere aggressivo e il loro comportamento irrispettoso e spesso criminale non viene in alcun modo giustificato, ma semmai negato per convenienza (Gabbard, 2015).

8. I DISTURBI DEL GRUPPO C

I disturbi del gruppo B sono contraddistinti da comportamenti ansiosi e paura: il gruppo C è noto come "cluster ansioso".

I disturbi del gruppo C sono trattati con la psicoterapia e in maniera farmacologica: la psicoterapia si rivela abbastanza efficace. Questi pazienti si presentano come eccessivamente accondiscendenti e difettano di narcisismo: la terapia è spesso classica e volta a favorire l'individualismo e la risposta emotiva.

Per evitare la profonda ansia che accompagna i tratti disadattivi che contraddistinguono questo gruppo, i pazienti tendono a mettere in atto meccanismi di difesa come evitamento (non fare tutto ciò che causa ansia) e dipendenza dagli altri (percepiti come “salvatori”) (Gabbard, 2015).

8.1 IL DISTURBO EVITANTE DI PERSONALITÀ

Una donna di 32 anni si presentò in un servizio psichiatrico per una valutazione di ansia sociale cronica. Una volta che sentiva sicura in una qualsiasi relazione interpersonale, le sue difficoltà venivano meno. Riusciva ad esempio essere una segretaria efficiente dal momento che lavorava nello stesso ufficio da più di 10 anni. Aveva anche condiviso la propria stanza con la stessa ragazza negli ultimi quattro anni e si sentiva abbastanza suo agio sia in casa che con la famiglia. Tuttavia la paziente nonerastata in grado di conservare una relazione significativa con un uomo. Aveva cercato di sviluppare qualche relazione torno a vent’anni, ma dopo molte delusioni aveva rinunciato. Chiese aiuto perché aveva cominciato a comprendere che rischiava di non riuscire a essere mai in grado di formarsi una famiglia. (Contesto sociale e disturbi di personalità, Paris, 1996, p. 121)

Il disturbo evitante di personalità si presenta nella prima età adulta.

Le persone evitanti tendono ad essere socialmente inibite, si sentono inadeguate e inferiori agli altri, sono estremamente sensibili a valutazioni negative e evitano le interazioni sociali, nonostante un forte desiderio di essere vicini agli altri.

Gli individui con questo disturbo tendono a descrivere sé stessi come sofferenti, ansiosi, solitari, indesiderati e isolati dagli altri.

Le persone con disturbo di personalità evitante spesso si considerano socialmente inette o sgradevoli ed evitano l’interazione sociale per paura di essere derisi, umiliati, respinti o considerati antipatici. Come suggerisce il nome, il principale meccanismo di adattamento dell’individuo evitante è l’evitamento di tutti gli stimoli temuti.

Il ritiro sociale, sebbene protegga la persona dall’esporsi e dallo sperimentare il malessere dell’inferiorità, del senso di inadeguatezza, del senso di esclusione conduce, alla fine, ad una esistenza priva di stimoli, triste, con un visibile senso di vuoto.

L’umore depresso o le crisi di panico sono le motivazioni che possono spingere il soggetto a richiedere un intervento psicologico.

8.1.2 L’EVITANTE E GLI ALTRI

Come altri disturbi, il disturbo evitante si contraddistingue per il rapporto disfunzionale con gli altri. L’eccessivo disagio sociale, la timidezza, la paura della critica, prevenzione di attività sociali o lavorative che implicano il contatto interpersonale, rendono difficile il rapporto con l’individuo evitante.

Le persone che vivono in un rapporto con una persona che soffre di disturbo

di personalità evitante spesso riconoscono che qualcosa non è giusto con il comportamento del loro familiare o persona amata, ma spesso non sanno cosa fare al riguardo. Essi possono sentirsi intrappolati nel rapporto, investiti di un'enorme responsabilità nei confronti persona amata. Le persone che sono in un rapporto con un individuo evitante possono anche finire per isolarsi con loro o sentirsi in dovere di proteggerli dalle critiche, creando una "bolla" artificiale o disfunzionale o un ambiente ideale che li circonda, in cui essi possano sfuggire di interfacciarsi con le altre persone e quindi con le problematiche che questo comporta (Gabbard, 2015; Paris, 1996).

8.2 IL DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITÀ

Il signor P era un impiegato postale di 29 anni, sposato. Prima del suo ricovero psichiatrico per idee e intenti di suicidio, il signor P era scoppiato in lacrime di fronte al suo superiore quando quest'ultimo gli aveva detto di non essere molto soddisfatto di lui. Durante il colloquio di accettazione, il signor P aveva espresso grande preoccupazione per il fatto che sarebbe rimasto lontano dalla moglie durante la degenza in ospedale, anche se si rendeva conto del fatto che i suoi desideri suicidari erano abbastanza pericolosi da rendere necessario il ricovero. La signora spiegò che a suo marito non era mai piaciuto stare lontano da lei, faceva affidamento su di lei per prendere tutte le decisioni in casa, e non era in grado di funzionare molto bene senza di lei. Subito dopo ricovero, si legò ad una paziente della sua età, come aveva fatto con la moglie. La storia del signor. Aveva sempre provato una notevole ansia di fronte alla prospettiva di fare qualcosa da solo o di iniziare qualche progetto senza aver prima consultato gli altri (...). (Psichiatria psicodinamica, Gabbard, 2015, p 606)

La dipendenza, come il rifiuto, è diventata una specie di cliché psicanalitico. Ognuno di noi è in qualche misura dipendente, e sono molti pazienti che provano disagio nell'exprimere i loro sentimenti di dipendenza. Soprattutto nella cultura americana, in cui mito del l'individualismo e dell'indipendenza e ancora dominante, il termine dipendenza viene spesso usato in senso peggiorativo (Gabbard, 2015). I sentimenti di dipendenza e di attaccamento, tuttavia, sono universali e tipici dei comportamenti di tutti i mammiferi. Ma se è chiaramente adattivo per gli individui affidarsi agli altri, questo può risultare problematico se si arriva alla manifestazione estrema del Disturbo Dipendente di Personalità.

Il disturbo di personalità dipendente è caratterizzato da una dipendenza psicologica diffusa rispetto alle altre persone. Il tipico individuo dipendente è appunto dipendente e sottomesso e si appoggia sempre ad altri per prendere decisioni, o lascia che siano loro a farlo. Tipicamente privo di fiducia in sé stesso, l'individuo dipendente non fa progetti, ha bisogno costante di rassicurazione e consigli, ed è facilmente sconvolto per via di semplici critiche o disapprovazione.

Questo avviene poiché i soggetti dipendenti provano un forte pessimismo e dubbi su di sé, tendono pertanto a sminuire le loro capacità e qualità e spesso

si riferiscono a loro stessi come “stupidi” (Paris, 1996).

Se lasciati da soli, questi individui si sentono a disagio e impotenti, e possono essere devastati dalla fine di un rapporto stretto: il sentirsi inadeguati in un modo tendenzialmente pericoloso ha come riscontro finale la necessità di trovare qualcuno che sembri capace di affrontare la vita, che li protegga e che si prenda cura di loro a costo di subordinare i propri desideri e bisogni in cambio di cure. L'affidarsi totalmente alle cure e alle decisioni degli altri non permette di apprendere e padroneggiare le abilità necessarie all'autonomia. Inoltre l'idea di diventare più competenti può essere terrorizzante perché, dimostrandosi meno bisognosi, aumentano il rischio di essere abbandonati senza avere alcuna abilità di cavarsela da soli.

Le persone che soffrono di questo disturbo generalmente evitano occupazioni professionali o posizioni di responsabilità e diventano agitati o ansiosi di fronte a certa routine, le decisioni a volte banali. Le persone che soffrono di disturbo dipendente di personalità si possono presentare anche sintomi di altri disturbi della personalità, tratti borderline o istrionici o disturbo di personalità evitante. Sono anche a un aumento del rischio di depressione, abuso di sostanze, e di subire abusi per mano di altri.

La Depressione è uno dei più comuni problemi presenti nelle persone che soffrono di questo disturbo e si manifesta con una generale mancanza di iniziativa, con un sentimento che li porta a sentirsi indifesi e con una difficoltà di *problem solving* e *decision making*. Anche i Disturbi d'Ansia sono spesso associati al Disturbo Dipendente di Personalità: poiché fanno affidamento sulle altre persone per la loro sopravvivenza, sono molto predisposti all'ansia da separazione, sono sempre preoccupati di essere abbandonati e lasciati da soli a provvedere a loro stessi. Gli attacchi di panico possono verificarsi nel momento in cui prevedono e temono nuove responsabilità che non credono di poter affrontare; mentre la presenza di fobie assicura le cure e la protezione fornendo dei vantaggi secondari pienamente conformi con il loro orientamento di base (Gabbard, 2015; Paris, 1996).

Questo disturbo sembra essere ugualmente frequente nei maschi e nelle femmine. La sua prevalenza nella popolazione generale è tra lo 0,5% e l'1,0%. È stato riportato come presente in circa il 10% dei pazienti ambulatoriali osservati in cliniche per malattie mentali.

8.3 IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO DI PERSONALITÀ

Un uomo di 35 anni fece una visita psichiatrica in seguito al licenziamento: in un ruolo di minore responsabilità aveva avuto successo, ma dopo una promozione non fu più in grado di sostenere il carico di lavoro. Il suo perfezionismo aveva finito per rendere impossibile il portare a termine un progetto, era stato incapace di avvisare proprio standard o delegare alcuni compiti agli altri.

