UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in
PSICOLOGIA CLINICA DELLO SVILUPPO

Tesi di Laurea Magistrale

Hikikomori e vulnerabilità narcisistica: uno studio preliminare sul fenomeno del ritiro sociale in adolescenza e giovane età adulta

Hikikomori and narcissistic vulnerability: a preliminary study on the phenomenon of social withdrawal in adolescence and emerging adulthood

Relatrice
Prof.ssa Marina Miscioscia

Correlatore esterno
Dott. Emanuele Ghielmetti

Laureanda: Noemi Stoppiello
Matricola: 2086975

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE **1**

CAPITOLO 1 | ADOLESCENZA E GIOVANE ETÀ ADULTA **3**

1.1 Adolescenza 3

1.1.1 Corpo e mente in cambiamento 3

Aspetti cognitivi e neuropsicologici *5*

1.1.2 I compiti evolutivi dell'adolescenza e le sfide contemporanee 8

Separazione individuazione *9*

Nascita del Sé sociale *11*

Mentalizzazione del Sé corporeo *12*

Definizione e formazione dei valori *13*

1.2 Giovane età adulta 14

1.3 Fragilità psicologiche in adolescenza e giovane età adulta 16

CAPITOLO 2 | HIKIKOMORI: IL RITIRO SOCIALE NEGLI ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI **21**

2.1 Hikikomori: inquadramento del fenomeno 21

2.1.1 Epidemiologia 22

2.1.2 Caratteristiche del ritiro sociale 24

2.1.2 Le diverse ipotesi di classificazione del ritiro sociale 28

2.2. Fattori di rischio del ritiro sociale 31

2.2.1 Fattori genetico-biologici-temperamentali 32

2.2.2 Fattori socioculturali: pressioni sociali e *amae* (over-dipendenza) 33

2.2.3 La pandemia da COVID-19 36

2.2.4 Il ritiro sociale come fenomeno trans nosografico: disturbi clinici correlati. 38

2.3 Ritiro sociale e narcisismo 42

2.3.1 Contemporanee concettualizzazioni sul narcisismo patologico 42

2.3.2 La vulnerabilità narcisistica nell'adolescente hikikomori 45

L'estrema sensibilità alla vergogna *48*

L'utilizzo di Internet come difesa dalla ferita narcisistica *49*

CAPITOLO 3 | DESCRIZIONE DELLA RICERCA: UNO STUDIO PRELIMINARE SUL FENOMENO DEL RITIRO SOCIALE IN ADOLESCENZA E GIOVANE ETÀ ADULTA **53**

3.1 IPOTESI DI RICERCA E OBIETTIVI 54
3.2 METODOLOGIA 55
3.1 Partecipanti 55
3.2 Strumenti della ricerca 56
Hikikomori Risk Inventory *56*
Pathological Narcissism Inventory *57*
Interview of Personality Organization Processes in Adolescence *59*
3.3 Procedura 63
CAPITOLO 4 | ANALISI DEI DATI 65
4.1 RISULTATI DELLA RICERCA 65
4.1.1 Comparabilità tra il gruppo sperimentale e di controllo 65
4.1.2 Analisi comparativa tra il gruppo sperimentale e di controllo sugli indici del questionario HRI-24 66
4.1.3 Analisi comparativa tra il gruppo sperimentale e di controllo sugli indici del questionario PNI-52 67
4.1.4 Analisi comparativa tra il gruppo sperimentale e di controllo sugli indici dell'intervista IPOP-A 69
4.1.5 Analisi correlazionale tra gli indici dell'HRI-24, del PNI-52 e dell'IPOP-A nel gruppo hikikomori 75
CAPITOLO 5 | DISCUSSIONE E CONSIDERAZIONI FINALI 79
5.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI 79
5.1.1 Il blocco evolutivo dell'adolescente hikikomori 81
5.2 LIMITI DELLA RICERCA E PROSPETTIVE FUTURE 83
5.2.1 Riflessioni sull'applicazione dei risultati emersi nella prevenzione e nella cura del ritiro sociale 86
CONCLUSIONI 90
BIBLIOGRAFIA 92

INTRODUZIONE

Non esiste un'età senza paura. Siamo
fragili sempre, da genitori e da figli, quando
bisogna ricostruire e quando non si sa nemmeno
dove gettare le fondamenta. Ma c'è un momento
preciso, quando ci buttiamo nel mondo, in cui
siamo esposti e nudi, e il mondo non ci deve ferire.
Donatella Di Pietrantonio, *L'Età Fragile*

Il contatto con l'altro è sempre una sfida, per tutti. Implica fatica, impegno, lavoro e un'inevitabile quota di insoddisfazione. Per alcuni, provoca una sofferenza talmente profonda da risultare intollerabile.

Gli hikikomori sono adolescenti che si ritirano dall'incontro con l'altro denunciandone l'estrema impraticabilità. Trovano rifugio dal dolore nell'isolamento, stremati e spaventati da una realtà alla quale non sentono di appartenere.

Inizialmente osservato in Giappone, il fenomeno hikikomori sta emergendo anche in Italia, e il numero di adolescenti che sceglie la via dell'autoreclusione è in costante aumento. Questa nuova condizione desta grande preoccupazione, ma si sa ancora poco su chi siano i ritirati sociali e sulle cause che li spingono a prendere una decisione così radicale. La scarsa conoscenza teorica si riflette nella pratica clinica e, nonostante l'incremento dei casi, non esistono ancora evidenze scientifiche di protocolli di cura efficaci. Risulta quindi fondamentale sviluppare una comprensione più approfondita del fenomeno, al fine di elaborare tecniche di intervento adeguate che possano supportare sia gli adolescenti autoreclusi che le loro famiglie.

Lo scopo principale di questo elaborato è contribuire alla letteratura scientifica sul tema del ritiro sociale in adolescenza. Lo studio preliminare descritto, di tipo caso-controllo, rappresenta il primo passo di un progetto ricerca che si propone di verificare empiricamente le osservazioni cliniche e le teorizzazioni che riconducono il ritiro sociale alla vulnerabilità narcisistica, interpretando il ritiro come una fuga da una realtà percepita come estremamente esigente e oppressiva.

Il primo capitolo è dedicato alla descrizione dell'adolescenza e della giovane età adulta in quanto periodi peculiari e critici dell'esistenza umana. Vengono illustrati i processi cognitivi e neuropsicologici che influenzano il vissuto degli adolescenti e dei giovani adulti, descritti i compiti evolutivi ai quali è richiesto di far fronte e viene posto l'accento su come queste fasi della vita rendano particolarmente vulnerabili all'insorgenza di sofferenze e disagi psicologici.

Nel secondo capitolo vengono esposte le caratteristiche specifiche della condizione hikikomori. Si descrivono le diverse ipotesi diagnostiche presenti in letteratura e i fattori di rischio che possono indurre al ritiro. Segue un'analisi approfondita sul rapporto tra ritiro sociale e narcisismo, con particolare attenzione alla fragilità narcisistica, all'estrema sensibilità alla vergogna e all'uso della rete, che in questa tesi assume la valenza di strumento di rifugio dallo sguardo giudicante e intollerabile dell'altro.

Il terzo capitolo presenta uno studio preliminare sul fenomeno del ritiro sociale in adolescenza e giovane età adulta. Viene descritto il disegno di ricerca, le ipotesi, gli obiettivi e i criteri di inclusione ed esclusione del campione. Si illustrano gli strumenti utilizzati: l'Hikikomori Risk Inventory, questionario self-report che indaga il rischio di ritiro sociale, il Pathological Narcissism Inventory, volto a rilevare la presenza di narcisismo patologico nelle sue manifestazioni grandiosa e vulnerabile, e l'Interview of Personality Organization Processes in Adolescence, intervista finalizzata a comprendere i processi di organizzazione di personalità dei partecipanti.

Il quarto capitolo fornisce un'analisi preliminare dei dati. In particolare, si esamina l'esistenza di differenze significative tra il gruppo hikikomori e il gruppo di controllo nei livelli di narcisismo e di funzionamento psicologico personale, considerando la sfera identitaria, relazionale e affettiva. Inoltre, viene esplorata la correlazione tra il rischio hikikomori, i livelli di narcisismo grandioso e vulnerabile e le suddette aree di organizzazione della personalità.

L'elaborato si conclude con la discussione dei risultati emersi, seguono delle riflessioni sui limiti e le difficoltà incontrate nella conduzione dello studio e alcune proposte per sviluppi futuri, sia in ambito di ricerca che nella prevenzione e nella cura del ritiro sociale.

CAPITOLO 1 | Adolescenza e giovane età adulta

1.1 Adolescenza

1.1.1 Corpo e mente in cambiamento

Il termine adolescenza deriva dal latino *adolescĕre* (crescere) ed indica la fase della vita interposta tra la fanciullezza e l'età adulta. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'adolescenza come il periodo di vita compreso tra i 10 ed i 19 anni; lo stesso ente afferma che in questa fase dello sviluppo si sperimenta una rapida crescita fisica, cognitiva e psicosociale che influenza il pensiero, la cognizione, la presa di decisioni, lo stato affettivo e le interazioni sociali dell'individuo (World Health Organization, 2024).

ll primo autore a parlare di adolescenza in psicologia è stato lo psicologo americano Stanley Hall. Nel 1904, pubblicò un'opera di fondamentale rilevanza sul tema intitolata *Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion, and Education*. Questo lavoro ha apportato un contributo sostanziale alla definizione dell'adolescenza come fase distinta dello sviluppo umano. L'autore descrisse un periodo di "tempesta e stress": una fase di transizione contraddistinta dalla presenza di conflitti e turbolenze innescati dai significativi cambiamenti fisici, emotivi e psicologici (Hall, 1904).

L'adolescenza è notoriamente concepita come un periodo di confusione e sovvertimento, in cui crollano gli equilibri psichici precedentemente instaurati. Richiede di svestirsi dai ruoli infantili per costruirne di nuovi, più vicini al mondo adulto e comporta profonda incertezza e instabilità a livello psicologico, corporeo e relazionale.

Sebbene tutte le società riconoscano ci sia una differenza tra infanzia ed età adulta, l'idea di come avvenga tale transizione varia nelle diverse culture e nel tempo, tanto che la concezione del periodo adolescenziale, come fase peculiare e specifica, è relativamente moderna (Waite-Jones & Rodriguez, 2022). Sino ai primi del Novecento bambini e adolescenti erano indistinti dagli adulti per doveri e obblighi: già nella prima decade di vita l'individuo era considerato autonomo, capace di lavorare, di prendersi cura dell'ambiente domestico e familiare (Waite-Jones & Rodriguez, 2022). Attualmente, in occidente, si osserva un radicale cambiamento della prospettiva, che porta a concepire

l'adolescenza come una "moratoria", ovvero un periodo di libertà dalle responsabilità che permette all'individuo di sperimentarsi prima di stabilizzarsi e assolvere ai doveri della vita adulta (Erikson, 1968).

Dato il vasto range di età e i numerosi processi evolutivi che intercorrono in questo peculiare periodo dello sviluppo, si è soliti suddividere l'adolescenza in sottofasi, al fine di comprendere meglio i cambiamenti che sussistono in ciascuna di esse. Si distingue prima, media e tarda adolescenza.

La prima adolescenza comprende il range d'età dai 12 ai 14 anni ed è strettamente connessa alla pubertà: epoca della vita umana regolata da un complesso meccanismo ormonale, che comporta trasformazioni fisiche e corporee, come l'emergere dei caratteri sessuali secondari, lo sviluppo dell'apparato genitale, la comparsa della spermatogenesi nel genere maschile e del menarca nel genere femminile (Malone & Malberg, 2018). La crescita corporea implica il manifestarsi di maggiori istinti libidici, da cui l'impulso alla masturbazione e alle fantasie erotiche, in linea con la crescente consapevolezza rispetto al proprio orientamento sessuale (Adelson, 2012). I cambiamenti puberali possono riflettersi in comportamenti e manifestazioni psicologiche che spaziano dal machismo o iper-femminilità alla negazione del corpo sessuato; entrambe le modalità di affrontare le trasformazioni corporee si riflettono nella presentazione di sé al mondo: da un lato, attraverso abiti succinti o atteggiamenti virili, dall'altro tramite vestiti ampi e posture che nascondono il corpo (Malone & Malberg, 2018). In questo specifico periodo, inoltre, affiora la costante preoccupazione di sembrare "normali", dove la normalità coincide con l'omologazione al gruppo dei pari; parallelamente, si riscontra umore mutevole e altalenante ed emerge la tendenza a sfide e piccole trasgressioni, le quali, seppur banali, vengono vissute con grande valenza affettiva (Malone & Malberg, 2018). Nella prima adolescenza aumenta la capacità di pensiero astratto e autoriflessivo, benché l'attenzione sia ancora focalizzata sul momento presente, con scarsa progettualità per il futuro (Malone & Malberg, 2018).

Il periodo immediatamente successivo corrisponde alla media adolescenza, che copre l'arco temporale dai 15 ai 16 anni. In questa fase, la crescita fisica rallenta nel genere femminile e accelera in quello maschile; si riscontrano maggiori capacità autoriflessive, in particolare su aspetti legati alla moralità, all'etica e al senso dell'esistenza (Malone & Malberg, 2018). Al contempo, emerge maggiore conflittualità

verso le figure genitoriali e l'adolescente, a causa della mancanza di un senso di sé definito, costruisce un senso di appartenenza sempre più indirizzato verso il gruppo dei pari (Malone & Malberg, 2018). Aumenta la consapevolezza dei desideri erotici e si sviluppa una maggiore stabilità rispetto all'identità di genere e l'orientamento sessuale (Adelson, 2012). Inoltre, in questa fase, si intensifica la tendenza al rischio (*sensation seeking*), così come la ricerca di novità e la spinta verso esperienze stimolanti ed eccitanti (Kelley, Schochet, & Landry, 2004; Casey, Jones, & Somerville, 2011).

La tarda adolescenza è solitamente collocata tra 17 e i 19 anni ed è l'ultima fase che precede l'inizio dell'età adulta. La conformazione fisica è ormai vicina a quella dell'adulto: generalmente nel genere femminile lo sviluppo corporeo è completato, mentre tra i maschi può doversi ancora ultimare (Malone & Malberg, 2018). In questo periodo aumenta la capacità di dilazionare le gratificazioni (*delayed gratification*), così come l'autonomia nel soddisfacimento dei propri bisogni (Malone & Malberg, 2018). L'interesse per il ragionamento morale risulta più stabile e personale e il senso di identità diviene maggiormente saldo e coeso, riflettendosi nella stabilità emotiva, nella progettualità e nella coerenza di sé (Malone & Malberg, 2018).

Aspetti cognitivi e neuropsicologici

Lo psicologo svizzero Jean Piaget (1970) nel saggio *L'epistemologia genetica,* propone l'illustre teoria che mira a spiegare i processi cognitivi umani. Secondo l'autore, la conoscenza che il bambino ha del mondo non si arricchisce solamente da un punto di vista quantitativo, ma si trasforma perlopiù qualitativamente (Piaget, 1970). Lo sviluppo cognitivo seguirebbe, dunque, una serie di stadi, i quali si presentano con una sequenza cronologica universale e incondizionata rispetto alle variazioni storico-culturali degli ambienti di vita di ciascuno; ogni stadio ha una durata determinata nel tempo ed è caratterizzato da una strutturazione mentale tipica che si riflette nel pensiero e nel comportamento (Piaget, 1970). Piaget (1970) denominò i quattro stadi dello sviluppo cognitivo: sensomotorio, preoperatorio, operatorio concreto e delle operazioni formali. È in quest'ultimo, a partire dagli 11 o 12 anni, che avviene il passaggio dal pensiero concreto al ragionamento astratto: l'individuo dalla preadolescenza acquisisce l'abilità di ragionare in termini di ipotesi e di stati mentali e il pensiero raggiunge la sua strutturazione definitiva "caratterizzata dal primato della considerazione possibile sul reale" (Piaget, 1970).

Lo sviluppo cognitivo durante l'adolescenza è contraddistinto da cambiamenti significativi che riguardano la capacità di pensare in modo sempre più complesso e simbolico. In adolescenza matura il pensiero autoriflessivo e autocosciente: il ragionamento astratto rende possibile il guardare a sé stessi con gli occhi degli altri; è cruciale per la metacognizione, ovvero la consapevolezza e il controllo rispetto ai propri processi mentali; per l'emergere del pensiero multidimensionale, il quale aiuta a comprendere situazioni complesse da più punti di vista; e per la comparsa del relativismo cognitivo, da cui il riconoscimento dei valori e della conoscenza come soggettivi e non assoluti (Malone & Malberg, 2018; Piaget, 1970).

Donald Winnicott, pediatra e psicoanalista britannico, riteneva che per lo sviluppo cognitivo dell'adolescente e la relativa acquisizione del "ragionamento per ipotesi", fosse fondamentale attingere al proprio "spazio potenziale" (Winnicott, 1974). La pratica di attività come lo sport, l'ascolto di musica, la danza o altre mansioni artistiche assume la fondamentale funzione di ponte tra il mondo interno ed esterno, incentivando i processi mentali, stimolando la fantasia e fungendo da barriera contro "l'angoscia depressiva", tipicamente adolescenziale (Winnicott, 1974).

La ricerca in ambito neuropsicologico evidenzia come in adolescenza la ristrutturazione non è solo della psiche, ma anche del cervello (Nicolò, 2021). L'adolescenza è "un processo di neurosoggettivazione": un periodo in cui si apre una finestra di plasticità cerebrale, dove le stimolazioni, che provengono dal mondo interno dell'individuo e dall'ambiente in cui è immerso, ne influenzano la crescita cerebrale e il suo modellamento (Monniello, 2016).

Il cervello degli adolescenti è caratterizzato da disordine ed eccesso di sinapsi cerebrali e ramificazioni nervose e, allo stesso tempo, dalla loro regressione; ai fini del mantenimento di una rete cerebrale organizzata, a partire dalla preadolescenza fino alla prima età adulta, si verifica un processo di potatura sinaptica *(pruning)* che trasforma e ricostruisce le connessioni neurali sulla base delle stimolazioni ricevute, mantenendo solo le connessioni sufficientemente rilevanti (Giedd, et al., 1999; Solms, 2018).

Parallelamente, vengono completati i processi di mielinizzazione e maturazione della sostanza bianca, che comportano maggiore efficienza nel processamento delle informazioni e una più efficiente e rapida propagazione dei messaggi nervosi (Klingberg, Vaidya, Gabrieli, Moseley, & Hedehus, 1999; Barnea-Goraly, et al., 2005).

In questo periodo di vita, il processo di crescita cerebrale avviene continuamente in numerose aree della corteccia, tra cui i lobi parietali, associati al ragionamento logico e spaziale, e i lobi temporali, deputati alla percezione dei suoni, all'elaborazione degli stimoli visivi, alla memoria a lungo termine e alla comprensione del linguaggio parlato e scritto (Giedd, et al., 1999). Tuttavia, lo sviluppo encefalico si verifica in tempi diversi nelle differenti aree della corteccia: le regioni cerebrali filogeneticamente più antiche, come le aree somatosensoriali e percettive, sono le prime a svilupparsi; mentre le regioni corticali associative di ordine superiore, situate nel lobo frontale, terminano la loro evoluzione solo dopo il ventesimo anno di età (Giedd, et al., 1999).

Il "modello a doppio sistema" (*dual systems model)* spiega il funzionamento cerebrale dell'adolescente in termini di disallineamento maturativo: le aree encefaliche coinvolte nella sfera emotiva e nella sensibilità agli incentivi si potenziano prima rispetto alle regioni del cervello designate al raziocinio, alle funzioni esecutive e al controllo degli impulsi (Steinberg, et al., 2008). Nello specifico, si osserva la definizione primaria del sistema limbico (comprendente nucleo accumbens e amigdala) e si assiste a una più lenta e incompleta maturazione dei lobi frontali (Steinberg, et al., 2008). In questa prospettiva, lo sbilanciamento tra i due sistemi chiarisce l'aumento dell'impulsività e la messa in atto di comportamenti rischiosi, tipicamente adolescenziali: la parte emotiva del cervello, più matura e attiva, prevarrebbe sulle strutture deputate al controllo cognitivo, ancora in fase di sviluppo (Steinberg, et al., 2008; Casey, Jones, & Somerville, 2011).

Si può dunque constatare come il cervello dell'adolescente, non essendo ancora totalmente maturo e sintonizzato, processi gli stimoli differentemente dall'adulto. L'individuo, avvenuta la completa maturazione cerebrale, durante compiti di natura decisionale, si serve della corteccia prefrontale per l'analisi critica e scrupolosa delle conseguenze a lungo termine; d'altra parte, l'adolescente, di fronte agli stessi eventi, riporta una maggiore attivazione del circuito cingolato anteriore, dello striato ventrale e dell'amigdala, dunque delle componenti cerebrali coinvolte nelle reazioni emotive e nei meccanismi della motivazione e della ricompensa (Blakemore & Robbins, 2012).

Per di più, gli adolescenti incorrono nello sviluppo della connettività e del funzionamento dei circuiti dopaminergici mesolimbici striatali, per cui presentano, diversamente dagli adulti, livelli più bassi di dopamina alla *baseline,* ma rilascio maggiore

del neurotrasmettitore in risposta a esperienze compiute, recepite come eccitanti e stimolanti (Reynolds & Flores, 2021; Kelley, Schochet, & Landry, 2004).

Tali trasformazioni neuropsicologiche spiegano perché gli adolescenti si sentono facilmente annoiati, hanno limitata capacità di controllo degli impulsi e della regolazione emotiva, scarsa tolleranza alle frustrazioni, minore abilità di giudizio e di *decision making,* nonché maggiore suscettibilità alla ricerca della ricompensa e forte orientamento verso stimoli sociali, condotte dirompenti e aggressive (Steinberg, et al., 2008; Blakemore & Robbins, 2012).

Le scoperte neuroscientifiche confermano l'osservazione clinica per la quale l'adolescente sano ha una fisiologica tendenza all'agire, spesso impulsivamente (Nicolò, 2021). In una prospettiva evolutiva, questi comportamenti possono favorire nell'adolescente la spinta all'indipendenza e all'esplorazione, promuovendo l'emergere delle capacità necessarie per l'accesso all'età adulta e il compiersi dei compiti dello sviluppo (Kelley, Schochet, & Landry, 2004).

1.1.2 I compiti evolutivi dell'adolescenza e le sfide contemporanee

A partire dalle novità innescate dalle trasformazioni corporee e cognitive l'adolescente è chiamato alla realizzazione di specifici compiti dello sviluppo, talmente esigenti da meritare un'attenzione diagnostica particolare (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020).

Le sfide evolutive, caratteristiche di quest'età, sono state oggetto di studio di molti autori, a partire da Freud (Nicolò, 2021). L'approccio che in questa sede si sceglie di adottare è quello elaborato da Gustavo Pietropolli Charmet (1991), secondo il quale l'adolescente incorre in quattro prove distinte: il processo di separazione individuazione, la mentalizzazione del Sé corporeo, la nascita sociale e la definizione e formazione dei valori.

L'approccio di Charmet trae origine dalla concezione di inconscio proposta da Franco Fornari (1981)[1]. Si configura come un modello semeiotico, per la centralità del processo di mentalizzazione e di attribuzione dei significati; evolutivo, vista l'importanza

[1] Fornari (1981) ha sviluppato un modello di conoscenza che si fonda sulla concezione dell'inconscio come centrale di simbolizzazione, ovvero non mera sede di contenuti rimossi, ma contenitore di "tracce di sapere" trasmesse geneticamente, le quali guidano l'individuo nei processi decisionali, in nome del principio della sopravvivenza della specie. Tali tracce qualora mentalizzate e significate dall'individuo permettono la costruzione di codici affettivi (Fornari, 1981).

per lo sviluppo individuale; e contestualista, poiché le modalità tramite cui l'individuo affronta tali compiti sono profondamente influenzate dalle trasformazioni sociali e culturali del contesto in cui vive (Charmet, 1991). Alla luce di queste considerazioni, verranno esaminati i principali ostacoli che, nella società occidentale contemporanea, possono interferire con il raggiungimento dei compiti evolutivi.

Separazione individuazione

Lo psicologo e psicanalista Erik Erikson (1968) suddivide l'intero arco della vita in otto differenti età dell'uomo, ciascuna associata a una precisa e critica fase dello sviluppo. Nel quinto stadio, collocato in adolescenza, il principale compito è l'acquisizione di un senso di identità stabile ed integrato (Erikson, 1968).

Con "processi di individuazione", Senise (1989) si riferisce alle trasformazioni endopsichiche che consentono la formazione e la custodia dell'identità, quindi la fruizione di un'immagine interna della propria persona compresa nella sua totalità. Il concetto di identità rimanda alla consapevolezza della propria esistenza e persistenza nel tempo e alla capacità di concepirsi come un individuo inserito in uno specifico contesto, all'interno del quale si stabiliscono relazioni e si assumono ruoli riconosciuti e relativamente stabili (Buday, 2020).

L'identità e la sua strutturazione si fondano sulla capacità di intrattenere relazioni con il mondo esterno in quanto tale e distinto da sé: solo nel tempo, attraverso il contatto diretto con il mondo, con i suoi oggetti e le emozioni che ne derivano, si affina la conoscenza della propria persona (Buday, 2020). Ai fini della formazione di un'identità stabile e coesa, all'adolescente è richiesto di integrare consapevolmente affetti e vissuti; tale processo si basa sull'interiorizzazione dei modelli di contenimento e rispecchiamento dell'ambiente di cura primario che, se adeguato e sintonico, agevola l'individuo nella costruzione della sua soggettività (Buday, 2020).

Secondo Erikson, la formazione dell'identità avviene quando si inizia a selezionare quali identificazioni dell'infanzia mantenere e quali abbandonare (Erikson, 1968). Congiuntamente al processo di individuazione, l'adolescente è quindi chiamato a rendersi progressivamente indipendente a livello individuale e affettivo, abbandonando il sicuro e rassicurante mondo familiare, per un futuro più incerto e imprevedibile (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020).

Tale conquista evolutiva prevede un processo di emancipazione dalle figure genitoriali, in età infantile idealizzate, e la relativa presa di distanza sia dai genitori reali, sia dalle loro rappresentazioni mentali (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020). Come descritto nel pensiero freudiano, l'adolescente deve passare attraverso una fase di disillusione, in cui riconosce le imperfezioni dei genitori, in infanzia concepiti come "supereroi", per poter arrivare a una relazione adulta con essi, basata sulla comprensione e l'accettazione dei loro limiti (Freud S. , 1922).

La separazione dalla nicchia affettiva primaria comporta la sperimentazione di una forte ambivalenza tra il richiamo all'ambiente affettivo familiare e la voglia di evolvere psichicamente. L'adolescente avverte, in questo modo, intensi vissuti di perdita, luttuosi e depressivi, nel compiersi del processo che Winnicott (1968) chiamò "l'uccisione simbolica dei genitori".

Negli ultimi anni, nella società occidentale, il distacco dall'ambiente familiare è diventato sempre più difficoltoso e tardivo. A tal proposito, lo psicoanalista Massimo Ammanniti (2016) propone il concetto di "famiglia adolescente". Secondo l'autore è in atto una rivoluzione culturale che investe primariamente l'assetto familiare: comporta una progressiva liquefazione dei punti di riferimento tradizionali, il dissolversi del confine tra ruolo genitoriale e figliare e il frantumarsi della struttura gerarchica, che precedentemente definiva l'ambiente domestico (Ammanniti, 2016). La famiglia adolescente è dunque vischiosa, in quanto trattiene i suoi componenti attraverso i benefit e le comodità che offre; endogamica, poiché prevede una forte complicità tra tutti i suoi membri; e conseguentemente, compatta ed estremamente omologata (Ammanniti, 2016). L'assetto familiare si caratterizza, in questo modo, dall'assenza di limiti e imposizioni parentali e da un eccesso di identificazione tra genitori e figli (Ammanniti, 2016).

Il "troppo amore" che lega i componenti del nucleo familiare, rischia così di frenare il processo di separazione individuazione, contribuendo a prolungare indefinitamente la permanenza dei figli in famiglia (Thompson, 2008). Le numerose patologie legate alla separazione, che si manifestano nei bambini, andrebbero quindi concepite come la cartina tornasole della difficoltà dei genitori di separarsi e contro-individuarsi a loro volta (Nicolò, 2021; Thompson, 2008).

Nascita del Sé sociale

Parallelamente al distacco dalle figure genitoriali, l'adolescente sperimenta un "vuoto relazionale", che tende a colmare attraverso il rapporto con i coetanei (Malone & Malberg, 2018). Il senso di appartenenza gruppale aiuta l'individuo a mitigare il dolore della separazione e la nostalgia per la perdita dell'unità con il proprio caregiver. Dalla media adolescenza si ricercano sempre più oggetti d'amore alternativi ai genitori, compaiono le prime relazioni sentimentali e l'individuo è chiamato a integrare una visione dell'altro come distinto da sé e da sé complementare (Malone & Malberg, 2018). La contrapposizione intergenerazionale aiuta ad affrontare il conflitto tra il bisogno di nuove relazioni e la spinta regressiva; per questo motivo, il rispecchiamento tra adolescenti è alimentato dalla svalutazione degli adulti e dall'elevazione della propria cultura di gruppo (Malone & Malberg, 2018).

La nascita sociale coinvolge in particolare la relazione con i compagni di scuola, dove gli adolescenti vivono le più importanti esperienze di gratificazione e di mortificazione sociale (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020). Gli adolescenti dipendono enormemente dallo sguardo di ritorno dei coetanei e le loro interazioni con l'altro diventano vicende iperinvestite di significati affettivi e relazionali, oltre a essere luoghi elettivi di apprendimento e formazione (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020).

Oggi, accanto all'ambiente scolastico, i social network si configurano come strumenti di supporto indispensabili per la costruzione del Sé sociale. Un gesto di fondamentale rilevanza simbolica per l'adolescente è postare immagini che lo ritraggono insieme ad amici: si tratta di una comunicazione che testimonia il legame e celebra pubblicamente la comparsa di un oggetto di relazione affettivamente importante (Adorno & Lancini, 2019). Il concetto di amicizia allarga qui la sua definizione, includendo non solo i confidenti più stretti, ma diventando anche un indicatore di status sociale, quantificabile tramite il numero di *like* e *followers* (Rossi Galante, 2019). In queste "piazze virtuali" si esprime la propria identità sociale, e contemporaneamente, si osserva quella degli altri membri della rete (Rossi Galante, 2019). Il rischio è che alcuni adolescenti, non avendo ancora maturato un'esperienza di vita sufficiente, non sappiano cogliere la complessità degli affetti e delle relazioni al di là dello schermo. Ciò può

portarli a sviluppare visioni distorte e alterate delle dinamiche sociali, non conformi alla complessità delle interazioni faccia a faccia (Rossi Galante, 2019).

