



**UNIVERSITÀ  
DI PARMA**

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOBIOLOGIA E  
NEUROSCIENZE COGNITIVE**

**HIKIKOMORI: UN'INDAGINE SU GIOVANI ADULTI IN ITALIA**

**Relatore:**

*Chiar.ma Prof.ssa*

**DOLORES ROLLO**

**Laureando:**

**VINCENZO DE MEO**

**ANNO ACCADEMICO 2020 - 2021**



*I Ringraziamenti vanno a tutti coloro che mi sono stati accanto e mi hanno incoraggiato, a chi durante questo percorso è stato capace di accrescermi, con il bene o con il male. I ringraziamenti vanno in particolare ai miei genitori, Alba e Nicola, che mi hanno supportato fino alla fine.*



## **ABSTRACT**

In questo lavoro si affronterà il tema dell'hikikomori, un fenomeno di severo ritiro sociale, nel quale l'individuo abbandona il posto di lavoro, la scuola e qualunque interazione umana di persona chiudendosi nel proprio appartamento o stanza. Si evince dalla letteratura che alla base ci siano forti sentimenti di vergogna, di paura del giudizio altrui e di una percezione di eccessiva pressione delle aspettative sociali. Il profilo tipo di una persona che vive l'hikikomori, per quanto sia un fenomeno molto eterogeneo, è tendenzialmente di sesso maschile, figlio unico, di genitori separati, con genitori di medio-alta estrazione socioeconomica e con una età di insorgenza che si aggira tra l'adolescenza e gli inizi della seconda decade di vita. Il fenomeno è stato documentato in Giappone per la prima volta intorno agli anni 90 ed in seguito ha attirato l'attenzione anche dell'occidente. La mancanza di una definizione universalmente condivisa e la mancanza di letteratura in Europa, ed in particolare in Italia, è stata la base di interesse di questo studio. L'indagine è stata promossa dal Centro di Accoglienza ed Inclusione dell'Università di Parma per valutare il ritiro sociale in periodo di lockdown ai fini dell'intervento e della prevenzione. Lo studio si è servito dell'Hikikomori Questionnaire (HQ-25) che valuta il rischio di sviluppare hikikomori, somministrato a 778 studenti dell'Università di Parma. L'indagine, oltre l'aver messo in luce la condizione di rischio del fenomeno in giovani adulti in Italia, e permesso di evidenziarne le differenze di genere, ha ulteriormente testato le proprietà statistiche del test.



## INDICE

Abstract.....	5
Introduzione.....	9
1. Capitolo I: Uno sguardo sul fenomeno.....	11
1.1. Definizione e criteri diagnostici.....	11
1.2. Epidemiologia.....	15
1.3. Fattori di rischio.....	18
1.4. Tipi di hikikomori.....	20
1.5. Fasi dell'hikikomori.....	22
1.6. Modelli psicologici.....	25
1.6.1. Amae e amore oggettuale passivo.....	25
1.6.2. Compiti dello sviluppo e adolescenza.....	26
1.6.3. Una visione multifattoriale.....	32
1.7. Hikikomori e Covid-19.....	34
2. Capitolo II: L'indagine.....	37
2.1 Introduzione.....	37
2.2 Obiettivi.....	38
2.3 Metodi.....	38
2.3.1 Partecipanti.....	38
2.3.2 Strumenti.....	40
2.3.3 Procedura.....	42
2.3.4 Analisi.....	42
2.4 Risultati.....	43
2.5 Discussione.....	45

2.6 Conclusione.....	47
3. CAPITOLO III: Intervento e prevenzione.....	48
3.1 Alcune linee di intervento.....	48
3.2 Associazione Hikikomori Italia.....	52
Conclusione.....	56
Bibliografia.....	57
Sitografia.....	66



## INTRODUZIONE

“Non ho idea di cosa ne sarà di me in futuro, ogni anno che passa tutto diventa più complicato e la società mi sembra sempre più invivibile, troppo frenetica e folle per me. Inoltre, richiede troppa competizione e troppo impegno costante, ed io ormai non ne ho le forze, anzi non le ho mai avute. “

Le parole sopra citate sono un estratto di una testimonianza di un giovane italiano di 23 anni. Dichiara di aver vissuto e di vivere un grande disagio nella socializzazione che lo ha portato in passato a lasciare la scuola per isolarsi e trovare così sollievo; in seguito ha lottato per risolvere la sua condizione tornando a scuola e finendola, anche se con fatica, per poi provare a lavorare, ma il malessere provocato dalle persone lo ha costretto ad abbandonare il lavoro e a dover scegliere ancora una volta l'isolamento, lasciandolo in una condizione di impotenza e sconforto. Non esce più di casa, massimo una volta a settimana, forzato dal dover svolgere delle commissioni, non ha più amici e contatti diretti con altre persone, se non con i familiari con i quali convive e due o tre amicizie stabilite online. È consapevole della sua condizione, avverte la solitudine, ma ormai non sa più neanche se desidera tornare alla normalità, dato che ogni volta che ha fatto un tentativo ne è uscito distrutto. Nonostante tutto, è cosciente del fatto di non poter continuare così per sempre ed è in questo controsenso che trova fondamento il suo malessere. Questo è un esempio di hikikomori. La testimonianza, così come altre, si può trovare sul sito dell'Associazione hikikomori Italia, fondata da Marco Crepaldi nel 2017 (<https://www.hikikomoriitalia.it>).

L'hikikomori è una forma grave di ritiro sociale volontaria che si è dapprima iniziato a diffondere in Giappone verso la fine degli anni 70 per poi manifestarsi gradualmente anche in Occidente, attirando sempre più l'attenzione della comunità scientifica.

Questo lavoro si occuperà di descrivere le caratteristiche del fenomeno, la sua epidemiologia, i fattori di rischio, modelli psicologici (Capitolo 1), alcune possibili strategie di intervento (Capitolo 3) e, tramite la somministrazione del questionario l'Hikikomori Questionarie (HQ-25), di mettere in luce la possibilità di sviluppare ritiro

sociale in Italia in seguito alla pandemia Covid-19 ed i provvedimenti di lockdown, indagando, in particolare, anche le differenze di genere (Capitolo 2).

## CAPITOLO I: Uno sguardo sul fenomeno

### 1.1. Definizione e criteri diagnostici

Il termine hikikomori deriva da due verbi giapponesi “hiku” e “komoru” che rispettivamente significano “tirare” e “ritirarsi”. Il termine ha iniziato a diffondersi in Giappone alla fine degli anni 70, in senso denigratorio verso coloro che si chiudevano in casa, ragazzi che si ritiravano dalle scene sociali. Solo alla fine degli anni 90 è stato utilizzato per la prima volta per riferirsi al fenomeno nel suo complesso (Crepaldi, 2019). L’hikikomori è caratterizzato da autoreclusione e isolamento sociale, nel quale la persona si ritira dalla scuola, dall’ambiente lavorativo ed in generale dalla vita sociale recludendosi in casa: di fatto i soggetti che presentano hikikomori possono restare reclusi nella propria stanza o abitazione per mesi o addirittura anni.

Alla base del fenomeno c’è un forte senso di vergogna, che porta il soggetto all’evitamento di un sistema sociale, scolastico e lavorativo molto esigente e giudicante. Infatti, oltre alle grandi pressioni che il sistema scolastico, accademico e lavorativo giapponese richiedono al soggetto, anche il sistema sociale con i pari è particolarmente duro (Moretti, 2010). Nell’ambiente scolastico sono molti i fenomeni di bullismo, ijime, che significa letteralmente tormentare, perseguitare, e che consiste nel prendere di mira l’elemento più debole della classe, in particolare con l’esclusione (Crepaldi, 2018).

Quindi chi non riesce a rispettare le aspettative sociali viene severamente giudicato ed ostracizzato e, chi di questi non riesce a reggere tale pressione, ricerca rifugio nel ritiro. In una società collettivistica come quella Giapponese, dove il senso di appartenenza e di identificazione con il gruppo è molto forte, non è difficile immaginare come un’esclusione sociale possa essere particolarmente violento a livello psicologico e rappresentare una forte negazione della propria identità.

Pur non esistendo ancora una definizione univoca ed universale del fenomeno, il Ministero della salute, del lavoro e del welfare giapponese ha stabilito cinque criteri per la sua definizione (Ito, 2003):

1. Stile di vita centrato sul restare chiuso a casa.
2. Mancanza di interesse e volontà di frequentare contesti scolastici e lavorativi.
3. Una persistenza dei sintomi che durino da almeno sei mesi.
4. Esclusione dei soggetti che presentino altri disturbi mentali.
5. Esclusione dei soggetti che, pur non frequentando contesti scolastici o lavorati, mantengono rapporti interpersonali.

Uno dei principali motivi che ha portato la comunità scientifica a non trovare accordo sul fenomeno è la possibilità o non di ricondurre l'hikikomori a condizione psichiatriche. Infatti, nello stesso studio del governo giapponese, prima citato, è emersa una comorbilità tra il 33% e il 36% dei casi hikikomori con patologie psichiatriche.

In un successivo studio il 55% del campione hikikomori esaminato presentava una diagnosi psichiatrica associata, dei quali in particolare: il 26% disturbo d'ansia, 23% disturbo di personalità, 8% schizofrenia, 8% disturbo dell'umore, 7% disturbo dell'adattamento. Inoltre, il 28% ha invece presentato un disturbo nell'infanzia o adolescenza (Kondo et al., 2008).

In linea con quest'ultimo, un altro studio ha mostrato che il 54% dei casi hikikomori ha sofferto nel corso della vita di un disturbo mentale (Koyama et al., 2010).

Questi dati hanno portato a pensare, da un lato, che il ritiro sociale possa rappresentare una condizione a parte, non riconducibile a categorie diagnostiche del DSM V e, dall'altra, che in alcuni soggetti l'isolamento sia una conseguenza di un altro disturbo. Si è, quindi, ipotizzata l'esistenza di un hikikomori primario, che non trova origine in nessun'altra patologia psichiatrica, e di un hikikomori secondario, associabile a disturbi psichiatrici già riconosciuti (Tajan, 2015).

Crepaldi (2019) si focalizza maggiormente su un hikikomori primario, definendolo più come un disagio sociale che trova base in dinamiche sociopsicologiche, nella pressione del giudizio altrui e nella sfiducia verso l'altro. Inoltre, ritiene che si debba con cautela ricorrere ad un approccio che segue linee guide psichiatriche già esistenti, in quanto si è vista una resistenza a trattamenti farmacologici. Se, da un lato, la possibilità di comorbilità con psicopatologie fosse stata già osservata, dall'altro bisognerebbe definire

se la condizione fosse preesistente o se sviluppata in seguito alla condizione di ritiro sociale, in quanto l'isolamento può essere il motivo per il quale si sviluppino psicopatologie.

Un altro aspetto di dibattito sull'hikikomori è stato se fosse o no da considerare una sindrome culturale esclusiva del Giappone, ma la sua diffusione ed il suo rilevamento di diversi casi nel resto del mondo ha fatto sì che non venisse ormai più considerato come tale (Kato et al., 2019).

Teo e Gaw nel 2010 proposero alcuni criteri diagnostici maggiormente focalizzati sugli aspetti sociali:

- 1) Trascorrere la maggior parte della giornata a casa, quasi tutti i giorni.
- 2) Messa in atto di un marcato e persistente evitamento di situazioni sociali (per esempio frequentare la scuola o recarsi a lavoro) e relazioni sociali.
- 3) Il ritiro e l'evitamento sociale interferiscono significativamente con la routine quotidiana, con il funzionamento lavorativo o accademico, con le attività sociali o le relazioni.
- 4) Percezione del ritiro come ego-sintonico.
- 5) La durata del ritiro è di almeno 6 mesi.
- 6) Il ritiro sociale e l'evitamento non sono meglio spiegati dalla presenza di altri disturbi mentali (per esempio fobia sociale, disturbo depressivo maggiore, schizofrenia e disturbo evitante di personalità).

La proposta diagnostica più recente è però di Kato e colleghi (2019), che hanno maggiormente ristretto i canoni cercando di includere aspetti dell'hikikomori che possono conciliarsi con fattori che i precedenti criteri escludevano.

I soggetti che presentano tutti e tre questi criteri, per gli autori, possono essere definiti hikikomori:

1. Marcato isolamento sociale domestico.
2. Isolamento sociale continuato per almeno 6 mesi.

### 3. Significativa alterazione funzionale o disagio associato all'isolamento sociale.

Questa semplificazione si basa su alcune riflessioni degli autori.

Il primo è che, per quanto l'hikikomori più gravi non riescano a uscire affatto di casa, la maggior parte dei soggetti lo fa occasionalmente, per esempio per fare la spesa o durante la notte quando sono sicuri di non incrociare nessuno.

Il secondo è che l'evitamento di situazioni sociali come il lavoro o la scuola non fosse rappresentativo di alcune condizioni, come quello di essere una casalinga, che difficilmente viene etichettato come lavoro. In Giappone ci sono numerose casalinghe che vivono profondi sentimenti di solitudine, che potrebbero essere considerate hikikomori, ma non secondo i criteri precedenti.

Un altro aspetto è l'evitamento di relazioni sociali, in quanto anche se in maniera ristretta, alcuni hikikomori dichiarano di avere amici, per quanto comunque perseguono una vita ritirata.

Infine, data la larga coesistenza di hikikomori con comorbilità, gli autori suggeriscono di non escludere soggetti con psicosi dalla definizione, in modo che si possano applicare interventi mirati in base all'hikikomori e alla sua comorbilità.

Inoltre, aggiungono che è importante poter far rientrare nella definizione soggetti che sono in fasi precoci dell'hikikomori: i pre-hikikomori e i semi-hikikomori.

Infatti, stabiliscono non 6 mesi, ma 3 per questi criteri diagnostici, potendo considerare chi è al terzo mese come pre-hikikomori, che spesso vive l'inizio della condizione in maniera ego-sintonica.

Hanno poi proposto di misurare la gravità dell'hikikomori in base alla frequenza con la quale escono di casa: chi lascia l'abitazione 2 o 3 volte a settimana è da considerare un hikikomori leggero, chi una volta o meno è da considerare medio e chi raramente lascia una singola stanza della casa come grave.

La definizione suggerita dagli autori dell'hikikomori è "una forma di ritiro sociale patologico o un isolamento sociale la cui caratteristica essenziale è l'isolamento fisico nella propria casa".