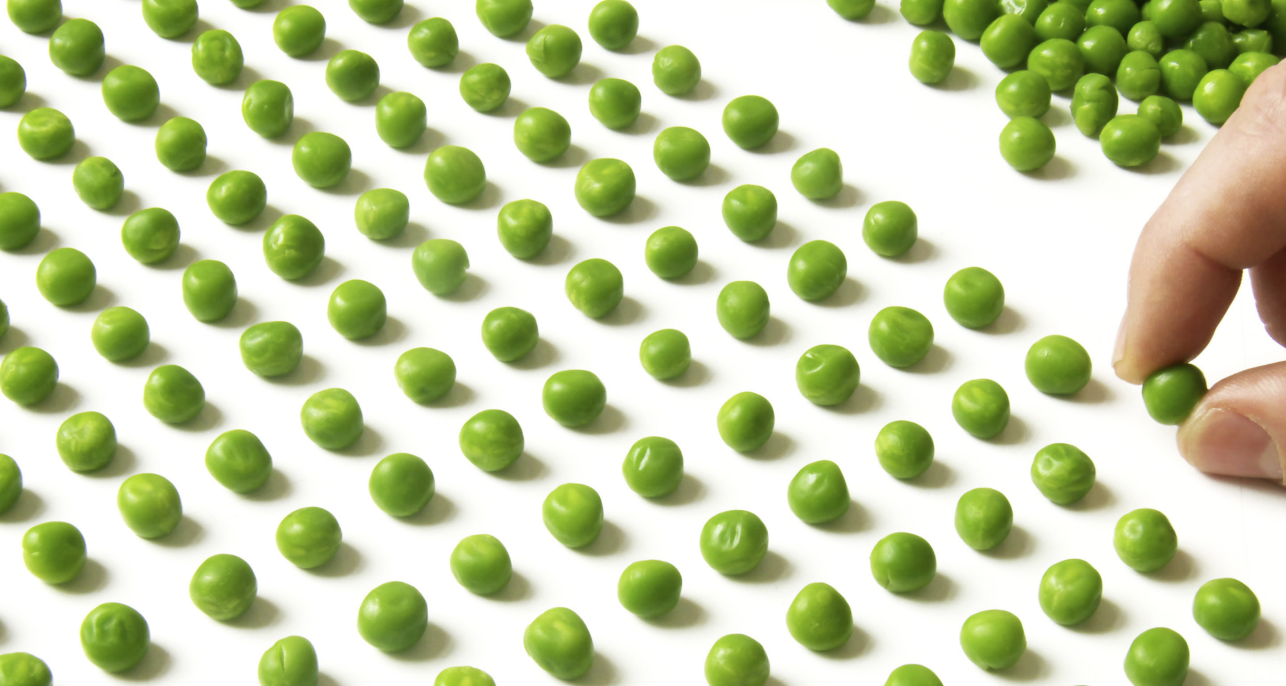


FIGURA 3.7
Una rappresentazione metaforica dell'estremo ordine e il rispetto per le regole sono spesso associati al disturbo ossessivo compulsivo.

Non essendo riuscito a trovare una moglie si sentiva solo, ma affermava che i suoi compagni siano “adattati” a relazioni insoddisfacenti solo perché avevano bisogno di una famiglia. (Paris, 1997, p.123)

Il disturbo di personalità ossessivo-compulsivo è caratterizzato da un modello generale di preoccupazione per l'ordine, il perfezionismo, eccessiva attenzione ai dettagli, controllo mentale e interpersonale, e un bisogno di controllo sul proprio ambiente, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza.

Workaholism e avarizia sono sintomi tipici di coloro che vengono diagnosticati con questo disturbo di personalità. Essi sono coscienti, perfezionisti ed hanno alte aspirazioni (Gabbard, 2015; Paris, 1997).

Non soddisfatti dai loro successi, gli individui con disturbo di personalità ossessivo tendono ad assumere sempre più responsabilità e impegnarsi in varie attività: questo non avviene però per il piacere di portarle a termine, di apprendere o per un'ambizione sana, bensì per placare le loro ansie di perfezionismo: questa modalità di affrontare le attività quotidiane, impedisce loro di rilassarsi e apprezzare le attività svolte.

La loro necessità di ordine li rende affidabili, ordinati e metodici, ma la loro inflessibilità spesso li rende incapaci di adattarsi alle circostanze che mutano. Le persone con una personalità compulsiva sono molto caute, soppesano ogni aspetto di qualsiasi problema, e prestano attenzione a ogni dettaglio, rendendo le scelte e il completamento delle attività intraprese molto difficili.

I rituali vengono eseguiti fino al punto di escludere attività di svago e di amicizia. Le persone affette da questo disturbo possono trovare difficile rilassarsi, sempre sensazione che il tempo sta per scadere per le loro attività, e che sono necessari ulteriori sforzi per raggiungere i loro obiettivi.

Essi possono pianificare le loro attività fino al minuto, una manifestazione della tendenza compulsiva di mantenere il controllo sul loro ambiente e di non gradire le cose imprevedibili, come le cose che non possono controllare.

Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità è una patologia piuttosto frequente: è il disturbo con la più alta prevalenza nella popolazione generale (7%), è più comune negli uomini sposati e con un lavoro, ma viene spesso scambiato per il disturbo ossessivo compulsivo (Paris, 1996).

8.3.1 IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO E IL DISTURBO DI PERSONALITÀ OSSESSIVO COMPULSIVO

Il disturbo ossessivo compulsivo non è un disturbo di personalità bensì una patologia completamente diversa e indipendente. Il disturbo ossessivo-compulsivo consiste in sintomi eclatanti legati al bisogno o desiderio di compiere azioni rituali, o ripetitive, in modo quasi automatico (come lavarsi le mani o toccare oggetti)

Il disturbo ossessivo compulsivo (o nevrosi ossessivo-compulsiva) è inoltre un disturbo egodistonico che causa pensieri spiacevoli e forte ansia al soggetto, mentre il disturbo di personalità è caratterizzato da tratti di comportamento persistenti e ego sintonici.

8.3.2 L'OSSESSIVO COMPULSIVO E GLI ALTRI

I rapporti interpersonali dell'individuo ossessivo-compulsivo sono resi difficili dal suo bisogno di controllo nelle relazioni e sull'ambiente di lavoro, dal loro negare l'emotività per un approccio rigidamente logico e razionale (o ritenuto tale dai pazienti) e dalla marcata testardaggine. Quando i loro sentimenti non sono sotto stretto controllo oppure devono fare affidamento sugli altri, questi individui si sentono ansiosi, sofferenti e impotenti (Gabbard, 2015; Paris, 1997).



CAPITOLO 4:

VA TUTTO BENE

- 4.0 Motivazioni e obiettivi
- 4.1 Contesto narrativo
- 4.2 Il titolo: Va Tutto Bene
- 4.3 Il gioco: elementi, meccaniche, obiettivi
 - 4.3.1 Le azioni del giocatore
 - 4.3.2 I personaggi
- 4.4 Gameplay
 - 4.4.1 La plancetta della mente
 - 4.4.2 Eventi, sintomi e scuse
 - 4.4.3 Giocare una Carta Aiuto
 - 4.4.4 Condizioni di vittoria e fine partita
- 4.5 A chi è rivolto
- 4.6 Elementi visivi e progettazione
- 4.7 il playtest
 - 4.7.1 le reazioni dei giocatori e le considerazioni del designer
- 4.8 Sviluppi futuri

4.0 INTRODUZIONE: MOTIVAZIONI E OBIETTIVI

Oltre a produrre un'esperienza ludica significativa e appagante, *Va Tutto Bene* si pone come obiettivo quello di sensibilizzare il giocatore al tema dello stigma sociale che grava sulla malattia mentale, in particolare sui disturbi della personalità.

Il tema che questa tesi e il suo progetto si caratterizza per essere particolarmente complesso e sfaccettato ed è quello del discredito sociale che grava sulle malattie mentali e in particolare sui disturbi di personalità. I disturbi psichiatrici possono essere di natura molto varia, ma nell'immaginario comune si tende a stereotipare ed emarginare chi ne è affetto. Paradossalmente i disturbi di personalità si prestano particolarmente bene ad essere stigmatizzati poiché includono una grande varietà di sintomi e comportamenti e come si è visto, sono oggetto di stigma anche all'interno del personale sanitario. Questi disturbi presentano spesso conseguenze come lo sviluppo di altre malattie mentali: in particolare la depressione, i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia e le psicosi (si veda il capitolo 3).

Con questo gioco si vuole far sperimentare al giocatore le difficoltà che una persona affetta da malattia mentale si trova ad affrontare per via sia della malattia stessa, sia per via della stigmatizzazione che subisce. Fobia sociale, depressione, instabilità emotiva, narcisismo patologico sono solo alcune delle problematiche che rendono difficile la vita di queste persone, che sperimentano una profonda sofferenza psicologica che in alcuni casi le porta al suicidio (Gabbard, 2015; Paris, 1996).

Il gioco sarà basato sul paradosso e su un'ambientazione distopica: in una società in cui è vietato essere infelici e perdere il controllo, tutti, per via di un evento dirompente, devono affrontare questa realtà nel modo più assurdo: negandola.

Il giocatore si trova a vestire i panni di una persona con un disturbo della personalità, scoprendo come può essere diversa e complessa la vita quotidiana di una persona che ha gravi problemi di autostima, di percezione del mondo o di ansia, ma anche rendendosi conto di come i disturbi di personalità non siano che la versione estrema e disfunzionale dei tanti tratti di personalità che caratterizzano la maggior parte delle persone. Nel gioco, qualsiasi evento considerato come "normale" può scatenare reazioni estreme o semplicemente inaspettate nei personaggi del gioco e il giocatore si trova a doverle gestire.

In questo senso la "simulazione" ludica (Frasca, 2003) ha lo scopo di portare a riflettere su cosa possa voler dire, concretamente, avere un disturbo mentale e dover non solo convivere con la malattia, ma contemporaneamente dover nascondere o giustificare questa sofferenza per via dello stigma.

In questo senso, il gioco cerca da una parte di creare empatia e sensibilizzare sul tema, dall'altra, attraverso l'imposizione della normalità apparente, far ragionare sull'assurdità degli stereotipi e di alcuni tabù sociali. Nella società distopica in cui è ambientato il gioco è vietato dalla legge mostrare segni di squilibrio e infelicità: questa paradossale esagerazione di una dinamica reale vuole far riflettere sull'assurdità di un sistema che condanna e nasconde l'anor-

malità e la malattia mentale, peggiorando le condizioni di chi la vive in prima persona e di chi ha a che fare con entrambe.