Mentalizzazione del Sé corporeo

Come affermato da Freud, *«L'Io è anzitutto un essere corporeo, non è soltanto un'entità superficiale, ma è esso stesso la proiezione di una superficie»* (Freud S. , 1922, p. 26). Se l'identità personale è rappresentazione psichica dell'estensione corporea, ne consegue che i cambiamenti innescati dalla pubertà richiedono all'adolescente un imponente lavoro mentale.

Con mentalizzazione del Sé corporeo si fa riferimento al processo che chiede all'adolescente ad accogliere e integrare una nuova immagine di sé: quella del corpo adulto e sessuato.

La neuropsichiatra infantile Anna Maria Nicolò scrive: *«Non esiste età della vita come l'adolescenza, in cui il corpo e le vicissitudini assumano un'importanza così cruciale […]. Le trasformazioni puberali danno vita a nuove sensazioni, mutano la percezione delle distanze interpersonali, modificano la rappresentazione di sé, cimentano l'identità costituitesi durante l'infanzia […]. Le trasformazioni del corpo sono infatti in stretta relazione con quelle della mente e del pensiero»* (Nicolò & Ruggiero, 2016, p. 7).

Con i cambiamenti attivati dalla pubertà, il soma assume nuove dotazioni da studiare, allenare e accettare, per questo, non è sufficiente assistere passivamente alla trasformazione in atto per assolvere al compito evolutivo (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020). L'adolescente deve imparare a investire l'immagine corporea di nuova libido e sensorialità, oltre a integrare e dirigere la crescente forza fisica (Nicolò, 2021).

Le trasformazioni corporee innescate dalla pubertà costringono l'individuo a imbattersi nel tema della mortalità: vedendo il proprio corpo cambiare, l'adolescente prende consapevolezza dei propri limiti, scopre che il soma di cui è dotato ha un confine temporale e, in contrapposizione allo stato di onnipotenza infantile, capisce di essere mortale (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020). Questa verità spinge a reazioni diverse e dona significato al tentativo di sfidare la morte stessa; l'adolescente mette in atto comportamenti pericolosi non perché si sente onnipotente e invincibile, ma per il motivo opposto: ha scoperto di essere mortale (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020).

Con lo sviluppo puberale, si presuppone che l'adolescente integri la modificazione dell'immagine corporea con la sessualità: l'individuo è portato alla ricerca di esperienze amorose e sessuali sempre più mature, dove vi è bilanciamento tra la gratificazione personale e il desiderio e la capacità di soddisfare i bisogni dell'altro (Normandin, Ensink, Weiner, & Kernberg, 2022). L'emergente sensualità innesta aspetti di novità che, se non adeguatamente modulati, possono risultare travolgenti. Stati di sovraeccitazione potrebbero avere valenza traumatica a causa della difficoltà a mentalizzare, portando all'attivazione di meccanismi di difesa come la scissione tra sensualità e sessualità (Nicolò, 2021). Al contrario, se l'adolescente riesce a vivere progressivamente esperienze amorose e sessuali gratificanti e affettivamente coinvolgenti, la strada verso l'acquisizione del Sé risulterà più agevolata (Nicolò, 2021).

È bene sottolineare che, negli adolescenti odierni, nel mondo occidentale, la pubertà sembra portare alla sperimentazione di un conflitto derivante dalle aspettative e dagli ideali di bellezza, più che dall'accettazione delle componenti pulsionali, erotiche e generative (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020). Il disagio maggiormente condiviso dagli adolescenti sarebbe quello di non sentirsi mai sufficientemente belli e popolari; mentre la comparsa della sessualità e la rinuncia all'indifferenziazione del corpo infantile, verrebbero vissuti come meno problematici (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020). L'identità estetica è oggi diventata molto importante, talora a scapito dell'identità reale, motivo per cui si assiste a differenti forme di esternalizzazione (tra cui l'anoressia, il *self cutting*, la decorazione del corpo attraverso tatuaggi e piercing) compensatorie della difficoltà a internalizzare (Nicolò, 2021). La bellezza viene intesa come mezzo vincente per potersi realizzare nella vita e, gli adolescenti, con le loro fragilità, sono i più colpiti dal confronto con il proprio riflesso specchiato: convinti di non poter essere amati e accettati per colpa della loro presunta bruttezza mortificano, nascondono e distruggono la loro deludente corporeità (Charmet, 2013).

Definizione e formazione dei valori

Ultimo compito evolutivo a cui è chiamato a rispondere l'adolescente è la definizione e la formazione dei valori. L'individuo, in questa fase specifica, è impegnato nella costruzione e nel perfezionamento del proprio senso etico, dei propri principi e ideali personali (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020).

L'adolescente effettua una sintesi dei processi di identificazione e dei modelli imitativi con i quali entra in contatto; dalle rappresentazioni dei genitori, dei pari e degli altri adulti di riferimento giunge alla definizione del proprio e unico sistema valoriale, che ne orienta le scelte, le azioni e la modalità di stare e agire nel mondo (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020).

La costruzione degli ideali va di pari passo con la ridefinizione complessiva del senso di sé, del proprio carattere e dei propri miti affettivi (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020).

Negli ultimi anni anche il processo di costruzione valoriale ha subito ingenti trasformazioni, data la pervasiva influenza di modelli alternativi a quelli familiari e scolastici. I canali di comunicazione di massa, Internet e il marketing, si configurano come agenti impegnati a offrire un imponente materiale valoriale che incide sullo sviluppo degli ideali personali e generazionali (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020).

1.2 Giovane età adulta

Il concetto di giovane età adulta, o *emerging adulthood,* descrive il periodo di transizione che segue l'adolescenza e precede l'ingresso nell'età adulta, coprendo l'arco temporale tra i 19 e i 29 anni (Arnett, 2000). Jeffrey Arnett (2000) è stato il primo a introdurre il termine "giovane adulto", sostenendo che, in Occidente, a seguito delle trasformazioni sociali e culturali che hanno ridefinito l'assetto famigliare e il sistema educativo, è emersa la necessità di definire una nuova fase evolutiva. Tra le caratteristiche distintive di quest'età, Arnett (2006) evidenzia l'esplorazione identitaria, la ricerca di indipendenza e la sensazione di precarietà; pone come punti centrali l'investimento su di sé, il tentativo di autodefinizione e l'esplorazione delle possibilità di realizzazione personale.

Nella vita dell'individuo l'emerging adulthood si configura come una "terza nascita", successiva alla seconda nascita adolescenziale, poiché segna un punto di svolta importante a livello personale e identitario (Lancini & Madeddu, 2014). I giovani adulti devono affrontare scelte di vita significative riguardanti l'autonomia, le relazioni, la sessualità e la carriera, completando i processi di soggettivazione avviati in adolescenza,

per giungere allo sviluppo di un'immagine positiva di sé e alla costruzione di un senso di *agency* e di responsabilità personale (Riva Crugnola, 2024).

Dal punto di vista neurobiologico, il cervello non ha ancora assunto la sua conformazione definitiva, almeno per la prima parte della giovane età adulta. Come già descritto, la corteccia prefrontale continua a maturare oltre il ventesimo anno di età, permettendo solo intorno ai 25 anni il pieno sviluppo del pensiero razionale riflessivo e autocosciente (Steinberg, et al., 2008; Liu, Zhang, Qiu, & Wei, 2023). Questo processo encefalico può essere influenzato da fattori ambientali, relazionali, fisiologici e comportamentali (Liu, Zhang, Qiu, & Wei, 2023). Infatti, la combinazione di affettività negativa, tratti di personalità vulnerabili e condizioni sociali sfavorevoli può interferire con il normale sviluppo cerebrale, aumentando il rischio di difficoltà emotive e psicologiche durante la transizione verso l'età adulta (Liu, Zhang, Qiu, & Wei, 2023).

Durante l'emerging adulthood, si ridefiniscono e ultimano i compiti evolutivi adolescenziali, i quali sono principalmente centrati sul distacco dai genitori, sull'investimento in nuove relazioni esterne alla famiglia e sui processi di integrazione delle trasformazioni fisiche e mentali implicate dallo sviluppo puberale (Charmet, 1991; Riva Crugnola, 2024). I compiti riguardanti l'emerging adulthood appiano invece primariamente legati al consolidamento dell'Io e all'esplorazione e sperimentazione relazionale, sociale e professionale (Riva Crugnola, 2024).

La ricerca identitaria, che in adolescenza avviene all'insegna della curiosità e del piacere della scoperta di nuovi affetti e bisogni, nella giovane età adulta evolve verso il tentativo di definire sé stessi e acquisire un'identità stabile e coerente (Riva Crugnola, 2024). Questa transizione è accompagnata dalla sensazione di sentirsi "*in-between"* ovvero precariamente sospesi tra il mondo adolescenziale e quello adulto (Arnett, 2006). Questa percezione è stata documentata da una ricerca di Arnett e collaboratori (2014), i quali chiesero a un gruppo di studenti tra i 18 e i 25 anni se sentissero di aver raggiunto l'età adulta; alla domanda il 60% dei partecipanti rispose "sì e no".

In quest'età, la realizzazione del Sé sociale diventa fondamentale e decisiva per la costruzione, la definizione e il rimodellamento dell'identità (Lancini & Madeddu, 2014). Le relazioni interpersonali si trasformano e assumono un ruolo cruciale nel percorso evolutivo, facilitando (o ostacolando) l'adattamento dell'individuo al suo contesto. I bisogni di attaccamento traslano dalle figure genitoriali, dove vi è un legame di tipo

asimmetrico, agli amici e/o al partner, verso relazioni più paritetiche (Collins & Van Dulmen, 2006). Le relazioni extrafamiliari acquisiscono un ruolo centrale nel mondo affettivo e il partner diventa primario nella gerarchia relazionale di attaccamento dell'individuo (Collins & Van Dulmen, 2006). Queste dinamiche di spostamento degli affetti, non seguono sempre un percorso lineare, ma, al contrario, implicano numerose fluttuazioni a livello emotivo. Si può osservare dalle analisi delle distribuzioni dei livelli di attaccamento in adolescenza e nell'emerging adulthood, che hanno evidenziato come, in questi periodi di vita, prevalgano modelli insicuri di tipo distanziante, rispetto all'età adulta (Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2009).

Per il giovane adulto, il progressivo allontanamento dal controllo genitoriale e scolastico e la nuova esplorazione di sé, accrescono il senso di libertà, autoefficacia e autostima, ma d'altro canto, aumentano i vissuti d'ansia, insicurezza, solitudine e disorientamento (Riva Crugnola, 2024). Tollerare le incertezze e l'instabilità di questo periodo di vita richiede imponenti sforzi cognitivi e i sentimenti di indecisione, confusione e ambivalenza possono radicalizzarsi creando una situazione di stallo (Riva Crugnola, 2024). Per di più, se alla spinta verso il futuro si riattivano e sovrappongono i conflitti irrisolti nelle precedenti fasi di sviluppo, il processo di definizione di sé e di stabilizzazione delle proprie relazioni può facilmente risultare compromesso (Blatt & Luyten, 2009).

1.3 Fragilità psicologiche in adolescenza e giovane età adulta

In circostanze ottimali, l'adolescenza e la giovane età adulta sono esaltanti fasi di vita, caratterizzate da un'espansione verso nuove conoscenze, abilità, interessi e sogni. Sono vie d'accesso al godimento biologico e psicologico delle relazioni adulte, nonché tempi per accedere alle correnti della storia e della cultura e per trovare il proprio posto nella natura e nella società (Normandin, Ensink, Weiner, & Kernberg, 2022). Tuttavia, come evidenziato in precedenza, queste fasi di sviluppo non sono esenti da sfide: comportano il confronto con l'inevitabilità dell'aggressività umana, con la rivalità, la competizione, l'invidia, il tradimento e con i propri stessi limiti (Normandin, Ensink, Weiner, & Kernberg, 2022).

Dalle rilevazioni sulla salute mentale europea del 2022, si stima che circa il 13% dei bambini e degli adolescenti sotto i 19 anni soffra di un disturbo mentale, con un

aumento dell'indice fino al 19% nella fascia di età tra i 15 e i 19 anni, ovvero nella piena adolescenza (UNICEF, 2024). Tra le condizioni patologiche rilevate, i disturbi d'ansia risultano essere i più diffusi (UNICEF, 2024).

La vulnerabilità psicopatologica dell'adolescente può persistere anche nella giovane età adulta. Secondo vari studi, questo periodo di vita comporta il maggior numero di esordi di problematiche mentali, con un'incidenza maggiore rispetto alle fasi di vita precedenti e successive (Kessler, et al., 2005; McGorry, Sartorius, & De Girolamo, 2019). Un'indagine condotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2018, ha sottolineato la fragilità psicologica dell*'emerging adulthood*, coinvolgendo più di 13.000 studenti universitari provenienti da otto paesi diversi del mondo (tra cui Messico, Sudafrica, Spagna, Australia e Stati Uniti), con differenti background socioeconomici (Auerbach, et al., 2018). Dall'utilizzo del questionario *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI)[2], è emerso che oltre il 30% dei partecipanti ha sperimentato almeno un disturbo mentale nell'anno antecedente la rilevazione; la percentuale è risultata ancora più alta prendendo in considerazione la prevalenza cumulativa, ossia nel corso di vita (Auerbach, et al., 2018). In particolare, i disturbi depressivi e d'ansia figurano come i più comuni; molti studenti hanno dichiarato che la sintomatologia è apparsa durante l'adolescenza, suggerendo l'esperienza universitaria come fattore di peggioramento (Auerbach, et al., 2018).

Di fronte alle avversità di questi periodi dello sviluppo, il vissuto di ciascuno può variare significativamente. Per chi dispone di adeguate risorse psicologiche e fattori di protezione, affrontare le complessità evolutive può forgiare una resilienza sufficiente al definirsi adulti. Al contrario, con una storia evolutiva travagliata e un ambiente personale e sociale carenziante o traumatizzante, la crescita dell'individuo può essere gravemente compromessa e il benessere può risentirne in maniera circoscritta all'età evolutiva, o pervasivamente anche nelle fasi di vita successive.

L'adolescenza e la giovane età adulta sono momenti fortemente suscettibili a rotture emotive e crolli psicologici; la tensione psichica assume forme e manifestazioni diverse, rendendo difficile distinguere il normale decorso evolutivo da manifestazioni patologiche (Normandin, Ensink, Weiner, & Kernberg, 2022).

[2] Questionario standardizzato sviluppato dall'OMS per diagnosticare disturbi mentali sulla base dei criteri DSM-IV e ICD-10.

In adolescenza, il sintomo è solito esprimersi attraverso l'agito come manifestazione del disagio della crescita: il dolore è estremamente invalidante da non trovare altro spazio di comunicazione se non il comportamento (Nicolò & Ruggiero, 2016; Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020).

I cambiamenti neurali, cognitivi e i compiti dello sviluppo predispongono alla messa in atto di condotte rischiose, che spaziano lungo un continuum dalla sfera adattiva a quella più patologica (Blakemore & Robbins, 2012; Casey, Jones, & Somerville, 2011). Comportamenti devianti come furto, vandalismo, violenza agita, abuso di alcol e droghe e atteggiamenti sessualmente promiscui, sono tipici adolescenziali (Casey, Jones, & Somerville, 2011). In altri casi, è il proprio corpo ad essere ripudiato, diventando oggetto di attacco attraverso forme di autolesionismo, disturbi della condotta alimentare e comportamenti parasuicidari. Il corpo diventa, in questi casi, il bersaglio su cui si proiettano i conflitti interni innescati dalle trasformazioni puberali (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020).

Inoltre, le crisi adolescenziali, sia quelle di tipo nevrotico e passeggero, sia quelle di ordine psicotico, si accompagnano inevitabilmente ad aspetti depressivi (Cahn, 1991). Anna Freud ha paragonato le difficoltà dell'adolescente al processo del lutto, il quale può comportare improvvise oscillazioni dell'umore, crisi affettive violente e singolari, gravi sensi di colpa, sentimenti angosciosi di vergogna e autorimprovero, preoccupazioni corporee ipocondriache e timori paranoici (Freud A. , 1958). L'espressione "depressione mascherata" si riferisce alla centralità dei vissuti depressivi nella mente adolescente, non richiamando la sintomatologia riportata dall'individuo, quanto una condizione diffusa in varie aree del sé (Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020).

Quando le strade verso la crescita personale sono bloccate, la minaccia più grave mina l'acquisizione di un'identità stabile, compromettendo la capacità di immaginare il futuro e manifestandosi come un arresto nella costruzione del Sé. Come scrive la psicologa e psicoterapeuta Elena Buday *«Un senso di identità fragile o mal definito rende molto più difficile e stressante affrontare le nuove esperienze ed i cambiamenti […] In situazioni in cui la tenuta identitaria è incerta, può accadere che molti aspetti di potenziale sperimentazione e crescita vengano evitati, in una sorta di arroccamento difensivo volto ad evitare di mettere in discussione il fragile senso di Sé, creando un*

circolo vizioso che farà ulteriormente perdere occasioni di rafforzamento dell'identità attraverso l'esperienza e la scoperta di Sé e dell'altro» (Buday, 2020, p. 14).

Nella prospettiva psicodinamica, risulta cruciale la distinzione tra "crisi di identità" e la più pervasiva e patologica "diffusione di identità" (Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2000; Erikson, 1968).

Erikson (1968) sottolinea come la "crisi di identità" adolescenziale, rappresenti una svolta, in un "periodo cruciale di accresciuta vulnerabilità e di rafforzata potenzialità". L'interazione dei processi di esplorazione comporta inevitabili crisi, che, se adeguatamente risolte, conducono alla formazione di un'identità stabile (Normandin, Ensink, Weiner, & Kernberg, 2022). La crisi di identità si manifesta come uno stato acuto, ma transitorio, di disorientamento dovuto alla discrepanza tra le diverse prospettive sull'immagine di Sé, alimentate dalla mancanza di rispecchiamento e conferma da parte di altri significativi che, ancorati alla visione infantile dell'individuo ormai adolescente, ne affaticano l'accettazione al cambiamento (Fontana, et al., 2020; Erikson, Gioventù e crisi d'identità, 1968). La risoluzione di queste crisi fisiologiche, attraverso la sperimentazione di diversi ruoli e relazioni, permette di integrare in modo complesso i concetti del Sé e dell'altro, portando al raggiungimento della completa integrazione identitaria (Normandin, Ensink, Weiner, & Kernberg, 2022).

Diversamente, gli adolescenti con diffusione di identità restano bloccati al precedente stadio evolutivo di dissociazione e scissione; oscillano tra segmenti di esperienze idealizzate e persecutorie, che si riflettono in rappresentazioni di sé e degli altri non integrate, con la conseguenza di una grave perdita della capacità di autoriflessione e mentalizzazione (Normandin, Ensink, Weiner, & Kernberg, 2022). Quando l'individuo vive uno stato di diffusione identitaria sperimenta un doloroso senso di incoerenza e di marcata confusione; si traduce in credenze vaghe, comportamenti contraddittori, difficoltà nel prendere decisioni, definire i propri valori e obiettivi e nella percezione di un profondo senso di vuoto (Fontana, et al., 2020; Malone & Malberg, 2018). Nei casi più gravi, è totalmente assente la distinzione tra ciò che appartiene al mondo interno e ciò che deriva dalla realtà circostante e i contenuti della mente (emozioni, impulsi, fantasie e pensieri) vengono confusi con gli stimoli ambientali (Fontana, et al., 2020). In altri termini, chi sperimenta la diffusione di identità non ha un senso preciso di chi sia realmente e questo si riversa in tutte quelle situazioni che richiedono la capacità di

autodefinirsi, come i rapporti interpersonali che implicano intimità, in cui il pericolo percepito è di una grave fusione o di perdita del proprio senso di sé (Malone & Malberg, 2018; Kernberg O. F., 2013). A differenza della crisi identitaria, temporanea e risolvibile attraverso il confronto con nuove esperienze, la diffusione di identità è più rigida e duratura. Comporta una vulnerabilità psichica che può evolvere in gravi disturbi della personalità, come il narcisismo patologico o il funzionamento borderline (Normandin, Ensink, Weiner, & Kernberg, 2022).

Il culmine dell'incapacità di integrare i cambiamenti del sé si connota nel "breakdown" o nella "rottura evolutiva", che esplode quando l'individuo non riesce ad accettare il lutto del passato infantile, né ad integrare l'aggressività e la tempesta di nuove sensazioni generate dal corpo (Laufer & Laufer, 1986; Nicolò & Ruggiero, 2016).

Di fronte al dolore, alcuni individui sviluppano diverse soluzioni difensive, che non risolvono il problema, ma lo cortocircuitano, lo seppelliscono o nascondono (Nicolò, 2021). Tali meccanismi di difesa possono diventare strutturali e la personalità si organizza intorno ad essi.

Ai fini di questo elaborato, risulta dunque rilevante l'esperienza di alcuni individui in cui il passaggio all'adolescenza comporta vissuti di estrema sofferenza, da cui la decisione di recludersi volontariamente in casa, quasi negando la loro stessa esistenza. Di fronte al debutto adolescenziale, pur sentendo una forte spinta evolutiva, non riescono a tollerare la vergogna del possibile fallimento della grandiosità infantile e decidono di disinvestire nella loro stessa crescita (Adorno & Lancini, 2019). Il rifiuto di agire diventa allora difesa dal desiderio di ciò che sembra irraggiungibile nella realtà; esistendo si corre il rischio di perdere, di essere responsabili, di soffrire e sentirsi inadeguati, il ritiro è la negazione di tutto questo (Nicolò, 2021).

Parafrasando il pensiero di Winnicott, la paura del crollo, negli adolescenti hikikomori, si configura come la paura di un crollo già avvenuto (Winnicott, 1995).

CAPITOLO 2 | Hikikomori: il ritiro sociale negli adolescenti e giovani adulti

2.1 Hikikomori: inquadramento del fenomeno

Gli hikikomori sono adolescenti o giovani adulti che denunciano la loro sofferenza in modo diverso e nuovo rispetto alle generazioni passate: decidono di disinvestire nella scuola, nelle relazioni, nella crescita e, più profondamente, nella speranza nel futuro (Adorno & Lancini, 2019). L'autoreclusione sembra ritrarre una nuova modalità di espressione del disagio giovanile: si configura come una protesta silente di comunicazione di conflitti, problematiche familiari, scolastiche, sociali e psicologiche. I ritirati sociali si presentano come adolescenti che stanno bene fisicamente, ma soffrono a livello mentale; il loro malessere prende forma nell'incorporeità, nell'isolamento e nel disimpegno nelle relazioni.

Il termine *Hikikomori* venne descritto per la prima volta dallo psichiatra giapponese Saito Tamaki, in *Ritiro sociale: adolescenza senza fine* (1998), un testo di fondamentale rilevanza sul tema, che ha conferito valore e portato attenzione sulle caratteristiche di questa peculiare condizione.

L'espressione deriva dai verbi giapponesi *hiku* (tirare indietro) e *komoru* (ritirarsi), letteralmente "stare in disparte, isolarsi"; focalizza l'attenzione sull'aspetto principale del fenomeno: il ritiro e l'isolamento volontario dell'individuo dalle relazioni sociali (Saito, Social Withdrawal: A neverending adolescence, 1998). La parola hikikomori è stata coniata per definire una sintomatologia emersa circa dieci anni prima, infatti, il primo studio che ne ha suggerito l'esistenza, risale alla fine degli anni '70, quando il professionista della salute mentale giapponese Kasahara (1978) aveva riportato casi di *taikyaku shinkeishou* (nevrosi da ritiro). Si riferiva a soggetti che abbandonavano la scuola o il lavoro per lunghi periodi e che non erano altrimenti diagnosticabili come affetti da disturbi depressivi o dello spettro della schizofrenia (Kasahara, 1978).

Alla fine degli anni '90, successivamente alla pubblicazione di Saito Tamaki, il termine Hikikomori inizia a diffondersi ed essere utilizzato per indicare giovani che si confinano nelle mura domestiche; il fenomeno assume rilevanza scientifica e l'espressione si propaga, riferendosi sia a colui che ne è afflitto sia alla condizione stessa.

La voce Hikikomori viene tradotta in inglese con *social withdrawal* e in italiano con ritiro sociale. Nonostante nel vocabolario comune ci sia spesso sovrapposizione tra i termini, è opportuno distinguere il ritiro sociale dall'isolamento sociale*:* nel primo caso la solitudine è giustificata da una scelta volontaria, nel secondo da agiti di esclusione da parte di un gruppo di riferimento (Procacci, Pellecchia, Colle, & Sette, 2022). Sebbene, nel corso degli anni, ritiro e isolamento sociale possono influenzarsi reciprocamente e condurre al medesimo esito, ovvero vissuti di emarginazione e di allontanamento dal mondo sociale (Procacci, Pellecchia, Colle, & Sette, 2022).

Nella sua prima definizione, l'hikikomori viene descritto come uno stato che diventa un problema entro la fine dei venti anni, che comporta il rinchiudere sé stessi nella propria casa e il non partecipare alla società per sei mesi o più, senza che questo sembri avere un altro problema psicologico come fonte principale (Saito, Social Withdrawal: A neverending adolescence, 1998). A partire da questa definizione, nel 2010 il Ministero giapponese della Salute, del Lavoro e del Welfare (MHLW) ha divulgato specifiche linee guida stabilendo cinque criteri per inquadrare il fenomeno: il primo descrive uno stile di vita centrato sullo stare chiuso in casa; segue la mancanza di interesse e volontà a frequentare la scuola o il lavoro; la persistenza dei sintomi oltre i sei mesi; l'esclusione di un disturbo dello spettro della schizofrenia, di disabilità intellettiva o altri disturbi mentali; infine, l'esonero di coloro che, pur non mostrando interesse per la scuola o per il lavoro, mantengono relazioni interpersonali.

In altre parole, viene descritta una situazione in cui una persona senza alcuna forma di psicosi è ritirata dentro la sua casa per più di sei mesi e non partecipa alla vita della società (MHLW, 2010).

2.1.1 Epidemiologia

La diffusione del fenomeno sta diventando sempre più dilagante negli ultimi anni; infatti, il numero degli adolescenti hikikomori riconosciuti risulta in continua crescita (Aguglia, Signorelli, Pollicino, & Arcidiacono, 2010; Japanese Cabinet Office, 2022).

Dal più recente sondaggio nazionale, condotto nel novembre 2022 dal Governo giapponese, si stima che il confine nipponico racchiuda circa 1,5 milioni di hikikomori (Japanese Cabinet Office, 2022). L'indagine ha raccolto più di 13000 risposte da persone selezionate casualmente tra i 10 e i 69 anni ed emerge che il 2% della popolazione in età

lavorativa (dai 15 ai 64 anni) viva in uno stato di reclusione sociale (Japanese Cabinet Office, 2022).

Tale condizione, riconosciuta dapprima nel Sol Levante, appare oggi epidemica e interessa molti Paesi del mondo, tra cui altri stati dell'Asia, India, Stati Uniti e Australia; ad oggi, si osservano adolescenti ritirati anche in Europa (Kato, et al., 2012).

I primi casi in Italia risalgono agli inizi del 2000. L'attenzione sul fenomeno fu portata dall'antropologa Carla Ricci (2008) con la pubblicazione del saggio *Hikikomori: adolescenti in volontaria reclusione*. La studiosa mise in evidenza come stati psicologici quali incertezza, insicurezza e disorientamento siano fattori di comunanza tra i giovani autoreclusi giapponesi e quelli della nostra nazione (Ricci, 2008).

Il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità a gennaio 2024 ha pubblicato uno studio volto ad analizzare la prevalenza delle dipendenze comportamentali nella "Generazione Z", stimando la presenza di circa 66mila casi di hikikomori in Italia**,** di cui la maggioranza nella fascia d'età compresa tra gli 11 e i 13 anni (Mortali, et al., 2023). I dati, raccolti tra il 2022 e il 2023, si basano su più di 8000 questionari somministrati a studenti provenienti da tutta Italia, tramite lo strumento di valutazione self report HRI-15 (Colledani, et al., 2023), versione ridotta dell'HRI-24 (Loscalzo, Nannicini, Liu, & Marco, 2020).

Questi risultati si sovrappongono in parte a un'altra importante ricerca italiana condotta dall'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa (Cnr-Ifc), in collaborazione con Gruppo Abele e Università della Strada, la quale ha stimato la presenza di circa 54mila ritirati sociali nella fascia di popolazione tra i 15 e i 19 anni (Cerrai, Biagioni, & Molinaro, 2023). I risultati, rilevati tra il 2020 e il 2021, si basano su un campione di oltre 12mila studenti, reclutati nelle aule scolastiche, a cui è stato chiesto se si identificassero come hikikomori (tramite compilazione del questionario ESPAD Italia 2021) o se avessero conoscenza di soggetti rispondenti alla stessa definizione[3]; emerge che il circa il 2% dei partecipanti si attribuisce la condizione di ritirato sociale e che il 13% conosce qualcuno che può essere definito tale (Cerrai, Biagioni, & Molinaro, 2023).

[3] Gli item del questionario ESPAD riportano la seguente definizione di hikikomori: "Qualcuno che evita il coinvolgimento sociale, ha lasciato la scuola, non frequenta praticamente più nessun amico e passa tantissimo tempo davanti a un monitor, isolato nella propria camera o abitazione".

Dalle ricerche sopra riportate, si evidenzia la notevole portata del fenomeno e quanto la condizione sia diffusa anche tra i giovani italiani. È, però, doveroso sottolineare che questi studi hanno il limite di non riportare dati quantitativi esatti, ma di costituire una mera stima rispetto alla prevalenza dei ritirati sociali in Italia. Nello specifico, la ricerca condotta dall'Istituto Superiore di Sanità e quella del Consiglio Nazionale delle Ricerche, sono state realizzate su una popolazione di studenti ancora inseriti nel contesto scolastico, trascurando coloro fuori dal circuito formativo; il che porta, verosimilmente, alla descrizione di pre-hikikomori, piuttosto che di hikikomori veri e propri, ovvero soggetti a rischio di sviluppare la sintomatologia ma non ancora in condizioni di severo ritiro. L'attendibilità dei dati potrebbe, in aggiunta, essere minata, dall'utilizzo di questionari *self-report* e autovalutativi non associati a strumenti di studio di natura clinica o osservativa, in un momento storico peculiare: le ricerche, specialmente quella redatta dal CNR, sono state condotte a ridosso del lockdown da pandemia Covid-19 (anni 2020-2021), un periodo di ritiro sociale forzato generalizzato che potrebbe aver influenzato la percezione e il giudizio di molti adolescenti riguardo alla valutazione della propria condizione.