## 1.2. Epidemiologia

La più recente indagine del governo giapponese è del 2016 su un campione di 3104 soggetti di età compresa tra i 15 e i 39 anni, di cui l'1.6% è risultato essere hikikomori, è stato quindi stimato che il numero di soggetti socialmente ritirati in Giappone a livello nazionale, e per questa fascia di età, fosse di circa 541.000 (Tajan et al., 2017).

Al di fuori del contesto giapponese sono stati riscontrati casi di hikikomori: negli Stati Uniti, Oman, Australia, Bangladesh, Iran, Cina, Corea, Spagna e Italia; ma al momento non ci sono molti dati al riguardo della prevalenza del fenomeno in questi altri Paesi (Sarchione et al., 2015).

Uno studio del 2014 di Wong e colleghi effettuato su giovani di Hong Kong ha stimato che l'1.9% fosse socialmente ritirato.

Un'altra indagine coreana ha invece riscontrato come il 2.3% degli studenti di scuola superiore fosse hikikomori (Lee et al., 2013).

In Italia, il primo caso di hikikomori è stato descritto da De Michele e colleghi nel 2013, un uomo di 28 anni, recluso in isolamento da 10 anni e mantenendo relazioni sociali solo via Internet.

Sempre in Italia, nel 2018, l'Ufficio Scolastico Regionale dell'Emilia-Romagna ha svolto un'indagine coinvolgendo 687 istituzioni scolastiche, su un totale regionale di 702, dalla quale sono emerse 346 segnalazioni di abbandono scolastico, delle quali, però, 99 sono stati i casi che riportavano uscite di casa estremamente rare e 63 di ragazzi che non ricevevano visite di amici a casa, per un totale di presunti hikikomori di 162. Considerando che nell'anno 2018 gli alunni iscritti alla scuola primaria e secondaria di I e II grado erano 509.929, si potrebbe stimare che il numero di presunti hikikomori ammonti allo 0.3% degli studenti di quell'anno.

Nel sondaggio dell'Associazione Hikikomori Italia effettuato nel 2019 da Crepaldi è possibile invece osservare come gli hikikomori si distribuiscono poi in Italia a livello regionale, anche se c'è da considerare come solo chi fosse a conoscenza dell'associazione ha avuto la possibilità di partecipare al sondaggio e di come questo può aver influenzato la composizione del campione: una prevalenza di partecipanti è stata

rilevata nel Nord Italia: 15.3% della Lombardia, il 14.2% dal Piemonte e il 10% dal Veneto; il Lazio da solo ha però riportato un numero maggiore di partecipanti, il 18.4%, maggiore anche del totale di tutto il Sud Italia, 14.2%.

Al momento si ipotizza che in Italia ci siano circa 100.000 hikikomori (<https://www.hikikomoriitalia.it/p/the-yomiuri>).

Il genere più colpito sembra essere quello maschile, con un rapporto di 4 a 1 per i maschi (Suwa, 2002). In linea con questi dati, altri studi successivi mostrano una maggior prevalenza di hikikomori di sesso maschile, compresa tra il 70% e l'80% dei campioni esaminati; diversamente, un sondaggio del 2007 effettuato via web ha mostrato che solo il 53% del campione fosse maschile (Furlong, 2008). Successivi sondaggi, effettuati dal governo giapponese nel 2010 e poi nel 2015, hanno mostrato ancora una maggior prevalenza maschile, per quanto meno marcata, rispettivamente del 66,1% e del 63,1% (Tajan, 2017).

In Italia, sono stati effettuati di recente due sondaggi da parte dell'Associazione Hikikomori Italia, uno rivolto a genitori e uno rivolto a figli. Il sondaggio somministrato a genitori conferma ancora una prevalenza del sesso maschile, con l'87,85% di figli maschi considerati hikikomori da parte dei genitori. Il sondaggio somministrato ai figli riporta invece il 70,8% del campione maschile che si considera hikikomori (Crepaldi, 2019).

Per quanto pare che l'idea più condivisa sia che l'hikikomori colpisca maggiormente il sesso maschile, bisogna essere cauti nel definire questa l'evidenza, come sottolineato da Yong e Nomura (2019). Infatti, un successivo studio di Yong del 2020 ha riportato ulteriori oscillazioni di differenze di genere riscontrate in soggetti hikikomori: il 53,7% del campione hikikomori è risultato maschile e il 46,3% femminile. Questa variabilità di risultati potrebbe riflettere una porzione di popolazione hikikomori che rimane silente. Infatti, da un lato potremmo interpretare la prevalenza maschile come un effetto generato dalla pressione che i diversi ruoli di genere hanno sui due sessi: la famiglia, i coetanei e la società in generale riversano più aspettative verso l'uomo, e un mancato successo lavorativo, scolastico o sociale può avere un maggior effetto negativo sull'auto-efficacia percepita, rendendo il soggetto più vulnerabile al divenire hikikomori.



D'altro canto, per quanto sensibilmente diminuite negli ultimi anni, le pressioni sociali sulla donna sono ancora maggiormente legate all'aspetto casalingo e di cura della famiglia. Questo può portare a una gran sottostima del fenomeno nella donna, in quanto il passare molto tempo in casa genera minor apprensione del sesso maschile, amplificando la difficoltà di individuare casi di donne hikikomori. Un dato in favore di questa ipotesi è il sondaggio dell'Associazione Hikikomori Italia precedentemente esposto che ha mostrato come vi sia un calo del 10% di casi femminili se questi vengono valutati dal genitore anziché dal soggetto stesso: il ruolo di genere della donna può aver indotto i genitori a considerare con una minor importanza l'aver una figlia ritirata in casa che non un figlio. In relazione con quello che abbiamo appena detto, potremmo ipotizzare che le differenze di genere nell'hikikomori sono destinate a ridursi con il miglioramento del ruolo della donna nella società.

L'età media dell'esordio del fenomeno in Giappone è di circa 22 anni, con il maggior numero di casi, del 37.4%, tra i 15 e i 19 anni, seguiti da un 20.1% di casi tra i 10 e i 14 anni (Koyama et al., 2010). La tendenza è confermata in un sondaggio più recente che mostra come ci siano due età maggiormente critiche per sviluppare hikikomori: il 30,6% dei casi inizierebbe il ritiro nell'età che va dai 15 ai 19 anni e il 42,6% nella fascia tra i 20 e i 29 anni (Tajan et al., 2017). In Italia l'età media dei soggetti colpiti sembra non variare: secondo la recente indagine a genitori e figli realizzata dall'Associazione Hikikomori Italia, i genitori hanno riportato un'età media dei figli ritenuti hikikomori di 20 anni; i ragazzi che dichiarano di essere hikikomori hanno riportato invece una media di 23 anni; in entrambi i sondaggi è emerso che le prime problematiche evidenti di ritiro sociale si sono manifestate verso i 15 anni (Crepaldi, 2019). Questo renderebbe gli adolescenti e i giovani adulti i soggetti più sensibili al ritiro sociale, anche nel contesto italiano. Ciò nonostante, questo non significa che non ci siano hikikomori di età superiore, questi dati ci dicono qual è l'età media di esordio, ma un soggetto può poi rimanere recluso a lungo.

### **1.3. Fattori di rischio**

Se da un lato non esiste ancora un accordo su criteri diagnostici e su una definizione universalmente condivisa dell'hikikomori, dall'altro i fattori di rischio sembrano essere abbastanza delineati.

Come abbiamo già detto, il genere maschile sembra essere molto più a rischio, con una prevalenza di 4 casi a 1 in relazione al genere femminile. L'età maggiormente a rischio oscilla tra i 15 e i 29 anni con un'età media di 22 anni; nel dettaglio i due periodi più critici sono quello scolastico, in particolare nel passaggio tra le scuole medie e quelle superiori, e quello post-diploma, che sia una transizione verso il mondo del lavoro o dell'università, sono entrambe fasi di grandi cambiamenti che chiedono al soggetto di mettersi maggiormente in gioco e di trovare una personale motivazione all'agire (Crepaldi, 2019).

Nella storia di hikikomori è spesso presente un'infanzia traumatica, con esperienze di abuso (Ricci, 2009).

L'hikikomori sembra riscontrarsi con più frequenza nelle aree urbane (Kato et al., 2011) in soggetti figli unici, o primogeniti, di famiglie con un ceto socioeconomico medio-alto e generalmente composte da entrambi i genitori laureati (Sagliocco, 2011). Inoltre, è stato osservato come un elevato livello di istruzione paterno e/o materno sia significativamente associato al rischio di diventare hikikomori (Umeda e Kawakami, 2012). Secondo gli autori, l'appartenere ad un ceto socioeconomico più agiato permetterebbe di base ai genitori di poter sostenere ulteriori spese di mantenimento di un figlio che si trova in una situazione di mancanza occupazionale, mentre l'elevato livello di istruzione farebbe sì che il figlio sia investito da maggiori aspettative e pressioni per il suo futuro. L'essere primogenito o figlio unico pare essere poi un ulteriore fattore di rischio in quanto il sistema familiare giapponese tende ad assumere una struttura piramidale nella quale il figlio maggiore deve assumersi le responsabilità della famiglia, e di generazione in generazione trasmetterne i valori (Coppola e Masullo, 2021).

Fattore che pare essere spesso presente è l'aver subito atti di bullismo durante gli anni scolastici, o aver vissuto comunque avversità sociali come il rifiuto da parte dei pari. (Fansten et al., 2014; Kondo et al., 2013; Krieg e Dickie, 2013; Teo, 2010)

Un altro aspetto rilevante che riguarda la struttura familiare è quello di una figura paterna tendenzialmente assente, per gli intensi ritmi lavorativi, dallo scarso investimento emotivo e spesso rigida e punitiva. Questo porterebbe uno scompenso nelle figure genitoriali e nelle relazioni genitore-figlio con un maggior spostamento di carico parentale sulla madre, che sarà maggiormente a rischio di sviluppare un rapporto di dipendenza simbiotica con il figlio, che in Giappone definiscono con il termine *amae* (Crepaldi, 2019), ma di questo termine parleremo in maniera più approfondita successivamente. Queste dinamiche porterebbero il figlio ad un'attitudine dipendente e a non sviluppare degli strumenti sociali funzionali, tendenzialmente incentrati sull'evitamento dei conflitti, che porteranno a seguenti fallimenti nelle interazioni sociali.

Aspetto che sembra essere precursore prima della manifestazione del fenomeno sono le difficoltà scolastiche, prolungate ed ingiustificate assenze sono nel 69% dei casi predittori di un'insorgenza hikikomori (Saito, 1998). Infatti, come rilevato dall'ultima indagine del governo giapponese, il gruppo hikikomori presentava una maggior prevalenza di abbandono scolastico rispetto al gruppo di controllo che non aveva riportato comportamenti di ritiro, rispettivamente il 24% nel gruppo hikikomori e 3% nel gruppo di controllo. Inoltre, è stata rilevata una minor prevalenza di individui che avevano terminato gli studi, o che erano impegnati nello studio, nel gruppo hikikomori, ovvero il 63% e il 10% nel gruppo hikikomori contro un 72% e 24% nel gruppo di controllo (Tajan, 2017).

Un altro studio su giovani tra i 13 e i 16 anni (Sulla et al., 2020) ha messo a punto ed esaminato un modello che potesse essere esplicativo di fattori che possano correlarsi con il rischio di sviluppare hikikomori. I fattori che sono stati esaminati sono stati il rischio del soggetto di sviluppare hikikomori, la grinta (definita come perseveranza e passione per obiettivi a lungo termine), strategie di coping e l'uso di internet.

Il costrutto di grinta non è mai stato studiato in relazione all'hikikomori. In questo studio, l'ipotesi di una relazione tra grinta ed hikikomori non è risultata significativa, ma ha mostrato comunque una relazione, facendo supporre che soggetti con maggior grinta siano meno inclini al ritiro sociale.

Le strategie di coping hanno invece riportato una correlazione significativa con l'hikikomori, in particolare strategie disfunzionali come l'evitamento sono risultate positivamente correlate al rischio di sviluppare hikikomori, mentre un'attitudine positiva ed il supporto sociale si sono rivelati essere dei fattori protettivi.

Per quanto riguarda l'utilizzo di internet si è osservata una correlazione positiva con il ritiro sociale: maggior è il tempo speso su internet maggiore è il rischio di hikikomori.

Il fattore dell'utilizzo di internet, della videoludica e in generale delle nuove tecnologie è particolarmente collegato all'hikikomori, va però considerato con cautela, in quanto il fenomeno del ritiro sociale è iniziato largamente prima di internet. Inoltre, se da un lato internet rappresenta una via di fuga dalle difficoltà che un adolescente deve affrontare in questo stadio della vita, così come un fattore facilitatore alla reclusione, dall'altro può anche rappresentare l'unico ponte sul mondo che l'hikikomori ancora ha (Crepaldi, 2019), e un potenziale strumento per un intervento di recupero (Lancini, 2017).

#### **1.4. Fasi dell'hikikomori**

Crepaldi definisce l'hikikomori come “(...) una pulsione all'isolamento fisico, continuativa nel tempo, che si innesca come reazione alle eccessive pressioni di realizzazione sociale, tipiche delle società capitalistiche sviluppate.” (2019).

L'autore pone l'accento sul termine pulsione per sottolineare come il fenomeno abbia alla base un istinto all'isolamento e di come si disponga su un continuum fenomenologico. Non bisogna considerare una persona hikikomori solo colei che si chiude in casa e non ha contatti sociali con nessuno, ma anche una persona che vive la socialità con fatica, con sofferenze e con disagio, una persona che esce di casa ma senza trovarne una reale motivazione, che lo fa per consuetudine od obbligo e che, anche se con altre persone, non socializza, rimane isolato anche in un contesto sociale. La

manifestazione vera e propria dell'isolamento e del ritiro avviene solo in seguito, quando il disagio ha raggiunto un livello non più sostenibile, e non è altro che la fase finale del fenomeno. La persona può infatti convivere e lottare con l'istinto di isolarsi finché questa pulsione e disagio non prendono il sopravvento. Dipende da caratteristiche personali e dal contesto ambientale. Quando il ritiro si manifesta, la persona ha con sofferenza deciso di ritirarsi dalle scene sociali come unica via di fuga da quel livello di pressione di realizzazione sociale e di performance che non riesce più a sostenere.

Proprio per i motivi appena detti, Crepaldi suddivide l'hikikomori in 3 fasi caratterizzate da diversi gradi di intensità e forma, che possono mutare nel tempo in relazione all'ambiente circostante ed al continuo cambiare dell'interpretazione che l'hikikomori ha dell'esistenza.