4.1 CONTESTO NARRATIVO

Questo gioco da tavolo spinge i giocatori a impersonare gli sfortunati abitanti della città di Norm: ognuno è contraddistinto da un disturbo di personalità che influenzerà la sua vita, la gestione delle sue risorse, e quindi le possibilità di vittoria.

Come si spiega nei paragrafi precedenti, l'ambientazione è costituita da un mondo distopico in cui l'infelicità è stata bandita dalla società ed è considerata tabù. In questo mondo il principio fondamentale a cui i cittadini si appellano è il controllo della propria vita, della propria mente, della propria felicità.

Conseguentemente, la perdita del controllo, l'ansia, la tristezza e le malattie mentali di ogni sorta e tipo, sono considerati i più inopportuni dei mali, e la legge ha stabilito da molto tempo che chiunque ne sia affetto debba essere cacciato dalle città e vivere in luoghi isolati.

Tuttavia col tempo, non solo le persone smaccatamente infelici, depresse o disturbate sono state cacciate, ma con loro hanno cominciato ad allontanarsi di propria spontanea volontà tutti coloro che trovavano ingiusta questa legge e combattevano per il diritto di essere infelici.

Figure come psicologi e medici della mente, per quanto considerate tabù, sopravvivevano in segreto e ai margini della società.

Un giorno, uno degli esiliati decise di vendicarsi: nottetempo rubò qualcosa di preziosissimo dalla capitale: il senno dei suoi abitanti. L'esiliato, oltre ad essere vendicativo, era anche dotato di uno spiccato senso dell'umorismo: decise

FIGURA 4:
un'immagine tratta da
Black Mirror (2011-2017),
serie televisiva ambientata
in un futuro distopico



pertanto di non rubare tutto il senno degli abitanti, ma solo metà, in maniera tale che gliene restasse abbastanza da rendersi conto della propria situazione, ma non abbastanza da avere il pieno controllo di sé.

Così, una bella mattina, nella città di Norm, gli abitanti si svegliarono con uno strano messaggio: “Ho rubato metà del vostro senno. Buona fortuna”.

Dopo aver constatato che tutti, ma proprio tutti, avevano ricevuto lo strano messaggio e che non fosse possibile risalire al mittente, un'altra constatazione fu lampante: i Normani avevano perso il controllo della propria mente.

Alcuni erano così depressi da non riuscire a lavorare, altri erano terribilmente instabili e cambiavano idea e umore ogni ora, altri ancora divennero così ossessionati dalla perfezione da non portare a termine nessun compito, altri ancora erano terrorizzati dal contatto con gli altri e vivevano chiusi in casa.

Naturalmente, la società civile reagì di fronte ad un tale cambiamento: il giorno in cui la metà del senno era stata rubata fu cancellato dal calendario, tutti coloro che non riuscivano a gestire la propria pseudo-follia vennero esiliati o chiusi in sinistri istituti e la vita continuò come prima. Più o meno.

In gran segreto, molti Normani cominciarono a cercare una soluzione, recuperando i libri banditi di psicologia, andando fuori città a cercare aiuto e via dicendo.

Nacque un vero e proprio mercato nero della psicologia, dove ancora si poteva trovare aiuto, ma in gran segreto, per non essere accusati di stranezze o persino arrestati.

4.2 IL TITOLO: VA TUTTO BENE

La scelta del titolo del gioco e conseguentemente della ricerca è stata scelta in riferimento ad una frase semplice e quotidiana che spesso un paziente psichiatrico si trova a dire per timore di essere giudicato ed emarginato, così come qualsiasi persona che non voglia rivelare un disagio di qualsiasi natura. È infine una frase riportata sulle Carte Evento che fanno parte del gioco: quando il tiro dei dadi dà un risultato positivo, la carta recita “va tutto bene”. Questa affermazione è spesso ripetuta dai personaggi all'interno del gioco, che tendenzialmente mentono spudoratamente sulla loro condizione. “Va tutto bene” è un'affermazione paradossale volta a rassicurare e sé stessi e gli altri sulle condizioni della propria situazione esistenziale e psicologica, che apparentemente, in una comunicazione superficiale, appare positiva e rassicurante.

4.3 IL GIOCO: ELEMENTI, MECCANICHE, OBIETTIVI

Il giocatore si trova nei panni di un cittadino appartenente ad una società in cui vi è il divieto esplicito di mostrare infelicità, squilibrio mentale e stranezze. I personaggi in questo ecosistema hanno perso metà del senno, ma devono negare di aver qualsivoglia problema mentale per poter mantenere un buon lavoro, un'apparenza normale e naturalmente non essere internati o imprigionati. Ogni giocatore ha una scheda personaggio che racconta la storia della

persona che andrà a impersonare: la scheda racconta la sua vita in breve e come ha iniziato a cambiare dopo la perdita della metà del senno.

La scelta di far perdere metà del senno ai personaggi è significativa: come si è visto nei capitoli 3 e 4 gli stereotipi che circondano la malattia mentale dipingono personaggi quali “il matto”, “il folle omicida”, persone private della loro umanità per aver perso la testa. Nel gioco si vogliono invece tratteggiare i disturbi mentali in maniera realistica, proponendo sintomi reali in contesti quotidiani: in questo modo si cerca di sostituire agli archetipi sopracitati delle figure esistenti, complesse e in ultima analisi più umane.

4.3.1 LE AZIONI DEL GIOCATORE

Le schede personaggio sono visibili solo al giocatore, mentre la plancetta della mente è visibile anche agli altri, in modo tale che vi sia controllo sulle azioni del giocatore, che altrimenti potrebbe decidere di ingannare gli altri giocatori nell'assegnarsi i punti.

L'obiettivo del giocatore è mantenere una facciata di normalità durante la vita del personaggio, mentre cerca di guadagnare Punti Consapevolezza. Sembrare normali non è però semplice, perché diversi eventi scatenano i sintomi della malattia mentale del personaggio scelto: questi sintomi tendono a sbilanciare drammaticamente la Plancetta della Mente (si veda il paragrafo 4.4), portando il giocatore vicino all'esaurimento nervoso, al conseguente arresto e al perdere la partita. Una volta superato un certo livello di cattivo umore o bassa autostima, difatti, il giocatore ha perso, perché il personaggio ha avuto un grave esaurimento nervoso ed è stato internato.

Durante la partita lo stress può solo aumentare, e ad ogni turno sale di un punto. Raggiunto il punteggio massimo di stress, il gioco finisce. L'inesorabile salire dei punti stress può essere rallentato attraverso le Carte-Aiuto, che rallentano la salita dello stress e fanno guadagnare Punti Consapevolezza, la valuta che decreterà il vincitore alla fine del gioco. La modalità in cui questi punti vengono acquisiti è un aspetto molto importante nella retorica procedurale del gioco: i Punti Consapevolezza sono necessari alla vittoria, ma cercare di acquisirli porta con sé un malus, esattamente come nella realtà si può incorrere nello stigma nel cercare l'aiuto di un professionista della salute mentale, ed è inoltre necessario superare i propri pregiudizi, le proprie difese e il giudizio sociale non sempre positivo nel cercare aiuto presso uno psicoterapeuta.

Come si è detto, i giocatori hanno l'opportunità migliorare la situazione della Plancetta della Mente e rallentare lo stress attraverso le Carte Aiuto, che nella narrazione significa recarsi al “mercato nero della psicologia”, scienza fuori legge, luogo in cui si chiede aiuto e lo si trova, ma ad un prezzo elevato: cercare aiuto nel gioco significa essere automaticamente accusati di essere “strani” e doversi quindi difendere.

Se da una parte acquisire i Punti Consapevolezza e rallentare i propri sintomi è importante per il personaggio nel gioco, e necessario per il giocatore, quest'ul-

timo deve però scontrarsi con il pregiudizio fatto legge di questa società, dove la malattia mentale non esiste, e nell'eventualità in cui esistesse sarebbe da isolare e allontanare dalla società civile, in quanto pericolosa e fuori controllo. Nel contesto narrativo del mondo di Norm, chiunque sia affetto da qualsivoglia malattia mentale è considerato un criminale, multato e arrestato, e uno degli obiettivi del giocatore è che ciò non avvenga.

Così, il giocatore pesca delle Carte Aiuto, e ogni Carta Aiuto vale un'accusa. A questo punto il giocatore si deve inventare una storia fatta di Scuse e Suggestimenti (delle carte apposite) e sarà una giuria popolare (gli altri giocatori) a valutare se la sua difesa è adeguata, in altre parole se la scusa è credibile. Una difesa inconsistente porterà il personaggio ad essere marchiato come "strano" e il terzo marchio pone fine alla sua partita, poiché il personaggio marchiato per la terza volta è considerato folle e internato.

In questo senso, anche questa considerazione rispetto ai sintomi vuole stimolare alla riflessione: giocando, l'utente si rende conto che benché tali sintomi siano patologici, hanno poco a che fare con le figure stereotipate di malato mentale e anzi, è possibile se non provare empatia, almeno comprensione. Inoltre, il giocatore si trova a interpretare sia il giudice sia l'accusato, in una doppia identità che sia quella del malato mentale, sia quella della persona "normale", giudicante e stigmatizzante.

4.3.2 I PERSONAGGI

Ognuno dei personaggi che possono essere interpretati nel gioco ha un diverso disturbo della personalità.

Come si è visto nel capitolo 3, i disturbi della personalità non sono che esasperazioni disfunzionali di alcuni tratti della personalità comuni e diffusi: per esempio un ssessivo compulsivo sarà così ossessionato dalle regole e dal perfezionismo, da non riuscire a portare a termine nessun progetto, finendo per dedicare la sua vita al lavoro nel tentativo di perfezionare all'infinito le proprie consegne, arrivando a provare grande frustrazione e sabotare la sua vita sociale (Gabbard, 2015). Tuttavia una persona con un semplice tratto di personalità ossessivo, sarà meticolosa, zelante e ligia alle regole, senza però rendere difficile ed eccessivamente frustrante la propria esistenza.