2.1.2 Caratteristiche del ritiro sociale

Per quanto concerne la conformazione tipica dell'adolescente hikikomori, la letteratura riporta un'incidenza quattro volte superiore nel genere maschile rispetto a quello femminile (Suwa, Suzuki, Hara, Watanabe, & T., 2003; Saito, Social Withdrawal: A neverending adolescence, 1998; Ricci, 2008). Inoltre, si osserva la prevalenza di soggetti primogeniti, provenienti da famiglie di ceto sociale medio-alto, dove ambedue i genitori sono laureati (Umeda, Kawakami, & World Mental Health Japan Survey Group, 2012). La prima manifestazione del disagio psico-relazionale può avvenire già al primo anno delle scuole medie inferiori (Ministry of Health, Labour & Welfare, 2003).

In controtendenza con questi dati, negli ultimi anni, in Italia, si osserva il dissolversi di tali condizioni, come dimostra la ricerca a cura di Mortali (2023), precedentemente menzionata. Lo studio riporta una prevalenza maggiore della tendenza al ritiro sociale nel genere femminile per entrambe le classi di età indagate: l'1,9% delle studentesse tra 11 e i 13 anni e il 2,4% tra i 14-17 anni sarebbero a rischio hikikomori, contro l'1,4% e lo 0,7% del genere maschile nelle stesse fasce di età (Mortali, et al., 2023). Inoltre, nel nostro Paese, diversamente dal Giappone, non sembrano essere coinvolti in

modo particolare i figli unici o i primogeniti e parrebbe che le famiglie dei ritirati meridionali appartengano anche a livelli socioeconomici bassi (Bagnato, 2017).

Si osserva, dunque, un progressivo cambiamento fenomenologico che va a disancorare la visione stereotipata e comunemente condivisa di chi sia l'adolescente hikikomori, generalmente descritto come un individuo solitario, chiuso nella propria stanza, che si dedica alla visione di Anime, alla lettura di Manga, all'ascolto di musica, impegnato per la maggioranza del tempo nell'uso della tecnologia (Hajek & König, 2024). Attualmente, il ritiro sembra coinvolgere sempre più studenti universitari e giovani donne, tanto che inizia a delinearsi il "ritiro femminile": una condizione in cui l'utilizzo di Internet ha scopi diversi e più variegati, si registra fobia sociale meno intensa, minore inversione del ritmo circadiano e livelli più bassi coartazione emotiva e ossessività (Castellano Magnani & Manghi, 2024).

La condizione Hikikomori si manifesta attraverso un complesso quadro sintomatologico che esula dal solo ritiro sociale, comprendendo fobia sociale, ritiro scolastico, antropofobia[4], automisofobia[5], agorafobia, mania di persecuzione, sintomi ossessivi e compulsivi, apatia, letargia, umore depresso, pensieri di morte e tentativi di suicidio; nonché inversione del ritmo circadiano e comportamenti violenti nei confronti dei familiari, solitamente in forma più accentuata verso la madre (Saito, Social Withdrawal: A neverending adolescence, 1998). Anche Procacci e Semerari (2019) definiscono il Ritiro Sociale come la risultante finale di un complesso di componenti psicopatologiche combinate fra loro in maniera differente. In aggiunta alle condizioni precedentemente riportate, osservano anedonia, paura o sensibilità al rifiuto (*rejection sensitivity*), problemi neurocognitivi, disfunzioni nella mentalizzazione e nella cognizione sociale (*social cognition*), tendenza all'ideazione paranoide, disturbi del pensiero, sentimenti cronici di non appartenenza e non condivisione al gruppo dei pari e carenze di abilità sociali (Procacci & Semerari, 2019).

Il ritiro sociale, pertanto, assume la valenza di un "termine ombrello" che racchiude un'ampia gamma di stati emotivi, motivazioni e comportamenti associati al sottrarsi alle opportunità di interazione sociale con i coetanei (Rubin, Coplan, & Bowker, 2009).

[4] Sensazione d'angoscia suscitata dalla presenza di una o più persone.
[5] Paura di essere sporchi.

L'hikikomori è una condizione estremamente variegata e complessa, dove ogni forma è diversa dall'altra: può presentarsi con differenti gradi di intensità e spaziare da saltuari rifiuti alla partecipazione a eventi sociali, alla presenza scolastica irregolare, fino a forme di isolamento totalizzanti.

Sulla base di osservazioni cliniche, sono state delineate le fasi che precedono il ritiro estremo: il primo rimando è a adolescenti bloccati nel mondo dell'infanzia o, all'estremo opposto, a giovani che cercano di simulare il più possibile l'universo adulto (Scodeggio, 2015). Nel primo caso la rappresentazione di sé è fortemente ancorata alla fanciullezza, a partire dall'abbigliamento e dai valori di riferimento: si osservano adolescenti che indossano stretti vestiti da bambini e prediligono attività infantili di gioco o, distintamente, altri che scelgono di indossare camicie, giacche e pantaloni eleganti, apparendo come piccoli uomini in carriera prima del tempo (Scodeggio, 2015). Entrambi i modi di presentarsi socialmente figurano da campanelli di allarme, indicativi dell'esigenza di staccarsi dalla propria generazione e del desiderio di sfuggire all'incertezza e all'ambiguità tipiche dell'adolescenza.

In questo periodo, sono già evidenti difficoltà relazionali, ma la crisi più acuta si verifica poco prima del completo ritiro dalle scene sociali: la frequenza scolastica diventa più faticosa, le assenze aumentano, il contatto con i compagni diventa difficile e fonte di ansia, fino a rendere impossibile varcare la soglia dell'edificio scolastico e sedersi al proprio banco (Scodeggio, 2015). Le assenze, sempre più frequenti e prolungate, sono spesso giustificate dalla comparsa di malesseri fisici come disordini gastrointestinali, dolori articolari, cefalee e giramenti di testa, sintomi di un disagio nettamente più profondo (Adorno & Lancini, 2019).

In questa fase, il mondo classe diventa la rappresentazione simbolica della propria generazione, a cui l'adolescente sente di non appartenere. Lo sguardo degli altri si configura come un giudizio costante, restituendo un senso di inadeguatezza, di distanza incolmabile e di grave ritardo, dalla cui consapevolezza matura la presa di decisione definitiva: il ritiro dalle scene sociali. Finalmente chiuso nella propria stanza, l'hikikomori trova sollievo, al riparo da ogni possibile giudizio o confronto con l'altro. Inizialmente, l'autoreclusione ha effetti catartici, ciononostante quando la situazione cronicizza affiorano sentimenti depressivi, legati alla paura di non trovare il coraggio di

uscire e di rimanere intrappolati nella propria condizione di sospensione del tempo e dello spazio (Kato & Kanaba, 2017).

L'isolamento ha un decorso molto variabile: la durata media è di circa trentanove mesi, ma può protrarsi per diversi anni o, in alcuni casi, per tutta la vita (Saito, Social Withdrawal: A neverending adolescence, 1998). La prognosi più favorevole si configura come una lenta ripresa evolutiva, con l'apertura di uno spiraglio verso la socialità, dopo una lunga sospensione da essa. L'adolescente, spesso motivato da nuovi legami sviluppati nel mondo virtuale, può ritrovare una spinta evolutiva che lo porta al graduale reinserimento nella realtà esterna. Diversamente, nella peggiore delle ipotesi, l'hikikomori può rimanere incastrato in quella che Saito Tamaki definì "un'adolescenza senza fine" (Saito, Social Withdrawal: A neverending adolescence, 1998).

Generalmente, la tendenza al ritiro sociale appare stabile nel tempo: l'esordio è nel passaggio tra l'infanzia e l'adolescenza, la condizione si stabilizza nella prima età adulta e permane sino alla terza età (Rubin, Coplan, & Bowker, 2009)

La remissione è difficilmente spontanea, nella preponderanza dei casi è associata a un percorso di presa in carico psicologica e psicoterapeutica o al ricorso alla farmacoterapia (Tolomei, et al., 2023). Come messo in luce da una ricerca di Teo e colleghi, sono i ritirati stessi a preferire la psicoterapia individuale in presenza come principale modalità di trattamento (Teo, et al., 2015a).

L'hikikomori, afflitto da una sofferenza tanto intensa quanto impresentabile, sceglie l'autoreclusione come modalità di protezione dal dolore e dal fallimento, pensando di preservare i suoi legami più stretti dalla sofferenza dei medesimi vissuti (Lancini & Crillo, 2020). In realtà, l'impatto della sindrome con il sistema di riferimento è notevole: la scelta del ritiro comporta una serie di criticità, che si riversano non solo sull'adolescente, ma su tutte le persone con cui è solito interfacciarsi, a partire dal mondo della scuola, dei coetanei e dei familiari.

Il rigido comportamento dell'hikikomori grava sulle modalità di socializzazione con i pari: le prassi comunicative subiscono ingenti deformazioni, laddove l'interazione virtuale offre precari compromessi. Inoltre, la rinuncia scolastica proietta sentimenti di svalutazione e abbandono sugli insegnanti, i quali osservano impotenti il dileguarsi dell'alunno. Per di più, l'instaurarsi della nuova quotidianità percuote l'ambiente di vita domestico, dove i caregivers convivono con vissuti di impotenza, confusione e rabbia

rispetto allo stato del figlio e ai motivi (spesso non chiari) che l'hanno portato alla scelta del ritiro (Comazzi, 2015). I genitori manifestano una forte angoscia di ruolo per la disillusione del progetto di crescita del figlio. La madre è costantemente alla ricerca della relazione, nutrendo la speranza che lo stato di stallo sia solo temporaneo; d'altra parte, il padre, incapace di empatizzare con il dolore del figlio, adotta uno stile educativo autoritario, che, in realtà, non gli appartiene (Adorno & Lancini, 2019).

2.1.2 Le diverse ipotesi di classificazione del ritiro sociale

Nonostante le indicazioni fornite da Saito Tamaki, le indicazioni dell'MHLW e lo sforzo degli ultimi venti anni di definire, tramite studi quantitativi e descrittivi, le ragioni sottostanti al ritiro sociale, attualmente non esiste ancora una definizione esaustiva e condivisa del fenomeno hikikomori.

La comunità scientifica internazionale, rispetto alla categorizzazione del ritiro sociale, ha proposto diverse ipotesi. Le principali proposte prese in considerazione sono le seguenti: l'hikikomori come malattia specchio dei disagi socioculturali di questo momento storico, il riconoscimento formale come nuovo disturbo clinico e l'inquadramento come condizione secondaria ad altri disturbi psichiatrici già noti.

Nel DSM-IV-TR (2007) l'hikikomori compariva tra i concetti culturali di sofferenza (*culture-bound syndromes)*[6]*,* valutato come un malessere specifico del contesto giapponese. Il DSM-5 (2013) non ne ha fatto menzione, mentre, nella versione più aggiornata del Manuale Statistico e Diagnostico dei disturbi mentali (DSM-5-TR) l'hikikomori è stato reinserito tra le sindromi culturali (American Psychiatric Association, 2022). In linea con i criteri proposti da Kato (2012), l'hikikomori viene sintetizzato come una forma di ritiro sociale patologico, o distacco sociale, la cui caratteristica essenziale è la significativa compromissione del funzionamento e l'isolamento fisico nella propria casa, in maniera continuativa per almeno sei mesi (American Psychiatric Association, 2022).

Viene aggiunto che gli individui in ritiro sociale continuo per più di tre mesi, ma meno di sei, dovrebbero essere identificati come pre-hikikomori e che, per la corretta diagnosi, è opportuno stabilire la gravità del disturbo: lieve, se l'individuo esce di casa

[6] Il DSM definisce le sindromi culturali come "Modalità ricorrenti, caratteristiche di certe regioni, di comportamento aberrante e di esperienza disturbante che possono essere o meno collegabili a qualche particolare categoria diagnostica del DSM."

due o tre giorni a settimana; moderata, se esce di casa un giorno a settimana o meno; grave, se raramente lascia la propria stanza (American Psychiatric Association, 2022).

Lo stesso manuale indica che l'età di comparsa della problematica è solitamente nel corso dell'adolescenza, o della prima età adulta; tuttavia, sottolinea che può comparire anche dopo la terza decade di vita in casalinghe e anziani (American Psychiatric Association, 2022).

È necessario evidenziare come non venga riportato tra i criteri l'evitamento attivo delle situazioni e delle relazioni sociali, probabilmente al fine di rendere più facile e chiara la diagnosi differenziale con il disturbo d'ansia sociale. Inoltre, dalla definizione riportata, si desume che, sebbene la compromissione del funzionamento sia essenziale ai fini di poter definire la condizione patologica, il disagio soggettivo potrebbe non essere presente, riportando a uno stato di tipo egosintonico. Nel DSM 5-TR non viene, infine, indicata la presenza di altri disturbi psichiatrici come criterio di esclusione per l'hikikomori, data la frequente comorbidità con altre condizioni clinicamente rilevanti.

Il DSM, non ponendo il ritiro sociale tra le diagnosi ufficiali (asse I), ma tra le *modern-society-bound syndrome* (nella sezione III del manuale) riflette la mancanza di consenso internazionale sulla classificazione della condizione e affronta l'hikikomori come una nuova manifestazione di malessere mentale riconducibile a una speciale conformazione della società moderna.

Analogamente, nel manuale diagnostico ICD-11 (International Classification of Diseases, 11ª Edizione) il ritiro sociale compare tra i *symptoms or signs involving appearance or behaviour* all'interno della categoria *symptoms, signs or clinical findings not elsewhere classified*, ovvero tra le altre categorie diagnostiche "non altrimenti specificate", "a eziologia sconosciuta" o "transitorie" (World Health Organization, 2019).

Saito Tamaki (1998), il primo a portare attenzione sulla condizione hikikomori, la descrisse come una sindrome sociale e non necessariamente come una condizione clinica. Non poneva il ritiro come fenomeno transdiagnostico, ma sottolineava come il suo esacerbarsi potesse condurre a una condizione psicopatologica, comprendente sintomi di ordine fisico e psicologico. In maniera sequenzialmente opposta, l'ipotesi di Kato suggerisce che l'emergere di condizioni patologiche possa condurre a condizioni di severo ritiro; infatti, propone di considerare l'hikikomori come specificatore di ogni disturbo psichiatrico (Kato T. A., 2019). Lo stesso autore presenta la "*Modern Type*

Depression" (MTD), come nuovo stato depressivo che, se persiste nel tempo, può evolvere in un rigido isolamento sociale volontario (Kato & Kanaba, 2017).

La sociologa francese Maïa Fansten (2014) concepisce l'hikikomori come inquadrabile in diverse tipologie, proponendo quattro tipologie di ritiro: relazionale, alternativo, di sospensione e dimissionario.

L'isolamento di origine relazionale è concepito come una forma difensiva rispetto alla violenza del proprio ambiente familiare e/o sociale disfunzionale il quale non permette l'acquisizione di abilità relazionali di base; il ritiro deriverebbe dalla paura di poter agire tale aggressività in forma più o meno delinquenziale (Fansten, 2014).

Il ritiro alternativo consisterebbe in un tentativo di portare avanti la crescita al riparo dal contatto con i coetanei e più in generale dalle sfide dell'adolescenza; è concepito come una "ribellione silenziosa" dal sistema sociale, percepito come spazio insito di negatività e contraddizioni (Fansten, 2014).

Nel tipo dimissionario l'esilio si configura come derivante da pressioni e aspettative insostenibili dal contesto sociale che portano l'adolescente a rifugiarsi alla ricerca di uno stato atemporale, lontano dai problemi, dalle emozioni intollerabili e dai possibili fallimenti (Fansten, 2014).

Il ritiro di sospensione sarebbe caratterizzato da un'eccessiva dipendenza dal contesto familiare e dalla relativa mancanza di movimenti emancipatori; l'adolescente cercherebbe nell'isolamento una fuga dalle responsabilità della vita adulta e una sospensione del tempo (Fansten, 2014). La rete è utilizzata solo nella modalità di *information overload* senza alcun contatto con gli altri, in questa configurazione, ogni scelta è annullata e il percorso di crescita è in scacco (Fansten, 2014).

Nonostante il dibattito sulla classificazione dell'hikikomori rimanga aperto, l'orientamento attuale prevalente suggerisce la differenziazione tra due tipi di ritiro sociale: primario e secondario (Suzuki, 2013).

Nel primo, in linea con la forma dimissionaria proposta da Fansten, lo stato di hikikomori non va considerato come un disordine mentale, ma come una condizione invalidante che implica problemi nella condotta (Suzuki, 2013). Il ritiro sociale primario emerge in assenza di altre diagnosi psicopatologiche ed è spiegato da una debolezza dell'immagine di sé e una spiccata sensibilità alle aspettative altrui; il comportamento evitante, in questi termini, permette di preservare il Sé grandioso, ovvero l'immagine di

sé idealizzata (Suzuki, 2013). Coinvolge principalmente soggetti maschi e spesso ha esordio con sintomi della fobia sociale; si associa al compulsivo ricorso a giochi online e può comportare inversione del ritmo sonno veglia (Suzuki, 2013).

Il ritiro sociale secondario, invece, rappresenta un sintomo all'interno di un quadro psicopatologico già definito, come nel caso di disturbi del neurosviluppo, dello spettro della schizofrenia, depressivi, d'ansia, ossessivi compulsivi, da stress post traumatico o dei disturbi di personalità (Suzuki, 2013). In questo quadro, in linea con l'idea di Kato (2019) la condizione hikikomori è indicata come specificatore di un'altra diagnosi.

La suddivisione in ritiro primario e secondario è confermata da una ricerca di Koyoama e collaboratori (2010), la quale mostra come il campione di hikikomori intervistato si dividesse in una prima metà esente da manifestazioni psicopatologiche (ritiro primario) e una seconda metà con disturbi psichiatrici in comorbidità (ritiro secondario). In aggiunta, una recente ricerca italiana, condotta tramite la somministrazione di questionari online su un campione di 66 giovani adulti italiani, di cui 47 appartenenti a una popolazione normotopica e 19 con diagnosi psichiatriche, ha riportato una prevalenza del 4,3% di hikikomori nella popolazione non clinica e del 15,8% in quella clinica, confermando l'ipotesi per cui la condizione di ritiro possa essere suddividibile in due macrocategorie (Amendola, et al., 2021).

Dalla trattazione esposta emerge che, oltre a non disporre di dati quantitativi affidabili, esistono ancora forti perplessità rispetto all'inquadramento diagnostico dell'hikikomori e alla sua eziologia.

2.2. Fattori di rischio del ritiro sociale

In accordo con la teoria dei sistemi ecologici di Bronfenbrenner (1979)[7], per cui lo sviluppo di un individuo può dipendere sia dalle sue caratteristiche personali, che dalla conformazione degli ambienti in cui è immerso, è possibile immaginare l'interconnessione tra i fattori individuali e sociali come determinante nel ritiro sociale dell'adolescente.

[7] La teoria dei sistemi ecologici, formulata da Urie Bronfenbrenner, propone di distinguere cinque sistemi ambientali, che si influenzano vicendevolmente, al fine di comprendere lo sviluppo umano: microsistema, mesosistema, esosistema, macrosistema e cronosistema.

2.2.1 Fattori genetico-biologici-temperamentali

La letteratura sul ritiro sociale è notoriamente concentrata sui fattori di rischio di ordine contestuale; meno studi hanno esaminato i fattori individuali, biologici o genetici che riconducono al fenomeno hikikomori.

Rispetto all'attivazione neuro corticale, è stato evidenziato come un'elevata risposta dell'amigdala e delle strutture ad essa collegate di fronte a stimoli concepiti come nuovi, si associ a inibizione del comportamento sociale, evitamento e congelamento, già in età infantile (Degnan & Fox, 2007).

Da un punto di vista genetico, studi sui gemelli monozigoti e dizigoti, di età compresa tra gli 8 e i 14 anni, suggeriscono una componente ereditaria della solitudine nei bambini, escludendo dal setting sperimentale l'impatto delle influenze ambientali condivise, ritenute determinanti dai principali modelli teorici (McGuire & Clifford, 2000).

Recentemente, la fisiopatologia biologica alla base della condizione di ritiro sociale è stata oggetto di studio attraverso l'analisi dei biomarcatori ematici. È emerso che gli hikikomori di genere maschile presentano livelli sierici di acido urico (UA) inferiori rispetto ai controlli sani; mentre, nel genere femminile, l'hikikomori è associato negativamente ai livelli di colesterolo lipoproteico ad alta densità (HDL-C) (Hayakawa, et al., 2018).

Relativamente ai fattori individuali, il temperamento introverso, paura del giudizio e vergogna predispongono alcuni adolescenti e infanti a reagire con timore alle situazioni sociali poco conosciute, fino a predire condizioni di severo ritiro (Procacci, Pellecchia, Colle, & Sette, 2022).

A sostegno di questa ipotesi si annovera il modello di Asendorpf (1990) il quale propone, una distinzione in diverse forme di ritiro sociale in base alla combinazione di due spinte motivazionali interne: all'approccio sociale e all'evitamento sociale. Dalla combinazione di queste due dimensioni si distinguono il ritiro da timidezza, da evitamento e da disinteresse sociale.

La timidezza è una caratteristica temperamentale che porta a sperimentare disagio e sofferenza di fronte a situazioni sociali poco conosciute o quando si percepisce una valutazione da parte di altri; i timidi generalmente esperiscono un conflitto interno tra approccio ed evitamento: desiderano interagire con i pari (alta motivazione all'approccio

sociale), ma per via di paura, ansia e imbarazzo evitano le situazioni sociali (alta motivazione all'evitamento) (Asendorpf, 1990).

In questa teorizzazione, la forma da evitamento è spiegata da una bassa spinta all'approccio sociale e da un'alta motivazione all'evitamento sociale. Si manifesta nella voglia e nel desiderio di stare da soli e, dal punto di vista più patologico, nell'anedonia sociale (Asendorpf, 1990).

Il ritiro da disinteresse sociale, in ultimo, originerebbe dalla bassa motivazione sia all'approccio che all'evitamento sociale, ovvero a un quadro in cui manca totalmente la spinta interna verso la relazione con l'altro, che si esplica già nel bambino, nella preferenza per il gioco solitario (Asendorpf, 1990).

2.2.2 Fattori socioculturali: pressioni sociali e *amae* (over-dipendenza)

Per quanto concerne i fattori socioculturali, la letteratura scientifica ha inizialmente accostato il fenomeno del ritiro sociale alle caratteristiche specifiche della società giapponese. In questa prospettiva, gli hikikomori scelgono una condizione di autoreclusione in quanto vittime di pressioni sociali insostenibili a cui replicano con una "silenziosa protesta" (Ranieri, 2016). I fattori che emergono come determinanti sono tre: la presenza di aspettative culturali che spingono gli adolescenti a identificarsi come "buoni cittadini" solo attraverso un'educazione prestigiosa, appannaggio però di pochi; la pressione scolastica che espone gli studenti a ritmi e carichi di lavoro considerevoli e il rapporto simbiotico madre-figlio che caratterizza le famiglie giapponesi (Ranieri, 2016).

La prevalenza maschile del fenomeno potrebbe essere spiegata da aspetti tipici della cultura nipponica, la quale incoraggia e sostiene il senso di onnipotenza dei bambini maschi nei confronti dei quali si riservano alte aspettative sociali (Lancini & Crillo, 2020). Dati di ricerca evidenziano che l'hikikomori è spesso figlio di genitori con un grado di istruzione elevato; una possibile spiegazione potrebbe essere legata al fatto che genitori più istruiti hanno un migliore salario e, quindi, possono affrontare la spesa aggiuntiva causata dalla mancanza di occupazione del figlio; ma soprattutto, che le aspettative elevate nei confronti del figlio incrementino l'attitudine al ritiro (Umeda, Kawakami, & World Mental Health Japan Survey Group, 2012).

Nella cultura giapponese, fin dalla prima infanzia, si è educati a comportarsi come se si dovesse sempre rispondere allo scrupoloso giudizio altrui; in quest'ottica tutto è

prestazione. L'adesione a norme e codici partecipativi, che impongono al singolo di conformarsi al gruppo, è molto severa, tanto che il senso di appartenenza gruppale è elemento fondante dell'identità (Meligrana, 2013).

In una società in cui hanno massimo valore l'obbedienza, l'inibizione del Sé, la disciplina e il rispetto delle tradizioni per il bene comune, alcuni giovani faticano a occupare il proprio posto nella collettività e trovano nel ritiro una soluzione che possa farli sentire protetti.

Per gli adolescenti, le aspettative che la società ripone in loro si declinano nella dimensione scolastica, caratterizzata da un assetto particolarmente rigido che non ammette trasgressioni. Il sistema didattico è interessato quasi esclusivamente alla prestazione, poiché un buono studente viene considerato un futuro buon lavoratore (Bagnato, 2017). Gli hikikomori spesso narrano vissuti di inadeguatezza rispetto alle richieste scolastiche e alle aspettative di genitori e compagni; riportando la paura di essere vittima di vessazioni, poiché chi non eccelle da un punto di prestazionale ha molte probabilità di subire soprusi (Bagnato, 2017). Il fenomeno del bullismo scolastico è correlato a numerosi casi di suicido in adolescenti sopraffatti dalla vergogna di essere stati esclusi dal gruppo; gli hikikomori non scelgono di morire, ma di allontanarsi e rifiutare quanto provoca in loro sofferenza (Ricci, 2008).

Le esperienze di fallimento porterebbero gli adolescenti a percepirsi come inadatti rispetto ai compiti scolastici e a generalizzare tale senso di inadeguatezza a tutti i vissuti, ciò comporta una forte sensazione di demotivazione e resa che favorisce l'abbandono del percorso formativo e l'isolamento (Adorno & Lancini, 2019). In questa prospettiva, è estremamente significativa la fobia del giudizio altrui: i coetanei possono rimandare a un doloroso e intollerabile sguardo di disconferma e svalutazione, capace di smascherare l'inadeguatezza intellettuale, corporea e relazionale, con un semplice gesto o una breve frase, senza necessariamente attivare situazioni di bullismo (Adorno & Lancini, 2019).

Si può quindi concepire la condizione hikikomori come una volontaria esclusione da una realtà eccessivamente esigente, con lo scopo di difendersi dalle delusioni che si potrebbero arrecare agli altri, ai genitori e a sé stessi.

Rispetto ai fattori contestuali è altresì noto come lo scarso supporto dei caregiver, la poca sensibilità genitoriale o l'eccessivo controllo e intrusività possano portare l'adolescente ad allontanarsi dal gruppo (Procacci, Pellecchia, Colle, & Sette, 2022).

Nella dinamica del ritiro sociale emerge la centralità della relazione tra madre e figlio, in particolare il legame tra l'hikikomori e il caregiver sarebbe tanto intenso da essere caratterizzato da una dipendenza reciproca, definita con il termine giapponese *amae* (dolce dipendenza) (Doi, 1991). *L'amae* è l'affetto che il lattante prova nei confronti della madre nei primi due anni di vita, quando inizia a concepirla come un essere distinto da sé, necessario per la sua sopravvivenza (Aguglia, Signorelli, Pollicino, & Arcidiacono, 2010). Si rivela nel desiderio di uno stretto contatto e nell'ansia o angoscia di separazione nel momento in cui questo non è garantito. Nella letteratura psicodinamica, il termine può essere ricondotto al costrutto di "amore oggettuale passivo"[8] di Balint (Balint, 1991).

Nell'hikikomori, l'amae prende forma in un rapporto di completa dedizione madre-bambino, che tende a riprodursi anche in età adulta e a evolvere in un rapporto di obbligo morale basato sulla riservatezza, sul dovere sociale e sulla vergogna (Doi, 1991). La madre iperinveste il proprio ruolo genitoriale, dedicandosi in modo quasi totalizzante alla relazione con il figlio, a fronte di una figura paterna poco solida nella propria funzione, poiché impegnata nella sfera professionale (Doi, 1991). Il figlio diventa così il fulcro della vita domestica e la famiglia si configura come un "reame" che il bambino governa e, talvolta, tiranneggia (Doi, 1991). Quando, divenuto adolescente, l'individuo si muove fuori dalla sfera familiare, a confronto con l'ambiente esterno si trova impotente in un mondo che non può più gestire e, di fronte ai limiti della realtà, incombe su di lui il crollo narcisistico (Thompson, 2008).

Ne consegue che l'adolescente può risentire negativamente di un legame con la madre caratterizzato da eccessi di amore e protezione, correndo il rischio di sviluppare fragilità e sperimentare sofferenza. Si osserva come spesso gli autoreclusi manifestino bassa autostima, timore e dipendenza dal giudizio degli altri e mettano in atto episodi di violenza agita nei confronti della genitrice, vissuta come responsabile del proprio dolore e del proprio stato di reclusione (Ricci, 2008; Saito, 1998). La mentalità di *amae* si configura come il tentativo di negare la separazione e di sopprimere il dolore che essa suscita (Doi, 1991). Tale aggressività origina, dunque, dall'ambivalenza tra tenere accanto la madre e il bisogno di allontanarsi, ovvero nella mente adolescente nella lotta con i compiti evolutivi di separazione individuazione (Charmet, 1991; Bagnato, 2017).

[8] Per Balint l'amore primario, presente fin dalla nascita, è l'amore oggettuale passivo: si manifesta nello spasmodico bisogno di essere amati sempre, a ogni condizione, senza contraccambio. Le altre forme d'amore, più mature, derivano dall'amore passivo.

A sostegno dell'ipotesi sul nesso tra *amae* e hikikomori, la somministrazione dei test della *Strange Situation*[9] in campioni giapponesi, ha riportato una percentuale maggiore di attaccamento ambivalente rispetto a quello sicuro (Rothbaum, Weisz, Pott, Miyake, & Morelli, 2000). Tali osservazioni possono essere interpretate come una risposta adattiva del bambino a modalità di cura che privilegiano la dipendenza emotiva della madre, attraverso il continuo contatto fisico e una comunicazione fortemente centrata sull'emotività (Cerutti, Spensieri, Siracusa, Gazzillo, & Amendola, 2021). Il caregiver orienterebbe l'interazione diadica anticipando i bisogni del figlio anziché aspettare che sia il bambino stesso a comunicarli, costruendo, pertanto, la relazione sul versante etero regolativo più che su quello auto-regolativo (Cerutti, Spensieri, Siracusa, Gazzillo, & Amendola, 2021).