1. Durante il primo stadio la persona comincia a percepire la pulsione all'isolamento sociale, ma non viene elaborata consciamente; quindi, continua a cercare di mantenere attività sociali. Ciò nonostante, inizia a sperimentare malessere nel sociale e trova invece sollievo nella solitudine, cominciando a preferire le relazioni virtuali a quelle di persona. Questa fase è caratterizzata da: rifiuti saltuari di andare a scuola o a lavoro; graduale abbandono di attività extrascolastiche o extralavorative che richiedano un contatto sociale diretto, come le attività sportive; lenta inversione del ritmo sonno-veglia e netta preferenza per attività solitarie, in particolare la videoludica o film e serie TV.
2. Nella seconda fase l'hikikomori comincia ad associare il suo malessere alle situazioni sociali e ad elaborare consciamente la pulsione all'isolamento. In questa fase si abbandona definitivamente la scuola o il lavoro, si inizia a rifiutare gli inviti ad uscire da parte degli amici, si trascorre quasi la totalità del tempo nella propria abitazione o camera da letto e si invertono totalmente i ritmi sonno-veglia. Le relazioni sociali diventano esclusivamente online, tramite chat, forum o giochi online. Il rapporto con genitori e parenti è conservato, ma

conflittuale: c'è infatti un aumento dell'aggressività che si manifesta in maniera tendenzialmente verbale, ma talvolta anche fisica.

3. Nella terza fase c'è un totale abbandono all'istinto di isolamento ed un progressivo distacco anche dalle relazioni coltivate in rete e con i familiari. C'è, quindi, un isolamento praticamente totale che può esporre l'hikikomori al rischio di sviluppare psicopatologie. Si presenta un ulteriore aumento dell'aggressività dovuta alla frustrazione per l'aver perso il controllo della propria condizione. Si intensificano gli istinti autolesionistici e i pensieri suicidari, che per quanto possano essere un meccanismo difensivo che permette all'hikikomori di pensare di poter interrompere la propria condizione in ogni momento, un recente studio ha mostrato che c'è un'alta associazione tra hikikomori ed un elevato rischio di suicidio (Yong e Nomura, 2019).

Raggiunta la terza fase, far regredire questa condizione è molto complesso ed è quindi bene che i familiari o le persone vicine intervengano prima, in presenza di altri campanelli d'allarme, e non aspettino che l'isolamento si concretizzi del tutto.

L'autore ci tiene a specificare che queste tre fasi non sono statiche, ma parte di un processo dinamico che può presentare alternanze periodiche di stabilizzazioni, miglioramenti e repentine ricadute.

### **1.5. Tipi di hikikomori**

L'hikikomori è un fenomeno altamente eterogeneo, che può manifestarsi in forme differenti, come sottolineato da diversi autori (Furlong, 2008; Hattori, 2006; Wong, 2009; Wong e Ying, 2006). Alcuni hikikomori, più in linea con la definizione generale, si ritirano nella propria abitazione o camera da letto; altri tendono ad uscire di casa, ma solo durante orari notturni, al fine di non essere visti dai vicini o da altri che potrebbero incontrare; altri ancora escono di casa, ma da soli e senza allontanarsi troppo dalla propria abitazione o quartiere; nei casi più gravi, possono sigillare le finestre con carta e

nastro adesivo o bloccare la porta della stanza impedendo ai familiari di poter accedere. L'hikikomori può arrivare anche alla violenza verso i propri familiari, in particolare la madre (Moretti, 2010).

Il tempo speso in reclusione può andare dalla lettura, ai videogame, all'ascoltare musica, al vedere film o al dormire. Poi, per quanto riguarda il mantenere relazioni sociali tramite internet, è stato osservato che solo una minoranza di loro effettivamente utilizza gli strumenti tecnologici per finalità relazionali (Wong e Ying, 2006).

Altro aspetto che può variare da hikikomori a hikikomori è la motivazione che lo spinge all'isolamento. Su questa base è stato possibile stabilire quattro tipi di ritiro (Fansten, 2014).

1. Il primo tipo di ritiro è definito "alternativo", la cui motivazione di base è il rifiuto delle regole sociali. L'hikikomori si ritira perché non vuole adeguarsi alle dinamiche della società: consiste in pratica ad un atto di ribellione verso il sistema sociale, percepito come negativo, opprimente e limitante per la libertà di espressione personale.
2. Il secondo è il ritiro "reazionale". L'hikikomori che fa parte di questa categoria vive, o ha vissuto, in contesti sfavorevoli che hanno aggravato una probabile già preesistente predisposizione all'isolamento. Alla base c'è un evento traumatico, o di grande difficoltà, avvenuto nel contesto familiare o scolastico. L'evento ha portato la persona a sperimentare forti sentimenti di ansia, stress e vergogna che sono stati poi generalizzati a tutti i contesti sociali, non permettendo la creazione di relazioni sociali soddisfacenti.
3. Il terzo tipo di ritiro è quello "dimissionario" che comprende quegli hikikomori che scelgono la reclusione come fuga da quelle pressioni ed aspettative sociali che non riescono a sostenere. Questa tipologia, quindi, decide di abbandonare la competizione sociale ritirandosi dalla scuola o dal contesto lavorativo, cercando così di nascondersi dal giudizio degli altri ed alleviarne la sofferenza.

4. Per finire, il quarto tipo è detto “a crisalide” che consiste in un cercare di congelare il tempo per sfuggire alle responsabilità dell’età adulta. L’hikikomori non sente di avere le competenze per affrontare le sfide e le incombenze dell’essere un adulto autonomo, provocando in lui paura, ed attraverso un meccanismo di evitamento aggira così i pensieri verso il futuro. Mette in atto, consciamente o non, strategie per sfuggire alla realtà. L’alterazione del ritmo-sonno veglia può esserne un esempio: passare il proprio tempo in maniera improduttiva di notte, mentre il mondo è fermo, diventa anche un modo per alleviare i sensi di colpa di questo stile di vita. Nei casi più gravi, l’hikikomori può arrivare anche ad impedire che la luce penetri dalle finestre in modo da non poter distinguere il giorno dalla notte.

Queste quattro tipologie, però, non vanno considerate separate e distinte. È infatti molto probabile che tutte e quattro le motivazioni elencate siano presenti nella persona che decide di ritirarsi, per quanto alcune possano essere più preponderanti di altre.



## **1.6. Modelli psicologici**

### **1.6.1 Amae e amore oggettuale passivo**

Uno dei costrutti più accreditati che si pensa essere alla base dell'hikikomori è il concetto di amae, termine coniato da Takeo Doi nel 1973 nel libro Anatomia della dipendenza, e non è altro che il sostantivo del verbo ameru che significa “dipendere e presumere benevolenza da parte dell'altro”. La traduzione non è letterale in quanto nelle lingue occidentali non esiste una parola corrispondente dell'amae, lo stesso Doi afferma che il termine è rappresentativo di un sentimento esclusivamente giapponese (Crepaldi, 2019). Infatti, nella società giapponese, fin dalla nascita la dipendenza verso la benevolenza dell'altro è incoraggiata e vista come una forza unificatrice del gruppo, che mira all'armonia: la relazione tra gli individui ha maggior priorità rispetto all'individualità (Moretti, 2010). Il termine amae, inteso in termini di rapporto madre-figlio, diventa un rapporto di dipendenza e necessità di accudimento da parte del bambino, che anche se giustificato durante i primi anni di vita, se portato avanti oltre potrebbe instaurare dei comportamenti di iperprotettività da parte della madre ed il figlio, da un lato, potrebbe approfittarne, dall'altro, potrebbe sentirsi oppresso e reagire anche con violenza. Inoltre, l'amae ostacolerebbe la maturazione e sviluppo emotivo e del sé nel soggetto, non mettendolo in condizione di superare tappe evolutive necessarie per uscire dall'adolescenza (Crepaldi, 2019).

Il termine trova come corrispettivo più simile nella letteratura psicoanalitica italiana nell'amore oggettuale passivo di Balint (Cerutti et al., 2021), che è sintetizzabile nella frase “io sarò sempre amato, dovunque, in qualunque modo, senza il minimo sforzo da parte mia”, che altro non è che una tappa evolutiva del bambino che vede nella madre una sconfinata e onnipotente possibilità di ricevere amore senza alcun obbligo di reciprocità. È proprio questo costrutto evolutivo che se non superato, e protratto oltre il dovuto, impedirebbe uno sviluppo del sé e delle proprie capacità sociali adeguate ad affrontare le sfide che l'adolescenza e l'età adulta porranno all'individuo. (Società Psicoanalitica Italiana, l'amore primario, <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/amore-primario/>).

In linea con quanto detto, Lancini (2017) sostiene che l'aspetto fondamentale del ritiro sociale è il crollo dell'ideale infantile di fronte alle trasformazioni corporee, psichiche e relazionali che il soggetto è costretto ad affrontare durante l'età adolescenziale. Il ritiro è quindi causato da sostanziali fallimenti di compiti evolutivi propri dell'adolescenza. Chi, infatti, riesce a sopravvivere socialmente durante questa fase tende poi a crollare durante il primo o secondo anno del suo percorso universitario, o nell'introduzione nel mondo del lavoro, ritirandosi dalle scene sociali. Questo avviene perché porta con sé dei ritardi accumulati nella realizzazione di quelli che dovevano essere compiti evolutivi propri della fase di sviluppo appena conclusa e che tornano a galla lì dove la società ripropone all'individuo di fare i conti con sé stessi e con la realtà. Proprio attraverso questa dinamica è possibile spiegare come il secondo picco critico di fascia di età maggiormente a rischio per sviluppare ritiro sociale sia proprio quello post-diploma.

### **1.6.2. Compiti dello sviluppo e adolescenza**

Andando ad inquadrare il fenomeno dell'hikikomori con il concetto di compito di sviluppo di Havighrurst è possibile vedere come sono numerosi i compiti che l'individuo hikikomori non porta a termine durante l'adolescenza.

Com'è noto, Havighrurst definisce il concetto di compito di sviluppo nel 1948 come "un compito che si presenta in un determinato periodo del ciclo di vita dell'individuo, la cui buona risoluzione conduce alla felicità e al successo nell'affrontare i compiti successivi, mentre un fallimento o una cattiva risoluzione conduce all'infelicità".

Per quanto il costrutto sia datato, conserva tutt'oggi una certa valenza ed attualità nell'ambito dello studio dell'adolescenza (Wenxin *et al.*, 2006).

L'autore identifica per la fase adolescenziale dieci compiti di sviluppo:

1. Instaurare nuove relazioni mature con coetanei di entrambi i sessi.
2. Acquisire un ruolo sociale femminile o maschile.
3. Accettare e usare efficacemente il proprio corpo.
4. Acquisire indipendenza emotiva dai genitori o da altri adulti.

5. Acquisire indipendenza economica.
6. Orientarsi verso e prepararsi per un'occupazione professionale.
7. Prepararsi al matrimonio e alla vita familiare.
8. Sviluppare competenza civica.
9. Desiderare ed acquisire un comportamento socialmente responsabile.
10. Acquisire un sistema di valori e una coscienza etica come guida al proprio comportamento.

Come abbiamo già detto, le difficoltà relazionali, il rifiuto da parte dei pari, il bullismo e la mancanza di strumenti sociali efficienti sono alla base del ritiro sociale, questo va ad intaccare il primo e basilare dei compiti di sviluppo di Havighrurst "instaurare nuove relazioni mature con coetanei di entrambi i sessi" minando l'esperienza evolutiva dalle fondamenta.

Di conseguenza, anche il secondo punto "acquisire un ruolo sociale" finisce per assumere una valenza negativa senza un'integrazione nel gruppo dei pari.

Il terzo compito, che riguarda l'aspetto corporeo, non è esente da una sua importanza nel quadro fenomenologico dell'hikikomori, in quanto è proprio la corporeità che viene spesso omessa dalle interazioni, che tendono a ridursi esclusivamente alla forma virtuale. Inoltre se si vanno a vedere le diverse testimonianze sul sito dell'Associazione Hikikomori Italia sono spesso riportate difficoltà con il proprio corpo (M. Crepaldi, Storie, <https://www.hikikomoriitalia.it>).

Lì dove si è stabilito un rapporto di dipendenza simbiotica con un genitore, l'amae di cui abbiamo precedentemente parlato, non c'è lo sviluppo di un'indipendenza emotiva dai genitori, con la compromissione anche del quarto compito di sviluppo.

L'acquisire un'indipendenza economica è un altro aspetto importante: Furlong (2008) in un suo articolo riporta i dati e i cambiamenti che ci sono stati nel mercato del lavoro giapponese dal 1992 al 2003, passando da 1.7 milioni di offerte lavorative per i neodiplomati a 0.2; le tradizionali offerte di lavoro e la prevedibilità dei percorsi individuali sono drasticamente diminuite, rendendo l'acquisizione di un'indipendenza economica una fonte di enorme stress oltre che un compito evolutivo.

In Italia la situazione non è molto diversa, con un ingresso del mondo del lavoro molto proibitivo, registrando un tasso di disoccupazione giovanile del 32,6% nel 2018 (Crepaldi, 2019).

Viene poi intuitivo come quest'ultimo compito sia strettamente connesso al seguente "orientarsi verso e prepararsi per un'occupazione professionale", che se in Italia è ostacolato dalla mancanza di opportunità e una sfiducia di fondo, nel contesto giapponese è un aspetto ancor più forte lì dove la cultura dell'onore e del lavoro è così estenuante da aver dato vita al termine specifico di *karoshi*, che significa letteralmente "morte per troppo lavoro". Inoltre, questa cultura di completa abnegazione per il lavoro pone ulteriori pressioni sull'individuo, in particolare nella situazione familiare più emblematica dell'*hikikomori*, con un figlio unico maschio, un padre assente per gli eccessivi orari lavorativi ed una madre che racconta fin da piccolo al figlio le gesta eroiche del padre, in tal maniera il figlio si sentirà così ancor più pressato nel dover comportarsi nella stessa maniera da adulto (Ricci, 2008).

Quest'ultimo, e la mancanza del completamento del primo dei compiti dello sviluppo, i fallimenti nell'ambito sociale, possono poi direttamente inficiare con il successivo compito "prepararsi al matrimonio e alla vita familiare" a causa di una mancanza di fiducia nel prossimo e nelle proprie capacità di mantenersi e poter mantenere una famiglia.

L'*hikikomori* è anche ribellione, cinismo e disprezzo verso la società nel suo complesso (Crepaldi, 2019) ed è forse qui che finisce per approdare la necessità di soddisfare l'ultimo dei compiti di Havighryst, "acquisire un sistema di valori e una coscienza etica come guida al proprio comportamento": l'individuo può così assumere un sistema etico e di valori che non accetta e non vuole accettare quelle norme che la società impone loro, preferendo l'isolamento che l'omologazione.