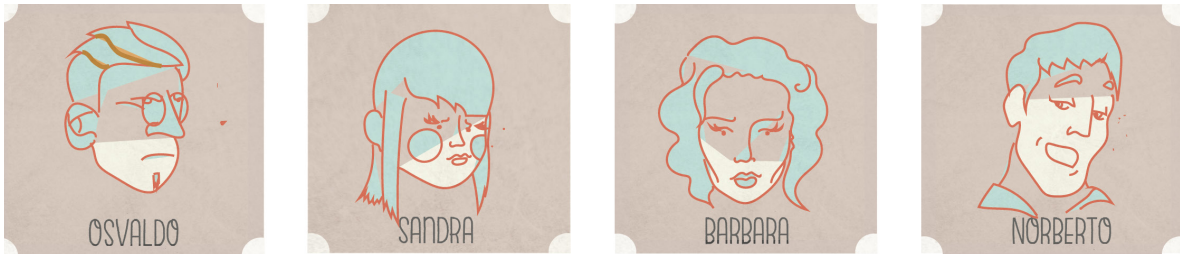
Così, i personaggi di *Va tutto bene* mostrano sintomi e reazioni agli eventi che sono eccessivi e patologici, ma nel contempo comprensibili anche da chi non soffre di malattie mentali, proprio in quanto estremizzazioni di tratti di personalità comuni.

I personaggi sviluppati sono quattro: Barbara, che presenta un disturbo Borderline, Norberto, che ha un disturbo narcisista, Osvaldo, ossessivo compulsivo e infine Sandra, schizotipica. I personaggi sono stati creati secondo le statistiche: infatti il disturbo borderline tende a colpire di più le donne, mentre il disturbo narcisistico e il disturbo ossessivo compulsivo tendono a colpire maggiormente gli uomini (Gabbard, 2015).

I personaggi sono caratterizzati tramite una descrizione personale delle loro sensazioni e dei loro pensieri dopo la fantomatica "perdita della metà del sen-

no”: questa descrizione serve come canovaccio e guida per il giocatore, che ha quindi modo di comprendere colui o colei che andrà ad interpretare, e di cui attraverso il gioco, vivrà le vicende.

FIGURA 4.1:
i quattro personaggi



4.4 GAMEPLAY

Il gioco inizia con i giocatori che pescano una Scheda Personaggio, in maniera casuale: le schede sono girate. Ogni giocatore legge la storia del suo personaggio e non la rivela agli altri, poi prende un Segnalino Accusa, pesca una Carta Evento, due Carte Scusa e un Suggerimento. In tutti gli altri turni il giocatore pescherà una Carta Scusa e un Suggerimento, ma solo se accusato.

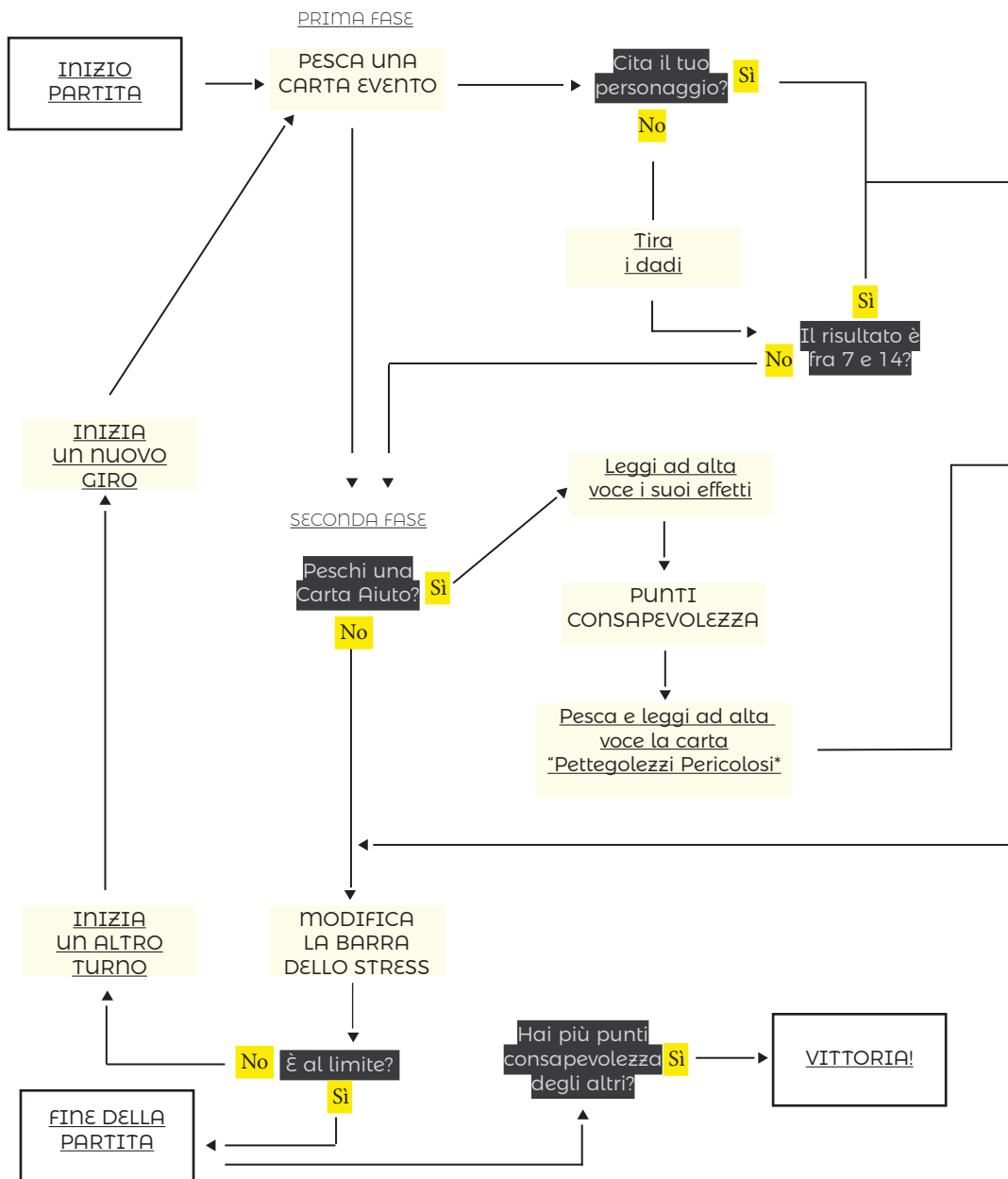
Inizia a giocare il giocatore più anziano e si procede in senso orario.

Il giocatore che inizia per primo fa salire di un punto la barra dello stress sulla Plancetta della Mente, legge ad alta voce gli effetti della Carta Evento, e se è richiesto tira due dadi da 10: a seconda del punteggio, modificherà i valori della Plancetta della Mente oppure pescherà una Carta Sintomo dello stesso tipo della Carta Evento.

Quando un giocatore pesca una Carta Sintomo, uno degli altri giocatori può decidere di accusarlo di essere malato di mente utilizzando il suo Segnalino Accusa. Se succede, il giocatore cerca di giustificarsi inventandosi una breve storia usando le Carte Scusa e i Suggerimenti come spunti. Gli altri giocatori possono intervenire per “rincarare la dose” incolpando ulteriormente l'accusato, ma devono per questo usare il Segnalino Accusa. Le Carte Scusa e Suggerimento utilizzate verranno scartate.

Se la storia inventata sarà giudicata inconsistente, l'accusato prenderà un Segnalino Ammonimento, ma anche il Segnalino Intervento dell'accusatore: i segnalini sono limitati e danno al giocatore il potere di accusare un giocatore o interrompere la sua difesa. Se infatti un'accusa è efficace, l'accusatore perde il potere di intervenire fino a che non subisce lui stesso una condanna da parte di un altro giocatore. Colui che l'ha subita, d'altra parte, ha più possibilità di agire.

A questo punto il giocatore può decidere di andare al “Mercato Nero della Psicologia”, pescando una Carta Aiuto: se lo fa, in automatico viene accusato di “comportamenti sospetti”. L'accusato legge il contenuto della Carta Aiuto, modifica i valori della plancetta della mente se la carta lo richiede e prende i suoi Punti Consapevolezza, poi pesca una carta dal mazzo “Pettegolezzi pericolosi” e legge di cosa è stato accusato.



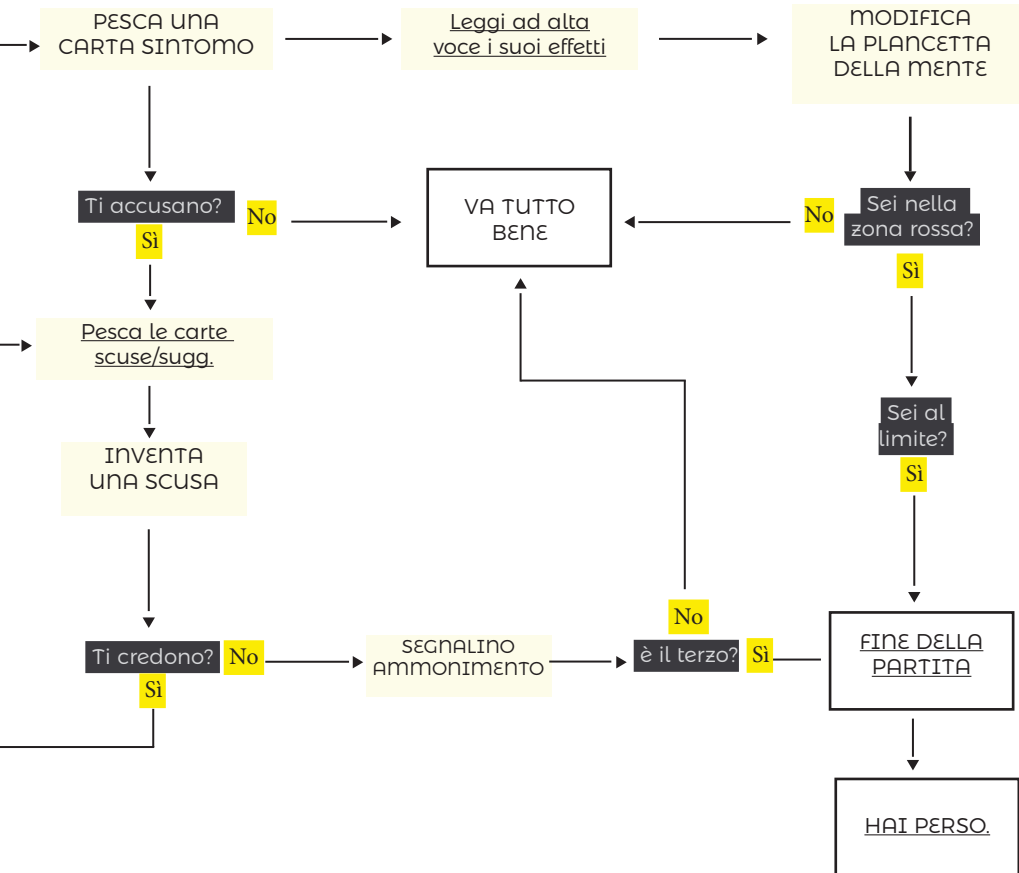


FIGURA 4.2: il diagramma rappresenta il flusso di gioco, nelle sue diverse fasi, dal punto di vista del giocatore.