Questo stile di parenting esula dal solo contesto giapponese e si ricollega a una cultura educativa sempre più presente nelle culture occidentali, governate dai dettami del narcisismo. Ai bambini è concesso molto, pur di non intralciare la realizzazione del loro Sé nascente; gli affetti sono i principali regolatori delle dinamiche familiari e orientano i figli verso una crescita in cui a fare da regia ai comportamenti non è più il senso di colpa, legato alla trasgressione di regole e a norme sociali prestabilite, ma la vergogna connessa alla mancata realizzazione delle aspettative che il contesto familiare ripone (Thompson, 2008).

Le ingenti pressioni scolastiche e familiari, insieme al vischioso legame con il caregiver, suggeriscono che l'elemento traumatico che costringe al ritiro non risieda tanto nel passato, nel bisogno di alleviare un dolore inestinguibile, quanto nel timore del futuro (Piotti & Lupi, 2015). La preoccupazione è che un drammatico smascheramento possa mostrare il piano narcisistico a lungo coltivato, destinato ad infrangersi di fronte ai limiti imposti dalla realtà (Charmet, 2018).

2.2.3 La pandemia da COVID-19

La pandemia da COVID-19 e i conseguenti *lockdown* hanno portato l'attenzione sull'impatto dell'isolamento sulla salute mentale. Oltre alle condizioni di stress comuni a

[9] La Strange Situation Procedure è una procedura sperimentale, ideata da Mary Ainsworth negli anni '70 del '900, che permette osservare il sistema di attaccamento infantile. Il compito sperimentale si svolge in un contesto non familiare ed è diviso in otto episodi dalla durata di 2/3 minuti ciascuno, per un totale di 30 minuti. I possibili stili di attaccamento rilevabili sono: sicuro, insicuro evitante, insicuro ambivalente, insicuro disorganizzato.

tutta la popolazione, gli adolescenti e i giovani adulti hanno vissuto delle difficoltà specifiche, quali il passaggio repentino alla didattica online, il distanziamento sociale dai compagni di studio e dai docenti, il ritorno in famiglia per gli studenti fuori sede o, per alcuni, l'impossibilità di farlo (Riva Crugnola, 2024). A queste sfide si è aggiunta la maggiore incertezza riguardo alle scadenze scolastiche e alla possibilità di farvi fronte (Riva Crugnola, 2024).

La pandemia ha avuto un impatto di rilievo sul benessere psicologico dei giovani, soprattutto per quanto riguarda la realizzazione dei compiti evolutivi. Gli adolescenti hanno vista limitata la possibilità di esplorazione e di emancipazione dal controllo genitoriale e, al contempo, hanno subito una rarefazione del contatto con i pari e con figure adulte significative al di fuori dell'ambiente familiare (Riva Crugnola, 2024). Questi fattori sembrano aver rallentato il processo di transizione verso l'età adulta, depotenziando la spinta verso l'autonomia (Riva Crugnola, 2024). Per di più, il periodo post-pandemico ha coinciso con l'inizio della guerra in Ucraina e un periodo economico particolarmente sfavorevole, alimentando i sentimenti di sfiducia verso il futuro (Riva Crugnola, 2024).

Durante i periodi di confinamento, la ricerca ha documentato un aumento generale dei sintomi ansiosi e depressivi tra gli adolescenti, specialmente nelle prime settimane di restrizione, complice la continua esposizione a notizie allarmanti diffuse dai mass media (Mille, Boudailliez, & Garny de La Rivière, 2023). Dopo i lockdown, le richieste di supporto per disturbi dell'umore e pensieri suicidari sono aumentate, così come la prevalenza dei disturbi alimentari (Mille, Boudailliez, & Garny de La Rivière, 2023). Secondo il rapporto BES 2022 dell'Istat, i giovani italiani tra i 20 e 34 anni nel 2022, hanno riportato livelli di benessere mentale inferiori rispetto agli adulti tra i 35 e i 44 anni (Tinto, 2023). La situazione è risultata particolarmente critica per le giovani donne di età compresa tra i 20 e i 24 anni, che hanno sperimentato un peggioramento della salute mentale durante i due anni di pandemia, con un calo di oltre tre punti nell'indice di salute mentale (MH)[10] (Tinto, 2023). Anche in Francia, si osservano dati analoghi: durante il confinamento, il 22% dei giovani tra i 15 e i 24 anni ha riferito di essersi sentito depresso,

[10] L'indice di salute mentale (MH) è una misura di disagio psicologico (*Psychological Distress*) calcolato dalla sintesi dei punteggi ottenuti da ciascun individuo in cinque quesiti estratti dal questionario SF36 (36-Item Short Form Survey). Gli items vertono su quattro dimensioni principali della salute mentale: ansia, depressione, perdita di controllo comportamentale o emozionale e benessere psicologico. Il punteggio dell'indice varia tra 0 e 100, dove valori più alti indicano un maggiore benessere psicologico.

rispetto al 12,1% degli adulti (Hazo & Costemalle, 2021). Prima della pandemia, nel 2019, la prevalenza di stati depressivi tra i giovani nella stessa fascia di età era solo del 10,1% (Hazo & Costemalle, 2021).

Esistono alcune somiglianze tra l'isolamento degli individui hikikomori e coloro sottoposti a restrizioni sociali a causa del COVID-19. Tuttavia, occorre riconoscere che, mentre i ritirati sociali evitano volontariamente le situazioni sociali, le persone soggette a restringimenti seguono misure governative e/o scelgono la reclusione a causa della paura dell'infezione (Kato, Sartorius, & Shinfuku, 2020). Anche il concetto di solitudine presenta differenze significative: durante il lockdown, le persone riportano di sentirsi sole, siccome private della socialità e da interazioni sociali faccia a faccia; contrariamente, gli hikikomori percepiscono di essere rifiutati, anche in presenza di altri; la sensazione di solitudine è per cui di natura psicologica e non situazionale (Kato, Sartorius, & Shinfuku, 2020).

La pandemia da COVID-19 è considerata un fattore di rischio o di aggravamento del ritiro sociale negli individui più vulnerabili, in particolare nei pre-hikikomori o in coloro predisposti a sviluppare questa condizione. In particolare, essere di sesso maschile, aver trascorso una maggiore quantità di tempo in lockdown e aver lasciato la propria abitazione meno frequentemente sono risultati tutti fattori positivamente correlati con il rischio hikikomori (Gavin & Brosnan, 2022).

2.2.4 Il ritiro sociale come fenomeno trans nosografico: disturbi clinici correlati

Nella forma di ritiro sociale denominata "secondaria", in cui l'hikikomori è considerato una manifestazione transnosografica, diversi disturbi clinici possono costituire fattori di rischio significativi per il progressivo isolamento (Suzuki, 2013; Kato T. A., 2019). Come si potrà osservare, il ritiro sociale può coesistere con svariati quadri psicopatologici, ma non è ancora chiaro se siano tali disturbi a dare origine alla condizione hikikomori o se sia questa a promuovere l'insorgenza dei disturbi psichiatrici coesistenti (Kato T. A., 2019). È essenziale, ai fini di una corretta valutazione clinica, sottolineare l'importanza di una diagnosi differenziale accurata, poiché le limitate conoscenze sull'eziologia del fenomeno hikikomori potrebbero essere parzialmente dovute alla confusione con altre forme di disagio psichico, che rimandano a vissuti simili.

Una ricerca di Teo e collaboratori (2015) evidenzia come, in Giappone, solo il 22% degli hikikomori non abbia altri disturbi psichiatrici in comorbidità, riconducendo l'isolamento sociale a una condizione trasversale a diversi quadri clinici.

I ritirati sociali spesso manifestano una sintomatologia ansiosa, e il rischio hikikomori è positivamente associato ad alti livelli di ansia (Lin, Koh, & Liew, 2022). Tra i disturbi d'ansia, la fobia sociale risulta particolarmente rilevante rispetto al rischio hikikomori: è un disordine che può emergere già dalla prima infanzia, spesso in continuità con un temperamento marcatamente timido, si manifesta in sensazioni di paura intensa e persistente durante le situazioni sociali (American Psychiatric Association, 2022). In adolescenza, quando si è particolarmente sensibili alle dinamiche relazionali, il funzionamento individuale può risultare ulteriormente compromesso. Anche il disturbo d'ansia da separazione, caratterizzato dall'evitamento di situazioni che comportano la separazione dalle figure di attaccamento primarie, può persistere sino all'adolescenza e all'età adulta, con impatti negativi sulla socialità dell'individuo, comportando il rischio di attacchi di panico ed episodi depressivi (Pini, et al., 2014). Altri disturbi d'ansia correlati al fenomeno hikikomori sono il disturbo da panico, che porta chi ne è affetto a rimanere entro i confini domestici per contrastare la paura di nuovi attacchi, e l'agorafobia la cui manifestazione ha solitamente esordio in adolescenza e comporta il ritiro come fuga dall'estremo timore delle uscite fuori casa (American Psychiatric Association, 2022). Sebbene la condizione hikikomori possa evolvere da un quadro ansioso particolarmente pervasivo e invalidante, è importante rimarcare che, nei ritirati sociali, la scelta dell'autoreclusione non è tanto motivata dalla paura, quanto da una condizione prevalente di disinteresse verso il mondo esterno e le relazioni sociali (Russel, 1989).

Diversi studi hanno evidenziato la prevalenza di tratti autistici nelle persone con diagnosi di hikikomori. In questa prospettiva, le difficoltà nell'interazione sociale e le modalità di comunicazione tipiche dello spettro autistico potrebbero essere alla base della tendenza al ritiro (Dell'Osso, et al., 2023). Nei ritirati sociali, così come nei soggetti con il disturbo del neurosviluppo, persistono limitate abilità sociali, una capacità di comunicazione e immaginazione ridotta, scarsa abilità di *multitasking* e una minore attitudine all'adattamento e al cambiamento (Katsuki, et al., 2020). La scoperta di una significativa presenza di hikikomori tra individui con ASD ha sollevato il dubbio che

l'hikikomori possa rappresentare una particolare configurazione del disturbo dello spettro autistico (Katsuki, et al., 2020).

Un'altra possibile manifestazione patologica associata al ritiro sociale è il disturbo schizofrenico. Tra i sintomi negativi della schizofrenia, descritti nel DSM, rientrano la restrizione nel range e nell'intensità dell'espressione emotiva, la povertà dell'eloquio, il mancato raggiungimento delle aspettative sociali, le difficoltà evidenti nel mantenere l'igiene personale, l'incapacità di avviare e mantenere attività orientate al raggiungimento di uno scopo e l'isolamento sociale; tutte caratteristiche potenzialmente osservabili anche negli hikikomori (Speranza, 2018). Tuttavia, rispetto alla schizofrenia, nel ritiro sociale non sono presenti stati allucinatori e deliri (Aguglia, Signorelli, Pollicino, & Arcidiacono, 2010). Sebbene possano manifestarsi pensieri intrusivi e ricorrenti, questi tendono ad essere relativi alla storia del soggetto, e la comunicazione non risulta alterata dalla patologia stessa; infatti, nell'hikikomori è possibile "cogliere quello che desidera e quello contro cui protesta" (Saito, 1998; Aguglia, Signorelli, Pollicino, & Arcidiacono, 2010).

Anche il disturbo schizoide di personalità condivide alcuni aspetti con il ritiro sociale, come pattern pervasivi di distacco dalle relazioni sociali, una ristretta gamma di espressioni emotive e interpersonali, la mancanza di desiderio e di piacere nelle relazioni affettive, la tendenza a preferire attività individuali, la freddezza emotiva, il distacco e l'appiattimento affettivo (American Psychiatric Association, 2022).

Analogamente, il disturbo di personalità schizotipico può comportare l'insorgenza di ritiro sociale, poiché l'isolamento in questi pazienti è spesso legato a pensieri paranoidi, eccentricità, esperienze percettive distorte, pensiero magico e alterazioni nel mondo degli affetti (American Psychiatric Association, 2022).

Inoltre, come evidenziato da uno studio di Kondo, in Giappone si tende a confondere la diagnosi di disturbo evitante di personalità con la condizione hikikomori, poiché entrambe le patologie sono contraddistinte da comportamenti di evitamento sociale (Kondo, Iwazaki, Kobayashi, & Miyazawa, 2007). Il disturbo evitante di personalità risulta essere il quadro clinico maggiormente associato al ritiro sociale, condividendone persino alcuni biomarcatori ematici (Hayakawa, et al., 2018; Teo, et al., 2015b). Tale pattern di personalità si distingue per l'evitamento di situazioni sociali o interazioni che implicano il rischio di rifiuto, critica o umiliazione, a causa di marcati

sentimenti di inettitudine sociale e di intenso disagio nel contatto con l'altro (American Psychiatric Association, 2022).

Infine, sintomi propri dei disturbi dell'umore, come instabilità emotiva, sentimenti avvilenti, anedonia, apatia e alterazioni del ritmo sonno veglia, sono comunemente osservati anche nelle persone in condizioni di ritiro sociale (Saito, Social Withdrawal: A neverending adolescence, 1998; Lin, Koh, & Liew, 2022). Il rischio hikikomori si associa, infatti, a livelli elevati di depressione (Saito, Social Withdrawal: A neverending adolescence, 1998; Lin, Koh, & Liew, 2022).

Recentemente, in campioni di pazienti giapponesi, è stata rilevata una forma di depressione cronica, la cui sintomatologia psicologica principale non è il disordine dell'umore o del pensiero, ma l'isolamento sociale; tale condizione è la, precedentemente citata, *Modern Type Depression* (MTD) (Kato & Kanaba, 2017). La MTD è caratterizzata da stati depressivi scatenati da fattori esterni, un forte senso di onnipotenza, tendenza a incolpare gli altri, marcati tratti evitanti e rifiuto delle regole sociali (Kato & Kanaba, 2017). I soggetti con Modern Type Depression sono prevalentemente giovani, che lamentano in maniera manifesta problemi di salute mentale, mostrando tratti di egocentrismo, tendenze socialmente evasive e narcisistiche, facile traumatizzazione e bassa resilienza (Kato & Kanaba, 2017). Si discostano dagli individui con il tradizionale prototipo di depressione giapponese, i quali rispettano le virtù della società collettivistica, si adattano all'ordine sociale gerarchico tradizionale, nascondono il loro stato depressivo e possono essere curati dall'assunzione di antidepressivi o farmaci correlati (Kato & Kanaba, 2017). Si desume che questa moderna manifestazione del disturbo depressivo renda l'individuo particolarmente sensibile all'insuccesso sociale e incline a cercare sollievo nell'autoreclusione (Kato & Kanaba, 2017).

La Modern Type Depression presenta molteplici aspetti in comune con il quadro clinico del narcisismo vulnerabile. Nel presente elaborato, si propone l'ipotesi per cui condizioni di ritiro sociale possano essere ricondotte alla vulnerabilità narcisistica, segue quindi un'analisi più approfondita su questo legame.

2.3 Ritiro sociale e narcisismo

2.3.1 Contemporanee concettualizzazioni sul narcisismo patologico

Il narcisismo è la sfera del sé che influenza il modo in cui l'individuo si percepisce e si relaziona con gli altri, costituendo il nucleo dell'autostima, dell'autoefficacia e delle esperienze emotive (Pincus & Lukowitsky, 2010). Prende forma nella capacità di mantenere un'immagine di sé positiva attraverso processi di autoregolazione, regolazione affettiva e interpersonale (Pincus & Lukowitsky, 2010).

Il narcisismo cosiddetto sano o normale implica una considerazione positiva della propria persona e permette di vivere le esperienze di vita con auto-accettazione, curiosità, compassione, orgoglio e gioia; a livello interpersonale, motiva al rispetto reciproco, alla connessione con gli altri e alla condivisione (Ronningstam, 2005a). È espressione del Sé integrato costituitosi a partire da relazioni oggettuali sintoniche e da un adeguato processo di identificazione e introiezione degli affetti (Kernberg O. F., 1975).

Il narcisismo eccessivo, si distingue per l'estrema autopromozione, competitività, criticità, intolleranza verso gli ostacoli, arroganza e una costante preoccupazione per sé stessi, pur non compromettendo il funzionamento in maniera tale da potersi riferire a un disturbo della personalità o a una condizione psichiatrica (Ronningstam, 2005a).

All'estremo più disadattivo del continuum si osserva il narcisismo patologico, il quale comporta una vigorosa fluttuazione dell'autostima e degli stati emotivi (Ronningstam, 2005a). Si osserva dall'idealizzazione degli aspetti buoni ma anche delle parti distruttive dell'Io ed è la manifestazione del mancato superamento del meccanismo primitivo della scissione, da cui la tendenza a tenere forzosamente separati stati affettivi tra loro contraddittori (Kernberg O. F., 1975; Ronsenfeld, 1964). Gli individui con personalità narcisistiche sono così persuasi da bisogni insaziabili di adorazione, ammirazione e adulazione, pur provando intrinsecamente la sensazione di essere inautentici e poco amabili (Malone & Malberg, 2018).

Il narcisismo patologico sembra organizzarsi intorno al nucleo conflittuale bisogno-dipendenza. Da un lato, il soggetto avverte la necessità degli altri per sostenere il proprio senso di sé, ipertrofico ma fragile; dall'altro il coinvolgimento autentico con l'altro viene vissuto come minaccioso e pericoloso. Rosenfeld (1964), a tal proposito, sottolinea come le relazioni oggettuali narcisistiche comportano primariamente

l'evitamento della separazione dall'altro. La consapevolezza di essere distinti dall'oggetto comporterebbe sentimenti di dipendenza, generando intensi stati di angoscia (Ronsenfeld, 1964). Le relazioni interpersonali, che normalmente suscitano amore e apprezzamento, nel soggetto narcisista scatenano invece aggressività e dolore, a causa delle inevitabili frustrazioni e sofferenze, a cui si accompagna un'intensa quota di invidia, riconosciuta la bontà di colui con cui interagisce (Ronsenfeld, 1964).

L'evitamento dei bisogni di dipendenza potrebbe pertanto portare all'emergere di un Sé grandioso[11], in concomitanza all'affiorare di sentimenti di fallimento e mancanza di valore (Suttora & Benzi, 2020). Ne conseguirebbero relazioni interpersonali caratterizzate da scarsa empatia e svalutazione dell'altro e compromissioni nella regolazione emotiva fino all'isolamento degli affetti (Suttora & Benzi, 2020). Nella prospettiva delle relazioni oggettuali, gli impulsi e le fantasie legate a questa dinamica vengono proiettati sugli altri attraverso il meccanismo difensivo "dell'identificazione proiettiva"[12] [13], per cui le parti scisse del proprio Io (gli affetti temuti) vengono attribuiti inconsciamente all'altra persona, così da poterla gestire e controllare (Klein, 1946; Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2000; Steiner, 1996). La costruzione del Sé grandioso viene dunque considerata una difesa caratterologica, che si regge sull'illusione di avere in sé tutto ciò che è desiderabile, per cui le relazioni sono funzionali solo a conservare tale assetto e gli altri diventano estensione del Sé in quanto regolatori esterni (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2011).

In ambito clinico, si è studiato il funzionamento del narcisismo patologico, arrivando all'identificazione di due principali manifestazioni fenotipiche: grandiosità e vulnerabilità narcisistica (Pincus, et al., 2009; Ronningstam, 2005a). Entrambe le forme condividono disregolazione affettiva, deficit di autostima e difficoltà nelle relazioni interpersonali; le modalità e le strategie attraverso cui tali problematiche vengono

[11] Kohut fu il primo a proporre il costrutto di Sé grandioso (Kohut, 1976). Il Sé grandioso è costituito da parti idealizzate di sé e dell'altro, che vengono percepite dal soggetto narcisista come del vero Sé. La funzione del Sé grandioso è dunque quella di mantenere l'illusione di essere autosufficienti e di avere in sé tutto ciò che è desiderabile.

[12] Concetto descritto da Melanie Klein (1946) come un meccanismo attraverso cui aspetti scissi del proprio Sé, avvertiti come cattivi o buoni, vengono fantasticamente introdotti nell'oggetto esterno (nel caso del bambino, nella madre) nel tentativo di controllarlo. Questa strategia difensiva è ricorrente nei primi 3-4 mesi di vita, ovvero nella posizione evolutiva che l'autrice definisce "schizoparanoide".

[13] L'identificazione proiettiva differisce dal più evoluto meccanismo della proiezione, che si basa sulla predominanza della rimozione e sullo spostamento dei propri conflitti "sull'oggetto" e non "nell'oggetto".

affrontate differenziano le due tipologie di narcisismo (Di Pierro, 2014; Ronningstam, 2005a).

Come si può osservare dall'immagine posta di seguito (**Figura 1**), nel modello proposto da Pincus (2010), ciascuna delle due forme narcisistiche include sia elementi *overt* che *covert*: i pattern manifesti riguardano più direttamente i comportamenti, gli atteggiamenti e le emozioni; mentre quelli nascosti, la cognizione, gli stati affettivi privati (*private feelings*), le motivazioni e i bisogni. La differenziazione tra narcisismo grandioso e vulnerabile non è concepita come dicotomica, bensì come dimensionale, dal momento in cui nell'arco di vita di uno stesso individuo si possono riscontrare entrambe le manifestazioni (Pincus & Lukowitsky, 2010).

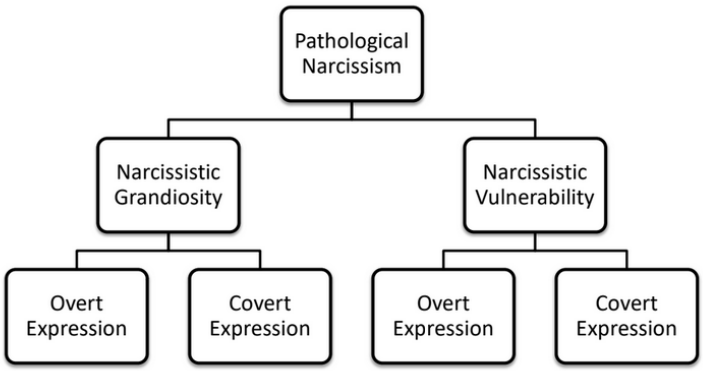


Figura 1: *L'organizzazione gerarchica del narcisismo patologico (Pincus & Lukowitsky, 2010)*

Nella forma grandiosa, la bassa autostima è compensata da un senso di superiorità irrealistica e dalla creazione di fantasie eccessive dalle quali l'individuo è assorbito (Ronningstam, 2005a). I soggetti con narcisismo grandioso esternano aspettative irrealistiche di soddisfazione dei propri bisogni, mostrano comportamenti di sfruttamento nelle relazioni interpersonali, hanno limitata capacità di empatia e nutrono intensi sentimenti di invidia, sebbene siano provati e percepiti come provenienti dagli altri (Ronningstam, 2005a; Di Pierro, 2014). Nella prospettiva di Kernberg (1975) lo sviluppo più drammatico del disturbo si rivela quando il Sé grandioso del soggetto si combina con una forte quota di aggressività. Si sviluppa così il "narcisismo maligno" dove la grandiosità è pervasa da aspetti di onnipotenza e il senso di trionfo è appagato dall'infliggere dolore e paura agli altri (Kernberg O. F., 1975).

Nel quadro vulnerabile del narcisismo patologico, la scarsa autostima verrebbe ugualmente compensata dalla creazione di fantasie grandiose, ma, in questa specifica

conformazione, emergono intensi sentimenti di imbarazzo legati ai propri bisogni e alle proprie ambizioni (Ronningstam, 2005a). I narcisisti vulnerabili oscillano tra vissuti di superiorità e inferiorità, tanto che la continua comparazione con gli altri causa cronici e pervasivi sentimenti di invidia; da cui la smisurata necessità di ottenere *feedback* esterni positivi per stabilizzare la propria immagine (Caligor, Levy, & Yeomans, 2015). Il principale tema affettivo non risiede, pertanto, nell'aggressività, ma nel pervasivo senso di vergogna e le relazioni interpersonali non risultano compromesse dalla tendenza allo sfruttamento, quanto dall'ipersensibilità al rifiuto e alle critiche, che minacciano la visione smisuratamente positiva che il soggetto ha di sé (Ronningstam, 2005a). La forma narcisistica vulnerabile può essere ricondotta alla conformazione "istrionica-esibizionista" (*histrionic-exhibitionistic*), proposta nel modello da Bleiberg (1994)[14]. Le caratteristiche predominanti sono l'organizzazione del senso di sé intorno alle proprie caratteristiche di bellezza, fascino, talento e drammaticità, accoppiate a un bisogno continuo di ammirazione e attenzione da parte degli altri (Bleiberg, 1994). Quando l'individuo ottiene conferme di riconoscimento sperimenta un forte senso di autostima ed euforia, al contrario, reagisce con frustrazione e vergogna quando viene ignorato o gli viene negato il riconoscimento che desidera (Bleiberg, 1994).

È in questo secondo quadro che si configura il ritiro sociale, dove l'isolamento nell'ambiente domestico diventa rifugio psichico contro un mondo percepito come minaccioso per il proprio senso di occulta inadeguatezza.

2.3.2 La vulnerabilità narcisistica nell'adolescente hikikomori

Le più recenti versioni del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5 e DSM-5-TR) raccomandino una certa cautela rispetto alla diagnosi di disturbo della personalità in età evolutiva, sottolineando la necessità di considerare la stabilità e la pervasività del disturbo (Malone & Malberg, 2018). Queste raccomandazioni derivano dalla difficoltà a differenziare le caratteristiche normative, ma ugualmente turbolenti, dell'adolescenza da persistenti configurazioni patologiche (Malone & Malberg, 2018). Tuttavia, appare evidente come alcuni pattern di funzionamento permangano nell'individuo dall'infanzia sino all'età adulta e la presenza di disturbi di personalità può

[14] Le altre forme in cui si distingue il narcisismo patologico per Bleiberg (1994) sono la forma "psicopatica-spietata" (*ruthless-psychopatic*) e "masochista auto-vittimizzante" (*self-victimizing masochistic*).

deviare o precludere l'accesso alle traiettorie evolutive adolescenziali, ostacolando l'organizzazione della personalità e i processi di integrazione identitaria (Normandin, Ensink, Weiner, & Kernberg, 2022; Suttora & Benzi, 2020).

Nello specifico del disturbo narcisistico, già in età evolutiva si osservano alcune manifestazioni cliniche, come in bambini con un senso identitario caratterizzato da inautenticità, dove l'esperienza di sé si basa sull'esibizione di tratti e atteggiamenti volti a suscitare l'ammirazione altrui (Suttora & Benzi, 2020). I bisogni e le parti più fragili vengono negate per paura del rifiuto dell'ambiente, ostacolando, in questo modo, il processo di integrazione del Sé (Suttora & Benzi, 2020). Spesso sono bambini trattati come estensioni narcisistiche di genitori autocentrati, che danno valore ai loro figli solo come estensione di sé stessi: quello che conta non è tanto che il bambino stia bene ma che faccia di loro dei buoni genitori (Malone & Malberg, 2018; Thompson, 2008).

L'esperienza di essere costantemente giudicati, anche se positivamente, può portare alla sensazione di essere immeritevole di così tanti privilegi e venerazione e la preoccupazione di essere sempre perfetti finisce per strutturare, già in adolescenza, l'identità nucleare (Malone & Malberg, 2018). Per gli individui che hanno ripiegato su soluzioni onnipotenti fin dall'infanzia, le pressioni e le sfide dell'adolescenza possono risultare particolarmente gravose. L'idealizzazione di sé non permette loro di sfruttare appieno le opportunità evolutive e i soggetti narcisisti risultano, per eco, incapaci di sviluppare competenze reali ed efficaci nella sfera affettiva e relazionale, da cui il ricorso a meccanismi difensivi volti a proteggere il senso di autostima e di controllo illusorio (Suttora & Benzi, 2020).

Nella mente adolescente, le lotte narcisistico-istintuali si intensificano: avviene il passaggio dall'Io ideale, rifugio nostalgico del narcisismo infantile e della relativa sensazione di onnipotenza, all'Ideale dell'Io, una struttura più dinamica e realistica, che sostiene l'accettazione dei propri limiti e alimenta l'ambizione al miglioramento (Normandin, Ensink, Weiner, & Kernberg, 2022). Il processo di crescita psicologica richiede la rielaborazione delle rappresentazioni mentali del mondo infantile, accettando la perdita delle modalità onnipotenti di interazione, a favore di una nuova concezione della relazione più matura e predisposta all'incontro con l'altro.

Qualora ci sia una messa in crisi di questo processo evolutivo, le esperienze di fallimento, o la non corrispondenza tra Sé reale e Sé ideale, generano quote intense di

dolore e smarrimento. I bisogni narcisistici diventano patologici quando nell'individuo si registra una cronica incapacità di mantenere un'adeguata coesione di sé e livelli proporzionati di autostima, senza riscontri esterni di conferma e riconoscimento (Bleiberg, 1994). Il soggetto rifiuta di riconoscere i propri limiti e proietta le proprie esperienze di fallimento sugli altri, costruendo un senso illusorio di perfezione e potere (Bleiberg, 1994).

Come forse in nessun'altra fase della vita, il passaggio dell'individuo attraverso l'adolescenza porta con sé i tratti distintivi della vulnerabilità narcisistica: una naturale inclinazione all'imbarazzo e alla vergogna, acuta timidezza e un costante e doloroso interrogarsi sulla propria autostima e il proprio valore (Bleiberg, 1994). In questa fase della vita, l'innalzamento dell'autostima si configura come mezzo necessario per far fronte ai sentimenti interni di svalutazione del Sé e ai vissuti di vuoto, che inevitabilmente si esperiscono.

Adorno e Lancini, riferendosi agli adolescenti in ritiro scrivono*: «Si tratta di ragazzi con un passato scolastico, brillante, intelligenti, tendenzialmente introversi, che nell'impatto con i cambiamenti corporei e con i compiti evolutivi adolescenziali perdono drammaticamente i punti di riferimento che li hanno orientati e guidati fino alle trasformazioni richieste dalla seconda nascita»* (Adorno & Lancini, 2019, p. 171).