Un altro modello con il quale è possibile esaminare il fenomeno dell'*hikikomori* è la teoria psicosociale dello sviluppo di Erikson (1950).

Erikson descrive l'intero arco di vita dell'uomo in otto stadi, ognuno associabile con lo sviluppo dell'identità dell'individuo. Nei diversi stadi entrano in gioco dimensioni non solo psicologiche, ma anche di natura sociale, funzionale e culturale. L'adolescenza in

particolare rappresenta un momento critico per la costruzione dell'identità sociale ed individuale, dominata dalla tensione tra identità e dispersione dell'identità. Per Erikson lo stadio più importante è tra i dodici-quattordici e i diciotto-diciannove anni, ovvero il quinto stadio: l'età dell'identità e della dispersione dei ruoli. Come abbiamo visto, questa è anche la fascia di età ad essere maggiormente a rischio per sviluppare hikikomori.

In questa fase l'individuo inizia a prendere consapevolezza delle caratteristiche della sua individualità, delle proprie preferenze e desideri, dei propri obiettivi, dei propri punti di forza e debolezza. Sperimenta diversi ruoli e, tramite l'identificazione nei pari o in altre figure adulte, ricerca modelli comportamentali su cui fare affidamento. È questa una fase nella quale si iniziano a formare i propri valori e norme di comportamento, che attraverso l'adesione al gruppo trovano conferma della loro adeguatezza.

L'hikikomori, quindi, in questa fase, sperimentando difficoltà relazionali e rifiuto da parte dei pari, con maggior difficoltà riuscirà ad acquisire quelle strategie di coping che li permetteranno di affrontare questa transizione, sviluppando un'identità negativa. Infatti, è questa per eccellenza la fase di passaggio tra l'infanzia e l'età adulta, che vede coesistere due tendenze: la prima che spinge verso l'età adulta, nuova e quindi preoccupante, e un'altra dominata dalla resistenza al lasciare la conosciuta e sicura infanzia. Proprio questa tensione sembra dare poi forma a quella tipologia di hikikomori che Fansten e colleghi (2014) chiamarono "a crisalide", dove l'isolamento ed il ritiro sociale diventa un modo per congelare il tempo, per evitare l'incombente dell'età adulta e delle sue responsabilità.

Subito dopo, per Erikson, c'è il sesto stadio: dell'intimità e solidarietà o dell'isolamento. Questo periodo va da circa venti anni e termina verso i trenta, periodo che abbiamo visto essere il secondo più a rischio, e, come sostenuto anche da Lancini (2017), nel quale c'è la possibilità che chi sia riuscito a sopravvivere l'adolescenza finisca per crollare proprio in questa fase.

In questo stadio è necessario per l'individuo riuscire ad accettare quelli che sono gli impegni dell'età adulta e poter stringere rapporti interpersonali, anche con l'altro sesso, di maggior spessore ed intimità: investire in legami più stabili e maturi.

Il fallimento delle precedenti tappe evolutive può portare il giovane adulto a percepire che il proprio progetto esistenziale non sta procedendo e tenderà ad isolarsi e ritirarsi. Sebbene questi due stadi siano i più critici per lo sviluppo dell'identità, ogni altro stadio precedente partecipa al riuscimento di questi, in particolare non sono da trascurare il primo ed il secondo stadio: fiducia o sfiducia di base e autonomia opposta a vergogna. Questi due stadi influenzano molto due punti importanti che sono stati osservati nell'hikikomori: una correlazione positiva con uno stile di attaccamento insicuro-ambivalente e un forte sentimento di vergogna.

Il primo stadio, della fiducia o sfiducia di base, va dalla nascita a circa diciotto mesi. In questa fase il bambino, grazie al rapporto con la madre, può conciliarsi con il mondo esterno dopo la nascita. La presenza di una madre attenta e premurosa, ma non eccessivamente frustrante, mette il bambino nelle condizioni di provare un basilare sentimento di sicurezza nella vita, di apprendere di potersi fidare del mondo e delle sue capacità e di riuscire a tollerare senza eccessiva angoscia le momentanee assenze dei caregiver. In caso alternativo, il bambino svilupperà sfiducia nelle proprie capacità e nelle capacità dell'ambiente di provvedere ai suoi bisogni.

A tal riguardo è interessante sapere che in Giappone, culla natale dell'hikikomori, è stato osservato che i bambini hanno riportato di avere una percentuale maggiore di attaccamento insicuro-ambivalente in rapporto a bambini occidentali (Dickstein et al., 2009).

Il secondo stadio evolutivo di Erikson, invece, è quello dell'autonomia o della vergogna, e va da 18 mesi ai 3 anni di età.

Durante questa fase il bambino compie i primi passi di distanziamento ed esplorazione, assistito da una madre che non disapprova e non scoraggia eccessivamente i suoi primi tentativi di autonomia. Il bambino tramite il controllo sfinterico, motorio e prensile sperimenta le sue capacità e possibilità, limitando i suoi sforzi a ciò che riesce a compiere, riuscendo ad apprezzare i suoi piccoli traguardi senza eccessivi sentimenti di fallimento.

Se la madre non è invece capace di fungere da guida, perché poco presente o perché non incentiva l'esplorazione, o se è troppo proibitiva, il bambino sperimenterà eccessivi

sentimenti di inadeguatezza e vergogna che lo porteranno ad avere paura di sbagliare, alla possibilità di bloccare l'esplorazione del mondo esterno e a limitare il suo processo di distanziamento. Questo è possibile anche se la madre si sostituisce a lui nei suoi tentativi di esplorazione e messa alla prova.

Al punto, infatti, è stato osservato che i genitori giapponesi tendono ad anticipare i bisogni dei loro bambini, più che aspettare che sia il bambino a comunicare i propri bisogni (Clancy, 1986).

Si può ipotizzare che questo dipenda da predisposizioni culturali dei caregiver ad offrire una modalità di regolazione basata sull'esterno, sulla dipendenza emotiva, più che sull'auto-regolazione, ma che allo stesso tempo sia legato proprio a quell'eccessivo senso di vergogna e necessità di accettazione che genera l'hikikomori.

Krieg e Dickie (2013) hanno indagato le relazioni tra gli stili di attaccamento e il ritiro sociale tramite un modello psicosociale. In particolare, sono stati messi in relazione i tratti temperamentali di timidezza, gli stili di attaccamento, il rifiuto materno ed il rifiuto da parte dei pari tra un gruppo di soggetti hikikomori ed un gruppo di controllo.

Sono risultati diversi punti significativi:

- È stata osservata una prevalenza degli stili di attaccamento ambivalente nel gruppo hikikomori che in quello di controllo, in particolare è risultato che uno stile di attaccamento ambivalente prediceva il ritiro sociale in misura maggiore di quello evitante.
- Il rifiuto parentale è stato rilevato in maggior numero nei soggetti hikikomori. Sono stati poi esaminati tre tipi di rifiuto parentale: ignorare, cacciare di casa, minacciare di perdere la relazione. Solo la minaccia di perdita della relazione è risultato significativo nel predire l'hikikomori.
- I soggetti hikikomori hanno ottenuto punteggi significativamente più alti nella Traits Shyness Scale del campione di controllo, mostrando quindi una maggior prevalenza nell'hikikomori di tratti temperamentali di timidezza.

- I soggetti hikikomori sono stati più spesso vittima di rifiuto da parte dei pari del gruppo di controllo, in particolare durante le scuole medie, mentre non è risultata significativa la differenza durante la scuola elementare.
- Il rifiuto parentale prediceva in maniera significativa l'attaccamento ambivalente e il rifiuto da parte dei pari, ma non direttamente l'hikikomori.
- Tratti temperamentali di timidezza sono risultati correlati all'attaccamento ambivalente, ma non predicevano da soli il ritiro sociali.
- Un attaccamento ambivalente e il rifiuto da parte dei pari, insieme, predicevano l'insorgenza di hikikomori.

Questi risultati suggeriscono che il profilo hikikomori sia come quello di un soggetto già limitati nelle iniziative di esplorazioni durante i primi anni di vita e che nel vivere il rifiuto da parte dei pari vede il fallimento delle strategie sociali precedentemente apprese, decidendo di ritirarsi per proteggersi dai vissuti di vergogna che stanno segnando la sua esperienza.

### **1.6.3. Una visione multifattoriale**

L'ipotesi di modello più recente è stata elaborata da Kato e colleghi nel 2019.

Gli autori hanno cercato di raggruppare e sintetizzare tutti i fattori psicologici, culturali, sociali ed economici alla base della genesi dell'hikikomori, che possa essere valido sia per il Giappone che per il resto del mondo. Cercheremo qui di riassumerlo al meglio.

Per prima cosa, gli autori affermano che c'è una grande possibilità che gli aspetti socioculturali giapponesi siano stati il fattore vitale per l'apparizione dell'hikikomori in Giappone.

Le persone giapponesi, infatti, tendono specialmente ad essere sensibili alla vergogna, ad avere particolare attenzione al prossimo ed al prediligere l'armonia di tutti più del singolo.

Alla base degli aspetti familiari del fenomeno c'è da una parte quella forte relazione con la figura materna chiamata l'amae, l'iperdipendenza e l'iperprotezione da parte dei



genitori, e dall'altra la figura di un padre assente. Queste dinamiche familiari rendono difficile per il bambino distaccarsi dalla madre e gli forniscono un ambiente nel quale è facile stare a casa.

Per l'aspetto scolastico, la recente introduzione di una politica educativa più rilassata, meno competitiva, ha, per lo meno in maniera superficiale, ridotto l'impatto della competitività sui ragazzi. In ogni modo, in realtà, molti studenti rimangono altamente preoccupati dagli obiettivi scolastici e all'esame finale. Inoltre, una lunga recessione economica ha incrementato la disoccupazione e fatto collassare un sistema lavorativo che garantisse un reddito a vita, slittando verso un maggior sistema retributivo basato sul merito e al lavoro non regolare. In questa maniera, gli aspetti lavorativi e scolastici giapponesi tendono ad indurre una varietà di stimoli stressanti nella vita dei giovani.

Si ha più difficoltà nel riuscire ad entrare nell'università o nelle compagnie lavorative che davvero si desiderano, o, lì dove si venisse accettati da queste istituzioni, più facilmente si entra in conflitto competitivo con i propri compagni di corso o colleghi, il che potrebbe indurre al bullismo.

Quando tutte queste situazioni si vengono a manifestare è possibile che in risposta sorgano strategie evitanti; risposte emotive e cognitive come la depressione, diminuzione della motivazione, fobia sociale, sfiducia, rabbia, iperdipendenza e vergogna. Così come comportamenti associati all'hikikomori, come l'evitamento alla partecipazione sociale, fuga dalla realtà della vita e ritiro nel mondo di internet.

Quando queste situazioni continuano per più di sei mesi possiamo definirle come hikikomori.

## 1.7. Covid e hikikomori

La pandemia da Covid-19 ha portato a misure contenitive come il lockdown, costringendo un grandissimo numero di persone a restare nelle proprie abitazioni, chi con famiglia o partner, chi da solo.

Per quanto questo isolamento forzato sia simile a quello che è lo stile di vita dell'hikikomori conserva la profonda differenza dell'essere forza, mentre l'hikikomori abbraccia il ritiro volontariamente.

Già in passato si sono studiati gli effetti psicologici causati da epidemie e relative quarantene (Reynolds et al., 2008) rivelando come avessero influenzato in negativo la salute mentale, con aumenti di casi di disturbi d'ansia, depressione e in particolare comportamenti evitanti; così come già è stato osservato che eventi traumatici, di natura sociale, economica o politica, possano indurre comportamenti evitanti e favorire un'insorgenza dell'hikikomori (Kato et al., 2019). La condizione di isolamento a lungo andare può far sviluppare profondi sentimenti di solitudine, che sono poi fattori di rischio per l'insorgenza di disturbi mentali (Kato et al., 2019).

Questi aspetti, insieme all'aumento dell'utilizzo di internet e alla crisi economica, fanno ipotizzare che il Covid-19 porterà ad un aumento di casi hikikomori (Kato et al., 2020).

Inoltre, in particolare gli adolescenti si trovano in una fase critica per lo sviluppo di hikikomori, durante le ondate pandemiche questo aspetto può aver avuto un ulteriore impatto negativo sui giovani, che hanno visto drammaticamente alterati i propri obiettivi ed aspettative. In circostanze normali, il vissuto di reclusione per tre mesi è da considerarsi pre-hikikomori e questo ha messo tutti loro nella condizione di sperimentarlo forzatamente (Rooksby et al., 2020).

Al momento pare che le conseguenze della pandemia in relazioni all'hikikomori possano manifestarsi in tre possibili scenari (M. Crepaldi, Conseguenze del Coronavirus sull'hikikomori, in <https://www.hikikomoriitalia.it/2020/10/le-conseguenze-del-coronavirus.html>):

1. Il primo scenario riguarda chi già prima del lockdown cominciava a mostrare una tendenza al ritiro sociale, ma continuava a conservare uno stile di vita normale, mantenendo contatti sociali con il resto del mondo. Possiamo considerare questi soggetti i pre-hikikomori o hikikomori al primo stadio, che pur cominciando a percepire una tendenza all'isolamento ne impongono una resistenza. In seguito alla reclusione forzata, questi soggetti possono aver subito un'esacerbazione della loro condizione e pur terminata la quarantena possono aver trovato difficoltà a riprendere le vecchie attività.
2. Il secondo riguarda quell'hikikomori che prima della reclusione forzata avevano già iniziato un percorso di recupero dal ritiro sociale, ma che in seguito al lockdown hanno subito una retrocessione dei loro processi di reinserimento nella società e anzi hanno visto sorgere un nuovo problema che maggiormente giustifichi la loro condotta: la paura del contagio.
3. Un ultimo scenario è quello di quei soggetti che erano già in una condizione hikikomori prima dell'arrivo del lockdown. Questi soggetti possono aver sentito un senso di sollievo, di una riduzione di pressione dal senso di colpa dell'essere ritirati, in quanto la loro condotta era legittimata e normalizzata.