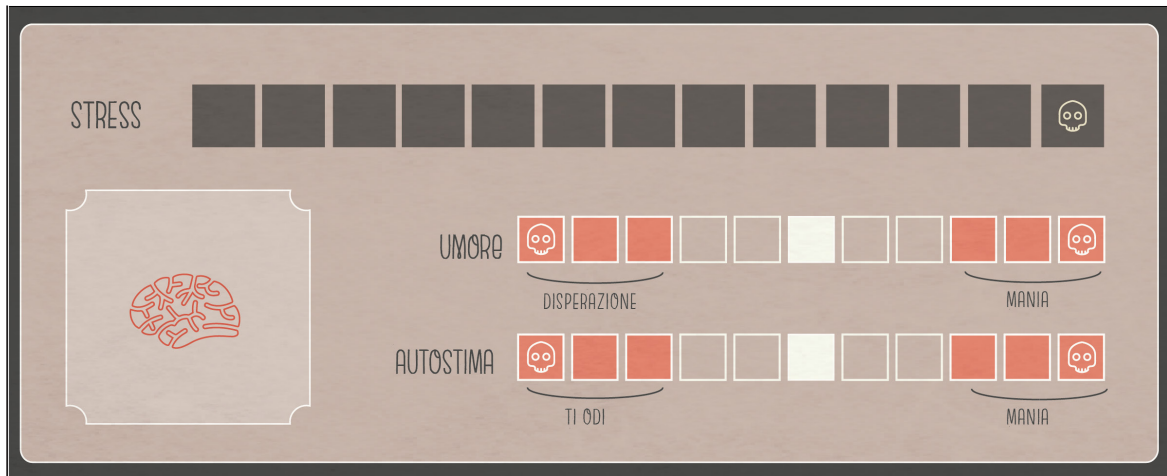


FIGURA 4.3: la Placetta della Mente

Quando il giocatore accusato ha finito di inventarsi scuse, tutti i giocatori voteranno se gli hanno creduto o meno: la maggioranza decreterà se la scusa è valida.

A questo punto inizia il turno del giocatore dopo di lui in senso orario, che procede alla stessa maniera.

Quando lo stress di uno dei giocatori raggiunge il livello massimo, la partita finisce. A questo punto, oltre a stabilire il vincitore in base ai Punti Consapevolezza, ogni giocatore rivela la storia del suo personaggio.

4.4.1 LA PLANCETTA DELLA MENTE

Ogni giocatore ha un mazzo di Carte Sintomo personale che vale solo per il suo personaggio e una “Placetta della Mente”. La Placetta della Mente è un piccolo tabellone personale su cui sono segnati i livelli Stress, Umore, Autostima e infine consapevolezza che varieranno nel corso della partita.

La Placetta della Mente è una rappresentazione grafica di alcuni valori che tipicamente sono coinvolti nel benessere psico-fisico di una persona, in questo è stata scelta la percezione di sé, che ne i disturbi della personalità può essere molto compromessa, e l'umore, che come effetto di alcuni disturbi di personalità può essere patologicamente basso o troppo elevato (si veda per questo il capitolo 3), causato sia dai propri sintomi, da reazioni patologiche a eventi “normali”, sia dalla necessità di nascondere e giustificare i propri sintomi.

4.4.2 EVENTI, SINTOMI E SCUSE

Centralmente nello spazio di gioco vi sono quattro mazzi di carte da cui pescheranno tutti i giocatori: mazzo Carte Evento da una parte, il mazzo di

Carte Scusa, il Mercato Nero Della Psicologia con le Carte Aiuto e il mazzo Pettegolezzi Pericolosi. Giocando, verranno pescate delle Carte Evento, che simuleranno accadimenti vari nella vita dei personaggi. Ogni evento ha delle caratteristiche specifiche che colpiscono chi ha un determinato disturbo: per esempio, la carta “inizi una relazione romantica” non avrà un grande impatto sulla personalità ossessiva, mentre causerà molto stress e perdita di autostima al borderline, un disturbo mentale caratterizzato dal terrore dell’abbandono. Per questo le Carte Evento non causano necessariamente la perdita di punti della Plancetta della Mente, hanno invece altri effetti riportati sulla carta, che spesso variano a seconda del disturbo. Se la Carta Evento avrà avuto un effetto eclatante sul personaggio, come un sintomo di evidente squilibrio mentale, gli altri potranno decidere di accusarlo, e in questo caso l’accusato dovrà difendersi usando una Carta Scusa ed eventualmente delle carte suggerimento. Dato che, nella vita reale, ogni evento ha un effetto tendenzialmente diverso sui diversi disturbi della personalità (per non parlare delle diverse persone) l’effetto delle carte evento si basa su un tiro di due dadi da 10, e in base al risultato della loro somma i vari personaggi potranno essere più o meno stressati, infelici o contenti e cominciare a sperimentare dei sintomi. I dadi hanno la specifica funzione di creare tensione: il giocatore non sa mai con sicurezza cosa accadrà nella mente del suo personaggio e quindi come reagirà.

Questo meccanismo è fondamentale per mostrare anche come la percezione degli eventi sia un fattore individuale: la normalità, come si è visto (si veda il capitolo 2), è un concetto dal significato socialmente costruito, pertanto le reazioni “normali” seguono spesso delle convenzioni sociali, che vengono a mancare nei disturbi di personalità, causando reazioni bizzarre o esagerate e

FIGURA 4.4:
Il retro delle Carte
Aiuto e Evento



soprattutto, molto personali.

Vi è inoltre un'importante suddivisione, sia nelle Carte Evento, sia nelle Carte Sintomo: esse non sono generiche, ma si dividono in "Vita Amorosa", "Vita Lavorativa" e "Vita Personale", tre aspetti della vita pesantemente influenzati dai disturbi della personalità.

Queste suddivisioni saranno rimarcate graficamente dal colore delle carte e da un'icona specifica. Così se l'evento riguarderà la vita affettiva, la carta sintomo sarà anch'essa in quell'insieme.

4.4.3 GIOCARE UNA CARTA AIUTO

Le Carte Aiuto sono fondamentali per la vittoria, ma hanno un malus significativo: ogni volta che ne viene pescata una e che quindi il personaggio si reca al Mercato Nero della Psicologia, scatta un'Accusa, il personaggio pesca tre Carte Scusa e due Carte Suggerimento e deve difendersi, inventando una storia e utilizzando almeno una Carta Scusa.

Le Carte Aiuto sono le uniche carte che consentono di acquisire Punti Consapevolezza che, a differenza dei Punti Stress, Umore e Autostima non sono mai troppi. Alla fine del gioco, vincerà il giocatore che (evitando di farsi internare) è riuscito a recuperare un maggiore numero di punti consapevolezza. Cercare aiuto tramite queste carte è fondamentale all'interno del gioco, perché spesso consente di regolare la Plancetta della Mente in maniera più equilibrata, dando la possibilità al personaggio di mantenere al meglio la facciata di normalità ed evitare di esaurirsi e perdere.

Giocare una Carta Aiuto può aiutare il personaggio a recuperare stabilità emotiva e benessere, evitandogli così di finire per avere un esaurimento nervoso, tuttavia dopo tre accuse verificate, il giocatore ha ugualmente perso.

4.4.4 CONDIZIONI DI VITTORIA E FINE PARTITA

La partita finisce quando i Punti Stress di uno dei personaggi raggiungono il massimo livello, o quando uno dei personaggi viene internato in preda ad una profonda "crisi di nervi", ovvero quando la sua Plancetta della Mente si presenta particolarmente squilibrata, o infine, quando uno dei personaggi riceve l'ammonimento finale, il terzo. Il giocatore, infatti, al secondo ammonimento diventa "molto strano", al terzo è diventato "indesiderabile", matto, e dunque deve essere internato. A questo punto, vince chi ha recuperato più Punti Consapevolezza.

Alla fine della partita, ogni giocatore rivela le caratteristiche del suo personaggio, e inizia un momento di condivisione e confronto che porta a comprendere meglio il perché dell'agire e reagire dei vari personaggi all'interno del gioco. Lo scoprire la storia e il modo di ragionare dei vari personaggi si è rivelato nei game test un momento di comprensione, sorpresa e riflessione: le motivazioni alla base dei sintomi sono divenute più chiare, hanno portato i giocatori a pensare a esempi nella loro vita e a riflettere con stupore sulle difficoltà di chi

soffre di questi disturbi o come si vedrà nel paragrafo 4.7.1, a riconoscere nei personaggi il comportamento di qualche conoscente o amico.

4.5 A CHI È RIVOLTO

Considerando l'importanza e la diffusione dello stigma che il gioco tratta, si può dire che il progetto, potenzialmente, sia rivolto a qualsiasi persona di età adulta, dalla maggiore età fino alla vecchiaia. In particolare il gioco è indicato per amici, parenti e conoscenti di un paziente psichiatrico, poiché può essere un valido mezzo per comprendere le sue difficoltà e empatizzare con la sua condizione. Si tratta di un gioco che può essere giocato da almeno tre persone fino ad un massimo di sei, in cui l'interazione con gli altri giocatori, la creatività e la collaborazione - o la competizione, con gli altri partecipanti sono fondamentali. Ogni partita ha una durata media di 50 minuti.