Anche secondo Gustavo Pietropolli Charmet, nel passaggio all'adolescenza, gli "eremiti metropolitani" sono alle prese con una fragilità narcisistica e una predisposizione alla mortificazione e all'umiliazione alimentata dalla crudeltà e dagli ideali interiorizzati durante la fase di splendore infantile (Charmet, 2018). I narcisisti vulnerabili appaiono, infatti, come persone timide e inibite, nonostante celino segrete fantasie grandiose; la vulnerabilità narcisistica si riflette nella tendenza a esperire un ampio spettro di emozioni negative quali disagio, ansia, rabbia ed evitamento sociale (Miller, et al., 2011).

Nel loro bisogno di allontanare e svalutare gli altri, appesantiti dai desideri di perfezione e dalla necessità di difendersi da esperienze di umiliazione e vulnerabilità, gli adolescenti hikikomori non riescono a sviluppare ideali del Sé vicini ai propri talenti e alle proprie possibilità. Sentono costantemente di fallire, svalutano i genitori perché distanti dai loro standard ideali ma, allo stesso tempo, non riescono a separarsene; le relazioni intime sono soffocate dal timore della dipendenza, mentre i pari vengono invidiati per la loro capacità di crescita e di intraprendere relazioni di amicizia e d'amore

(Suttora & Benzi, 2020). Vittime delle circostanze finiscono per sentirsi del tutto assoggettati al mondo esterno, che è tuttavia troppo imprevedibile per potergli garantire un'adeguata organizzazione ed equilibrio interno (Malone & Malberg, 2018)

L'estrema sensibilità alla vergogna

Un affetto dominante nella condizione narcisistica vulnerabile è la vergogna. La sensibilità alla vergogna ha sicuramente nella fase adolescenziale il suo tasso di incidenza più alto, ma è quando diventa patologica che può condurre al ritiro sociale (Lancini & Crillo, 2020). Per gli adolescenti che, nello scontro con l'esame di realtà, sperimentano vissuti difficili da tollerare, la condizione di ritiro appare una forma di autocura o una via di fuga da un mondo per il quale non si sentono preparati e adatti, in quanto non soddisfa le esigenze del loro sé grandioso. La crisi, determinata dal crollo dell'ideale infantile, comporta la percezione di inadeguatezza, certificata dallo sguardo di ritorno dei coetanei, che suscitano sentimenti di vergogna e mortificazione talmente pervasivi e annichilenti da costringere al ritiro e alla sparizione dalle scene sociali, in una fase in cui si dovrebbe nascere socialmente per non impazzire di dolore (Adorno & Lancini, 2019).

Charmet (2018) sottolinea come *«Gli eremiti sociali e le giovani donne che digiunano sono lì a documentare con le loro scelte radicali che non è certo il senso di colpa che li obbliga a maltrattare il proprio corpo o a nasconderlo e non farlo più vedere a nessuno, ma il conflitto con ideali crudeli che sono in grado di produrre strazianti sentimenti di vergogna»* (Charmet, 2018, p. 77).

Secondo l'autore i ritirati sociali (così come coloro che soffrono di anoressia nervosa) crescono nel mondo di Narciso e non più in quello di Edipo. Se nel campo edipico predominavano la rinuncia, il senso di colpa e la repressione delle emozioni, nel campo narcisistico l'ideale dell'Io promuove l'importanza della soggettività, del desiderio, della grandiosità e dell'assenza di limiti; sostituendo il senso di colpa con la vergogna (Charmet, 2018).

Nel campo narcisistico, il Super-Io spinge l'individuo all'estroversione, esortandolo a esibire emozioni e desideri, sino ad oltrepassare i limiti sociali (Charmet, 2018). La cultura dell'esibizione costringe l'individuo a un confronto immediato con i propri difetti, dove lo scarto tra Sé reale e Sé ideale comporta pervasivi vissuti di impotenza e vergogna, la cui costellazione psichica può spandersi in modo esteso

all'intera identità, portando l'individuo a percepirsi come incompleto e mancante, portatore di una lacuna che non può essere sanata (Piotti & Lupi, 2015).

Gli adolescenti hikikomori, incapaci di tollerare la vergogna, evitano di esporsi per paura di essere rifiutati o percepiti come inadeguati. L'incapacità di sintetizzare e di far propri valori e ideali che diano voce al nuovo Sé nascente, compromette la loro crescita. L'insuccesso sociale e la convinzione di essere impresentabili rappresentano una ferita narcisistica intollerabile che può portare al diniego, alla dissociazione e alla costruzione di strategie protettive come i "rifugi della mente" (Steiner, 1996).

Lo psicoanalista John Steiner (1996) definisce i "rifugi della mente" come luoghi psichici fortemente strutturati e solidi, che forniscono protezione quando ogni contatto significativo con l'altro è vissuto come una minaccia. Questi sistemi sono volti alla preservazione del Sé da sentimenti di impotenza e di abbandono; tuttavia, sebbene proteggano l'individuo dall'angoscia immediata, provocano gravi distorsioni a livello identitario: la persona rimane sospesa in uno stato di non definizione, non essendo "né del tutto sana né psicotica, né bambina né adulta, né piena di amore né di odio, ma sempre sul limite che divide queste due condizioni" (Steiner, 1996, p. 77).

Nell'hikikomori, il rifugio della mente si concretizza nel meccanismo di "far finta di non vedere", ovvero nel tenere affetti, situazioni e pensieri dolorosi convenientemente fuori dalla vista (Steiner, 1996). Nell'hikikomori il processo di rielaborazione adolescenziale subisce una messa in crisi, che lo porta a rifugiarsi psichicamente nel comportamento ritirato, dove domina la dittatura dell'ideale sul reale: il mondo esterno assume una forma minacciosa e persecutoria, quello interno è svuotato di senso e pervaso di noia e l'immaginazione diventa riparo estremo, rassicurante ma regressivo (Charmet, 2018). L'autoreclusione si configura allora come l'immersione in un mondo fantastico e idealizzato, che spesso prende forma nella sfera virtuale.

L'utilizzo di Internet come difesa dalla ferita narcisistica

Il progressivo aumento della socializzazione digitale, il conseguente predominio della comunicazione indiretta su quella diretta, così come il diffondersi del *gaming* e delle piattaforme di intrattenimento online stanno modificando, in maniera sempre più dilagante, la quotidianità di molti adolescenti.

La psicoterapeuta americana Kimberly Young (1998) afferma che l'utilizzo dei media può alterare il funzionamento dell'individuo fino a sfociare nel ritiro sociale.

L’autrice ritiene che l’utilizzo patologico di Internet parta da un iniziale stato di coinvolgimento, curiosità e sperimentazione, dato dall’incontro con l’attività attraente; segue la fase di sostituzione, ossia di immersione profonda nel web, che diventa il sostituto di altre attività della vita offline, valutate come non altrettanto gratificanti; per sfociare, in ultimo, nell’uso di Internet come fuga, quando il cyberspazio diventa rifugio dal mondo reale (Young, 1998).

L’utilizzo eccessivo di Internet, pertanto, si configura nel progressivo assorbimento nella dimensione virtuale, nel rifiuto delle normali attività sociali e ludiche e nell’utilizzo dei media come sostituti relazionali; tanto che il ritiro non viene più percepito come invalidante, poiché tutto quello di cui si necessita lo si dispone tramite i mezzi tecnologici (Spiniello, 2015).

La letteratura più recente evidenzia come l’utilizzo di Internet possa, in associazione al ritiro sociale, alimentare stati depressivi (Li, et al., 2024; Qiu, et al., 2024). Nello specifico, in un campione di studenti universitari cinesi è stata riscontrata una mediazione a catena, dove la distrazione da smartphone, correla con comportamenti di “ruminazione” o *overthinking*, che a loro volta favoriscono il ritiro sociale, il quale contribuisce all’aumento di stati depressivi (Li, et al., 2024). Analogamente, in un campione con le stesse caratteristiche, si osserva come la combinazione di distrazione da smartphone, ritiro sociale e stress digitale amplifica significativamente il rischio di depressione (Qiu, et al., 2024).

Tramite i social network e i giochi online si dà vita a relazioni virtuali che colmano il bisogno di socializzazione dell’adolescente hikikomori; tuttavia, quelli che prendono forma sono legami affettivi e non operativi. Lo spostamento della relazione ad una dimensione che esula dalla fisicità, implica che anche il processo di costruzione dell’identità dell’adolescente, avvenga nella sfera virtuale: alcuni giovani affermano di trascorrere molte ore a navigare nel web al fine di ottenere una migliore comprensione delle loro caratteristiche personali e per una definizione più chiara di sé (Israelashvili, Kim, & Bukobza, 2012). Il conseguente pericolo è quello della de-umanizzazione dell’individualità propria e dell’altro, dove il corpo e l’identità confinano in uno spazio che fisicamente non esiste.

Internet è concepito, in modo ambivalente, come spazio vasto che offre eccezionali possibilità e come strumento dannoso che può acuire la possibilità di ritiro.

La condizione hikikomori è spesso erroneamente ricondotta all'*Internet Addiction*, ovvero al disturbo da uso eccessivo della tecnologia, con discontrollo dei comportamenti e degli impulsi. Federica Adorno, a tal proposito, evidenzia come il rapporto tra dipendenze tecnologiche e ritiro sociale non sia in realtà causale. L'autrice afferma che, se è vero che molti ritirati sociali passano molto tempo online, è errato pensare alla dipendenza dal web come fattore scatenante del ritiro; lo dimostra il fatto che negli anni 80', quando il fenomeno hikikomori esplose in Giappone, il computer e Internet non erano ancora così diffusi (Adorno & Lancini, 2019). Sarebbe infatti più opportuno riferirsi al ritiro sociale come patologia della vergogna, scatenata da sentimenti di inadeguatezza, dove Internet funge da spazio e strumento per anestetizzare tale sofferenza (Adorno & Lancini, 2019).

Per il ritirato sociale, Internet è un filo di collegamento con il mondo al di fuori dalla propria stanza, che simula il reale e può essere da questo difficilmente distinguibile. Internet restituisce all'isolamento una direzione non solo regressiva e anti-evolutiva: consentendo la riappropriazione di piccole quote di autostima e di sopravvivenza psicologica, viene percepito dall'adolescente hikikomori come un mezzo per preservare il suo tentativo di crescita.

Per gli eremiti metropolitani, la rete funziona in modo controfobico o difensivo rispetto al ritiro. È un rifugio, e al contempo, un mezzo per rapportarsi al mondo esterno; uno strumento di accesso alle informazioni e di possibilità di contatto con l'altro. Il cyberspazio per l'adolescente hikikomori è un mondo prevedibile dove le relazioni sono scarsamente frustranti, è un luogo protetto rispetto all'incontro-scontro con l'altro, non occupato dall'adulto e permette di poter esercitare le proprie abilità, aldilà del confronto temuto (Lancini & Crillo, 2020). Permette la relazione senza mostrarsi, senza esibire il corpo e la propria immagine, riducendo al minimo il rischio di fallire e diventando uno strumento di ancoraggio alla realtà in una condizione psichica ed esistenziale di sospensione dalla vita (Lancini & Crillo, 2020). Tra i fattori di attrattività del web (*pull-factors*) risiedono l'anonimato, la segretezza e l'opportunità di eludere a stati di tensione. La rete permette la creazione di un'identità non corrispondente, o parzialmente corrispondente, a quella a cui si è confinati nel mondo offline, dà la possibilità di non lasciare tracce evidenti o rintracciabili delle proprie attività e permette di trovare

gratificazione in stati di disancoraggio dalla realtà, ovvero in quella che Caretti (2000) definisce "trance dissociativa da videoterminale"[15].

Un recentissimo studio di Aguglia e collaboratori (2024) dimostra come l'uso della tecnologia, nello specifico della realtà virtuale (VR) possa essere un metodo terapeutico innovativo per il trattamento del ritiro sociale. Gli autori mostrano come l'esposizione graduale a situazioni sociali simulate tramite VR possa avere un effetto positivo sulla riduzione dei livelli di ansia e depressione associati al fenomeno hikikomori (Aguglia, et al., 2024). Questi dati suggeriscono che la tecnologia possa offrire un ambiente sicuro per sperimentarsi in interazioni sociali, che altrimenti in contesti reali sarebbero percepite come estenuanti (Aguglia, et al., 2024)

Tuttavia, è opportuno sottolineare che, per quanto la fragilità narcisistica dell'adolescente venga sanata in Internet, permettendo il conseguimento di gratificazioni altrimenti inaccessibili, il web alimenta l'illusione di onnipotenza dell'hikikomori. Il rischio derivante è il rafforzamento dell'isolamento e la continua posticipazione dell'incontro con il reale, dove quella che all'inizio rappresentava una soluzione alternativa, si trasforma in una condizione invalidante (Spiniello, 2015).

La fuga in Internet viene spesso vissuta dal ritirato sociale in parallelo a quella nel mondo dell'Anime e dei Manga (Spiniello, 2015). I fumetti e i film giapponesi, così come i giochi online e i canali social, sono costruiti in modo da porre al centro il vissuto introspettivo dei protagonisti: adolescenti alle prese con un mondo da creare o da condurre a nuovi valori, impegnati nell'arduo processo di crescita (Spiniello, 2015). L'interesse per anime e manga è stato associato alla presenza di problematiche di salute mentale, ma al contempo al sorgere di stati favorevoli di benessere soggettivo, riducendo la percezione di solitudine e amplificando la felicità nei lettori (Hajek & König, 2024).

Si avvalora quindi l'idea per cui l'hikikomori, attraverso attività come la lettura e il gioco online, cerchi di trasferire i propri vissuti nel mondo immaginario, dove risulta più semplice accettare il giudizio altrui, colmare il divario tra la percezione di sé e le proprie ambizioni e gestire la propria vulnerabilità narcisistica.

[15] Secondo Caretti (2000), la trance dissociativa da videoterminale è uno stato involontario di dissociazione legato alla dipendenza patologica dal web. Si configura in un'alterazione temporanea marcata dello stato di coscienza e nella perdita del senso di identità personale.

CAPITOLO 3 | Descrizione della ricerca: uno studio preliminare sul fenomeno del ritiro sociale in adolescenza e giovane età adulta

La letteratura sul fenomeno del ritiro sociale manca tuttora di una definizione univoca e condivisa della condizione hikikomori e i possibili fattori ad essa collegati risultano ancora confusi. Attualmente si dispone di numerosi libri divulgativi, di stampo clinico o *self-help* sul fenomeno hikikomori, ma sono ancora esigue le ricerche scientifiche che approfondiscono tale tema. Pochi studi indagano la presenza di fattori specifici che caratterizzano i giovani autoreclusi, differenziandoli da chi non presenta questa problematica; inoltre, non molti lavori si concentrano sul ritiro sociale considerando l'età maggiormente coinvolta, ovvero l'adolescenza e la giovane età adulta. Le ricerche internazionali sul ritiro sociale si basano principalmente su stime indirette, che spesso non coinvolgono direttamente individui ritirati, ma persone che si autodefiniscono tali sulla base di criteri piuttosto vaghi e non specifici. Per di più, molti studi includono nel campione soggetti in ritiro secondario, con altri disturbi clinici, non isolando la condizione di ritiro sociale da variabili concomitanti.

Nello specifico di questo studio, le riflessioni sulla vulnerabilità narcisistica degli adolescenti in ritiro non sono supportate da dati empirici, ma dalla pratica clinica di un gruppo di ricercatori e studiosi; inoltre, nessuna ricerca si è ancora focalizzata su come il ritiro sociale possa riversarsi sui processi di organizzazione della personalità in adolescenza e giovane età adulta. Per colmare parte di questa lacuna, dall'osservazione clinica del funzionamento degli adolescenti e giovani adulti hikikomori e dall'esperienza terapeutica con loro svolta, è stata concepita l'idea di condurre una ricerca sperimentale con l'obiettivo di comprenderne la psicologia.

Lo studio esposto in questa tesi si concentra sul fenomeno del ritiro sociale volontario in adolescenti e giovani adulti di età compresa tra i 13 e i 21 anni. È di tipo caso-controllo, per cui ai fini della ricerca sono stati costituiti due gruppi omogenei, che differiscono unicamente per la presenza della manifestazione clinica oggetto di indagine. Precisamente, una parte del campione è composta da adolescenti in ritiro sociale volontario; l'altra, a fini di confronto, è formata da adolescenti con vita sociale attiva.

Il presente studio è parte di un più ampio progetto che vede come enti collaboratori l'Associazione Genitorialità, con sede a Padova, e l'Istituto di Psicosomatica Integrata di Milano; sono enti promotori l'Università degli Studi di Padova, nello specifico il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) e l'Associazione Europea di Psicopatologia dell'Infanzia e dell'Adolescente (AEPEA). Questa ricerca si propone di approfondire la comprensione del funzionamento psichico dell'hikikomori, con l'obiettivo di facilitare l'individuazione dei precursori che conducono all'isolamento, di agevolare la strutturazione di interventi tempestivi e mirati e, conseguentemente, di prevenire il cronicizzarsi e l'aggravarsi della condizione di ritiro.

Il protocollo di ricerca è stato approvato dal Comitato Etico dell'Università di Padova in data 23 dicembre 2022 (prot. N. 5067).

3.1 Ipotesi di ricerca e obiettivi

Come descritto nei primi due capitoli, l'insorgenza della condizione hikikomori si colloca solitamente in età adolescenziale, un periodo complesso e peculiare dati i compiti evolutivi a cui è richiesto di far fronte (Charmet, 1991; Saito, Social Withdrawal: A neverending adolescence, 1998). La ricerca si basa sull'assunto teorico secondo cui tali tappe dello sviluppo risulterebbero particolarmente gravose e difficili da affrontare per le organizzazioni di personalità patologiche (Nicolò & Ruggiero, 2016; Normandin, Ensink, Weiner, & Kernberg, 2022; Lancini, Cirillo, Scodeggio, & Zanella, 2020). Nello specifico, per quanto riguarda il ritiro sociale, si ipotizza che la scelta dell'autoreclusione possa derivare da una costruzione del Sé con pattern di personalità riconducibili alla manifestazione vulnerabile del narcisismo patologico (Charmet, 2018; Piotti & Lupi, 2015; Kato & Kanaba, 2017; Pincus A. L., 2022; Adorno & Lancini, 2019). In particolare, in questo studio caso-controllo è stata analizzata la correlazione tra la condizione hikikomori e i livelli di narcisismo grandioso, vulnerabile e totale ed è stata indagata la presenza di differenze significative nei livelli di narcisismo tra adolescenti e giovani adulti hikikomori e i loro coetanei non in ritiro sociale.

Successivamente, è stata esaminata la relazione tra la condizione hikikomori e le aree che, secondo il modello di Kernberg (2000), sottendono l'organizzazione di personalità in adolescenza, ovvero, la costruzione identitaria, le relazioni oggettuali esterne e interne alla famiglia e la regolazione affettiva. Infine, è stata valutata la presenza

di differenze significative tra i soggetti in ritiro e il gruppo di controllo, nei suddetti campi di funzionamento psicologico.

3.2 Metodologia

3.1 Partecipanti

I soggetti inclusi nello studio sono adolescenti e giovani adulti italiani. Il campione complessivo è composto da 18 soggetti di età compresa tra i 13 e i 21 anni (M=17; DS=2,08). Il campione è stato diviso in due sottogruppi con uguale numerosità: un gruppo caso, in ritiro sociale, e un gruppo di controllo non in ritiro sociale. Ciascuno dei due gruppi è costituito da otto partecipanti di genere maschile (88,8%) e uno di genere femminile (11,1%).

I criteri di inclusione per il gruppo in ritiro sociale sono stati stabiliti a partire dalla definizione di hikikomori proposta da Kato, includendo solo soggetti in ritiro primario, ossia senza alcuna condizione patologica altra o disturbi psicologici in comorbidità (Kato, et al., 2012; Suzuki, 2013)

I partecipanti sono adolescenti italiani maschi e femmine di età compresa tra i 13 e i 21 anni, che escono di casa occasionalmente (2/3 volte a settimana), raramente (1 giorno o meno a settimana) o quasi mai dalla propria camera. La frequenza delle uscite è intesa usualmente oppure in media nell'arco di sei mesi; rientrano nel computo solo gli spostamenti volti all'interazione sociale, ovvero all'incontro volontario con l'altro. Inoltre, è necessario che il ritiro sociale sia volontario e continuativo per almeno sei mesi con rifiuto scolastico e/o lavorativo. Sono stati esclusi dal campione adolescenti già in psicoterapia e/o in trattamento psicofarmacologico e/o con diagnosi di disturbo dello spettro della schizofrenia e/o dell'autismo, disturbo depressivo maggiore, disabilità intellettiva e/o invalidità fisica.

Il gruppo di controllo, o confronto, è ugualmente composto da adolescenti italiani maschi e femmine di età compresa tra i 13 e i 21 anni, ma contrariamente alla prima parte del campione, i soggetti hanno interazioni sociali almeno una volta a settimana e hanno frequenza scolastica e/o lavorativa regolare. Anche in questo gruppo, sono stati esclusi dallo studio individui in un percorso di psicoterapia e/o in trattamento psicofarmacologico, con diagnosi di disturbo dello spettro della schizofrenia e/o

dell'autismo, disturbo depressivo maggiore o che riportino disabilità intellettiva e/o invalidità fisica.

I soggetti del gruppo sperimentale provengono dalla Lombardia (n=7) (area metropolitana di Milano) e dal Veneto (n=2) (province di Padova e Rovigo); il gruppo di controllo include adolescenti e giovani adulti provenienti da Lombardia (n=3), Veneto (n=1), Puglia (n=2) e Friuli-Venezia Giulia (n=3).

3.2 Strumenti della ricerca

Il protocollo di ricerca prevede la somministrazione dell'Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A), del Pathological Narcissism Inventory (PNI-52) e dell'Hikikomori Risk Inventory (HRI-24).

Hikikomori Risk Inventory

L'Hikikomori Risk Inventory (HRI-24): è uno strumento self-report volto a rilevare la presenza dei sintomi caratterizzanti la condizione hikikomori, come manifestazioni depressive o fobiche, e il conseguente rischio di ritiro (Loscalzo, Nannicini, Liu, & Marco, 2020). Lo strumento è costruito per essere valido sia nei paesi orientali, dove l'hikikomori ha avuto origine, sia nei paesi occidentali, dove il fenomeno si sta diffondendo e radicando sempre di più; specificamente, le proprietà psicometriche del test sono state valutate in un campione di soggetti giapponesi e italiani (Loscalzo, Nannicini, Liu, & Marco, 2020).

In primo luogo, al soggetto partecipante viene chiesto di rispondere a sei domande relative alle sue abitudini quotidiane, le quali forniscono informazioni rispetto alla possibile presenza della sindrome. Viene domandato il monte ore giornaliero speso nella propria camera; quanto tempo viene impiegato nell'utilizzo di Internet o nella lettura dopo le ventitré; se esiste un interesse verso le relazioni sociali; se è prediletta la comunicazione virtuale rispetto a quella reale; se negli ultimi sei mesi sono state ridotte o abbandonate una o più attività ed eventualmente quali.

Successivamente, il questionario presenta 24 item, le cui risposte sono raccolte in una scala Likert a 5 livelli dove 1 corrisponde a "completamente in disaccordo" e 5 a "completamente d'accordo"; alle quali il partecipante risponde in riferimento al trascorso dei sei mesi antecedenti la compilazione (Loscalzo, Nannicini, Liu, & Marco, 2020).

Gli item sono raggruppati in cinque fattori: antropofobia (4 item), agorafobia (4 item), paranoia (7 item), letargia (4 item) e umore depresso (5 item). Dalla media aritmetica delle risposte a ciascuna affermazione è possibile calcolare uno specifico punteggio per ogni scala e, dal totale, il livello complessivo Hikikomori (Loscalzo, Nannicini, Liu, & Marco, 2020).

Come descritto, i soggetti sperimentali del gruppo hikikomori erano già in condizioni di ritiro da almeno sei mesi al momento della somministrazione della batteria testistica. L'utilizzo del questionario HRI-24, che vaglia possibili situazioni di rischio per lo sviluppo della condizione hikikomori, in questa sede viene quindi utilizzato per avere un indice della gravità della sintomatologia oggetto di indagine nel gruppo sperimentale; mentre, è inteso come indicatore del rischio di sviluppare ritiro sociale nel gruppo di controllo. Nella successiva esposizione dei risultati ci si riferirà, dunque, alla condizione hikikomori come variabile, tenendo in considerazione l'indice "HRI totale".

Pathological Narcissism Inventory

Il Pathological Narcissism Inventory (PNI) (Pincus, et al., 2009) è un questionario self-report ideato per misurare in modo esaustivo e attendibile lo spettro narcisistico nella sua manifestazione grandiosa e vulnerabile.

Il PNI nasce dalla teorizzazione di Aron L. Pincus, a cui si deve il merito di aver sistematizzato le diverse prospettive psicologiche esistenti rispetto al narcisismo patologico. Come descritto nel secondo capitolo del presente elaborato, nel modello teorico il narcisismo patologico viene distinto in due possibili manifestazioni fenotipiche: grandiosa e vulnerabile, ciascuna con modalità di espressione *overt* e *covert*.

Il PNI è stato redatto al fine di colmare l'assenza di uno strumento self-report capace di misurare in maniera esaustiva e attendibile lo spettro narcisistico in entrambe le sue manifestazioni fenotipiche (Di Pierro, 2014). Prima della sua introduzione, la maggior parte dei test utilizzati nella ricerca empirica, tra cui il *Narcissistic Personality Inventory* (NPI) e *l'Hypersensitive Narcissism Scale* (HSNS), si focalizzavano esclusivamente sulla grandiosità narcisistica, trascurando dalla rilevazione la forma vulnerabile. Inoltre, gli strumenti disponibili presentavano importanti limiti psicometrici che compromettevano l'attendibilità delle misurazioni (Di Pierro, 2014).

Gli item del questionario PNI-52 permettono di indagare sette dimensioni basilari nel concetto di narcisismo: autostima contingente (*Contingent self-esteem*), sfruttamento

interpersonale (*Exploitativeness),* altruismo strumentale *(Self-Sacrificing Self-Enhancement*), tendenza a nascondere il Sé (*Hiding the Self*), fantasia grandiosa (*Grandiose Fantasy*), svalutazione (*Devaluing*) e rabbia da senso del diritto (*Entitlement Rage*).

Il concetto di autostima contingente si riferisce alla presenza di oscillazioni significative nella valutazione di sé e alla tendenza alla disregolazione in assenza di fonti esterne di gratificazione e riconoscimento (Pincus A. L., 2022). Lo sfruttamento interpersonale concerne l'attitudine manipolatoria nelle relazioni interpersonali; l'altruismo strumentale, invece, indica quanto gli atti compiuti in favore degli altri vengono in realtà effettuati per rinforzare l'immagine di sé (Pincus A. L., 2022). Il Sé nascosto riguarda più propriamente la tendenza a nascondere i propri difetti e bisogni; mentre con fantasia grandiosa si fa riferimento alla presenza di fantasie di successo, ammirazione e riconoscimento costruite al fine di rafforzare la propria immagine (Pincus A. L., 2022). La svalutazione riflette il disinteresse e il disprezzo nei confronti di coloro che non soddisfano i propri bisogni di ammirazione; infine, la rabbia da senso del diritto descrive l'emergere di vissuti di ira quando le proprie aspettative, su come gli altri debbano comportarsi, non vengono soddisfatte (Pincus A. L., 2022).

La versione più recente del PNI (Wright, Lukowitsky, Pincus, & Conroy, 2010) considera domini della manifestazione grandiosa del narcisismo patologico lo sfruttamento interpersonale (EXP; 5 items), la fantasia grandiosa (GF; 7 items), e l'altruismo strumentale (SSSE; 6 items). L'autostima contingente (CSE; 12 items), la tendenza a nascondere il Sé (HS; 7 items), la svalutazione (DEV; 7 items) e la rabbia da senso del diritto (ER; 8 items) sono, invece, considerate sfaccettature della forma narcisistica vulnerabile.

Complessivamente, nella sua forma attuale, il PNI è composto da 52 affermazioni, alle quali i partecipanti rispondono assegnando un punteggio su una scala Likert a 6 punti, dove 1 corrisponde a "non mi descrive affatto" e 6 a "mi descrive alla perfezione". Viene quindi calcolata la media dei punteggi assegnati, riconducendo ogni affermazione alla specifica scala di riferimento (CSE, HS, DEV, ER, EXP, SSSE, GF); da questi valori è possibile ottenere il punteggio medio per narcisismo vulnerabile, grandioso e totale.

Per maggiore chiarezza viene riportata una tabella riassuntiva delle scale del PNI (**Tabella 1**).

Scale che valutano la vulnerabilità	
CSE: Autostima contingente	Fluttuazioni e disregolazioni dell'autostima in assenza di fonti esterne di ammirazione e riconoscimento
ER: Rabbia da senso del diritto	Rabbia quando le aspettative relative al senso di diritto non vengono soddisfatte
DEV: Svalutazione e bisogno degli altri	Disinteresse verso coloro che non forniscono ammirazione e vergogna per il proprio bisogno di approvazione dagli altri
HS: Evitamento sociale narcisistico o Sé nascosto	Riluttanza a mostrare i propri difetti, errori e bisogni agli altri
Scale che valutano la grandiosità	
EXP: Sfruttamento	Atteggiamento interpersonale manipolatorio
GF: Fantasia grandiosa	Fantasie di successo ammirazione e riconoscimento
SSE: Rafforzamento del Sé tramite autosacrificio	Messa in atto di comportamenti altruistici volti in realtà a supportare un'immagine di sé ipertrofica

Tabella 1: *Le scale del PNI.*

Interview of Personality Organization Processes in Adolescence

L'Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A) (Ammaniti, Fontana, Clarkin, Nicolais, & Kernberg, 2012) è un'intervista semi strutturata progettata per essere utilizzata con adolescenti di età compresa tra i 13 e i 21 anni, volta a valutare il funzionamento della personalità secondo una prospettiva psicodinamica.

Da un punto di vista teorico, l'IPOP-A fa riferimento al modello delle relazioni oggettuali sviluppato da Otto Kernberg, integrandosi con alcuni contributi provenienti dalla ricerca empirica e dalla letteratura clinica sulla psicopatologia dell'adolescenza (Ammaniti, Fontana, Clarkin, Nicolais, & Kernberg, 2012).

Il contributo di Otto Kernberg è particolarmente significativo per la classificazione delle organizzazioni di personalità. L'autore propone un modello dimensionale dove identità, relazioni interpersonali e qualità della regolazione affettiva sono gli assi organizzatori del funzionamento di personalità (Normandin, Ensink, Weiner, & Kernberg, 2022).