In particolare, in riferimento a quest'ultimo scenario, Crepaldi afferma che questi soggetti hanno sperimentato una diminuzione della pressione della loro condizione, perché con la società bloccata hanno potuto finalmente sentirsi normali ed al pari degli altri. Anche la pressione genitoriale al farli uscire di casa si è alleggerita, fattore che da un lato assume una valenza positiva, in quanto forzare e pressare un hikikomori ad uscire di casa non è mai una buona idea, dall'altro può assumere una connotazione negativa se significa sottostimare il problema del ragazzo, con il rischio di perdere tempo utile per lavorare sulla problematica e facilitarne una cronicizzazione. Crepaldi aggiunge "L'isolamento di un hikikomori non è, infatti, il problema in sé, ma piuttosto un sintomo di un problema che rimane psicologico-adattivo. Se una persona sta bene, tenderà spontaneamente a ricercare la socialità".

Altro aspetto importante per questi ultimi, coloro che erano hikikomori già pre-covid, è il contraccolpo che possono aver vissuto alla fine del lockdown. Se in un primo momento hanno percepito sollievo, quando la società è tornata alla vita possono aver vissuto in un sol colpo la fine di questa illusione di parità con gli altri e una maggior sofferenza della loro condizione.

Dall'altro lato della medaglia, Wong (2020) ha ipotizzato che il lockdown ha messo le persone nelle condizioni di sperimentare il distanziamento sociale e la solitudine per diversi mesi, permettendole così di meglio comprendere ed empatizzare il ritiro sociale dei giovani. Questo è un fattore che potrebbe beneficiare a futuri lavori con la comunità per gli hikikomori.

Un recente studio (Gavin e Brosnan, 2022) ha messo in relazione l'utilizzo di internet e il rischio di sviluppare hikikomori durante la pandemia. Contrariamente a quanto aspettato, lo studio ha mostrato che, per quanto generalmente l'utilizzo di Internet sia associato ad un maggior rischio di sviluppare hikikomori, durante il periodo di lockdown si è mostrato un fattore protettivo. L'utilizzo di social media è risultato associato ad un minor rischio di sviluppare hikikomori. È probabile, infatti, che essendo l'hikikomori caratterizzato da ritiro sociale, il mantenersi in contatto tramite internet in un periodo di ritiro sociale forzato sia stato più sintomo di necessità di socializzare e sentirsi vicini agli altri, piuttosto che un sintomo di pre-hikikomori.

Gli autori ipotizzano, però, anche che alcune abitudini tecnologia-dipendenti che si sono stabilite durante la pandemia, come il food-delivery, lo shopping online e il socializzare tramite piattaforme online, possano restare di comune utilizzo e ulteriormente rafforzare la condizione degli hikikomori.

In ogni caso pare, al momento, che la pandemia sia direttamente connessa con i fattori predisponenti all'hikikomori e che abbia avuto un effetto negativo sul peggioramento di chi era già nel continuum fenomenologico dell'hikikomori, ma non direttamente sul suo esordio. Quindi l'esordio di nuovi casi sarebbe maggiormente connesso ad individui pre-hikikomori che al resto della popolazione e che la condizione di ritiro sociale sia non direttamente connessa alla pandemia, ma più collegata a fattori individuali e ambientali (Bagnato, 2021).

## CAPITOLO II: L'indagine

### 2.1. Introduzione

L'hikikomori è un fenomeno di grave ritiro sociale nel quale l'individuo abbandona la scuola, il lavoro e qualunque altra interazione sociale dal vivo per isolarsi nella propria stanza o abitazione.

Il fenomeno è nato in Giappone e in principio si è pensato che potesse essere una sindrome culturale giapponese, ma le sempre più frequenti rilevazioni nel resto del mondo hanno fatto evincere che non è un problema solo giapponese (Kato et al., 2019). Le due fasce d'età che sembrano essere le più critiche per l'esordio del fenomeno sono dai 15 ai 19 anni e dai 20 ai 29 anni (Tajan et al., 2017). Mentre sembra che il genere più colpito sia quello maschile, con una prevalenza compresa tra il 70% e l'80% (Furlong 2008). Per quanto successivi studi hanno confermato questa tendenza, altri hanno mostrato oscillazioni di prevalenza meno marcate, fino a tra il 53% e il 66%, e hanno aperto l'ipotesi che possa esserci una porzione di hikikomori femminili sottostimati o non rilevati per motivi culturali e di ruoli di genere (Crepaldi, 2019; Furlong, 2008; Tajan, 2017; Yong e Nomura, 2019).

Non sono ancora disponibili in Italia dati ufficiali sulla prevalenza del fenomeno. Nel 2018 l'Ufficio Scolastico Regionale dell'Emilia-Romagna ha stimato una prevalenza di presunti hikikomori dello 0.3% degli studenti della scuola primaria e secondaria di I e II grado di quell'anno, ed ad oggi si ipotizza un numero di 100.000 hikikomori in Italia (<https://www.hikikomoriitalia.it/p/the-yomiuri-shimbun.html#:~:text=SI%20IPOTIZZA%20CI%20SIANO%20CIRCA,siano%20circa%20100%20mila%20hikikomori.>).

Dal 2020 l'Italia è stata colpita dalla pandemia del Covid-19 e dal 9 marzo 2020 è stata applicata come misura contenitiva un lockdown generale su tutta la nazione, costringendo quasi tutto il paese a restare nelle proprie abitazioni e proseguire il lavoro in smart working e la scuola con didattica a distanza online. Già in passato sono state esaminate le conseguenze psicologiche di epidemie, quarantene ed isolamento

mostrando come possano portare ad aumento del senso di solitudine e l'insorgenza di disturbi mentali (Reynolds et al., 2008; Kato et al., 2019).

Questo fattore può avere un effetto diretto sull'esordio dell'hikikomori, in particolare per i pre-hikikomori o coloro che si trovano nel primo stadio (Bagnato, 2021; M. Crepaldi, Conseguenze del Coronavirus sull'hikikomori, <https://www.hikikomoriitalia.it/2020/10/le-conseguenze-del-coronavirus.html>).

Questo lavoro indagherà qual è la situazione di rischio di sviluppare hikikomori in Italia e in particolare nel periodo a cavallo della terza ondata pandemica nel mese di Aprile 2021, tramite l'utilizzo dell'HQ-25 (Teo et al., 2018) somministrato a studenti dell'Università di Parma. Inoltre, metterà in luce la differenza di genere nel rischio di sviluppare hikikomori in Italia. Il questionario è di recente validazione e le sue applicazioni in Italia sono ancora altamente ridotte, motivo per il quale, oltre a riportarne i risultati, si effettuerà un test della coerenza interna con un campione di giovani adulti italiani.

## **2.2. Obiettivi**

Gli obiettivi del lavoro sono fornire dati al riguardo del rischio di sviluppare hikikomori per giovani adulti tra i 19 e i 25 anni in Italia durante la terza ondata pandemica Covid-19 e metterne in luce le differenze di genere.

Inoltre, essendo il test utilizzato di recente validazione, è stato eseguito un ulteriore controllo della coerenza interna con soggetti italiani.

## **2.3. Metodo**

### **2.3.1. Partecipanti**

Tutti i soggetti sono studenti dell'Università di Parma, delle facoltà di Economia, Psicologia, Scienze dell'educazione e Ingegneria. Il loro campionamento ha avuto come unici criteri di inclusione l'essere nella fascia di età di interesse e aver compilato il test

nel mese di Aprile 2021 al fine di mantenere ulteriori condizioni del campione randomizzate ed essere rappresentative della possibile eterogeneità della loro popolazione.

I soggetti che hanno partecipato all'indagine sono stati in principio 778. Di questi sono stati esclusi dall'analisi: 6 che hanno definito il loro genere come "altro" o "preferisco non rispondere" (esclusivamente per il loro ridotto numero); 69 in quanto avevano un'età superiore ai 25 anni, distribuendosi con frequenze altamente eterogenee fino all'età di 50; 24 perché hanno riportato i risultati del test al di fuori del periodo di interesse, distribuendosi da Maggio a Luglio del 2021. I restanti soggetti sono quindi stati 679, con età compresa tra i 19 e i 25 anni, età media di 20.9 e deviazione standard 1.5 anni (la Tabella 1 mostra in dettaglio le loro frequenze e percentuali per età).

Di questi 679 soggetti, le femmine sono 538 (79.2%) e i maschi 141 (20.8%).

<b>Età</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>19</b>	132	19.4
<b>20</b>	186	27.4
<b>21</b>	149	21.9
<b>22</b>	103	15.1
<b>23</b>	61	8.9
<b>24</b>	26	3.8
<b>25</b>	22	3.2
<b>Totale</b>	679	

Tabella 1. Frequenze e percentuali per l'età dei soggetti.

### 2.3.2. Strumenti

Il test utilizzato è una versione tradotta in italiano dell'Hikikomori Questionnaire (HQ-25) validato nel 2018 da Teo, Chen e colleghi in Giappone. La traduzione è avvenuta in back translation ed è già stata usata in Italia (Sulla et al., 2020). L'HQ-25 è un questionario autosomministrato che valuta il rischio di sviluppare hikikomori attraverso 25 domande riguardanti le caratteristiche psicologiche ed i patterns di comportamento tipicamente associati in letteratura con il fenomeno, come mancanza di contatti sociali, evitamento di situazioni sociali, ricerca attiva dell'isolamento e senso di alienazione dalla società (Kondo et al., 2013; Li e Wong, 2015; Teo, 2010; Teo e Gaw, 2018; Uchida e Norasakkunkit, 2015). Le domande sono in scala tipo Likert con punteggi da 0 (fortemente in disaccordo a 4 (fortemente in accordo), con 6 reverse items per ridurre un possibile bias di acquiescenza e fanno riferimento ai 6 mesi antecedenti la somministrazione. Alcuni esempi degli items utilizzati sono: Evito di parlare con la gente; Mi chiudo in camera mia; Non ho nessuno con cui parlare di cose che mi stanno a cuore; Mi piace stare in situazioni sociali (nel caso di reverse items). Il punteggio individuale varia da 0 a 100 con un punteggio cut-off di 42 che stabilisce soggetti a rischio e soggetti non a rischio con una sensibilità del 94% e una precisione del 61%. Lo studio è avvenuto su un campione di 399 soggetti giapponesi con età compresa tra i 15 e i 50 anni di cui 170 volontari sani, 229 pazienti con diagnosi psichiatrica, nel 50,5% del totale di sesso maschile.

Nello studio di Teo e colleghi (2018) gli items candidati al test erano 59 ed in seguito all'analisi fattoriale ne sono stati selezionati 25, suddivisi in 3 sottoscale: 11 per Socializzazione (evitamento della socializzazione), 8 items per Isolamento (ricerca attiva dell'isolamento) e 6 items per Supporto emotivo (percezione di supporto emotivo da parte di persone vicine). La consistenza interna è stata valutata tramite l'alpha di Cronbach risultando di 0.96 per l'intera scala, 0.94 per la sottoscala socializzazione, 0.91 per isolamento e 0.88 per supporto emotivo.



Gli autori hanno poi misurato la validità convergente con altri 3 questionari già validati: la The Revised University of California Los Angeles (R-UCLA) Loneliness Scale, che misura il senso di solitudine dei soggetti (Kudoh e Nishikawa, 1983; Russel et al. 1978); la The Preference for Solitude Scale, che misura la preferenza per la solitudine (Burger, 1995); la The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, che misura la percezione di supporto da parte di famiglia, amici ed altre persone vicine (Isawa et al.,2007; Zimet GD. et al., 1988). L’HQ-25 ha mostrato una correlazione positiva sia con la (R-UCLA) Loneliness Scale ( $r=0.88$ ,  $p<0.0001$ ) che con la The Preference for Solitude Scale ( $r=0.73$ ,  $p<0.0001$ ) e una correlazione negativa con la The Multidimensional Scale of Perceived Social Support ( $r=0.81$ ,  $p> 0.0001$ ).

Over the last 6 months, how accurately do the following statements describe you?					
	Strongly disagree	Somewhat disagree	Neither agree nor disagree	Somewhat agree	Strongly agree
1	0	1	2	3	4
2	0	1	2	3	4
3	0	1	2	3	4
4 <sup>†</sup>	0	1	2	3	4
5	0	1	2	3	4
6	0	1	2	3	4
7 <sup>†</sup>	0	1	2	3	4
8	0	1	2	3	4
9	0	1	2	3	4
10 <sup>†</sup>	0	1	2	3	4
11	0	1	2	3	4
12	0	1	2	3	4
13	0	1	2	3	4
14	0	1	2	3	4
15 <sup>†</sup>	0	1	2	3	4
16	0	1	2	3	4
17	0	1	2	3	4
18	0	1	2	3	4
19	0	1	2	3	4
20	0	1	2	3	4
21 <sup>†</sup>	0	1	2	3	4
22	0	1	2	3	4
23	0	1	2	3	4
24	0	1	2	3	4
25 <sup>†</sup>	0	1	2	3	4

The HQ-25 has a theoretical score range of 0–100.  
<sup>†</sup>Item was reverse-scored.

Figura 1. Hq-25 (Teo et All.,2018)

Dopo un mese, è stato effettuato un test-retest per valutarne l'affidabilità su un sottocampione di 121 soggetti, che hanno partecipato anche alla somministrazione iniziale, riportando un'alta stabilità ( $r = 0.92$ ,  $p < 0.001$ ).

Infine, il punteggio al test HQ-25 è stato confrontato con l'esito diagnostico di un colloquio semi-strutturato per valutarne la capacità discriminante e stabilire un cut off sensibile e specifico, tramite curva ROC: L'AUC è risultata essere dello 0.86 (95% di intervallo di fiducia: 0.80-0.91).

L'HQ-25 ha quindi mostrato avere proprietà psicometriche robuste e una buona accuratezza diagnostica. In Figura 1 è presente il questionario completo.

### **2.3.3. Procedura**

I dati sono stati raccolti nel mese di Aprile del 2021 tramite autosomministrazione online della versione tradotta in italiano dell'HQ-25 in formato digitale, mediante la piattaforma Google Forms. I soggetti hanno accettato volontariamente di partecipare all'indagine. Oltre ai 25 items dell'HQ-25, è stato chiesto loro di specificare età e genere. Per quanto riguarda le variabili dipendenti, oltre al risultato finale del questionario, ed alla sua relativa classificazione "soggetti a rischio" e "soggetti non a rischio", sono stati considerati anche i punteggi delle singole sottoscale.

### **2.3.4. Analisi**

Per le analisi è stato usato il software statistico R (versione 4.2.0).

Per testare la consistenza interna è stata misurata l'alpha di Cronbach per il questionario nel suo complesso e per le sue singole sottoscale, tramite in pacchetto psych.

Per valutare la relazione tra genere e la possibilità di essere a rischio è stata prodotta una tavola di contingenza ed è stata valutata la significatività dell'associazione con il test del Chi-quadrato.