4.6 ELEMENTI VISIVI E PROGETTAZIONE

La scelta degli elementi visivi si è voluta porre in contrasto a diverse scelte progettuali che caratterizzano alcuni artefatti ludici analizzati nel capitolo 2, che trattando la malattia mentale in maniera drammatica o stereotipata, finiscono per adoperare tinte fosche e cupe, se non addirittura “splatter”.

Al contrario, la scelta cromatica che contraddistingue *Va Tutto Bene*, nasce da una riflessione sul colore, che vuole essere non eccessivamente saturo, ma delicato e luminoso, in contrasto con le tinte cupe con cui spesso è rappresentata la malattia mentale.

La scelta di colori pastello non è casuale: ricalca l'idea di Alvar Aalto, architetto finlandese che negli anni 30 progettò un ospedale psichiatrico ponendo estrema attenzione agli spazi e all'uso del colore: in particolare le tinte luminose furono adoperate nelle stanze dei malati (Anderson, 2010). Per questo, le Carte Sintomo e le Carte Avvenimento sono contraddistinte da colori luminosi e delicati.

I Segnalini Ammonimento e le carte Pettegolezzi pericolosi, che rappresentano le reazioni della società alla malattia mentale, sono invece delineate nella loro pericolosità da tinte rosse, per ricordare al giocatore che sono elementi che possono portarlo a perdere la partita. Infine, la scelta cromatica del Mercato Nero della Psicologia è duplice: se le Carte Aiuto sono esternamente contraddistinte da un verde delicato, a voler indicare l'utilità e la positività di queste carte, nel contempo presentano dei forti elementi neri che spiccano sul resto, per ricordare al giocatore la grave condanna sociale (e legale) che nel gioco pesa sull'unico luogo in cui i personaggi possono trovare aiuto.

Come si è visto nei capitoli precedenti, sia le Carte Evento, sia le Carte Sintomo si dividono nelle tre categorie: “Vita Affettiva”, “Vita Lavorativa” e “Vita Personale”, suddivisioni rimarcate graficamente dal colore delle carte e da un'icona specifica, in modo da guidare l'utente: se una Carta Evento

riguarderà la Vita Affettiva, la carta sintomo sarà anch'essa in quell'insieme, con i medesimi colori e un'icona in comune, per guidare l'utente attraverso l'esperienza di gioco.

Si è infine deciso di tenere uno stile molto semplice e vettoriale per l'interno delle Carte e delle Plancette, al fine di semplificarne il lato interno, considerando il fatto che molte Carte Sintomo e Carte Evento sono ricche di testo, che richiedeva un layout pulito per evitare un sovraccarico e creare problemi di leggibilità e comprensione.

Dovendo inoltre fare riferimento a un mondo sì distopico e immaginario, ma non così diverso dal nostro, si è deciso di adottare uno stile semplice e non eccessivamente connotato, dando a tutto l'artefatto un aspetto un po' retrò: in questo modo si è cercato di creare l'idea di un mondo fuori dal tempo, e tuttavia vicino al nostro per il tipo di società che lo caratterizza.

Per rappresentare concetti astratti come i sintomi della malattia, mentale, lo stress e la psicoterapia, anche in questo caso si è optato per illustrazioni metaforiche e ironiche.

Lo stile grafico e illustrativo mira a non creare un'atmosfera troppo greve e seria, soprattutto considerando le tematiche pesanti che il gioco propone. In questo modo, si è cercato di creare un ambiente di gioco leggero e divertente, che consenta ai giocatori di focalizzarsi sugli avvenimenti pur contribuendo a creare un immaginario comune.

4.7 IL PLAYTEST

Il progetto è stato testato più volte durante la fase di sviluppo, per controllarne il funzionamento, e la comunicazione del messaggio sociale. Durante i test sono stati annotati suggerimenti, reazioni e considerazioni dei partecipanti.

I giocatori che hanno partecipato ai playtest si possono considerare per la maggior parte "giovani adulti", avendo un'età che si situa fra i 25 ai 35 anni.

I "giovani adulti" sono sia studenti specializzandi nelle materie più varie, sia giovani professionisti, di cui una minima parte si occupava professionalmente di salute mentale. Anche un piccolo gruppo di genitori, dai 50 ai 65 anni ha partecipato al test.

Tutti i giocatori si sono divertiti, e ognuno ha voluto esprimere il suo personale punto di vista sulla tematica del gioco (malattia mentale e stigma) ma soprattutto sui personaggi interpretati.

Gli aspetti che hanno funzionato meglio nel gioco sono stati: la caratterizzazione molto specifica dei personaggi, il meccanismo d'accusa, il realismo degli eventi così come dei sintomi e l'interazione di tutti e tre questi elementi.

Il gioco dà al giocatore la possibilità di comprendere il punto di vista del suo personaggio, di capirne le difficoltà e farsi un'idea personale del disturbo e di

FIGURA 4.5: le icone delle tre categorie delle Carte Evento e Sintomo





come gestirlo, ma soprattutto gli impone di difendere il personaggio interpretato da accuse piuttosto assurde, in un sistema sociale (simulato) portato all'estremo.

FIGURA 4.6:
Uno dei primi gametest,
quando il progetto era ancora in fase prototipale

4.7.1 REAZIONI DEI TESTER E CONSIDERAZIONI DEL DESIGNER

Tutti i game tester hanno compilato dei questionari prima di intraprendere l'esperienza di gioco: tali questionari hanno avuto l'utilità di definire le loro abitudini di gioco, il loro sentire e gli eventuali pregiudizi e competenze sulla malattia mentale. Gli effetti e i risultati del gioco sono stati analizzati attraverso l'osservazione partecipante.

Gli eventi e i sintomi hanno la particolarità di essere realistici, ovvero di essere avvenimenti che accadono normalmente nella vita di un giovane adulto, portando i giocatori da una parte ad immedesimarsi, dall'altra a vivere passivamente l'incertezza dei sintomi e il loro effetto nell'ecosistema del gioco.

I sintomi, d'altra parte, sono stati tutti studiati e calibrati attraverso un'approfondita ricerca sui disturbi della personalità (si veda il capitolo 3) in modo da risultare il più possibile aderenti alla realtà. Questo ha portato più di un tester a confrontare la sua vita con quella dei personaggi, a paragonarla a quella di persone conosciute o persino a ritrovare parti di sé nei personaggi descritti e interpretati.

Sono stati molto frequenti momenti di stupore nei giocatori dovuti al loro riconoscere anche parzialmente un personaggio in un coinquilino o in un conoscente. Uno dei playtester, che ha lavorato come educatore in una comunità di pazienti psichiatrici, ha identificato uno dei suoi pazienti in uno dei personaggi, dicendo che sembrava una descrizione cucita appositamente per quella persona. Un altro ha ammesso di avere dei tratti di personalità ossessivi

piuttosto marcati, al punto di essere in cura da un terapeuta, e ha affermato di aver apprezzato molto la fedeltà e il realismo descrizione del personaggio che presenta il suo disturbo.

Più di un giocatore ha indicato conoscenti e amici che rispecchiavano o somigliavano alle descrizioni dei personaggi. Un momento molto importante in tutti i test è stato il momento finale in cui tutti i giocatori leggevano e rivelavano agli altri i pensieri del proprio personaggio, tenuti nascosti sin dall'inizio.

La reazione dei tester alla lettura dei sintomi è stata fondamentale: alcuni sintomi sono effettivamente bizzarri o preoccupanti, ma nel caso di molti, i giocatori non li hanno trovati così terribili.

L'aspetto che si è rivelato interessante rispetto ai sintomi è stata la loro parziale riconoscibilità: tutti i giocatori, per esperienza personale o per via di racconti di altri, hanno dimostrato di riconoscerne alcuni e di comprendere il disagio virtuale che si manifestava nella situazione dei vari personaggi.

In effetti, durante i playtest e le sessioni di gioco, si è potuto osservare come più livelli d'interpretazione si sovrapponevano e si scambiavano quando arrivava il momento di giudicare: i giocatori dovevano valutare gli altri con i parametri del proprio personaggio e tenendo conto dell'ambientazione, ciò nonostante alcuni di loro si ritrovavano inconsapevolmente a usare un metro di giudizio personale nell'esprimere un giudizio sulle storie e i sintomi raccontati dagli altri. Questo costante richiamo alla realtà non era così evidente durante la partita, ma successivamente emerso con chiarezza nei focus group e nei confronti che avvenivano puntualmente alla fine di ogni sessione.

Per questo, a volte i giocatori sfruttavano la dinamica dell'accusa, altre volte preferivano non accusare, non solo per non perdere questa possibilità, ma anche perché trovavano "accettabili" i sintomi che si verificavano. Uno dei tester ha commentato: "Perché dovrei accusare? Per me questa reazione ha un senso, sarà esagerata, ma lo capisco."

Un altro aspetto significativo è stato il disvelamento finale. Tutti i giocatori sapevano che in qualche modo gli altri personaggi avevano una malattia mentale, ma tutto ciò che potevano intuire era dato dai sintomi pescati ed eventualmente dall'interpretazione dei personaggi: così, il disvelamento finale ha portato sorpresa e stupore in molti, seguiti da comprensione e riflessioni di gruppo sul modo di agire e di sentire dei vari personaggi.

Riguardo al disturbo Borderline, un playtester ha ammesso di aver in parte capito il senso dei comportamenti autolesionisti di un parente stressato, che tuttavia non aveva mai approfondito, mentre riguardo al disturbo Schizotipico, un giocatore si è trovato a considerare quali potessero essere le difficoltà, l'effettiva necessità di aiuto specializzato ma contemporaneamente la difficoltà nel cercarlo che tale disturbo porta con sé.

Tutti i playtest si sono conclusi con discussioni e ragionamenti riguardanti principalmente le difficoltà e gli aspetti più diffusi della malattia mentale, nonché la consapevolezza di tutti che, sebbene nel gioco la società sia stata portata all'estremo, la realtà quotidiana di chi si trova ad affrontare la malattia mentale non sia dopotutto, così remotamente lontana. Tutti i giocatori erano

consapevoli del fatto che, al di fuori del gioco, la malattia mentale non porta all'arresto, ma contemporaneamente che tutti i sintomi sperimentati e alcune delle scuse, erano veri, reali e vissuti da altri.