Secondo Il modello di Kernberg, i comportamenti manifesti e il disagio soggettivo dell'adolescente riflettono caratteristiche patologiche di strutture psicologiche sottostanti, dove la struttura psicologica va concepita come un pattern stabile e duraturo di funzioni mentali, che organizza il comportamento, le percezioni e l'esperienza dell'individuo (Normandin, Ensink, Weiner, & Kernberg, 2022). In questa cornice teorica, l'organizzazione di personalità è quindi intesa diversamente dal disturbo di personalità,

che è definito da costellazioni osservabili di comportamenti, come riportato nella sezione II del DSM (Fontana, et al., 2020).

L'IPOP-A si propone di indagare il livello di funzionamento dell'adolescente, mettendo in luce gli aspetti della personalità che possono essere determinanti nella comprensione dei processi dello sviluppo. In questa peculiare fase di vita, infatti, l'assessment e la formulazione diagnostica devono tenere in considerazione aspetti evolutivi come lo sviluppo dell'identità, delle relazioni con i pari, il processo di separazione dalle figure genitoriali e la mentalizzazione del Sé corporeo (Ammaniti, Fontana, & Di Marco, 2012). Risulta cruciale valutare come l'adolescente affronti questi compiti evolutivi per stabilire il livello di organizzazione della sua personalità.

Nella prospettiva delle relazioni oggettuali, nella diagnosi, comprensione e cura dell'adolescente è fondamentale distinguere tra "crisi di identità", riscontrabile anche nell'organizzazione di personalità sana o nevrotica, e la più disadattiva "diffusione di identità", caratteristica del funzionamento borderline o psicotico (Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2000; Erikson, 1968). Per un approfondimento su questa distinzione, si rimanda al primo capitolo del presente elaborato.

La crisi di identità si valuta dalla presenza di rappresentazioni del Sé e dell'oggetto non necessariamente compromesse e dall'utilizzo di meccanismi di tipo nevrotico, come la formazione reattiva o l'intellettualizzazione (Erikson, Gioventù e crisi d'identità, 1968). Al contrario, la diffusione di identità, comporta credenze vaghe, comportamenti incoerenti e difficoltà nel definire Sé e l'altro (Fontana, et al., 2020). In questi casi, la persona presenta una struttura psicologica scissa e tende ad utilizzare meccanismi difensivi primitivi come il diniego, la scissione e l'identificazione proiettiva (Fontana, et al., 2020).

L'IPOP-A si propone dunque di indagare il livello di funzionamento dell'adolescente e di vagliare la possibile crisi o diffusione di identità, approfondendo tre aree: identità, relazioni oggettuali e regolazione affettiva (Fontana, et al., 2020).

Lo spettro identitario valuta il consolidamento dei confini del Sé, l'integrazione delle tematiche adolescenziali nella rappresentazione della propria persona, la capacità di comprendere il proprio punto di vista e quello degli altri in termini di stati mentali e l'abilità di utilizzare le proprie risorse in modo funzionale (Ammaniti, Fontana, & Di Marco, 2012). Le domande in quest'area si concentrano sulla capacità dell'adolescente di

presentare sé stesso e la propria esperienza in modo più o meno complesso, sul saper distinguere e tollerare la differenza tra il proprio punto di vista e quello dell'altro e sulla competenza dell'adolescente di mantenere un soddisfacente e realistico livello di autostima (Ammaniti, Fontana, & Di Marco, 2012). Viene, inoltre, indagato il grado di accettazione dello sviluppo corporeo, l'abilità di investimento negli studi e nelle attività ricreative e la capacità del soggetto di porsi in una posizione di continuità (o rottura) rispetto al proprio passato infantile.

Punteggi elevati in quest'ambito, e il conseguente basso livello di funzionamento, possono indicare oscillazioni marcate nella percezione di sé, difficoltà a fornire una descrizione complessa e articolata dei propri affetti e stati mentali, autostima oscillante o impermeabile ai feedback esterni, difficoltà nell'investimento scolastico e ricreativo, eccessivo senso di trionfo o svalutazione verso il proprio corpo, scarsa integrazione tra il senso di sé attuale e la propria storia personale (Ammaniti, Fontana, & Di Marco, 2012).

L'area delle relazioni oggettuali valuta la qualità della vita relazionale dell'adolescente distinguendo due ambiti di indagine: uno esterno alla famiglia, comprendente le relazioni amicali e romantiche, e uno interno alla famiglia, il quale contempla i rapporti con le figure familiari di riferimento (Ammaniti, Fontana, & Di Marco, 2012). Le domande esplorano la capacità dell'adolescente di stabilire relazioni amicali intime, profonde e reciproche; il grado in cui la sperimentazione sessuale e sentimentale coinvolge il soggetto o lo blocca su posizioni difensive e anti-evolutive; la capacità di proseguire attivamente lungo il percorso di separazione-individuazione (Ammaniti, Fontana, & Di Marco, 2012).

Elevati punteggi in questa dimensione possono indicare profonde difficoltà nella sperimentazione relazionale al di fuori della famiglia, scarsità o assenza di amicizie durature o presenza di rapporti amicali caotici e superficiali; nonché difficoltà nella vita sociale di gruppo e totale mancanza di fiducia verso gli altri, specialmente nelle relazioni romantiche (Ammaniti, Fontana, & Di Marco, 2012). Rispetto alle figure familiari di riferimento, disfunzioni in quest'area indicano la presenza di marcate oscillazioni nella rappresentazione dei caregivers, elevata conflittualità o, al contrario, iper-dipendenza e inversioni di ruolo (Ammaniti, Fontana, & Di Marco, 2012).

Per quanto concerne la regolazione affettiva, terza e ultima area indagata dall'IPOP-A, viene esaminata la capacità dell'adolescente di sperimentare, modulare ed

essere consapevole dei propri stati emotivi (Ammaniti, Fontana, & Di Marco, 2012). In questa sezione dell'intervista, vengono proposte all'adolescente una serie di situazioni-stimolo, che si riferiscono a emozioni primarie e secondarie (rabbia, vergogna, gioia, tristezza, gelosia, ansia, noia e paura) con la richiesta di fare riferimento ad esempi tratti dalla propria esperienza personale per ciascun affetto indagato (Ammaniti, Fontana, & Di Marco, 2012). Il somministratore si sofferma sulla qualità della risposta emotiva dell'adolescente; sull'adeguatezza e la ricchezza di tale reazione; sul tempo necessario per auto-regolarsi; sull'impatto della reazione emotiva sul funzionamento mentale; sul grado di consapevolezza rispetto all'affetto sperimentato e, infine, su quanto gli altri significativi siano stati coinvolti nel processo di regolazione (Ammaniti, Fontana, & Di Marco, 2012).

Alti punteggi indicano tendenza alla disregolazione emotiva, ergo, impermeabilità e coartazione nella sperimentazione degli affetti o eccessiva risposta alla maggior parte degli stimoli affettivi presentati. Si osserva la tendenza a vivere le emozioni come travolgenti e fuori dal proprio controllo, la marcata difficoltà nel modulare le proprie risposte emotive o l'accentuata difficoltà nel comunicare il proprio stato d'animo durante l'intervista (Ammaniti, Fontana, & Di Marco, 2012).

L'IPOP-A è utilizzabile nella consultazione con l'adolescente e nella ricerca empirica, relativamente allo sviluppo della personalità. Si compone di 42 domande aperte e ha una durata di somministrazione che oscilla tra i 45 e i 60 minuti. Nel rispondere agli interrogativi, viene chiesto all'intervistato di fare riferimento all'ultimo anno di vita, così da focalizzarsi sulle difficoltà e le risorse nel momento presente.

Gli autori, ai fini della corretta procedura di *scoring,* hanno ritenuto necessario differenziare tra soggetti nella prima adolescenza (tra i 13 e i 15 anni), medio adolescenti (tra i 16 e i 18 anni) e tardo-adolescenti/giovani adulti (dai 19 ai 21 anni) (Ammaniti, Fontana, & Di Marco, 2012).

Per ogni item (41) si assegna un punteggio da 0 a 2: dove 0 indica la presenza di un livello di funzionamento sano, 1 riflette disagio moderato e 2 segnala difficoltà marcate che richiedono attenzione clinica; è possibile ottenere un punteggio totale per ciascuna delle tre scale attraverso la media dei singoli punteggi assegnati (Ammaniti, Fontana, & Di Marco, 2012). Inoltre, per ciascuna delle aree generali (identità, qualità delle relazioni oggettuali e qualità delle reazioni affettive) il clinico può raccogliere le

proprie impressioni sull'adolescente intervistato tramite una scala Likert da 1 a 5 punti (Ammaniti, Fontana, & Di Marco, 2012).

3.3 Procedura

Per quanto riguarda la somministrazione degli strumenti di ricerca, i tempi medi di compilazione sono stati di 15 minuti per il questionario HRI-24, 20 minuti per il PNI-52, e un tempo variabile tra i 40 e i 90 minuti per l'intervista IPOP-A. In alcuni casi, è stato necessario suddividere l'esecuzione delle prove in più sessioni.

L'intervista IPOP-A è stata condotta da professionisti che hanno seguito un percorso di formazione specifico con lo psicoterapeuta Andrea Fontana, uno dei responsabili della strutturazione del test.

In riferimento alla composizione del gruppo sperimentale, i dati di sette di nove soggetti sono stati raccolti presso l'Istituto di Psicosomatica Integrata di Milano durante la fase di consultazione, che precede l'inizio del percorso psicoterapico. I restanti partecipanti, residenti in Veneto, hanno preso parte alla ricerca seguendo lo stesso iter, ossia prima di intraprendere la terapia.

Per tutti i soggetti del gruppo sperimentale è stata fornita una copia dei questionari HRI-24 e PNI-52, insieme alle trascrizioni degli incontri nei quali è stata condotta l'IPOP-A. La valutazione e l'assegnazione dei relativi punteggi, specialmente per quanto emerso dall'intervista, sono state effettuate dalla sottoscritta presso l'Associazione Genitorialità, dove ha svolto il tirocinio pratico-valutativo, con la supervisione clinica del Dott. Ghielmetti, psicoterapeuta dell'Associazione e tra i responsabili del progetto di ricerca.

Per quanto riguarda il gruppo di controllo, la raccolta dei dati è avvenuta sia presso la sede fisica dell'Associazione Genitorialità a Padova, sia online, tramite videochiamata e compilazione dei questionari da remoto. I partecipanti sono stati reclutati mediante passaparola e distribuzione di volantini online. In questo caso, sia la conduzione dell'intervista IPOP-A che l'assegnazione dei punteggi è stata effettuata dalla sottoscritta, sempre con l'affiancamento e la supervisione del Dott. Ghielmetti.

Data la natura degli strumenti somministrati, in particolare dell'IPOP-A, che richiede la condivisione di informazioni personali e confidenziali, si è evitata la commistione tra il ruolo professionale e la vita privata (art. 28 del Codice Deontologico degli Psicologici Italiani). Pertanto, nessuno dei partecipanti allo studio era conoscente diretto del somministratore né familiare di un conoscente.

Come previsto dall'articolo 1 del Codice Etico per la Ricerca in Psicologia, tutti i partecipanti hanno firmato il consenso informato prima di prendere parte allo studio; i maggiorenni autonomamente, mentre per i minorenni è stato richiesto il consenso degli esercenti la responsabilità genitoriale.

CAPITOLO 4 | Analisi dei dati

Tutte le analisi dei dati esposte di seguito sono state condotte utilizzando il software statistico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) nella versione 30.0. Il livello di significatività è stato impostato a $p < 0.05$, con un intervallo di confidenza del 95%.

4.1 Risultati della ricerca

4.1.1 Comparabilità tra il gruppo sperimentale e di controllo

Questo studio, come già esplicitato, è di tipo caso controllo; pertanto, il campione è stato suddiviso in un gruppo in ritiro sociale da almeno sei mesi e un gruppo con vita sociale attiva e frequenza scolastica e/o lavorativa regolare. È stata analizzata la possibilità di confrontare i due gruppi, differenziandoli esclusivamente per la variabile oggetto d'indagine, ovvero il ritiro sociale.

In primo luogo, si è verificato che la media d'età del gruppo sperimentale e del gruppo di controllo fosse sufficientemente simile e, dai risultati del T-test a campioni indipendenti, è emerso che le medie dei due gruppi non sono significativamente diverse ($t(16)=0.44$, $p=0.665$), consentendo il confronto. Per quanto riguarda il genere, il gruppo di controllo è stato costituito in base alla composizione di quello sperimentale, per cui entrambi i gruppi includono un solo un partecipante di genere femminile e non esiste differenza nella composizione dei due campioni in questo specifico aspetto.

In secondo luogo, è stata esaminata l'esistenza di una differenza significativa tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo nel punteggio totale del questionario HRI-24, al fine di differenziare effettivamente i due campioni per la variabile di interesse. È stata quindi effettuata un'analisi T-test a campioni indipendenti per confrontare il punteggio totale dell'HRI tra i due gruppi. I risultati hanno mostrato una differenza significativa ($t(16)=5.18$, $p < 0.001$), dove il gruppo hikikomori ha riportato punteggi significativamente più elevati rispetto al gruppo di controllo, come illustrato nel boxplot seguente (**Figura 2**).

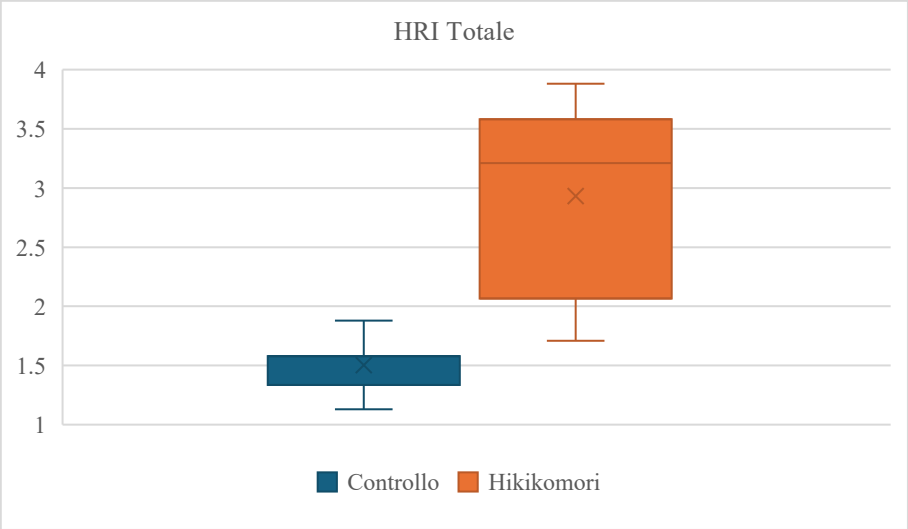


Figura 2: *Il boxplot illustra la distribuzione dei dati riportati dal gruppo di controllo e dal gruppo hikikomori nell'indice HRI totale. La "scatola" rappresenta l'intervallo interquartile (IQR), la linea orizzontale al suo interno la mediana, il punto contrassegnato con la "X" la media, mentre i "baffi" (whiskers) indicano la gamma dei dati entro 1.5 volte l'IQR. La distribuzione non riporta outliers.*

Risulta dunque possibile confrontare i due gruppi, distinguendoli esclusivamente per la variabile ritiro sociale.

4.1.2 Analisi comparativa tra il gruppo sperimentale e di controllo sugli indici del questionario HRI-24

A fini di confronto, tramite il test non parametrico di Mann-Whitney è stata valutata la presenza di differenze significative nei punteggi ottenuti dal gruppo di controllo e dal gruppo hikikomori sugli indici del questionario HRI-24. I risultati evidenziano differenze significative tra i due gruppi per le variabili antropofobia ($U=64$, $p=0.04$), agorafobia ($U=80$, $p<0.01$), letargia ($U=78.50$, $p<0.01$), umore depresso ($U=79$, $p<0.01$) e, come già visto, nell'indice HRI totale ($U=79.50$, $p<0.01$). Non è stata osservata una differenza significativa per la variabile paranoia ($U=56$, $p<0.17$).

Per i risultati di ciascun test e i relativi punteggi, si rimanda alla **Tabella 2** sotto riportata.

	Controllo (*n*=9)			Hikikomori (*n*=9)			Mann-Whitney U test	
Indice	**M**	**DS**	**rango medio**	**M**	**DS**	**rango medio**	***U***	***p***
Antropofobia	1.31	0.17	6.89	2.72	1.20	12.11	**64.00**	**0.04**
Agorafobia	1.06	0.11	5.11	2.83	0.86	13.89	**80.00**	**0.00**
Paranoia	2.06	0.53	7.78	2.70	0.98	11.22	56.00	0.17
Letargia	1.28	0.44	5.28	3.39	1.08	13.72	**78.50**	**0.00**
Um. depresso	1.42	0.47	5.22	3.27	0.88	13.78	**79.00**	**0.00**
HRI totale	1.50	0.22	5.17	2.93	0.80	13.83	**79.50**	**0.00**

***Tabella 2**: Confronto tra il gruppo di controllo e il gruppo hikikomori sugli indici dell'HRI-24 tramite il Mann-Whitney U test. La tabella mostra i valori di media (M), deviazione standard (DS) e rango medio per ciascun gruppo. I risultati del Mann-Whitney U test sono riportati con il relativo valore del test (U) e il grado di significatività (p). Sono evidenziate le variabili in cui si è osservata una differenza significativa nelle medie dei gruppi; all'aumentare dell'intensità del colore cresce il valore dell'indice e il livello di significatività.*

4.1.3 Analisi comparativa tra il gruppo sperimentale e di controllo sugli indici del questionario PNI-52

Tramite la stessa metodologia, è stata valutata l'esistenza di una differenza significativa tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo rispetto alle scale del PNI-52. È emersa una differenza significativa tra i due gruppi per tutte le sottodimensioni del narcisismo vulnerabile: CSE (U=65.50, p=0.03), HS (U=67, p=0.02), DEV (U=72, p=0.01), ER (U=68, p=0.01) e nel narcisismo vulnerabile (NV) come dimensione totale (U=71.50, p=0.01).

Per quanto concerne il narcisismo grandioso e le relative sotto scale, non sono emerse differenze significative tra i gruppi nelle variabili EXP (U=33, p=0.51) e SSE (U=52, p=0.31), mentre risultano significativamente diversi i punteggi della variabile GF (U=68, p=0.01). Il punteggio totale del narcisismo grandioso (NG) non risulta significativamente diverso nel campione in ritiro e in quello di confronto (U=54.50, p=0.01); ciò nonostante, l'indice totale del PNI, ottenuto dalla media dei punteggi delle dimensioni vulnerabile e grandiosa, risulta considerevolmente diverso nei due gruppi (U=68.50, p=0.22).

Per i risultati di ciascuna misurazione nelle variabili indagate si rimanda alla **Tabella 3** e al grafico rappresentato nella **Figura 3**, nel quale si può osservare che il gruppo hikikomori riporta punteggi più elevati in tutte le variabili del questionario ad

eccezione della scala EXP (sfruttamento interpersonale), dove è invece il gruppo non in ritiro a riportare livelli più elevati.

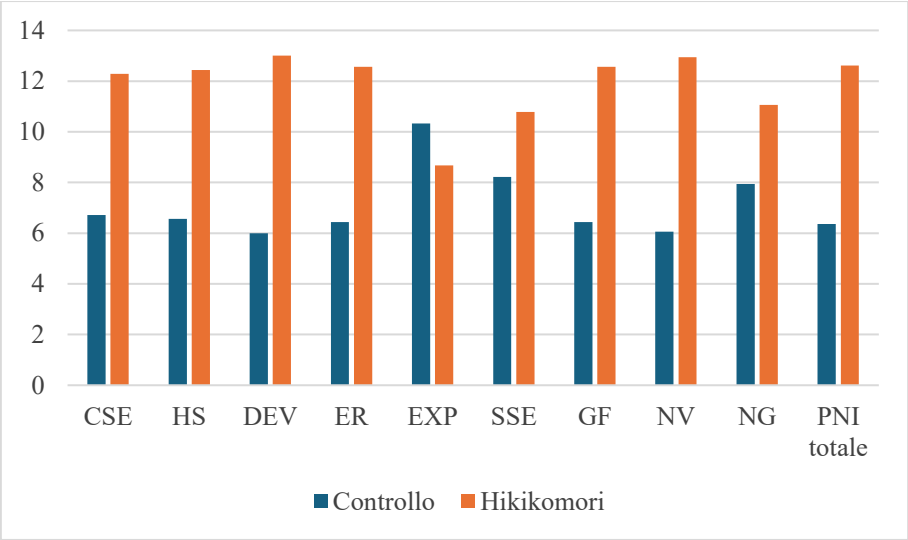


Figura 3: *Il grafico riporta il valore del rango medio per ciascuna variabile del PNI-52, nel gruppo sperimentale e di controllo.*

	Controllo (*n*=9)			Hikikomori (*n*=9)			Mann-Whitney U test	
Indice	**M**	**DS**	**rango medio**	**M**	**DS**	**rango medio**	***U***	***p***
CSE	1.90	0.65	6.72	3.36	1.32	12.28	**65.50**	**0.03**
HS	2.65	0.76	6.56	3.97	1.27	12.44	**67.00**	**0.02**
DEV	1.52	0.63	6.00	2.82	0.94	13.00	**72.00**	**0.01**
ER	2.70	0.98	6.44	3.84	0.83	12.56	**68.00**	**0.01**
EXP	3.44	1.19	10.33	3.09	0.93	8.67	33.00	0.51
SSE	3.09	0.56	8.22	3.45	1.10	10.78	52.00	0.31
GF	2.70	0.98	6.44	3.84	0.83	12.56	**68.00**	**0.01**
NV	2.19	0.54	6.06	3.50	0.91	12.94	**71.50**	**0.01**
NG	3.08	0.63	7.94	3.46	0.55	11.06	54.50	0.22
PNI totale	2.57	0.54	6.36	3.48	0.66	12.61	**68.50**	**0.01**

Tabella 3*: Confronto tra il gruppo di controllo e il gruppo hikikomori sugli indici del PNI-52 tramite il Mann-Whitney U test. La tabella mostra i valori di media (M), deviazione standard (DS), e rango medio per ciascun gruppo. I risultati del Mann-Whitney U test sono riportati con il relativo valore del test (U) e il grado di significatività (p). Sono evidenziate le variabili in cui è stata osservata una differenza significativa nelle medie tra i due gruppi; all'aumentare dell'intensità del colore cresce il valore dell'indice e il livello di significatività.*

Risulta particolarmente degno di nota per l'ipotesi di ricerca la differenza nei livelli di narcisismo vulnerabile tra i due gruppi. Si riporta dunque un grafico (**Figura 4**), dal quale si osserva come la distribuzione dei ranghi nel gruppo hikikomori sia spostata verso la parte più alta del grafico; mentre i punteggi del gruppo di controllo si concentrano nella parte più bassa, riflettendo i livelli più elevati del primo gruppo rispetto al secondo.

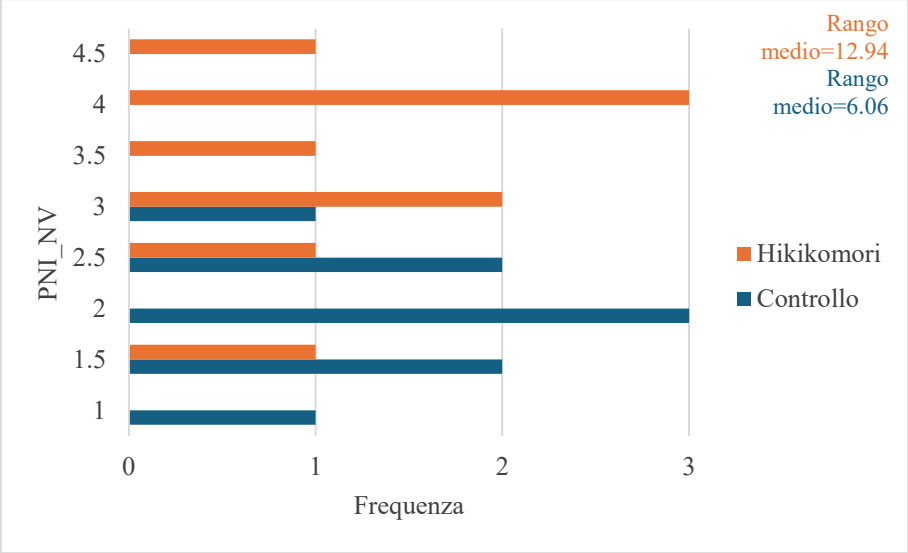


***Figura 4**: Il grafico illustra la distribuzione dei ranghi nella variabile narcisismo vulnerabile (PNI-NV) nel gruppo hikikomori e di controllo.*

4.1.4 Analisi comparativa tra il gruppo sperimentale e di controllo sugli indici dell'intervista IPOP-A

Successivamente, attraverso il test statistico di tipo non parametrico di Mann-Whitney è stata verificata la presenza di differenze significative tra il gruppo sperimentale e quello di controllo nei livelli di organizzazione di personalità, in particolare nelle variabili legate alla costruzione identitaria, alle relazioni oggettuali esterne e interne alla famiglia e alla regolazione affettiva, secondo la struttura dell'IPOP-A.

È importante sottolineare che l'analisi ha riportato una differenza significativa tra i due gruppi in tutte le scale generali: identità ($U=81$, $p<0.01$), relazioni oggettuali esterne alla famiglia ($U=81$, $p<0.01$), relazioni oggettuali interne alla famiglia ($U=76.50$, $p<0.01$) e regolazione affettiva ($U=81$, $p<0.01$). La distribuzione dei punteggi per ognuna di queste variabili è riportata nella **Tabella 4** e rappresentata nei boxplot illustrati nelle **Figure 5, 6**, **7** e **8** riportate di seguito, dalle quali si osserva una distribuzione dei punteggi

decisamente più elevata e con maggiore variabilità, nel gruppo hikikomori rispetto a quello di controllo.