Per finire, al fine di valutare la significatività delle differenze tra maschi e femmine per il punteggio totale e per le singole sottoscale è stato eseguito il test t di Student (t-test) per campioni indipendenti.

La soglia di significatività utilizzata è stata  $\alpha < .05$ .

## 2.4. Risultati

La consistenza interna ha mostrato: un'ottima affidabilità per la scala nel suo complesso ( $\alpha=.90$ ); un'affidabilità ottima per la sottoscala Socializzazione ( $\alpha=.88$ ); un'affidabilità accettabile per la sottoscala Isolamento ( $\alpha=.79$ ), che diventerebbe buona ( $\alpha=.83$ ) eliminando l'item 5 " Non vivo secondo le regole e i valori della società"; un'affidabilità accettabile per la sottoscala Supporto emotivo ( $\alpha=.73$ ), che migliorerebbe ( $\alpha=.76$ ) eliminando l'item 4 "Sono poche le persone con le quali riesco a parlare di questioni importanti".

I punteggi dell'intero campione hanno riportato: M= 17.01 e S.D.= 8.65 per Socializzazione; M= 13.93 e S.D.= 4.97 per Isolamento; M= 8.20 e S.D.= 4.52 per Supporto emotivo; M= 39.15 e S.D.= 14.95 per il punteggio totale.

La tabella di contingenza ha mostrato che 214 soggetti femminili, dei totali 583, e 52 dei soggetti maschi, dei totali 141, sono risultati essere a rischio, rispettivamente il 39.77% del campione femminile e il 36.83% del campione maschile, mentre il 39.1% dell'intero campione è risultato essere a rischio (Tabella 2).

		Rischio		
Genere		Non a Rischio	A rischio	Totale
Maschio	F	89	52	141
	%	63.1	36.8	100
Femmina	F	324	214	538
	%	60.2	39.7	100
Totale	F	413	266	679
	%	60.8	39.1	100

Tabella 2. Frequenze e percentuali di soggetti a rischio e non di sviluppare hikikomori del campione totale.

Il test del Chi-quadrato tra i due gruppi è risultato essere  $\chi^2 (1, N= 679) = 0.394, p= 0.530$  (95% C.I. =  $-.528; 0.276$ ), non mostrando associazione significativa tra genere e l'essere a rischio.

Il t-test tra maschi e femmine ha riportato i seguenti risultati: per Socializzazione  $t (677) = 1.51, p=.013(d= 0.14)$ , 95% C.I.  $[-0.43; 0.32]$ ; per Isolamento  $t(677) = 1.19, p=.023(d= 0.11)$ , 95% C.I.  $[-0.70; 0.29]$ ; per Supporto emotivo:  $t (677) = -2.29, p=.022(d= 0.21)$ , 95% C.I.  $[-0.40; -0.03]$ ; e per il punteggio totale  $t(677) = 0.57, p=.56(d= 0.05)$ , 95% C.I.  $[-0.13; 0.24]$ . Questi risultati definiscono come l'unica differenza significativa sia quella ottenuta nei punteggi di Supporto emotivo, per quanto con un effetto molto debole, nei quali i maschi hanno ottenuto punteggi lievemente maggiore (Grafico 1).

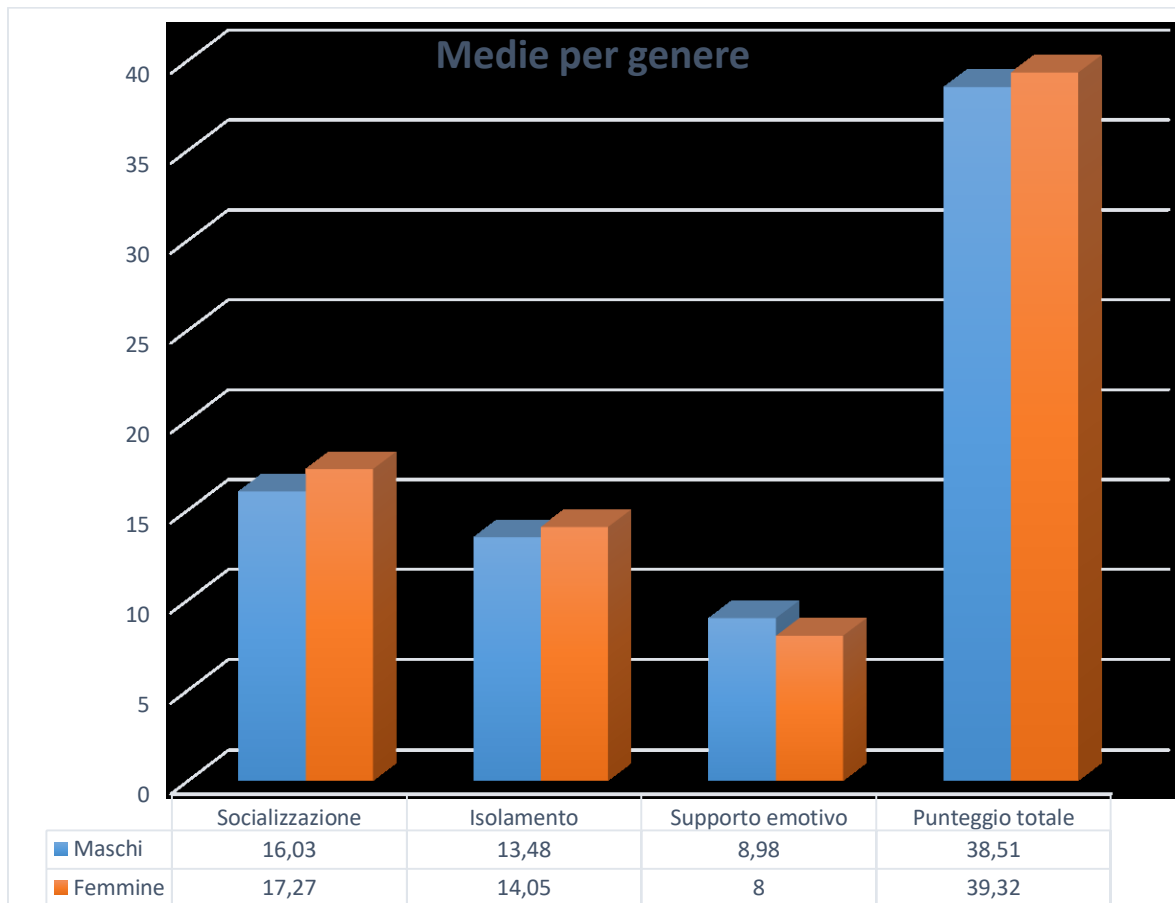


Grafico 1. Medie dei due gruppi. Maschi: Socializzazione  $M= 16.03 (SD= 8.45)$ ; Isolamento  $M=13.48 (SD= 4.99)$ ; Supporto emotivo  $M= 8.98 (SD= 4.42)$ ; Totale  $M= 38.51 (SD= 14.68)$ . Femmine: Socializzazione  $M= 17.27 (SD= 8.69)$ ; Isolamento  $M= 14.05 (SD= 4.99)$ ; Supporto emotivo  $M= 8 (SD= 4.52)$ ; Totale  $M= 39.32 (SD= 15.03)$ .

## 2.5. Discussione

L'ottima coerenza interna mostra ulteriormente come questo test abbia un'ottima attendibilità anche nella sua versione italiana e con un campione italiano. In particolare, la sottoscala di Socializzazione mostra una coerenza interna ottima, gli autori del test (Teo et al., 2018) propongono l'utilizzo esclusivo di questa sottoscala come versione ridotta del test: L'HQ-11.

Importante limite del lavoro è l'utilizzo del cut-off giapponese per valutare chi fossero i soggetti a rischio è chi no italiani, non essendo ancora stato misurato un cut-off di rischio del test in Italia. È quindi un dato indicativo che mostra numeri allarmanti. Probabilmente un cut-off italiano sarebbe più alto, a causa di un contesto sociale che presenta fattori culturali meno rigidi di quello giapponese, attutendone la gravità. Possiamo, però, interpretarne il valore in relazione alla media del punteggio complessivo, che non è da considerarsi basso. Infatti, la media dei punteggi totali non si discosta molto da quella rilevata da Teo e colleghi (2018) in Giappone che è stata di 41.1 (SD=22.3), ciò significa che la sofferenza sociale rappresentata da questi risultati in tempi di pandemia in Italia non è troppo lontana da quella Giapponese pre-pandemia.

La mancanza di dati relativi a questo test somministrato pre-pandemia in Italia rende difficile poter giungere a conclusioni assolute.

Gli unici dati dell'HQ-25 somministrati in Italia pre-pandemia provengono da Amendola e colleghi (2021) su 47 soggetti con età compresa tra i 18 e i 25 anni, riportando una media del punteggio di 22.25 (SD = 15.07), e da un altro studio di Sulla e colleghi (2020) utilizzando la versione ridotta HQ-11 su 336 soggetti di età compresa tra i 14 e i 20 anni. Entrambi gli studi hanno un limite per il confronto con i dati di questo lavoro: il primo la numerosità campionaria ed il secondo la fascia d'età indagata.

Ciò nonostante, le medie dei punteggi di questi studi, che sia dell'intero HQ-25 che del HQ-11, sono sensibilmente più basse di quelle riscontrate in questo lavoro, confrontandole rispettivamente con la media del punteggio totale e quella della sottoscala Socializzazione. Questo ci può far allora ipotizzare che la pandemia può aver

avuto un impatto negativo sulla percezione sociale dei giovani, favorendone la possibilità di nuovi esordi hikikomori.

Non risulta alcuna differenza di genere nel punteggio totale, né per le singole sottoscale, anzi i punteggi femminili sono lievemente più alti, per quanto non significativi, come è risultato anche nello studio di Sulla e colleghi (2020). Solo nella sottoscala Supporto emotivo i punteggi maschili sono significativamente più alti di quelli femminili, seppur in maniera molto debole. Se si considera che il dato maggioritario trova una netta prevalenza di hikikomori maschili (Crepaldi, 2019; Furlong, 2008; Suwa, 2002; Tajan, 2017), questo lavoro mostra che il rischio di sviluppare hikikomori è invece lo stesso tra i due generi.

Questo dato si presta, quindi, ora a due possibili interpretazioni: c'è realmente una sottostima statistica di donne hikikomori, che per pregiudizi di ruolo di genere rimangono non rilevate, o che la donna abbia dei fattori protettivi che le permetta di non sfociare nel ritiro sociale grave.

Per il primo punto sono necessari altri studi e, soprattutto, l'abbattimento di pregiudizi su ruoli di genere per poter avere risposte più chiare.

Per il secondo, considerando anche i punteggi più alti dei maschi nella sottoscala Supporto emotivo, quindi una maggiore percezione di mancanza di supporto emotivo da parte degli altri, un possibile fattore protettivo femminile può essere la ricerca di aiuto.

È stato già osservato che le donne sono maggiormente inclini a cercare aiuto in caso di disagio psichico (Clement et al., 2015; Judd et al., 2008; Rickwood e Braithwaite, 1994) ed è stato anche osservato come il ritardare la richiesta di aiuto, o non richiederla, peggiora gradualmente la situazione, anche lì dove è un familiare a farlo per conto dell'hikikomori (Kondo et al., 2013). È quindi ipotizzabile che le donne ricerchino sostegno psicologico maggiormente degli uomini prima di aggravare una possibile condizione hikikomori e sviluppare quei forti sentimenti di sfiducia che rendono il recupero più arduo.

## 2.6. Conclusione

Possiamo affermare che i punteggi dell'HQ-25 rilevati in Italia non siano dei più ottimistici, l'utilizzo del cut-off giapponese in Italia ci direbbe che poco meno della metà dei giovani italiani siano a rischio di sviluppare hikikomori, se davvero fosse così la situazione sarebbe davvero allarmante. Ciò nonostante, escludendone il criterio di classificazione, la media dei punteggi complessivi è molto vicina a quella rilevata in Giappone e di sé per sé rimane un dato importante. Il covid-19 ha probabilmente giocato un ruolo rilevante andando a paragonare questi risultati a quelli pre-pandemia. In particolare, ha avuto un impatto considerevole nella sottoscala della Socializzazione, quindi direttamente su quanto i giovani tendino ad evitare la socialità.

È questa una condizione che andrebbe monitorata in futuro, sperando che il tornare sempre più alla normalità porti i dati ad essere meno preoccupanti, un'ulteriore somministrazione dell'HQ-25 ad oggi, con restrizioni per il Covid-19 allentate, potrebbe mostrare se c'è stato un recupero, una stabilizzazione o un continuo peggioramento della percezione sociale dei giovani.

La mancanza di diversità di genere fa ipotizzare che le donne condividano con l'uomo il rischio di sviluppare hikikomori, ma che solo una porzione finisca poi nel vero ritiro sociale. I punteggi più alti della sottoscala Supporto emotivo per i maschi e la maggior inclinazione delle donne a chiedere supporto può essere tradotto come un importante fattore protettivo, e riuscire a trasmettere e sensibilizzare ad un'immagine più accogliente e positiva dei servizi potrebbe giocare un ruolo chiave sulla prevenzione.

## **CAPITOLO III: Intervento e prevenzione**

### **3.1. Alcune linee di intervento**

Crepaldi (2019) nel suo libro espone come da circa inizio anni duemila in Giappone siano nate delle vere e proprie organizzazioni e figure specializzate denominate in gergo “estrattori di hikikomori”. L’approccio utilizzato è estremamente coercitivo. Queste figure sono pagate l’equivalente di decine di migliaia di euro per recarsi a casa del soggetto ritirato e convincerlo a aderire ad un progetto di reinserimento nella società in centri specializzati. Inizialmente utilizzano tecniche psicologiche per persuaderli, ma se non dovesse funzionare arriverebbero a buttare giù la porta e prendere l’hikikomori di peso.

Ovviamente non è un fenomeno che è passato inosservato e nel 2017 è stata fatta una conferenza stampa a Tokio per discutere della pericolosità di questa pratica. Queste organizzazioni cercherebbero di approfittarsi della disperazione dei genitori promettendo risultati rapidi e miracolosi. Va però considerato che l’hikikomori è una scelta che nasce lentamente ed è necessario un lavoro paziente affinché possa essere modificata, inoltre l’utilizzo della coercizione risulta poco funzionale e potrebbe portare un aumento della sfiducia verso la società e le persone che la compongono da parte del soggetto.