4.8 SVILUPPI FUTURI

In futuro questo progetto potrà essere sviluppato ulteriormente aggiungendo altri personaggi con altri disturbi della personalità, in modo da mostrare uno spettro più ampio di patologie e promuovere nella maniera più completa possibile la consapevolezza.

L'aggiunta di personaggi, sintomi ed eventi nuovi inoltre porterebbe beneficio alla rigiocabilità, creando curiosità rispetto ai nuovi personaggi: durante i game test infatti alcuni giocatori alcuni giocatori hanno espresso la volontà di rigiocare per testare e scoprire meglio gli altri personaggi e la loro interazione con gli eventi del gioco.

In futuro sarebbe estremamente utile poter proporre il mio progetto sia in ludoteche e ambienti di gioco generici, in modo da sensibilizzare rispetto all'argomento trattato in maniera globale, sia a parenti, amici o genitori di persone affette da disturbi di personalità, in modo da aiutarle ad empatizzare con i loro cari e capire il loro punto di vista.



Appendice

In questa appendice si illustrano, per ogni disturbo della personalità, i criteri diagnostici tratti dal DSM-V. Ogni scheda è accompagnata da un'immagine proveniente da un film citato nel capitolo 2, che raffigura i personaggi che all'interno delle varie storie ne rappresentano al meglio le peculiarità.



IL DISTURBO PARANOIDE DI PERSONALITÀ

Secondo il DSM-V i criteri diagnostici sono i seguenti:

(A) Diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri, al punto da ritenere malevole anche le loro intenzioni, in cinque o più dei seguenti elementi:

- (1) sospetti non realistici di venir sfruttati o danneggiati
- (2) dubbi ingiustificati sulla lealtà degli amici
- (3) paura e riluttanza all'idea di confidarsi con gli altri
- (4) fraintendimento di semplici rimproveri o altri eventi benevoli, verso significati più minacciosi
- (5) prevalenza di rancore verso gli altri, incapacità di perdonare offese e ingiurie
- (6) percezione ingiustificata di subire attacchi al proprio ruolo o tentativi di essere danneggiati, e tendenza a reagire con rabbia
- (7) paura ingiustificata e ricorrente di infedeltà del proprio coniuge.

(B) Non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia, di un disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche, di un altro disturbo psicotico o di un disturbo dello spettro dell'autismo.

Nell'immagine: *The Caine Mutiny* (1954)



Secondo il DSM-V i criteri diagnostici sono i seguenti:

(A) Un pattern pervasivo di distacco dalle relazioni sociali e una gamma ristretta di espressioni emotive in situazioni interpersonali, che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in svariati contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi::

- (1) non desidera né apprezza relazioni intime, fra cui l'essere parte di una famiglia
- (2) sceglie quasi sempre attività solitarie
- (3) ha uno scarso, se non inesistente, interesse nell'avere rapporti sessuali con altre persone
- (4) o non prova piacere o prova piacere in poche attività
- (5) non ha amici o confidenti che non siano parenti di primo grado
- (6) appare indifferente all'apprezzamento o alle critiche degli altri.
- (7) mostra freddezza emotiva, distacco o affettività

(B). Il disturbo non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia, di un disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche, di un altro disturbo psicotico o di un disturbo dello spettro dell'autismo, e non è attribuibile agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica.

IL DISTURBO SCHIZIOIDE DI PERSONALITÀ

Nell'immagine: *The Remains of the Day* (1992)



IL DISTURBO SCHIZOTIPICO DI PERSONALITÀ

Secondo il DSM-V i criteri diagnostici sono i seguenti:

(A) Una modalità pervasiva di relazioni sociali ed interpersonali deficitarie, evidenziate da disagio e ridotta capacità riguardanti le relazioni strette, e da distorsioni cognitive e ed eccentricità del comportamento, che compaiono nella prima età adulta, e sono presenti in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi::

- (1) idee di riferimento (escludendo i deliri di riferimento)
- (2) credenze strane o pensiero magico, che influenzano il comportamento, e sono in contrasto con le norme subculturali (per es., superstizione, credere nella chiaroveggenza, nella telepatia o nel “sesto senso”; nei bambini e adolescenti fantasie e pensieri bizzarri)
- (3) esperienze percettive insolite, incluse illusioni corporee
- (4) pensiero e linguaggio strani (per es., vago, metaforico, iperelaborato)
- (5) sospettosità o ideazione paranoide
- (6) affettività inappropriata o coartata
- (7) comportamento o aspetto strani, eccentrici, o peculiari
- (8) nessun amico stretto o confidente, eccetto i parenti di primo grado
- (9) eccessiva ansia sociale, che non diminuisce con l'aumento della familiarità, e tende ad essere associata con preoccupazioni paranoide piuttosto che con un giudizio negativo di sé.

(B) Non si manifesta esclusivamente durante il decorso della Schizofrenia, di un disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche, di un altro Disturbo, né è la conseguenza di una situazione medica generalmente alterata.

Nell'immagine: *Taxi driver* (1976)



Secondo il DSM-V i criteri diagnostici sono i seguenti:

(A) Una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in vari contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

- (1) sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono.
- (2) un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
- (3) alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé persistentemente instabili
- (4) impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate.
- (5) ricorrenti minacce, comportamenti suicidari, o comportamento automutilante.
- (6) instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore
- (7) sentimenti cronici di vuoto
- (8) rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es. frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici)
- (9) ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress.

(B) Non si manifesta esclusivamente durante il decorso di un episodio o più di schizofrenia né è la conseguenza di una situazione medica generalmente alterata.

IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

Nell'immagine: *Girl, Interrupted* (1994)



IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ

Secondo il DSM-V i criteri diagnostici sono i seguenti:

(A) Un quadro pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

- (1) ha un senso grandioso di importanza (per es., si aspetta di essere notato come superiore senza una adeguata motivazione)
- (2) è assorbito da fantasie di illimitati successo, potere, fascino, bellezza, e di amore ideale
- (3) crede di essere “speciale” e unico, e di dover frequentare e poter essere capito solo da altre persone (o istituzioni) speciali o di classe elevata
- (4) richiede eccessiva ammirazione
- (5) ha la sensazione che tutto gli sia dovuto, cioè, la irragionevole aspettativa di trattamenti di favore o di soddisfazione immediata delle proprie aspettative
- (6) sfruttamento interpersonale, cioè, si approfitta degli altri per i propri scopi
- (7) manca di empatia: è incapace di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri
- (8) è spesso invidioso degli altri, o crede che gli altri lo invidino
- (9) mostra comportamenti o atteggiamenti arroganti e presuntuosi.

B. Non si manifesta esclusivamente durante il decorso di un episodio o più di schizofrenia né è la conseguenza di una situazione medica generalmente alterata.

Nell'immagine: *Alfie* (2004)



Secondo il DSM-V i criteri diagnostici sono i seguenti:

(A) Un pattern pervasivo di emotività eccessiva e di ricerca di attenzione, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

- (1) è a disagio in situazioni nelle quali non è al centro dell'attenzione;
- (2) l'interazione con gli altri è spesso caratterizzata da inappropriato comportamento sessualmente seduttivo o provocante;
- (3) Manifesta un'espressione delle emozioni rapidamente mutevole e superficiale;
- (4) utilizza costantemente l'aspetto fisico per attirare l'attenzione su di sé;
- (5) lo stile dell'eloquio è eccessivamente impressionistico e privo di dettagli;
- (6) mostra autodrammatizzazione, teatralità ed espressione esagerata delle emozioni;
- (7) è suggestionabile (cioè facilmente influenzato dagli altri o dalle circostanze);
- (8) considera le relazioni più intime di quanto non siano realmente.

B. Non si manifesta esclusivamente durante il decorso di un episodio o più di schizofrenia né è la conseguenza di una situazione medica generalmente alterata.

IL DISTURBO ISTRIONICO DI PERSONALITÀ

Nell'immagine: *A Streetcar Named Desire* (1947)

IL DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ



Secondo il DSM-V i criteri diagnostici sono i seguenti:

A) Un quadro pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri, che si manifesta fin dall'età di 15 anni, come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:

- (1) incapacità di conformarsi alle norme sociali per ciò che concerne il comportamento legale, come indicato dal ripetersi di condotte suscettibili di arresto
- (2) disonestà, come indicato dal mentire, usare falsi nomi, o truffare gli altri ripetutamente, per profitto o per piacere personale
- (3) impulsività o incapacità di pianificare
- (4) irritabilità e aggressività, come indicato da scontri o assalti fisici ripetuti
- (5) inosservanza spericolata della sicurezza propria e degli altri
- (6) irresponsabilità abituale, come indicato dalla ripetuta incapacità di sostenere una attività lavorativa continuativa, o di far fronte ad obblighi finanziari
- (7) mancanza di rimorso, come indicato dall'essere indifferenti o dal razionalizzare dopo avere danneggiato, maltrattato o derubato un altro

B. L'individuo ha almeno 18 anni.

C. Presenza di un disturbo della condotta con esordio prima dei 15 anni di età.

D. Il comportamento antisociale non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o di un episodio maniacale.

Nell'immagine: *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (1975)



Secondo il DSM-V i criteri diagnostici sono i seguenti:

A. Una situazione pervasiva ed eccessiva di necessità di essere accuditi, che determina un comportamento sottomesso e dipendente e timore da separazione, che compare nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque o più dei seguenti elementi:

- (1) ha bisogno che altri si assumano la responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita;
- (2) ha difficoltà ad esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere supporto o approvazione;
- (3) ha difficoltà ad iniziare progetti o a fare cose autonomamente (per una mancanza di fiducia nel proprio giudizio);
- (4) può giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli;
- (5) si sente a disagio e indifeso quando è solo per timori esagerati di essere incapace a provvedere a se stesso;
- (6) quando termina una relazione stretta ricerca urgentemente un'altra relazione come fonte di accudimento e di supporto;
- (7) si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato a provvedere a sé stesso;

B. Non si manifesta esclusivamente durante il decorso di un episodio o più di schizofrenia né è la conseguenza di una situazione medica generalmente alterata.