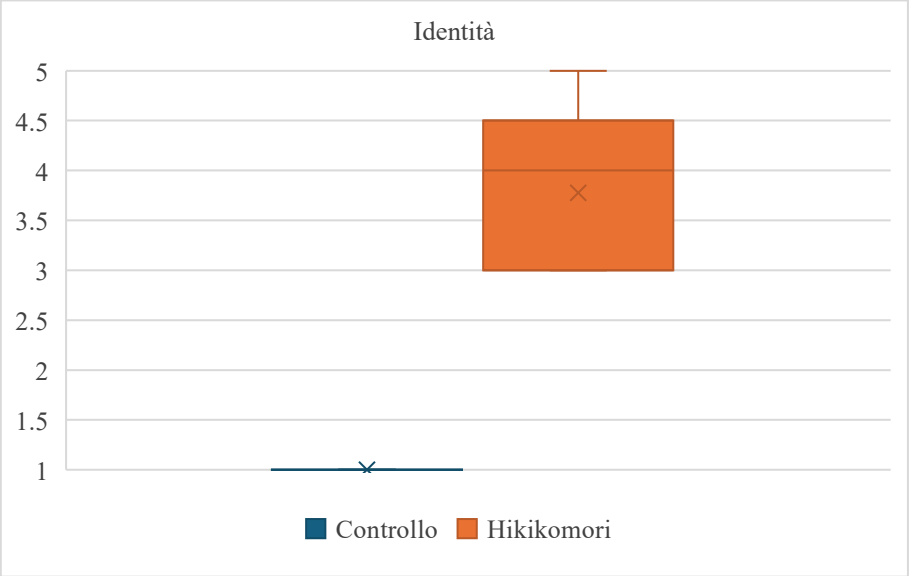


***Figura 5**: Confronto dei punteggi tra il gruppo di controllo e il gruppo hikikomori nella variabile relativa alla costruzione identitaria dell'IPOP-A. La "scatola" rappresenta l'intervallo interquartile (IQR), la linea orizzontale al suo interno la mediana, il punto contrassegnato con la "X" la media, mentre i "baffi" (whiskers) indicano la gamma dei dati entro 1.5 volte l'IQR. La distribuzione non riporta outliers.*

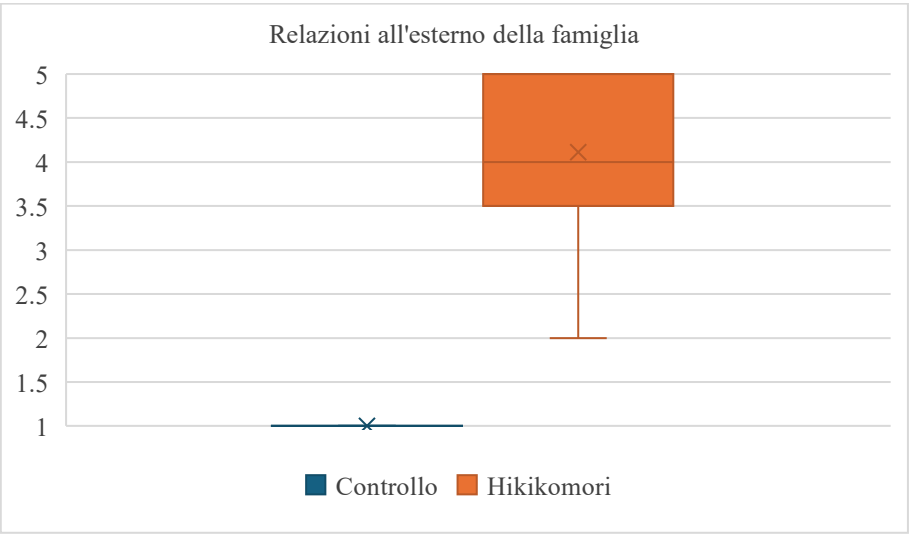


***Figura 6**: Confronto dei punteggi tra il gruppo di controllo e il gruppo hikikomori nella variabile Relazioni oggettuali esterne alla famiglia dell'IPOP-A. La "scatola" rappresenta l'intervallo interquartile (IQR), la linea orizzontale al suo interno la mediana, il punto contrassegnato con la "X" la media, mentre i "baffi" (whiskers) indicano la gamma dei dati entro 1.5 volte l'IQR. La distribuzione non riporta outliers.*

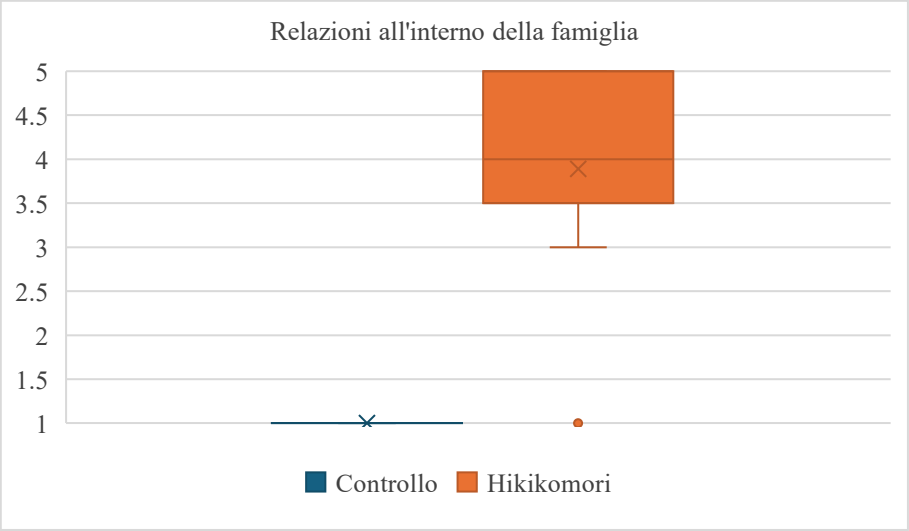


***Figura 7**: Confronto dei punteggi tra il gruppo di controllo e il gruppo hikikomori nella variabile Relazioni oggettuali interne alla famiglia dell'IPOP-A. La "scatola" rappresenta l'intervallo interquartile (IQR), la linea orizzontale al suo interno la mediana, il punto contrassegnato con la "X" la media, mentre i "baffi" (whiskers) indicano la gamma dei dati entro 1.5 volte l'IQR. Il grafico mostra la presenza di un outlier (valore anomalo) nel gruppo hikikomori: un soggetto ha ottenuto un punteggio uguale a 1, come la media dei partecipanti del gruppo di controllo.*

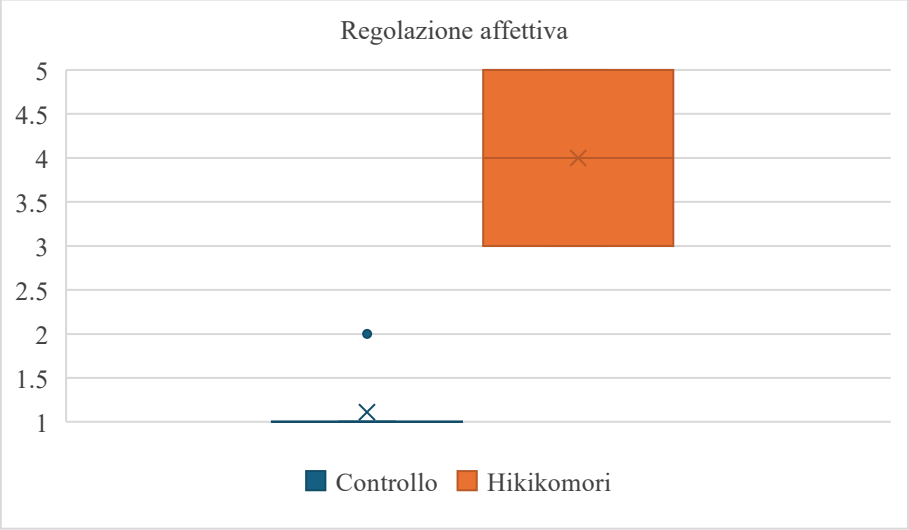


***Figura 8**: Confronto dei punteggi ottenuti dal gruppo di controllo e dal gruppo hikikomori nella variabile Regolazione emotiva e affettiva dell'IPOP-A. La "scatola" rappresenta l'intervallo interquartile (IQR), la linea orizzontale al suo interno la mediana, il punto contrassegnato con la "X" la media, mentre i "baffi" (whiskers) indicano la gamma dei dati entro 1.5 volte l'IQR. Il boxplot evidenzia la presenza di un outlier nel gruppo di controllo, per cui un soggetto ha riportato un punteggio di oltre 1.5 volte l'IQR del suo gruppo. Si osserva come tale punteggio rimane comunque inferiore rispetto al valore più basso riportato dal gruppo sperimentale.*

	Controllo (*n*=9)			Hikikomori (*n*=9)			Mann-Whitney U Test	
Indice	**M**	**DS**	**rango medio**	**M**	**DS**	**rango medio**	***U***	***p***
Identità	1.00	0.00	5.00	3.78	0.83	14.00	**81.00**	**0.00**
Relazioni oggettuali esterne alla famiglia	1.00	0.00	5.00	4.11	1.05	14.00	**81.00**	**0.00**
Relazioni oggettuali interne alla famiglia	1.00	0.00	5.50	3.89	1.27	13.50	**76.50**	**0.00**
Regolazione affettiva	1.11	0.33	5.00	4.00	0.87	14.00	**81.00**	**0.00**

Tabella 4: *Confronto tra il gruppo di controllo e il gruppo hikikomori sulle scale generali dell'IPOP-A tramite il Mann-Whitney U test. La tabella mostra i valori di media (M), deviazione standard (DS), e rango medio per ciascun gruppo. I risultati del test sono riportati con il relativo valore del test (U) e il grado di significatività (p). Sono evidenziate le variabili in cui si è osservata una differenza significativa nelle medie tra i due gruppi, all'aumentare dell'intensità del colore cresce l'intensità dell'indice e il livello di significatività.*

La differenza tra i due gruppi è stata, inoltre, valutata per ciascuna delle 42 scale dello strumento, i cui risultati sono riportati nella **Tabella 5**. In quasi tutte le scale dell'IPOP-A è stata riscontrata una differenza significativa tra i due gruppi e i livelli di compromissione sono decisamente maggiori nel campione in ritiro sociale. Tuttavia, non è stata osservata una differenza significativa nella messa in atto di comportamenti a rischio, in cui il gruppo di controllo ha riportato un punteggio medio più alto rispetto al gruppo in ritiro sociale (media gruppo di controllo=0.44; media gruppo sperimentale=0.22; U=31.50, p=0.33), analogamente all'uso di sostanze (media gruppo di controllo=0.22; media gruppo sperimentale=0; U=31.50, p=0.14). Non sono state poi osservate differenze statisticamente rilevanti tra i due gruppi nelle sfere della condotta sessuale (U=40.50, p=1); dei segreti (U=42, p=0.14); degli attacchi verso sé stessi (U=55, p=0.10); verso gli altri (U=50.50, p=0.22) e nella pratica di attività illegali (U=40.50, p=1).

	Controllo (*n*=9)			Hikikomori (*n*=9)			Mann-Whitney U Test	
Indice	**M**	**DS**	**rango medio**	**M**	**DS**	**rango medio**	***U***	***p***
Caratteristiche della descrizione di Sé	0.11	0.33	5.83	1.22	0.67	13.17	**73.50**	**0.00**
Capacità di mentalizzazione rispetto a sé stesso	0.22	0.44	6.06	1.33	0.71	12.94	**71.50**	**0.00**
Autostima	0.33	0.50	6.17	1.44	0.73	12.83	**70.50**	**0.00**
Accettare lo sviluppo corporeo	0.00	0.00	6.50	1.00	0.87	12.50	**67.50**	**0.00**
Coerenza nel tempo	0.00	0.00	5.50	1.00	0.50	13.50	**76.50**	**0.00**
Studi: efficacia e continuità	0.00	0.00	5.50	1.44	0.73	13.50	**76.50**	**0.00**
Studi: obiettivi e ambizioni	0.22	0.44	6.78	1.00	0.71	12.22	**65.00**	**0.02**
Hobby: presenza di interessi sostenuti	0.13	0.33	5.33	1.33	0.50	13.67	**78.00**	**0.00**
Hobby: soddisfazione	0.00	0.00	5.50	1.22	0.67	13.50	**76.50**	**0.00**
Comportamenti rischiosi	0.44	0.53	10.50	0.22	0.44	8.50	31.50	0.33
Caratteristiche della descrizione dell'altro all'esterno della famiglia	0.00	0.00	5.50	1.22	0.67	13.50	**76.50**	**0.00**
Capacità mentalizzazione rispetto all'altro all'esterno della famiglia	0.11	0.33	5.33	1.33	0.50	13.67	**78.00**	**0.00**
Amici: relazione con l'amico del cuore	0.00	0.00	5.50	1.33	0.71	13.50	**76.50**	**0.00**
Amici: stabilità nel tempo	0.22	0.44	6.17	1.22	0.67	12.83	**70.50**	**0.00**
Amici: gruppo dei pari	0.00	0.00	6.00	1.11	0.78	13.00	**72.00**	**0.00**
Amici: consapevolezza del rango nel gruppo	0.00	0.00	5.50	1.22	0.66	13.50	**76.50**	**0.00**
Uso di droghe	0.22	0.44	10.50	0.00	0.00	8.50	31.50	0.14
Relazioni sentimentali: capacità di investimento	0.00	0.00	5.50	1.22	0.67	13.50	**76.50**	**0.00**

	Controllo (*n*=9)			Hikikomori (*n*=9)			Mann-Whitney U Test	
Indice	**M**	**DS**	**rango medio**	**M**	**DS**	**rango medio**	***U***	***p***
Relazioni sentimentali: attività sessuali	0.22	0.44	9.50	0.22	0.44	9.50	40.50	1.00
Famiglia: caratteristiche della figura di attaccamento primaria	0.11	0.33	5.83	1.22	0.67	13.17	**73.50**	**0.00**
Famiglia: capacità di mentalizzazione figura di attaccamento primaria	0.11	0.33	6.33	1.11	0.78	12.67	**69.00**	**0.01**
Famiglia: relazione con la figura di attaccamento primaria	0.22	0.44	6.28	1.11	0.60	12.72	**69.50**	**0.00**
Famiglia: caratteristiche della figura di attaccamento secondaria	0.00	0.00	5.50	1.00	0.58	12.36	**58.50**	**0.00**
Famiglia: capacità di mentalizzazione figura di attaccamento secondaria	0.00	0.00	5.50	1.14	0.69	12.36	**58.50**	**0.00**
Famiglia: relazione con la figura di attaccamento secondaria	0.33	0.50	6.17	1.29	0.76	11.50	**52.50**	**0.02**
Famiglia: litigi e discussioni	0.11	0.33	6.33	1.11	0.78	12.67	**69.00**	**0.01**
Famiglia: ansia di separazione	0.00	0.00	6.00	1.00	0.76	12.38	**63.00**	**0.00**
Famiglia: segreti	0.11	0.33	7.33	0.57	0.79	10.00	42.00	0.14
Regolazione affettiva: dipendenza/autonomia	0.00	0.00	6.00	0.89	0.60	13.00	**72.00**	**0.00**
Regolazione affettiva: rabbia verso gli altri all'interno della famiglia	0.11	0.33	5.28	1.44	0.53	13.72	**78.50**	**0.00**
Regolazione affettiva: rabbia verso gli altri all’esterno della famiglia	0.22	0.44	6.44	1.33	0.87	12.56	**68.00**	**0.01**
Attacchi verso gli altri	0.11	0.33	8.39	0.56	0.88	10.61	50.50	0.22
Attacchi verso di sé	0.11	0.33	7.89	0.67	0.87	11.11	55.00	0.10

	Controllo (*n*=9)			Hikikomori (*n*=9)			Mann-Whitney U Test	
Indice	**M**	**DS**	**rango medio**	**M**	**DS**	**rango medio**	***U***	***p***
Regolazione affettiva: colpa e riparazione	0.00	0.00	5.50	1.11	0.60	13.50	**76.50**	**0.00**
Attività illegali	0.22	0.44	9.50	0.22	0.44	9.50	40.50	1.00
Regolazione affettiva: gelosia	0.11	0.33	6.28	1.13	0.83	12.06	**60.50**	**0.01**
Regolazione affettiva: gioia	0.00	0.00	6.50	1.11	0.93	12.50	**67.50**	**0.00**
Regolazione affettiva: tristezza	0.11	0.33	5.94	1.00	0.50	13.06	**72.50**	**0.00**
Regolazione affettiva: vergogna	0.11	0.33	5.78	1.33	0.71	13.22	**74.00**	**0.00**
Regolazione affettiva: ansia/impotenza	0.11	0.33	5.39	1.22	0.44	13.61	**77.50**	**0.00**
Regolazione affettiva: noia/senso di vuoto	0.22	0.44	6.67	1.00	0.76	11.63	**57.00**	**0.02**
Regolazione affettiva: paura	0.11	0.33	5.94	1.00	0.50	13.06	**72.50**	**0.00**

Tabella 5**:** *Confronto tra il gruppo di controllo e il gruppo hikikomori per tutte le scale dell'IPOP-A tramite il Mann-Whitney U test. La tabella mostra i valori di media (M), deviazione standard (DS), e rango medio per ciascun gruppo. I risultati del test sono riportati con il relativo valore del test (U) e il grado di significatività (p). Sono evidenziate le variabili in cui si è osservata una differenza significativa nelle medie tra i due gruppi, all'aumentare dell'intensità del colore cresce l'intensità dell'indice e il livello di significatività.*

4.1.5 Analisi correlazionale tra gli indici dell'HRI-24, del PNI-52 e dell'IPOP-A nel gruppo hikikomori

Tramite il test di correlazione non parametrica di Spearman (rho), è stata valutata la presenza di correlazioni tra le scale dell'HRI-24 (antropofobia, agorafobia, paranoia, letargia, umore depresso e rischio totale) e le variabili del PNI-52 (CSE, HS, DEV, EXP, GF, ER, SSE, NG, NV, PNI-TOT) nel gruppo in ritiro sociale.

Si osserva l'esistenza di un'associazione statisticamente rilevante tra le variabili antropofobia e HS (ρ=0.73; p=0.03); antropofobia e DEV (ρ=0.76; p=0.02) e antropofobia e NV (ρ=0.71; p=0.03), rispettivamente indici della presenza del Sé nascosto, della tendenza a svalutare gli altri e del narcisismo vulnerabile. È stata inoltre osservata correlazione tra l'umore depresso e HS (ρ=0.88; p<0.01); tra l'umore depresso

e il narcisismo vulnerabile (ρ=0.71; p=0.03) e tra l'indice HRI totale e HS (ρ=0.87, p<0.01).

Di seguito è riportata una tabella (**Tabella 6**), che mostra i punteggi per tutte le correlazioni.

		CSE	HS	DEV	ER	EXP	SSE	GF	NV	NG	PNI totale
Antropofobia	ρ	0.62	**0.73**	**0.76**	0.30	-0.06	0.34	0.30	**0.71**	0.39	0.65
	p	0.07	**0.03**	**0.02**	0.43	0.87	0.38	0.43	**0.03**	0.30	0.06
Agorafobia	ρ	0.20	0.59	0.48	0.08	-0.16	-0.04	0.08	0.44	0.01	0.26
	p	0.60	0.09	0.19	0.85	0.68	0.91	0.85	0.23	0.98	0.50
Paranoia	ρ	0.30	0.52	0.12	0.56	-0.13	-0.15	0.56	0.50	-0.03	0.35
	p	0.43	0.15	0.77	0.12	0.73	0.70	0.12	0.17	0.93	0.36
Letargia	ρ	0.62	0.54	0.60	0.14	0.08	0.58	0.14	0.55	0.57	0.58
	p	0.08	0.14	0.09	0.71	0.83	0.10	0.71	0.12	0.11	0.10
Um. depresso	ρ	0.46	**0.88**	0.39	0.31	0.08	0.04	0.31	**0.71**	0.18	0.52
	p	0.21	**0.00**	0.29	0.42	0.85	0.91	0.42	**0.03**	0.65	0.15
HRI totale	ρ	0.50	**0.87**	0.57	0.41	-0.05	0.00	0.41	**0.75**	0.15	0.57
	p	0.17	**0.00**	0.11	0.27	0.90	1.00	0.27	**0.02**	0.70	0.11

Tabella 6: *Correlazioni tra le variabili dell'HRI-24 e del PNI-52 nel gruppo sperimentale (hikikomori), misurate tramite l'indice di rho di Spearman. Per ciascuna associazione sono riportati l'indice di correlazione (ρ) e il p-value (p). Sono evidenziate le variabili in cui è stata osservata una correlazione significativa, all'aumentare dell'intensità del colore cresce l'intensità dell'indice e il livello di significatività.*

Risulta particolarmente degna di nota, poiché prevista dall'ipotesi di ricerca, la correlazione significativa tra l'indice HRI totale e la variabile NV (ρ=0.75; p=0.02). Il coefficiente rho indica un'associazione monotona positiva forte tra le due variabili. Di seguito viene riportato il grafico illustrativo (**Figura 8**).

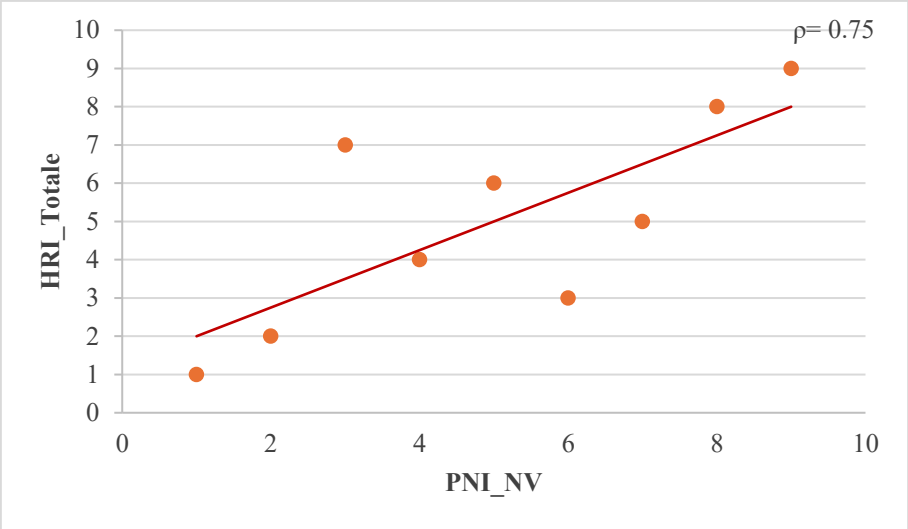


***Figura 8**: Correlazione tra i punteggi totali dell'HRI-24 e i punteggi di narcisismo vulnerabile (PNI_NV) nel gruppo sperimentale (hikikomori). I dati sono stati analizzati utilizzando l'indice di rho di Spearman.*

Pur non essendo parte centrale della domanda di ricerca, si è deciso di verificare la correlazione, nel gruppo sperimentale, tra le scale generali dell'IPOP-A (identità, relazioni oggettuali interne ed esterne alla famiglia e regolazione affettiva) e le variabili complessive del PNI (NV, NG, PNI totale) e l'indice HRI totale, come riportato nella **Tabella 7**.

Dal test di correlazione non parametrica di Spearman (rho), è emersa una correlazione significativa tra l'indice HRI totale e la regolazione affettiva (ρ=0.69; p=0.04), mentre non è stata rilevata alcuna correlazione con le variabili della costruzione identitaria (ρ=0.53; p=0.15) e delle relazioni oggettuali esterne (ρ=0.45; p=0.22) ed interne alla famiglia (ρ=0.33; p=0.39).

Il livello di narcisismo vulnerabile è risultato associato sia alla costruzione identitaria (ρ=0.72; p=0.03) che alla regolazione affettiva (ρ=0.84; p<0.01). Analogamente, il narcisismo totale mostra una correlazione sia con la variabile identità (ρ=0.77; p=0.02) che con la regolazione affettiva (ρ=0.74; p=0.02). Diversamente, il narcisismo grandioso non ha mostrato alcuna correlazione significativa con le scale dell'IPOP-A nel gruppo hikikomori in cui è stata condotta l'indagine.

		HRI totale	NV	NG	PNI totale
Identità	ρ	0.53	**0.72**	0.35	**0.77**
	p	0.15	**0.03**	0.36	**0.02**
Relazioni oggettuali esterne alla famiglia	ρ	0.45	0.43	-0.12	0.35
	p	0.22	0.25	0.75	0.36
Relazioni oggettuali interne alla famiglia	ρ	0.33	0.56	-0.02	0.48
	p	0.39	0.12	0.96	0.19
Regolazione affettiva	ρ	**0.69**	**0.84**	0.16	**0.74**
	p	**0.04**	**0.00**	0.68	**0.02**

***Tabella 7**: Correlazioni tra la variabile HRI totale e le scale generali del PNI-52 (NV; NG; PNI totale) con le aree dell'IPOP-A (Identità, Relazioni oggettuali esterne alla famiglia, Relazioni oggettuali interne alla famiglia e Regolazione affettiva), nel gruppo sperimentale (hikikomori). La correlazione è stata misurata tramite l'indice rho di Spearman, per ciascuna associazione sono riportati l'indice di correlazione (ρ) e il p-value (p). Sono evidenziate le variabili in cui è stata osservata una correlazione significativa, all'aumentare dell'intensità del colore cresce l'intensità dell'indice e il livello di significatività.*

CAPITOLO 5 | Discussione e considerazioni finali

5.1 Discussione dei risultati

Nel presente studio, differenziando il campione in due gruppi sulla base della presenza della manifestazione clinica, si è indagato come il costrutto della vulnerabilità narcisistica possa essere associato al ritiro sociale e come le aree dell'organizzazione di personalità (identità, relazioni oggettuali esterne e interne alla famiglia e regolazione affettiva) differiscano nel campione hikikomori e di controllo.

In primo luogo, è stata valutata l'esistenza di una differenza significativa tra i due gruppi nelle variabili del questionario HRI-24. È emerso che il gruppo sperimentale e di controllo si diversificano nei livelli di agorafobia, antropofobia, umore depresso, letargia e nell'indice di ritiro totale; tale differenza non è stata riscontrata per la variabile paranoia, in cui i due campioni riportano risultati simili. Questo dato potrebbe suggerire che quest'ultima variabile non sia così strettamente correlata alla condizione di ritiro, oppure che i soggetti del gruppo di controllo presentino punteggi relativamente elevati in questo specifico costrutto.

In riferimento all'ipotesi principale, ossia l'esistenza di un legame tra la condizione hikikomori e il narcisismo vulnerabile, si ipotizzava che gli adolescenti e i giovani adulti autoreclusi presentassero livelli più elevati di narcisismo vulnerabile rispetto al gruppo non in ritiro sociale. I risultati hanno confermato tale tesi, evidenziando una differenza significativa tra i due gruppi nella variabile del narcisismo vulnerabile, dove il gruppo sperimentale ha riportato livelli considerevolmente maggiori sia nell'indice totale, sia in ciascuna delle sue sotto scale, ovvero nei livelli di Sé nascosto, autostima contingente, rabbia da senso del diritto e tendenza alla svalutazione degli altri. I due gruppi non differiscono per i livelli di narcisismo nella manifestazione grandiosa; tuttavia, risulta comunque significativa la discrepanza tra i campioni nell'indice narcisistico complessivo, dato dalla media dei punteggi nelle due manifestazioni fenotipiche. Coerentemente con le riflessioni riportate in letteratura, nei soggetti hikikomori non è risultata tanto indicativa la manifestazione grandiosa quanto quella vulnerabile. Mentre il narcisista grandioso riflette la convinzione di meritare trattamenti speciali perché si percepisce come superiore agli altri, la vulnerabilità narcisistica è associata alla pervasiva difficoltà a concepirsi come portatore di lacune e di difetti, data la convinzione della propria eccezionalità; è proprio questo conflitto interno a sembrare determinante nel ritiro sociale.

Si ipotizzava, inoltre, l'esistenza di una differenza tra il gruppo sperimentale e di controllo nei processi di organizzazione della personalità; tale disuguaglianza è stata confermata per tutte le variabili complessive indagate: identità, relazioni oggettuali esterne alla famiglia, relazioni oggettuali interne alla famiglia e regolazione affettiva, per le quali i punteggi del gruppo hikikomori si sono rilevati più elevati, indicando maggiori livelli di compromissione generale.

Per quanto concerne l'analisi di ognuna delle 42 variabili dell'IPOP-A è interessante notare come la preponderanza delle aree in cui non viene riportata una discrepanza significativa tra i due gruppi possono essere ricondotte alla sfera esternalizzante. Nello specifico non è stata osservata una differenza significativa nella messa in atto di comportamenti rischiosi, nell'uso di sostanze, nella pratica di attività illegali, nella sfera della sessualità, dei segreti verso la famiglia, ovvero nella capacità di mantenere un proprio spazio personale rispetto alle figure di attaccamento, e nella messa in atto di violenza agita verso sé e gli altri. Questo dato conferma l'idea per cui il ritiro sociale sia riconducibile a problematiche nella sfera internalizzante, caratterizzate da comportamenti ipercontrollati e dalla propensione a nascondere e rivolgere verso sé stessi emozioni negative come ansia, tristezza o senso di colpa. Nel soggetto hikikomori ciò avviene nel tentativo di nascondere agli altri i propri difetti e bisogni, evitando così di apparire bisognoso o vulnerabile.

Attraverso un'analisi di tipo correlazionale, è stata poi verificata l'associazione tra la condizione hikikomori e la vulnerabilità narcisistica nel gruppo sperimentale. A conferma dell'ipotesi alternativa, è stata riscontrata una correlazione significativa tra il ritiro sociale (indice HRI totale) e il narcisismo vulnerabile, dove l'indice rho di Spearman ha supportato l'idea che la condizione di ritiro può essere, in parte, spiegata dalla specifica manifestazione di narcisismo patologico.

Inoltre, è stata valutata la correlazione tra gli indici dell'IPOP-A (identità, relazioni oggettuali esterne e interne all'ambiente familiare e regolazione affettiva) e il grado di gravità del ritiro. È emerso che la condizione hikikomori correla significativamente con la sfera della gestione degli affetti. Si osserva, quindi, come una difficile gestione e comprensione dell'emotività sia un comune denominatore nei vissuti degli adolescenti in ritiro, che faticano a riconoscere e modulare i propri stati emotivi, ma anche a immaginarsi nelle situazioni proposte dall'intervista. Si rivela per loro difficile pensarsi nelle situazioni stimolo presentate, non essendo queste attivanti per il vissuto personale, lontano dal rapporto con gli altri e dalla socialità e più vicino a uno status di isolamento degli affetti. Inoltre, in linea con l'associazione

tra hikikomori e narcisismo vulnerabile, gli elevati livelli di Sé nascosto portano il soggetto a nascondere i propri stati emotivi e, conseguentemente, a non saperli riconoscere e regolare.

È poi importante notare che il costrutto del narcisismo vulnerabile sia correlato sia con la sfera identitaria che con quella emotiva. Ciò conferma l'idea per cui coloro affetti da narcisismo patologico, non solo faticano a gestire i propri stati emotivi e sono soggetti a una repentina fluttuazione degli stati emotivi, ma vivono anche un processo di distorsione o arresto nella costruzione della propria identità.

Complessivamente, le ipotesi di ricerca sono state confermate: dal presente studio emerge che gli adolescenti e giovani adulti hikikomori, in questo campione, riportano un punteggio di narcisismo vulnerabile più alto rispetto al gruppo di controllo; che esiste correlazione tra la condizione narcisistica vulnerabile e il ritiro sociale; e che il gruppo sperimentale presenta una compromissione rilevante nel funzionamento psicologico e comportamentale globale, con punteggi significativamente più compromessi rispetto al gruppo non in ritiro.

5.1.1 Il blocco evolutivo dell'adolescente hikikomori

Nell'ottica in cui l'adolescenza comporta fisiologiche crisi evolutive e l'adempimento di onerosi compiti dello sviluppo, è opportuno, ai nostri fini, chiedersi come la condizione di ritiro sociale si riversi sull'acquisizione del Sé nascente.

Dall'analisi delle rilevazioni emerse attraverso la somministrazione dell'IPOP-A, è stato osservato come i processi di organizzazione della personalità negli adolescenti hikikomori subiscano una deviazione dalle ordinarie tappe evolutive.

Riprendendo i compiti dello sviluppo, descritti nel primo capitolo di questa trattazione (separazione individuazione; nascita del Sé sociale, mentalizzazione del Sé corporeo, definizione e formazione dei valori), è evidente come la condizione di autoreclusione abbia ricadute su ognuno di questi, intaccando in maniera preponderante la costruzione identitaria e, conseguentemente, tutte le prove evolutive.

Dal punto di vista psicodinamico, il ritiro sociale può essere interpretato come una difesa da conflitti intrapsichici irrisolti. L'hikikomori, in questi termini, non incorre nella fisiologica "crisi di identità" adolescenziale (Erikson, 1968), ma in una più pervasiva e patologica "diffusione di identità" (Kernberg O. F., 1975). Il ritirato sociale è bloccato in uno stadio in cui la propria identità non è chiaramente definita e la differenziazione dall'altro non è pienamente raggiunta. L'assenza o la perdita della capacità di auto-definizione si rivelano in crisi emozionali quando l'individuo si trova in situazioni che implicano intimità fisica,

competizione o la presa di decisioni occupazionali, ovvero nei contesti in cui è necessario avere una chiara visione di sé (Erikson, 1956; Kernberg O. F., 2013). L'evitamento della presa di decisioni, derivante da tale diffusione dell'identità, conduce all'isolamento, a una sensazione di vuoto interiore e a una regressione a stadi evolutivi precedenti (Erikson, 1956; Kernberg O. F., 2013).

Data l'incompiuta strutturazione del Sé, il ritiro diventa una strategia per evitare il confronto con le angosce che il distacco dall'ambiente familiare comporta; si assiste così a un profondo conflitto tra pulsioni emancipatorie e la profonda paura a separarsi dalla protezione dei *caregivers*. Questa insicurezza relega l'hikikomori alla propria stanza, in cui si immagina distante dalle figure genitoriali, pur rimanendo da loro totalmente dipendente; è emblematico l'esilio nella camera, dove la parete separa dagli spazi familiari, ma il tetto funge da strumento di nesso. Riprendendo il concetto di *amae,* esposto nel corso della tesi, l'hikikomori non adempie al compito di separazione individuazione poiché invischiato in un rapporto con la madre, a cui richiede amore incondizionato, con la pretesa di non doverne restituire altrettanto in cambio. Nell'incapacità di amare e di separarsi, il ritirato sociale non riesce a definire la propria identità e a concepire sé stesso come unico, differenziato e distinto rispetto all'altro. Ricollegandosi all'esistenza del narcisista, si assiste a un profondo paradosso: l'individuo, pur essendo incapace di provare empatia e un affetto genuino per l'altro, ne dipende profondamente (Caligor, Levy, & Yeomans, 2015). Ha bisogno degli altri per poter mantenere viva l'immagine di sé grandiosa, che ipertrofica ma fragile, crollerebbe se non fosse continuamente alimentata da lusinghe e approvazioni esterne (Caligor, Levy, & Yeomans, 2015).