Non sono, però, solo queste le soluzioni adottate in Giappone. C’è anche la Fujisato Experience Program, che consiste in degli spazi dedicati agli hikikomori per poter intraprendere attività lavorative per un tempo limitato o corsi di formazione, o la Flato, una caffetteria dove lavorano solo hikikomori, un posto non giudicante, più una grande famiglia o gruppo di mutuo-aiuto.

In Giappone sono comunque presenti diversi centri predisposti all’aiuto degli hikikomori, ma uno dei problemi resta far sì che sia il soggetto a prendere l’iniziativa di aderire ad un programma di reinserimento.

Una di queste è la New Start che utilizza un interessante modo per avvicinare gli hikikomori: le “sorelle in prestito” (Correy, 2012). Queste sono ragazze dai 20 ai 30 anni incaricate di convincere gli hikikomori ad andare in trattamento. Cercano di stabilire un



contatto diretto con loro, inizialmente anche da dietro la porta, senza irritarli o giudicarli ed utilizzando una forma comunicativa positiva, che probabilmente manca in famiglia. Alcune spesso si siedono dietro la porta dell'hikikomori e si rifiutano di andar via finché non è disposto a parlare con loro. Una volta stabilito un contatto, che può richiedere anche diversi mesi, le sorelle in prestito espongono il programma e cercano di coinvolgerlo.

Lancini (2017) sostiene che alla base dell'adolescente ritirato ci sia sedimentato un avvenimento, una situazione, che definisce "fattore precipitante". Questo evento è spesso collegato al contesto scolastico, dove si può essere presente il bullismo, ma può essere connesso anche ad una frase o un atteggiamento che è risultato sgradevole.

La scuola è sempre più governata da un potere orientativo dettato dai pari e spesso il soggetto ritirato prende la decisione dell'isolamento più sulla base di non sentirsi all'altezza delle aspettative e valori del gruppo classe, che dell'insegnante. Questo è un aspetto importante, perché la scuola deve tenerlo in conto in termini di interventi preventivi, deve portare attenzione anche a quei soggetti che pur essendo ottimi studenti mostrano segni di mancata integrazione. È necessario lavorare sulle aspettative e sugli ideali e del perché subiscono un crollo, anche per quei soggetti che sopravvivono a questa fase per poi cadere nel post-diploma. È questa la fase dove bisogna prendere in carico quei sentimenti di vergogna che porteranno in seguito al ritiro sociale, anche in assenza dell'estrema decisione dell'autoreclusione.

Per poter intercettare i segnali odierni di disagio adolescenziale servono funzione adulti attenti alle necessità evolutive dell'adolescente, con un ascolto attivo e non con forme stereotipate di insegnamento.

I genitori devono, d'altro canto, prestare attenzione ai processi di socializzazione del figlio e non considerare la psicoterapia solo come cura della psicopatologia, ma anche come mezzo per inquadrare le necessità sociopsicologiche dell'adolescente, supporto alla realizzazione dei suoi compiti evolutivi e un modo per dar senso ad i suoi conflitti.

Per l'autore è essenziale la presenza di colloqui e di un'alleanza tra terapeuta e genitori per mettere in luce l'incontro delle rappresentazioni e vissuti dell'adolescente e dei genitori stessi.

È necessario un approfondimento della narrazione di sé dell'adolescente e di comprenderne la vita virtuale, che può rivelarsi utile in terapia affiancandola ad una progressiva uscita dalla stanza, quello che Lancini definisce "allearsi con il sintomo".

Un esempio può essere il gioco online Pokemon GO, rilasciato nel 2016 e che divenne rapidamente molto popolare. Il gioco utilizza la geolocalizzazione degli smartphone e la realtà aumentata per far apparire davanti la fotocamera un mostro da catturare e da aggiungere alla propria collezione: i mostri sono diversi e diversamente localizzati per le strade. Pare che questo gioco sia riuscito a far uscire di casa diversi hikikomori per cimentarsi nella ricerca di Pokemon (Tateno et al., 2016). In uno studio su caso singolo (Kato et al., 2017) si è osservato che un individuo già ritirato da diverso tempo, utilizzando questo gioco, per alcuni mesi ha iniziato ad uscire di casa quotidianamente alla ricerca di Pokemon; purtroppo, una volta annoiatisi del gioco, è tornato al vecchio stile di vita.

Questo fa ipotizzare come un trattamento dell'hikikomori che possa sfruttare la tecnologia, o in generale i loro interessi, possa essere particolarmente utile.

Attraverso la psicoterapia è possibile far comprendere la propria condizione al soggetto ritirato e, in particolare, riattivare la comunicazione con i genitori. Uno strumento psicoterapeutico che si cominciando ad utilizzare è quello dell'Open Dialogue (Crepaldi, 2019) che appartiene alla terapia sistemico-relazionale e coinvolge sia i genitori che il soggetto designato. L'hikikomori, i genitori, lo psicoterapeuta ed un suo assistente si siedono in cerchio in una stanza. L'assistente pone una domanda aperta al soggetto ritirato che non può essere risposta solo con un sì o un no, nel mentre i genitori ascoltano senza intervenire, è importante, affinché il dialogo sia efficace, che tutti abbiano il giusto tempo per esprimersi. In seguito, i genitori esprimono il loro pensiero sulle parole del figlio e l'assistente e lo psicoterapeuta commentano tra loro quanto si è detto senza giungere a conclusioni.

L'Open Dialogue si è mostrata una tecnica particolarmente positiva nel riuscire a rimettere in connessione i genitori ed il figlio ritirato.

Il supporto della famiglia resta un aspetto cruciale per l'intervento sull'hikikomori, in quanto l'individuo ritirato difficilmente cerca aiuto da solo. Purtroppo, in molti casi

anche la famiglia tende a non chiedere aiuto per mancanza di conoscenze sul fenomeno o per pregiudizi verso la sofferenza ed i servizi che possono trattarla. Per questo motivo Kato e colleghi (2019) stanno sviluppando un programma educativo per genitori basato sul Mental Health First Aid (MHFA), il primo soccorso per la salute mentale, che insegna ai partecipanti ad identificare, capire e rispondere a segnali di sofferenza mentale. La terza edizione della MHFA è suddivisa al momento in cinque passi (Kitchener et al., 2013):

1. Approcciare, valutare ed assistere ogni crisi.
2. Ascoltare in modo non giudicante.
3. Dare supporto ed informazioni.
4. Incoraggiare l'individuo a trovare l'aiuto professionale adeguato.
5. Favorire altro supporto.

L'obiettivo degli autori è sviluppare un modello educativo di supporto che permetta alla famiglia della persona con hikikomori di ottenere le specifiche abilità e conoscenze per riuscire a comunicare con lui e convincerlo con cortesia a sfruttare i servizi di supporto professionale idonei, utilizzando anche giochi di ruolo che possano farli immedesimare nelle condizioni dell'hikikomori.

Un altro strumento di intervento che si è rivelato utile è il Community Reinforcement and Family Training (CRAFT), ovvero creare una comunità di mutuo-aiuto tra i familiari e le persone vicine del soggetto in un processo educativo che comprenda anche i benefici del gruppo e della possibilità di confronti al suo interno (Sakai e Nonaka, 2013). La combinazione del MHFA e del CRAFT si può rivelare un ottimo strumento di supporto da parte della famiglia per il soggetto con hikikomori.

Utili, soprattutto nelle prime fasi, possono essere le visite a domicilio da parte di psicologi e assistenti sociali per poi spostare il lavoro al di fuori delle mura domestiche (Watanabe, 2005).

Può essere poi interessante vedere come, lì dove l'hikikomori trova disagio ed avversione nel contatto diretto con altre persone, l'introduzione di un programma di

pet-therapy e venire in contatto diretto con un animale può essere un primo passo per lasciare i confini della propria casa, come mostrato in un recente studio pilota (Wong et al., 2017). Inoltre, è ipotizzabile che anche l'utilizzo di robot con intelligenze artificiali, già implicati in altri disturbi psichiatrici come l'autismo o la demenza, possano essere utili come supporto all'hikikomori, in particolare in quei casi nei quali l'individuo è completamente solo a casa. Lo sviluppo di robot capaci di conversare ad un livello emotivo può essere un primo passo verso l'incremento di socialità di un hikikomori e un modo per alleviare il suo senso di solitudine.

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico, pare che gli hikikomori preferiscano una soluzione psicoterapeutica più che l'utilizzo di farmaci (Teo et al., 2015).

Inoltre, gli hikikomori primari sviluppano resistenza al trattamento farmacologico, non portando benefici significativi al ritiro sociale in sé (Frankova, 2019). Quando l'hikikomori presenta una comorbidità, invece, è opportuna l'integrazione di un supporto farmacologico, oltre che psicoterapeutico, a seconda di quale sia la psicopatologia associata (Kato et al., 2019).

### **3.2. L'Associazione Hikikomori Italia**

L'Associazione Hikikomori Italia nasce come blog nel 2013 fondata da Crepaldi (2019) per come strumento utile per tutti per parlare di un argomento ancora poco conosciuto in Italia.

Rapidamente numerosi ragazzi isolati, genitori preoccupati, psicologi ed altre figure professionali iniziarono a contattare Crepaldi ed a partecipare attivamente al blog.

Pian piano le visualizzazioni divennero centinaia e poi migliaia ed il sito di Hikikomori Italia divenne il principale polo informativo in Italia. Spazi online, forum e chat, supportati da psicologi volontari divennero un punto di riferimento per hikikomori e per i loro genitori con circa 10.000 messaggi pubblicati ogni giorno.

I ragazzi, in questo modo, hanno avuto modo di mettersi in contatto, di confrontarsi e di non sentirsi soli.

I genitori hanno potuto creare una rete di mutuo-aiuto e sostegno per capire il fenomeno e di come poter aiutare i figli che lo presentavano.

Nel 2017 nasce l'associazione Hikikomori Genitori ONLUS.

Nel 2018 l'Associazione Hikikomori Italia stabilisce un protocollo di intesa con l'Ufficio Scolastico regionale e con la Regione Piemonte per la definizione e promozione di strategie per poter individuare, valutare e gestire casi di assenteismo scolastico e ritiro sociale.

Ogni giorno madri e padri usufruiscono del servizio per far sì che uno psicologo dell'associazione possa prendere in carico il proprio figlio.

L'Associazione Hikikomori Italia è oggi una comunità enorme ed eterogenea di persone che trovano aiuto per una problematica ancora poco riconosciuta in Europa, attirando anche l'attenzione dei media giapponesi (Crepaldi, 2019).

L'intervento non può prescindere dal coinvolgimento diretto dei genitori e per questo, nell'arco della sua esperienza sul fenomeno, Crepaldi consiglia una serie di comportamenti da evitare e di buone prassi, in particolare per i genitori, ma anche per insegnanti, amici o psicologici (M. Crepaldi, Buone prassi e comportamenti da evitare, <https://www.hikikomoriitalia.it/2018/06/buone-prassi-hikikomori.html>).

Comportamenti da evitare:

1. Assumere un atteggiamento iperprotettivo o assistenzialista: aumentare il grado di protezione rischia di ostacolare la sua crescita psicologica e sociale, impendendoli di sperimentare nuove situazioni di successo o non.
2. Intraprendere azioni coercitive: può produrre effetti opposti, un esempio è privarlo dell'uso di internet considerandolo come il problema di base, ma questo porterà solo a farlo isolare maggiormente.
3. Abnegarsi e rinunciare a sé stessi: non fa altro che aumentare il senso di pressione e senso di colpa.
4. Trattarlo come un malato: lo porterà a reagire con orgoglio ed ad allontanarsi.
5. Giudicarlo: l'unico modo per rapportarsi con un hikikomori è invece quello di sospendere il giudizio e cercare invece di entrare in contatto con il suo malessere.

6. Pressarlo affinché torni a scuola o a frequentare gli amici: può portare a far aggravare la situazione e soprattutto a far sentire l'hikikomori più solo e non capito.

Buone prassi:

1. Riconoscere la sofferenza: è importante non banalizzare o sminuire il disagio che l'hikikomori sperimenta, anche se può sembrare incomprensibile.
2. Allentare la pressione di realizzazione sociale: l'hikikomori fugge proprio da questo aspetto, continuare ad alimentare la pressione che sente lo porterà ad allontanarsi anche dalla persona che la sta aggravando.
3. Cercare il confronto: tutti i punti precedentemente elencati non significano che non bisogna affrontare l'argomento con lui, purché sia senza giudizio e mirato ad una riflessione critica.
4. Interpretare il problema a livello sistemico: non bisogna pensare al problema come se sia esclusivamente del singolo, ma inserirlo in un'ottica sistemica che includa tutti quei fattori che possono aver avuto un impatto sulla sua decisione, come la scuola, gli amici e la famiglia.
5. Responsabilizzarlo: soprattutto in caso di hikikomori adulti è importanti falli sentire alla pari e lasciar loro gli spazi e l'autonomia decisionale che necessitano, ma allo stesso tempo responsabilizzarli sugli effetti delle loro decisioni.
6. Essere Trasparenti: può capitare che i genitori agiscano all'insaputa del figlio nel tentativo di aiutarlo, ma questo rafforza il sentimento di sfiducia, è invece importante che qualunque azione sia comunicata e condivisa.
7. Focalizzarsi sul benessere: il reinserimento di un hikikomori è un processo che può essere lento, richiede quindi pazienza e non fretta di tornare alla normalità, in fondo l'obiettivo è il suo benessere.

## CONCLUSIONI

I risultati dell'HQ-25 somministrato a giovani adulti in Italia ha mostrato come la pandemia ha effettivamente avuto un sostanziale impatto sulla loro percezione sociale, altri studi con questo questionario potrebbero fornire importanti informazioni al riguardo dell'andamento di questa condizione.

La mancanza di differenze di genere sul rischio di sviluppare hikikomori, ma una prevalenza maschile nello svilupparlo in sé per sé, può aprire importanti quesiti al riguardo dei ruoli di genere e di come questi possano influire, non solo nell'oscuramento delle condizioni di donne hikikomori, ma anche di come possano predisporre maggiormente la donna a chiedere aiuto, fattore che si è mostrato protettivo.

La ricerca di supporto è forse uno degli scogli più grandi dell'hikikomori che, per giungere alla decisione della reclusione e della rinuncia della socialità, nel tempo hanno sviluppato grandi sentimenti di sfiducia verso l'altro, diventa quindi importante prevenire questo percorso verso l'isolamento.

Dalla letteratura si evince che uno stile di attaccamento ambivalente e difficoltà sociali in fase adolescenziale siano grandi fattori predisponenti ad una insorgenza hikikomori. È, quindi, da un lato importante spingere la società verso una genitorialità consapevole, capace di entrare in contatto con i figli in maniera accogliente e non giudicante, così come consapevole delle conseguenze delle interazioni primarie, dall'altro di insegnanti e figure adulte attente non solo all'istruzione, ma anche alle relazioni con i ragazzi e tra i ragazzi.