IL DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITÀ

Nell'immagine: *Single White Female* (1992)



IL DISTURBO EVITANTE DI PERSONALITÀ

Secondo il DSM-V i criteri diagnostici sono i seguenti:

(A) Un quadro pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza, e ipersensibilità al giudizio negativo, che compare entro la prima età adulta, ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

- (1) evita attività lavorative che implicano un significativo contatto interpersonale, poiché teme di essere criticato, disapprovato, o rifiutato
- (2) è riluttante nell'entrare in relazione con persone, a meno che non sia certo di piacere
- (3) è inibito nelle relazioni intime per il timore di essere umiliato o ridicolizzato
- (4) si preoccupa di essere criticato o rifiutato in situazioni sociali
- (5) è inibito in situazioni interpersonali nuove per sentimenti di inadeguatezza
- (6) si vede come socialmente inetto, personalmente non attraente, o inferiore agli altri
- (7) è insolitamente riluttante ad assumere rischi personali o ad ingaggiarsi in qualsiasi nuova attività, poiché questo può rivelarsi imbarazzante.

(B) Non si manifesta esclusivamente durante il decorso di un episodio o più di schizofrenia né è la conseguenza di una situazione medica generalmente alterata.

Nell'immagine: *Zelig* (1983)



Secondo il DSM-V i criteri diagnostici sono i seguenti:

(A) Un quadro pervasivo di preoccupazione per l'ordine, perfezionismo, e controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza, che compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

- (1) attenzione per i dettagli, le regole, le liste, l'ordine, l'organizzazione o gli schemi, al punto che va perduto lo scopo principale dell'attività
- (2) mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti (per es., è incapace di completare un progetto perché non risultano soddisfatti i suoi standard oltremodo rigidi)
- (3) eccessiva dedizione al lavoro e alla produttività, fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie
- (4) esageratamente coscienzioso, scrupoloso, inflessibile in tema di moralità, etica o valori (non giustificato dall'appartenenza culturale o religiosa)
- (5) è incapace di gettare via oggetti consumati o di nessun valore, anche quando non hanno alcun significato affettivo
- (6) è riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri, a meno che non si sottomettano esattamente al suo modo di fare le cose
- (7) adotta una modalità di spesa improntata all'avarizia, sia per sé che per gli altri; il denaro è visto come qualcosa da accumulare in vista di catastrofi future
- (8) manifesta rigidità e testardaggine.

(B) Non si manifesta esclusivamente durante il decorso di un episodio o più di schizofrenia né è la conseguenza di una situazione medica generalmente alterata.

Nell'immagine: *Sleeping with the enemy* (1991)



Bibliografía

- American Psychiatric Association (2013). *DSM 5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Anderson, D. (2010). *Humanizing the hospital: Design lessons from a Finnish sanatorium*. *Canadian Medical Association Journal*, 182(11), E535-E537.
- Anolli, L., Legrenzi, P. (2009), *Psicologia generale*. Bologna, Il Mulino
- Anolli, L., Mantovani, F. (2011), *Come funziona la nostra mente. Apprendimento, simulazione e Serious Games*. Bologna, Il Mulino
- Bertolo, M., & Mariani, I. (2014). *Game Design. Gioco e giocare tra teoria e progetto*. Pearson Italia, Milano - Torino.
- Betton, V., Borschmann, R., Docherty, M., Coleman, S., Brown, M., & Henderson, C. (2015). *The role of social media in reducing stigma and discrimination*. *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 443-444.
- Bogost, I. (2007). *Persuasive games: The expressive power of videogames*. MIT Press.
- Bogost, I. (2008). *Unit operations: An approach to videogame criticism*. MIT press.
- Caillois, R. (1967). *I giochi e gli uomini: la maschera e la vertigine*. (trad. it. Man at play, Milano: Bompiani 2007)
- Corrigan, P. W. (1999). *The impact of stigma on severe mental illness*. *Cognitive and behavioral practice*, 5(2), 201-222.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). *The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy*. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875-884.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*. *World psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Csikszentmihalyi, M. (2000). *Beyond boredom and anxiety*. Jossey-Bass.
- Crawford, C. (2012). *Chris Crawford on interactive storytelling*. New Riders.
- Damjanovic, A., Vukovic, O., Jovanovic, A. A., & Jašovic-Gašić, M. (2009). *Psychiatry and movies*. *Psychiatria Danubina*, 21(2), 230-235.
- Davison, S. E. (2002). *Principles of managing patients with personality disorder*.

Advances in Psychiatric Treatment

De Choudhury, M. (2013, October). *Role of social media in tackling challenges in mental health*. In Proceedings of the 2nd international workshop on Socially-aware multimedia (pp. 49-52). ACM.

Eisenhauer, J. (2008). *A visual culture of stigma: Critically examining representations of mental illness*. *Art Education*, 61(5), 13-18.

Flanagan, M. (2009). *Critical Play: Radical Game Design*. Cambridge: MIT Press.

Foucault, M. (2012). *Storia della follia nell'età classica*. Bur.

Frasca, G. (2003). *Simulation versus narrative. The video game theory reader*, 221-235.

Frasca, G. (2001). *Videogames of the oppressed: Videogames as a means for critical thinking and debate* (Doctoral dissertation, Georgia Institute of Technology).

Happer, C., & Philo, G. (2013). *The role of the media in the construction of public belief and social change*. *Journal of social and political psychology*, 1(1), 321-336

Hylter, S. E., Gabbard, G. O., & Schneider, I. (1991). *Homicidal Maniacs and Narcissistic Parasites: Stigmatization of Mentally Ill Persons in the Movies*. *Psychiatric Services*, 42(10), 1044-1048.

Hirschfeld, R. (1999). *Personality disorders and depression: comorbidity. Depression and anxiety*, 10(4), 142-146.

Huizinga, J. (1938). *Homo Ludens*, Harleem: Tjeenk Willing (trad. it., Homo Ludens, Torino: Einaudi, 2002).

Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria Psicodinamica*. Quinta edizione basata sul DSM-5, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Galimberti, U. (2001). *Enciclopedia di psicologia*, Torino: Garzanti.

Goffman, E. (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Jones, S., & Hayward, P. (2008). *Il disturbo bipolare. Springer Science & Business Media*.

- Juul, J. (2008, May). *The magic circle and the puzzle piece*. In *Conference proceedings of the philosophy of computer games* (Vol. 56).
- Kaufman, G., Flanagan, M., & Seidman, M. (2016). *Creating stealth game interventions for attitude and behavior change: An "Embedded Design" model*. Transactions of the Digital Games Research Association, 2(3).
- Koster, R. (2013). *Theory of fun for game design*. "O'Reilly Media, Inc."
- Lovink, G. (2016). *Ossessioni collettive: Critica del social media*. EGEA spa.
- Mariani, I. (2016). *Meaningful negative experiences within games for social change. Designing and analysing games as persuasive communication systems* (Doctoral dissertation, Italy).
- McGonigal, J. (2011). *Reality is broken: Why games make us better and how they can change the world*. Penguin.
- Miller, S. M. (2015). *The Potential of Serious Games as Mental Health Treatment*.
- Montola, M. (2005, December). *Exploring the edge of the magic circle: Defining pervasive games*. In Proceedings of DAC (Vol. 1966, p. 103).
- Naslund, J. A., Grande, S. W., Aschbrenner, K. A., & Elwyn, G. (2014). *Naturally occurring peer support through social media: the experiences of individuals with severe mental illness using YouTube*. PLoS One, 9(10), e110171.
- Nuccio W. (2016), *La progettazione dei giochi da tavolo. Strumenti, tecniche e design pattern*, Milano: Mursia.
- Paris, J., & Tyrer, P. J. (1997). *Contesto sociale e disturbi di personalità: diagnosi e trattamento in una prospettiva bio-psico-sociale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Philo, G. (Ed.). (1996). *Media and mental distress*. London, United Kingdom: Longman
- Pinardi, D., *Narrare. Dall'Odissea al mondo Ikea*, Vedano al Lambro, Pagina Uno, 2010
- Pinardi, D., & De Angelis, P. (2006). *Il mondo narrativo: come costruire e come presentare l'ambiente e i personaggi di una storia* (Vol. 5). Lindau.

- Salen, K. (2008). *The ecology of games: Connecting youth, games, and learning*. MIT Press.
- Salen, K., & Zimmerman, E. (2005). *Game design and meaningful play*. *Handbook of computer game studies*, 59, 79.
- Salen, K., & Zimmerman, E. (2004). *Rules of play: Game design fundamentals*. MIT press.
- Shapiro, S., & Rotter, M. (2016). *Graphic depictions: portrayals of mental illness in video games*. *Journal of forensic sciences*, 61(6), 1592-1595.
- Schoneveld, E. A., Malmberg, M., Lichtwarck-Aschoff, A., Verheijen, G. P., Engels, R. C., & Granic, I. (2016). *A neurofeedback video game (MindLight) to prevent anxiety in children: A randomized controlled trial*. *Computers in Human Behavior*, 63, 321-333.
- Suits, B. (2014). *The Grasshopper: Games, Life and Utopia*. Broadview Press.
- Stenros, J. (2014). *In defence of a magic circle: the social, mental and cultural boundaries of play*. *Transactions of the Digital Games Research Association*, 1(2).
- Turner, V. W. (1982). *From ritual to theatre: The human seriousness of play*. Paj Publications.
- Tuten, T. L., & Solomon, M. R. (2014). *Social media marketing*. Sage.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). *Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies*. *European neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- Wahl, Otto F. *Media madness: Public images of mental illness*. Rutgers University Press, 1997.
- Zimmerman, E. (2012). *Jerked around by the magic circle: Clearing the air ten years later*. Gamasutra: The Art & Business of Making Games.
- Zingale, S. (2009). *Gioco, dialogo, design: una ricerca semiotica*. ATi editore.