L'HQ-25 ha mostrato un'ottima affidabilità, ulteriori contributi alla validazione in Italia ed il poterne stabilire un cut-off italiano lo renderebbe un ottimo strumento di prevenzione.

In aggiunta, studi che mettano in relazione i punteggi del l'HQ-25 con i criteri di Kato e colleghi (2019) per distinguere la gravità dell'hikikomori in lieve, medio o grave in base alle frequenze di uscite settimanali potrebbe trasformarsi in buon strumento per rilevare hikikomori al primo stadio e poter agire tempestivamente.

A fronte di questi dati, Il Centro di Accoglienza e Inclusione potrebbe organizzare webinar per sensibilizzare, non solo gli studenti, ma anche genitori e professionisti al fenomeno dell'hikikomori, alle sue caratteristiche e alla sofferenza sociale che anticipa l'esordio in sé per sé. Utile sarebbe potenziare il counseling psicologico e creare degli spazi online per fornire supporto telematico a chi dovesse chiederlo e poter mettere in contatto genitori e ragazzi.

La difficoltà con la quale un hikikomori tende a cercare aiuto e a fidarsi dovrebbe sempre essere tenuto a mente, evitando approcci coercitivi e mirando sempre a fornire aiuto rispettando i tempi del soggetto, prediligendo interventi educativi domiciliari e telematici al costringere l'hikikomori a lasciare la sua abitazione, se non pronto, potrebbe portare ad una maggiore resistenza all'usufruire del servizio.



## BIBLIOGRAFIA

- Amendola S, Cerutti R, Presaghi F, et al. Hikikomori, problematic internet use and psychopathology: correlates in a non-clinical and clinical sample of young adults in Italy. *Journal of Psychopathology* 2021;27:106-114. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-412>
- Bagnato, K. (2021). The hikikomori phenomenon in Italy at the time of the pandemic: pedagogical implications. *Annali online della Didattica e della Formazione Docente*, 13(21), 129-149.
- Cassidy J, Berlin L. The insecure/ambivalent pattern of attachment: theory and research. *Child Dev* 1994; 65: 971-91.
- Cerutti R, Spensieri V, Siracusa VD, Gazzillo F, Amendola S. [Hikikomori: the silent suffering among young people]. *Rivista di Psichiatria*. 2021 May-Jun;56(3):129-137. DOI: 10.1708/3635.36153. PMID: 34196629.
- Clancy PM. The acquisition of communicative style in Japanese. In: Schieffelin BB, Ochs E (eds). *Language socialization across cultures*. New York: Cambridge University Press, 1986.
- Correy, E. (2012). Hikikomori.
- Crepaldi, M. (2019). Hikikomori: i giovani che non escono di casa. *Hikikomori*, 1-124.

De Michele, F., Caredda, M., Delle Chiaie, R., Salviati, M., & Biondi, M. (2013). Hikikomori (引きこもり): a culture-bound syndrome in the web 2.0 era. *Rivista di psichiatria*, 48(4), 354-358.

Dickstein S, Seifer R, Albus K. Maternal adult attachment representations across relationship domains and infant outcomes: the importance of family and couple functioning. *Attach Hum Dev* 2009; 11: 5-7.

Erikson, E. H. (1996). *Infanzia e società*, (1950). *Armando, Roma*.

Fansten, M., Figueiredo, C., & Pionnié-Dax, N. (2014). *Hikikomori, ces adolescents en retrait*. Armand Colin. Fiona Judd, Angela Komiti, and Henry Jackson. How does being female assist help-seeking for mental health problems? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1):24–29, 2008.

Frankova, I. (2019). Similar but different: psychological and psychopathological features of primary and secondary hikikomori. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 558. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00558>

Furlong A. The Japanese hikikomori phenomenon: acute social withdrawal among young people. *Sociol Rev* 2008; 56: 309-25.

Gavin, J., & Brosnan, M. (2022). The Relationship Between Hikikomori Risk and Internet Use During COVID-19 Restrictions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*.

Hattori Y. Social withdrawal in Japanese youth: a case-study of thirty-five hikikomori clients. *J Trauma Prac* 2006; 4: 181-201.

Havighurst, R. J. (1948). *Developmental tasks and education*. Chicago: University of Chicago Press.

Ito J, Ikehara K, Kim Y, et al. *Community Mental Health Intervention Guidelines aimed at Socially Withdrawn Teenagers and Young Adults*. Tokyo: Ministry of Health, Labour & Welfare 2003.

Kato TA, Tateno M, Shinkufu N, et al. Does the hikikomori syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 47: 1061-75.

Kato TA, Teo AR, Tateno M, Watabe M, Kubo H, Kanba S. Can Pokemon GO rescue shut-ins (hikikomori) from their isolated world? *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2017;71:75–76

Kato, T. A., Katsuki, R., Kubo, H., Shimokawa, N., Sato-Kasai, M., Hayakawa, K., Kuwano, N., Umene-Nakano, W., Tateno, M., Setoyama, D., Kang, D., Watabe, M., Sakamoto, S., Teo, A. R., & Kanba, S. (2019). Development and validation of the 22-item Tarumi's Modern-Type Depression Trait Scale: Avoidance of Social Roles, Complaint, and Low Self-Esteem (TACS-22). *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 73(8), 448-457. <https://doi.org/10.1111/pcn.12842>

Kitchener BA, Jorm AF, Kelly CM. *Mental Health First Aid Manual*, 3rd edn. Mental Health First Aid Australia, Melbourne, 2013

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2017). The role of Mental Health First Aid training in nursing education: A response to Happell, Wilson & McNamara (2015). *Collegian*, 24(3), 313-315.

Kondo N, Miyazawa H, Sakai M, et al. Shishunki hikikomori ni okeru seishin igakuteki shougai no jittai haaku ni kan suru kenkyuu [Research on the psychiatric disorders in adolescents with social withdrawal]. *Kokoro no Kenkou Kagaku Kenkyuu* 2008; 49-63.

Kondo N, Sakai M, Kuroda Y, Kiyota Y, Kitabata Y, Kurosawa M. General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *Int J Soc Psychiatry* 2013; 59: 79-86.

Koyama A, Miyake Y, Kawakami N. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of hikikomori in a community population in Japan. *Psychiatry Res* 2010; 176: 69-74.

Krieg A, Dickie JR. Attachment and 'hikikomori': a psychosocial developmental model. *Int J Soc Psychiatry* 2013; 59: 1-12.

Lancini, M. (2017). *Abbiamo bisogno di genitori autorevoli*. Edizioni Mondadori.

Lee YS, Lee JY, Choi TY, et al. Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea. *Psychiat Clin Neuros* 2013; 67: 193-202.

Li TMH, Wong PWC. Youth social withdrawal behaviour (hikikomori): a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Aust N Z Psychiatry* 2015; 49: 595-609.

Moretti S. Hikikomori. La solitudine degli adolescenti giapponesi. *Rivista di Criminologia Vittimologia e Sicurezza* 2010; 4: 41-8.

Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol. Infect.* 2008; 136: 997–1007.

Ricci C. Hikikomori: adolescenti in volontaria reclusione. Milano: Franco Angeli, 2008.

Ricci, C., & Mazzone, U. (2009). Hikikomori: narrazioni da una porta chiusa. Aracne.

Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social science & medicine*, 39(4), 563-572.

Rooksby, M., Furuhashi, T., & McLeod, H. J. (2020). Hikikomori: a hidden mental health need following the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 19(3), 399.

Rubin KH, Hastings PD, Stewart SL, Henderson HA, Chen X. The consistency and concomitants of inhibition: some of the children, all of the time. *Child Dev* 1997; 68: 467-83.

Sagliocco G (a cura di). Hikikomori e adolescenza. Fenomenologia dell'auto-reclusione. Milano: Mimesis, 2011.

Sakai M, Nonaka S. CRAFT Hikikomori no Kazoku-Shien Workbook [CRAFT Workbook for Supporting Family Members of Hikikomori]. Kongoshuppan, Tokyo, 2013.

Sakai, M., & Nonaka, S. (2013). CRAFT Hikikomori No Kazoku-Shien Workbook [CRAFT Workbook for Supporting Family Members of Hikikomori]. *Kongoshuppan, Tokyo*.

- Sarah Clement, Oliver Schauman, Tanya Graham, F Maggioni, Sara Evans-Lacko, Nikita Bezborodovs, Craig Morgan, Nicolas Rüsch, June SL Brown, and Graham Thornicroft. What is the impact of mental healthrelated stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1):11–27, 2015.
- Sarchione, F., Santacroce, R., Corbo, M., Lupi, M., Martinotti, G., & Giannantonio, M. D. (2015). Hikikomori: Clinical and Psychopathological Issues. *European Psychiatry*, 30, 1288. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)31007-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)31007-5)
- Stip E, Thibault A, Beauchamp-Chatel A, Kisely S. Internet addiction, hikikomori syndrome, and the prodromal phase of psychosis. *Front Psychiatry* 2016; 7: 6.
- Sulla, F., Masi, A., Renati, R., Bonfiglio, S., & Rollo, D. (2020, June). A Tool for the Evaluation of Hikikomori Risk in Italian Adolescents: A first Contribution to its Validation. In *2020 IEEE International Symposium on Medical Measurements and Applications (MeMeA)* (pp. 1-5). IEEE.
- Suwa M, Suzuki K, Hara K, Watanabe H, Takahashi T. Family features in primary social withdrawal among young adults. *Psychiat Clin Neuros* 2002; 57: 586-94.
- Tajan N, Yukiko H, Pionnié-Dax N. Hikikomori: the Japanese Cabinet Office's 2016 survey of acute social withdrawal. *Asia Pac J* 2017; 15: 1.
- Tajan, N. (2015). Social withdrawal and psychiatry: A comprehensive review of Hikikomori. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(5), 324-331.

Tateno M, Skokauskas N, Kato TA, Teo AR, Guerrero APS. New gamesoftware (Pokemon Go) may help youth with severe social withdrawal, hikikomori. *Psychiatry Res.* 2016;246: 848–849

Teo AR, Fetters MD, Stufflebam Ket al. Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries. *Int. J. Soc. Psychiatry* 2015;61:64–72

Teo AR, Gaw AC. Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? A proposal for DSM-5. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 444-9.

Teo AR. A new form of social withdrawal in Japan: a review of Hikikomori. *Int J Soc Psychiatry* 2010; 56: 178-85.

Uchida Y, Norasakkunkit V. The NEET and hikikomori spectrum: assessing the risks and consequences of becoming culturally marginalized. *Front Psychology* 2015; 6: 1-11.

Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna – Ministero dell'Istruzione. Adolescenti "Eremiti Sociali". Rilevazione nelle scuole dell'Emilia Romagna degli alunni che non frequentano, "ritirati" in casa, per motivi psicologici. Disponibile su: <https://bit.ly/3rC7KtJ> [ultimo accesso 18 aprile 2022].

Umeda M, Kawakami N; The World Mental Health Japan Survey Group 2002-2006. Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal (hikikomori) in the community population in Japan. *Psychiat Clin Neuros* 2012; 66: 121-9.

Watanabe T. Hikikomori heno houmon kaunseringu [Home counseling for hikikomori]. *Rinshou Seishin Igaku* [Clinical Psychiatry] 2005;5:289–291.

Watanabe, T. (2005). Hikikomori heno houmon kaunseringu (Home counseling for hikikomori). *Rinshou Seishin Igaku (Clinical Psychiatry)*, 5, 289-291.

Wenxin, Z., Lingling, Z., Lingin, J. & Nurmi, J. E. (2006). Adolescents' future-oriented goals and concerns. *Psychological Science*, 29, pp. 274–277.

Wong PWC, Li TMH, Chan M, et al. The prevalence and correlates of severe social withdrawal (hikikomori) in Hong Kong. A cross-sectional telephone based survey study. *Int J Soc Psychiatry* 2014; 61: 330-42.

Wong PWC, Yu RWM, Li TMH, Lai SLH, Ng HYH, Fan WTW. Efficacy of a multicomponent intervention with animal-assisted therapy for socially withdrawn youth in Hong Kong. *Society Animals* 2017. <https://doi.org/10.1163/15685306-12341462>

Wong V, Ying W. Social withdrawal of young people in Hong Kong: a social exclusion perspective. *Hong Kong J Soc Work* 2006; 40: 61-92.

Wong V. Youth locked in time and space? Defining features of social withdrawal and practice implications. *J Soc Work Pract* 2009; 23: 337-52.

Wong, P. W. (2020). Potential changes to the hikikomori phenomenon in the wake of the Covid-19 pandemic. *Asian journal of psychiatry*, 54, 102288.



Yong, R. K., Fujita, K., Chau, P. Y., & Sasaki, H. (2020). Characteristics of and gender difference factors of hikikomori among the working-age population: a cross-sectional population study in rural Japan. *Nihon Koshu Eisei Zasshi (JAPANESE JOURNAL OF PUBLIC HEALTH)*, 67(4), 237-246.

Yong, R., & Nomura, K. (2019). Hikikomori is most associated with interpersonal relationships, followed by suicide risks: a secondary analysis of a national cross-sectional study. *Frontiers in psychiatry*, 10, 247.

## SITOGRAFIA

Crepaldi, Storie,

<https://www.hikikomoriitalia.it/p/forum.html#:~:text=Durante%20il%20periodo%20in%20cui,normale%20e%20cose%20del%20genere>), ultima consultazione 01/04/2022.

Crepaldi, Conseguenze del Coronavirus sull'hikikomori, in

<https://www.hikikomoriitalia.it/2020/10/le-conseguenze-del-coronavirus.html>, ultima consultazione 16/04/2022.

Società Psicoanalitica Italiana, l'amore primario, [https://www.spiweb.it/la-](https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/amore-primario/)

[ricerca/ricerca/amore-primario/](https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/amore-primario/), ultima consultazione 12/04/2022

Crepaldi, il numero degli hikikomori in Italia sta aumentando,

<https://www.hikikomoriitalia.it/p/the-yomiuri-shimbun.html#:~:text=SI%20IPOTIZZA%20CI%20SIANO%20CIRCA,siano%20circa%20100%20mila%20hikikomori>, ultima consultazione 23/04/2022

Crepaldi, Buone prassi e comportamenti da evitare,

<https://www.hikikomoriitalia.it/2018/06/buone-prassi-hikikomori.html>, ultima consultazione 23/04/2022