Durante l'adolescenza il processo di costruzione dell'individualità è strettamente connesso con l'accettazione del corpo pubere, un corpo in divenire. Nell'hikikomori si assiste a un'aggressione silente verso il proprio soma, che viene nascosto, chiuso in una stanza, lontano da sguardi esterni. L'adolescente in ritiro fatica ad accettare l'imperfezione e la disattesa delle aspettative riposte nell'immagine emergente di sé. Predilige la relazione online, dove non è il suo corpo a stare nello spazio, bensì il suo avatar: una rappresentazione virtuale idealizzata, più forte, bella e vigorosa, plasmata in ogni sua caratteristica fino alla perfezione.

L'hikikomori si scontra poi con la costruzione del Sé sociale: l'evasione da ogni contatto con l'altro contrasta con la forte motivazione all'interazione con i pari tipica dell'adolescenza. Nel periodo della vita in cui più si apprende dalle relazioni oggettuali esterne all'ambiente familiare, l'hikikomori disapprende come funziona la socialità.

La mancanza di relazioni, l'isolamento nel proprio mondo interno e l'evitamento di qualsiasi situazione percepita come dolorosa o dannosa per il proprio Io, impedisce la

costruzione di un sistema valoriale solido a cui fare riferimento. Senza conoscere il mondo sociale, il ritirato non è in grado di orientarsi all'interno di esso e così, anche il processo di formazione valoriale, risulta bloccato.

L'autoreclusione appare quindi un punto di riparo dall'impervio percorso di crescita: un modo per sfuggire dalle richieste evolutive, dai cambiamenti del corpo, dal confronto con i pari e dalla costruzione di un nuovo e più maturo sistema di principi. Ognuna di queste aree rimane in scacco e l'hikikomori esiste esclusivamente nel proprio mondo, da lui plasmato e costruito, al di fuori del quale non sa come orientarsi. La vulnerabilità narcisistica gioca qui un ruolo fondamentale: gli hikikomori quando sperimentano fallimenti e frustrazioni nel confronto con il mondo esterno, vedono minato il loro fragile senso di autostima, l'isolamento diventa quindi una difesa narcisistica contro sentimenti di inadeguatezza e vergogna e un "rifugio della mente" (Steiner, 1996) che conferisce protezione ed evasione dal compiersi del percorso evolutivo.

5.2 Limiti della ricerca e prospettive future

Lo studio e i risultati esposti in questa ricerca fanno parte di un progetto più ampio, che continuerà ad essere condotto oltre alla presentazione della presente trattazione. I risultati sono per cui riportati in via preliminare dato il principale limite di questo studio, ossia la ridotta numerosità campionaria, che invita a interpretare i dati esposti come iniziali, da riconfermare in un gruppo più ampio.

La ricerca dei soggetti sperimentali per lo studio ha comportato onerose difficoltà. La principale è legata alla condizione stessa di hikikomori: i ritirati sociali non aderiscono facilmente alla proposta di un intervento psicologico e non avvertono esplicitamente disagio per il proprio isolamento; si sentono, infatti, spesso a proprio agio nella situazione di reclusione, soprattutto nelle fasi iniziali del ritiro (Piotti & Lupi, 2015). Per questo motivo, qualsiasi proposta di intervento psicologico non è accolta con favore, inclusa la partecipazione a una ricerca sul ritiro sociale.

Tali difficoltà esulano da questo progetto e accomunano la letteratura internazionale sul fenomeno hikikomori. Attualmente, poche ricerche scientifiche coinvolgono direttamente i soggetti in ritiro; mentre, più frequentemente si osservano studi in cui viene coinvolta un'ampia popolazione di riferimento, solitamente ancora inserita nel contesto scolastico, in cui viene chiesto ai partecipanti se hanno conoscenze dirette di qualcuno che possa essere definito ritirato sociale o se loro stessi si definiscono come tali, senza fare riferimento a criteri diagnostici specifici o all'utilizzo di strumenti appositamente costruiti. Ne sono esempio la recente ricerca, già menzionata, condotta dal Cnr-Ifc, in collaborazione con Gruppo Abele e Università della

Strada, che stima la presenza di 54mila ritirati in Italia (Cerrai, Biagioni, & Molinaro, 2023) e lo studio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità, il quale indaga la condizione di ritiro come una dipendenza comportamentale, tramite questionari somministrati nei plessi scolastici (Mortali, et al., 2023).

Attualmente, le ricerche che coinvolgono direttamente soggetti in ritiro sociale presentano una numerosità campionaria esigua, anche se condotte in Oriente, dove l'hikikomori ha avuto origine, la popolazione di riferimento è nettamente più cospicua e il fenomeno è maggiormente conosciuto. A titolo dimostrativo, la ricerca di Teo (2015b) è stata condotta su un campione di soli 22 soggetti hikikomori, di cui metà giapponesi e l'altra metà statunitensi; un'altra ricerca dello stesso autore (Teo, et al., 2015a) pur essendo di tipo cross-culturale e indagando il fenomeno in quattro paesi diversi del mondo (Giappone, Korea, India e Stati Uniti) ha coinvolto solo 36 partecipanti; mentre uno studio di Lee (2013), svolto in Korea, raggiunge una numerosità campionaria relativamente più alta, includendo 41 hikikomori, ma la somministrazione dei test è avvenuta presso il domicilio dei partecipanti, consentendo loro di non uscire da casa e il ritiro è stato valutato in un arco temporale di tre mesi e non di sei, includendo anche soggetti che possono essere concettualizzati come pre-hikikomori. Perdipiù, nessuna di queste ricerche si focalizza esclusivamente su soggetti in adolescenza o giovane età adulta, ma coinvolge individui di età tra loro molto diverse, compresi soggetti adulti fino ai 49 anni.

Aldilà degli studi sopra citati, la letteratura internazionale sul fenomeno riporta la difficoltà di riuscire a trovare soggetti sperimentali per le ricerche, anche perché, come già evidenziato, esiste ancora molta confusione rispetto alla condizione hikikomori. Non tutti i ritirati sociali sanno di essere tali o vengono così riconosciuti dalla loro cerchia sociale di riferimento.

A queste difficoltà, che accomunano tutta la ricerca sul ritiro sociale, nel presente studio si aggiunge una maggiore ristrettezza nei criteri di selezione dei partecipanti. In primo luogo, la considerazione del solo ritiro primario ha comportato l'esclusione di coloro in terapia, in trattamento farmacologico o di chi presenta altre diagnosi o disabilità; inoltre, sono stati presi in esame solamente soggetti in età evolutiva, dai 13 ai 21 anni. Questi criteri hanno ridotto ulteriormente la popolazione di riferimento e reso necessari sforzi aggiuntivi nel reperimento dei soggetti sperimentali per lo studio.

Sono state poi incontrate numerose resistenze da parte delle associazioni coinvolte nel tema a cui ci si è rivolti, a partire dai genitori con figli hikikomori, fino ad arrivare alle istituzioni scolastiche, ad associazioni e cooperative che si occupano di benessere mentale,

nonché gruppi di hikikomori trovati su canali social online. L'ipotesi di indagare l'associazione tra il ritiro sociale e il costrutto del narcisismo ha generato perplessità e riluttanze nella partecipazione allo studio. Esistono, infatti, ancora molti stigmi e stereotipi legati al narcisismo, comunemente associato ad arroganza e malignità, che hanno reso più complesso sia il reclutamento diretto degli adolescenti, sia il coinvolgimento delle famiglie e delle istituzioni nella raccolta del campione.

Oltre alla numerosità campionaria, lo studio presenta un ulteriore limite, che riguarda il genere dei partecipanti: nel gruppo sperimentale solo un soggetto è di genere femminile, mentre gli altri otto sono di genere maschile, di conseguenza il gruppo di controllo è stato costruito con le stesse caratteristiche. Sebbene questa distribuzione di genere sia coerente con la descrizione dell'hikikomori prevalente in letteratura, sarebbe auspicabile costruire un campione che includa più adolescenti e giovani adulte, poiché, come si è visto, dati recenti segnalano un'estensione del fenomeno anche tra le giovani donne, in particolare tra le studentesse universitarie (Castellano Magnani & Manghi, 2024; Mortali, et al., 2023).

Un altro limite riguarda più propriamente l'uso degli strumenti utilizzati nello studio. In particolare, il questionario HRI-24 esplora dimensioni psicologiche quali l'umore depresso, la paranoia, l'antropofobia, l'agorafobia e la letargia; questi costrutti sebbene indicativi della condizione di ritiro sociale, non sono specifici per questa sola sintomatologia, ma trasversali e comuni a diversi disturbi clinici, tra cui i disturbi d'ansia e dell'umore. Sarebbe auspicabile sviluppare uno strumento che indaghi più direttamente la condizione hikikomori, prendendo in considerazione aspetti come la vulnerabilità narcisistica, la pervasività della vergogna, le motivazioni per cui si ricorre all'uso di Internet e ciò che riguarda le rappresentazioni mentali che si hanno di sé e degli altri.

Va inoltre considerato che gli strumenti utilizzati nello studio possono essere soggetti a distorsioni dovute alla desiderabilità sociale, specialmente nel gruppo sperimentale, in cui sono stati riscontrati alti livelli di narcisismo. Sottoporre i soggetti con narcisismo patologico a prove sperimentali è sempre complesso, a causa della natura inconsapevole del disturbo in chi ne è affetto e degli elevati livelli di Sé nascosto, ossia della tendenza a celare i propri difetti e bisogni. Di conseguenza, alcune risposte potrebbero risultare alterate o imprecise e i risultati potrebbero essere in realtà più elevati rispetto a quanto è stato riscontrato.

Per concludere, il presente studio e i suoi sviluppi futuri arricchiscono la letteratura sul ritiro sociale, apportando un contributo sperimentale ad alcune riflessioni non ancora validate scientificamente, come il legame tra la condizione di ritiro, il narcisismo vulnerabile e i processi di organizzazione della personalità. Un punto di forza della ricerca è l'attenzione

rivolta all'adolescenza e alla giovane età adulta, fasi della vita in cui il ritiro sociale tende a manifestarsi, eppure finora poco considerate dalla letteratura scientifica sul fenomeno.

Sarà interessante osservare se le ipotesi di ricerca verranno confermate anche in un campione più ampio e se le conclusioni riportate in questo capitolo rimarranno invariate.

In futuro, sarebbe auspicabile espandere il progetto anche al di fuori del contesto italiano, attraverso studi di tipo cross-culturale, per verificare se il rischio hikikomori e la vulnerabilità narcisistica siano variabili associabili anche in altri paesi.

Sarebbe inoltre interessante valutare tramite uno studio di tipo longitudinale se, a seguito dei percorsi di terapia, lo stato di salute dei soggetti coinvolti sia migliorato. I partecipanti hikikomori alla ricerca sono infatti adolescenti reclutati in fase di consultazione, prima di intraprendere un percorso psicoterapico, per cui si potrebbe verificare, tramite un *follow-up*, se sia in corso un'evoluzione e quanto tempo sarà necessario per una prognosi favorevole, che non prevede il solo reinserimento nella vita sociale, ma un ampliamento nel benessere psicologico generale.

5.2.1 Riflessioni sull'applicazione dei risultati emersi nella prevenzione e nella cura del ritiro sociale

Nel corso di questo elaborato, il fenomeno del ritiro sociale e la vulnerabilità narcisistica sono stati esplorati attraverso una lente psicologica e clinica. I risultati emersi da questo studio, qualora venissero confermati, aprono la strada a riflessioni su possibili applicazioni nella pratica e nel trattamento terapeutico con l'adolescente hikikomori.

A questo proposito, è in primo luogo importante focalizzarsi sul ruolo della prevenzione. Fare prevenzione in età evolutiva, in senso psicologico, e non solo educativo, richiede l'avere come obiettivo primario l'elaborazione dei significati affettivi e delle esperienze vissute, per migliorare la consapevolezza di sé e sostenere lo sviluppo dell'individuo. Questo implica un lavoro fondamentale sulla capacità di mentalizzazione e una riflessione approfondita sui compiti evolutivi, spingendo i giovani a interrogarsi sul perché alcuni di essi vengano percepiti come estremamente difficoltosi o vengano affrontati con comportamenti che ostacolano lo sviluppo stesso.

In ambito preventivo è importante valorizzare il peso attribuito allo sguardo di ritorno dei coetanei e per questo attribuire il giusto rilievo al gruppo dei pari, come contenitore di affetti, pensieri e guida nelle scelte soggettive di ciascuno. Gli esseri umani sono una specie eminentemente sociale, per cui l'evitamento della relazione con l'altro è un campanello d'allarme che non può destare poche preoccupazioni. L'istituzione scolastica non va quindi

considerata come semplice luogo di apprendimento di contenuti, bensì come spazio elettivo per la formazione e costruzione della propria identità, per cui si dovrebbe più spesso intervenire con specifici incontri volti a valutare e sostenere la salute psicologica dei giovani, tramite attività di riflessione, condivisione e scambio di idee all'interno del gruppo.

È necessario non sottovalutare il ruolo degli adulti: occorre promuovere nei *caregivers* una maggiore consapevolezza e accettazione rispetto alle difficoltà e alle fragilità adolescenziali e della giovane età adulta. Gli adulti di riferimento vanno invitati a prendersi cura dei propri figli attraverso l'ascolto attivo e un genuino interesse per ciò che i giovani hanno da offrire. La cura, in età evolutiva, significa trovare il giusto connubio tra presenza e distacco, incentivando la sperimentazione al di fuori dal contesto familiare, la ricerca dell'identità e dell'autonomia, senza risultare invasivi e venire sopraffatti dalle emozioni che questo difficile processo comporta.

In altri termini, le misure precauzionali per evitare l'insorgere del ritiro sociale, dovrebbero concentrarsi in maniera multimodale sulla mitigazione del dolore della crescita, accompagnando l'individuo nel suo percorso di sviluppo, attivando i motori evolutivi e intervenendo precocemente qualora si osservino campanelli di allarme che possono far dedurre una condizione patologica o di disfunzionamento psichico.

Quando la condizione di ritiro è ormai instaurata, e la prevenzione non è più sufficiente, è fondamentale strutturare in modo adeguato la presa in carico dell'adolescente.

Attualmente, le linee guida per la cura psicologica degli hikikomori, proposte da Saito per il Governo giapponese, suggeriscono un approccio *Step-By-Step,* in cui l'intervento si articola inizialmente attraverso il coinvolgimento familiare, con particolare attenzione ai genitori; segue una presa in carico terapeutica individuale con l'hikikomori; successivamente, la strutturazione di interventi di gruppo e, infine, un graduale e accompagnato reinserimento nella società (Saito, 2010). Inoltre, come già discusso, sono gli stessi adolescenti hikikomori a preferire la psicoterapia individuale come principale modalità di trattamento (Teo, et al., 2015a). Tuttavia, riguardo a come strutturare l'intervento, attualmente, non esiste una modalità di trattamento *evidence-based* che illustri quali siano le modalità migliori da mettere in atto.

In primo luogo, è sostanziale riconoscere come per una corretta presa in carico sia necessario partire da una giusta diagnosi, a maggior ragione in età evolutiva, quando è difficile distinguere le caratteristiche normative, ma ugualmente turbolente legate allo sviluppo, e le configurazioni patologiche persistenti, evitando al contempo lo stigma sociale a cui gli individui potrebbero essere sottoposti. Un inquadramento clinico tempestivo e accurato

consente di introdurre gli strumenti clinici più adeguati e permette, in questo modo, di aumentare le possibilità di una prognosi favorevole.

Nello specifico caso del ritiro sociale, se l'ipotesi per cui la condizione hikikomori sottenda una condizione di fragilità narcisistica venisse confermata, il trattamento dovrebbe primariamente concentrarsi sul narcisismo patologico, affrontando solo in un secondo momento la condizione di ritiro, che risulta quindi manifestazione comportamentale di conflitti intrapsichici più profondi.

Il principale obiettivo della psicoterapia, e prima ancora del *counselling* psicologico, diventa, perciò l'integrazione dell'identità e il sostegno al processo di soggettivazione in corso. Si tratta di un lavoro volto a ricostruire le relazioni oggettuali interiorizzate che, da scisse, in quanto idealizzate o persecutorie, devono diventare integrate e coerenti, quindi più realistiche e mature. È cruciale la disidentificazione dalle figure genitoriali e l'elaborazione delle esperienze avverse che ostacolano il superamento dell'adolescenza o della giovane età adulta; l'intento è favorire l'acquisizione di un'esperienza del Sé e degli altri che sia realistica, stabile e coesa, permettendo così l'adempimento dei compiti evolutivi e delle sfide dello sviluppo, che, come si è visto, subiscono un'interruzione o una sospensione.

È fondamentale lavorare sull'incremento della capacità riflessiva, sulla modulazione degli stati del Sé e sulla fluttuazione dell'autostima, cercando di ridurre l'impatto che le circostanze contestuali possono avere sull'idea che l'individuo ha di sé stesso. Risulta per cui essenziale intervenire sulla capacità di modulare ambizioni e aspirazioni, rendendole più coerenti con le proprie competenze effettive e moderando la discrepanza tra Sé ideale e Sé reale. Un ulteriore passo consiste nell'incrementare la capacità di regolazione emotiva e affettiva; facilitando la comprensione, il processamento e la comunicazione degli stati d'animo, si agirebbe anche sull'abilità di interazione con gli altri, potenziando l'attenzione, la vicinanza e la fiducia nelle relazioni.

Questo tipo di intervento è volto a migliorare il funzionamento e il benessere dell'individuo in maniera trasversale a varie aree della vita, dallo studio, al lavoro, fino alla socialità e alle relazioni. Aiuterebbe il paziente a comprendere meglio sia chi è, sia chi potrebbe diventare, permettendo al soggetto di acquisire una visione più ampia di sé nel presente e di guardarsi con fiducia e realismo nelle proiezioni future.

Riassumendo, nel lavoro clinico con l'hikikomori è prioritario concentrarsi sul mondo interno dell'individuo, piuttosto che esclusivamente sull'obiettivo di spingere l'adolescente sofferente fuori dalle mura domestiche. Poiché fino a quando le rappresentazioni mentali non saranno integrate in versioni più sfumate e variegate, il ritirato sociale continuerà a percepire

sé stesso e gli altri in modo distorto e soggetto a rapide oscillazioni e continuerà a mettere in atto strategie difensive disfunzionali, che siano l'autoreclusione o il più ampio distacco dalla realtà.

Un antico mito shintoista narra della dea del sole Amaterasu, che si ritirò in una caverna dopo un litigio con suo fratello Susanoo, dio delle tempeste e del mare. La furia di Susanoo distrusse le risaie e il palazzo della dea, che si sentì così umiliata e ferita da decidere di isolarsi in una caverna, la cosiddetta *Amano-Iwato* (grotta celeste). La reclusione di Amaterasu causò la calata dell'oscurità su tutto il Giappone, senza la sua luce il sole non poteva splendere e la vita dell'intera popolazione era minacciata. Preoccupate per le sorti del mondo, le altre divinità pensarono diversi stratagemmi per attirare Amaterasu fuori dalla grotta, ma solo uno di questi ebbe successo: fu posto uno specchio di fronte alla caverna e, la dea, richiamata da suoni di festa e risate, inevitabilmente vide la sua immagine riflessa. La visione di sé allo specchio la colpì e ammaliò, le altre divinità allora ne approfittarono per sigillare l'ingresso del rifugio e Amaterasu tornò nella socialità, riportando luce e vita nel Paese.

Sebbene questa sia solo una narrazione, in diversi paesi del mondo, molti adolescenti e giovani adulti si ritirano simbolicamente nella loro grotta per sfuggire al dolore, incapaci di uscire autonomamente dalla dimensione di isolamento. In termini metaforici, così come per Amaterasu, il ritorno nella collettività avviene attraverso un processo riflessivo, il guardare sé stessa specchiata, anche per l'hikikomori la via d'uscita si configura nella riflessione e nell'introspezione. L'intervento terapeutico, in questo senso, consente l'identificazione e la comprensione delle proprie caratteristiche personali, del proprio stile di personalità, dei propri bisogni, difetti, desideri e ambizioni; permette di comprendersi, in un'età in cui si è alla ricerca di sé stessi e, per effetto, permette il riemergere dal ritiro.

CONCLUSIONI

Nella presente tesi si è partiti dalla descrizione dell'adolescenza e della giovane età adulta come fasi cruciali e distintive della vita umana: caratterizzate da sperimentazione, sfide, sforzi, sacrifici, turbolenze, ricerca della propria identità e una notevole dose di incertezza. Il dolore legato alla crescita può, in queste fasi di vita, manifestarsi in modi diversi e variegati; gli individui possono mettere in atto strategie difensive che non promuovono lo sviluppo, ma al contrario lo ostacolano o cortocircuitano. Una modalità di evasione da tale sofferenza si configura nel ritiro sociale.

Il fenomeno hikikomori è stato primariamente osservato in Giappone, ma oggi coinvolge diversi paesi in tutto il mondo. Manca tutt'ora di una definizione univoca e condivisa e viene da alcuni inteso come sintomo associato ad altri disturbi, da altri come condizione clinica a sé stante o, ancora, come una sindrome sociale, ovvero una modalità di esprimere l'angoscia propria e specifica dei nostri tempi.

I fattori di rischio che possono esservi associati sono molteplici, da un'ambiente sociale eccessivamente esigente, ad un legame totalizzante e invischiante con la madre, fino alla presenza di caratteristiche personali, biologiche o temperamentali che acuiscono l'esigenza di distacco dall'ambiente sociale. Anche la recente pandemia da Covid-19 e le conseguenti misure restrittive hanno esacerbato il diffondersi della condizione.

La presente trattazione si è proposta di indagare come il ritiro sociale possa essere manifestazione della più nascosta condizione di vulnerabilità narcisistica. L'autoreclusione è stata quindi intesa come un rifugio da un mondo per cui l'individuo non si ritiene adatto e sufficientemente forte, dato un senso del Sé fragile, oscillante e fortemente suscettibile a qualsivoglia stimolo provenga dall'ambiente circostante o dal suo mondo interno. Il ritiro, in questa accezione, è riparo dalla vergogna e dal dolore che il soggetto sperimenta nel percepire disattese le irrealistiche aspettative che nutre verso sé stesso, così come dalla delusione di non vedere rispecchiata la propria immagine ideale nei comportamenti altrui. In altre parole, la scelta di isolarsi funge da ritiro psichico, proteggendo dal confronto diretto con le parti di sé più fragili e temute.

Tramite uno studio di tipo caso controllo, si è verificato se le riflessioni sul ritiro sociale e il narcisismo vulnerabile potessero essere confermate statisticamente e sono stati valutati i livelli di compromissione del funzionamento psicologico generale dei partecipanti. La strutturazione della personalità degli individui in ritiro è risultata notevolmente pregiudicata e,

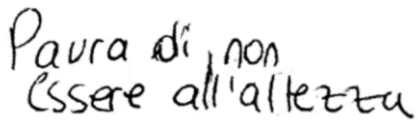
coerentemente alle ipotesi di ricerca, è stata osservata l'esistenza di un legame significativo tra la condizione di ritiro e la specifica manifestazione di narcisismo patologico.

I risultati osservati lasciano spazio a diverse riflessioni e considerazioni rispetto al trattamento con gli individui hikikomori: se la scelta dell'autoreclusione è spiegata da profondi conflitti del Sé e da turbolenze nella costruzione identitaria, allora anche la cura deve vertere primariamente su questi aspetti, guardando al ritirato, come a un soggetto con fragilità, la cui richiesta di aiuto non sta solo nel volere (o dovere) uscire di casa, quanto nell'esigenza di scoprirsi, determinarsi e risolvere i conflitti che più intrinsecamente lo affliggono.

In una giornata di autogestione presso un liceo di Padova, in cui gli studenti organizzano diverse attività educative e formative, io e altre collaboratrici di Associazione Genitorialità abbiamo presentato il progetto qui discusso, con lo scopo di sensibilizzare al fenomeno hikikomori e promuovere la partecipazione allo studio.

Nel corso dell'attività abbiamo posto una domanda agli studenti della scuola superiore: "Secondo voi perché alcuni adolescenti scelgono il ritiro?"

A questa, una giovane alunna rispose scrivendo:



Mi ha stupito come questa giovane adolescente, pur non avendo conoscenza del fenomeno, della letteratura alla base o dei dati che lo definiscono, avesse pienamente centrato il punto. Perché è proprio così che si configura il ritiro sociale, come "la paura di non essere all'altezza" delle proprie ambizioni. Si manifesta come una difesa dalla vergogna e dall'imbarazzo, dalla delusione di essere mancanti o portatori di una lacuna, che non può essere sanata, ma gestita solo se nascosta. Un'intera identità viene così confinata nelle mura domestiche e l'individuo esiste, ma non si vede; affaticato dal contatto con gli altri, si convince che lui basta a sé stesso.

BIBLIOGRAFIA

Adelson, S. L. (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*, 957-974. Tratto da https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004

Adorno, F., & Lancini, M. (2019). Autoreclusione volontaria. Proteggersi dalla vergogna. In M. Lancini (Ed.), *Il ritiro sociale negli adolescenti: la solitudine di una generazione iperconnessa* (pp. 167-189). Milano: Raffaello Cortina.

Aguglia, A., Masini, F., Franziska De Michiel, C., Amerio, A., Orsolini, L., Volpe, U., & Serafini, G. (2024). Virtual reality as a novel therapeutic approach to Hikikomori. *International Journal of Social Psychiatry*. Tratto da https://doi.org/10.1177/00207640241270748

Aguglia, E., Signorelli, M. S., Pollicino, C., & Arcidiacono, E. (2010). Il fenomeno dell'hikikomori: cultural bound o quadro psicopatologico emergente? *Giornale italiano di psicopatologia, 16*, 157-164.

Amendola, S., Cerutti, R., Presaghi, F., Spensieri, V., Lucidi, C., Silvestri, E., . . . Teo, A. (2021). Hikikomori, problematic Internet use and psychopathology: correlates in non-clinical and clinical samples of young adults in Italy. *Journal of Psychopathology*, 106-114. Tratto da http://dx.doi.org/10.36148/2284-0249-412

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text. rev. ed.). Washington.

Ammaniti, M., Fontana, A., & Di Marco, G. (2012). La valutazione dei processi di strutturazione della personalità. In F. Madeddu, & E. Preti, *La diagnosi strutturale di personalità secondo il modello di Kernberg* (p. 111-124). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Ammaniti, M., Fontana, A., Clarkin, A., Nicolais, G., & Kernberg, O. F. (2012). Assessment of Adolescent Personality Disorders Through the Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A): Clinical and Theoretical Implications. *Adolescent Psychiatry, 2*(1), 36-45. Tratto da http://doi.org10.2174/2210676611202010036

Ammanniti, M. (2016). *La famiglia adolescente.* Bari: Laterza.

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469-480. Tratto da https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469

Arnett, J. J. (2006). Emerging Adulthood: Understanding the New Way of Coming of Age. In J. J. Arnett, & J. L. Tanner, *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (p. 3-19). American Psychological Association. Tratto da https://doi.org/10.1037/11381-001

Arnett, J. J. (2014). Presidential address: The emergence of emerging adulthood: A personal history. *Emerging Adulthood, 2*(3), 155-162. Tratto da https://doi.org/10.1177/2167696814541096

Asendorpf, J. B. (1990). Beyond social withdrawal: Shyness, unsociability, and peer avoidance. *Human Development, 33*(4-5), 250–259. Tratto da https://doi.org/10.1159/000276522

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., . . . Nancy A., S. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 127*(7), 623-638. Tratto da https://doi.org/10.1037/abn0000362

Bagnato, K. (2017). *L'hikikomori: un fenomeno di autoreclusione giovanile.* Roma: Carocci.

Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 adult attachment interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development, 11*(3), 223–263. Tratto da https://doi.org/10.1080/14616730902814762

Balint, M. (1991). *L'amore primario.* Milano: Raffaello Cortina.

Barnea-Goraly, N., Menon, V., Eckert, M., Tamm, L., Bammer, R., Karchemskiy, A., . . . Reiss, A. L. (2005). White matter development during childhood and adolescence: a cross-sectional diffusion tensor imaging study. *Celebral Cortex, 15*(12), 1848–1854. Tratto da https://doi.org/10.1093/cercor/bhi062

Blakemore, S., & Robbins, T. (2012). Decision-making in the adolescent brain. *Nature Neuroscience, 15*(9), 1184–1191. Tratto da https://doi.org/10.1038/nn.3177

Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: two polarities of experience across the life span. *Development and psychopathology, 21*(3), 793–814. Tratto da https://doi.org/10.1017/S0954579409000431

Bleiberg, E. (1994). Normal and pathological narcissism in adolescence. *American Journal of Psychotherapy, 48*(1), 30-51. Tratto da https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1994.48.1.30

Buday, E. (2020). *Costruire l'identità: Come aiutare gli adolescenti a diventare sé stessi.* Milano: Franco Angeli.

Cahn, R. (1991). *Adolescenza e follia.* Roma: Borla.

Caligor, E., Levy, K. N., & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: diagnostic and clinical challenges. *The American journal of psychiatry, 172*(5), 415–422. Retrieved from https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14060723

Casey, B. J., Jones, R. M., & Somerville, L. (2011). Braking and Accelerating of the Adolescent Brain. *Journal of Research on Adolescence, 21*(1), 21-23. Retrieved from https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00712.x

Castellano Magnani, A., & Manghi, S. (2024, maggio 24). Il Ritiro sociale in adolescenza: uno sguardo alla psicoterapia secondo il modello dei compiti evolutivi. In L. De Re, & L. Perulli (Ed.), *Il Ritiro Sociale in adolescenza: attualità e prospettive.* Padova: Codess Sociale, Università degli Studi di Padova (Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata).

Cerrai, S., Biagioni, S., & Molinaro, S. (2023). *Hikikomori: indagine sul ritiro sociale volontario dei giovani italiani.* Istituto di fisiologia clinica del consiglio nazionale delle ricerche di Pisa; Gruppo Abele; Università della Strada. Tratto da www.gruppoabele.org/it-schede-1579-vite_in_disparte

Cerutti, R., Spensieri, V., Siracusa, V. D., Gazzillo, F., & Amendola, S. (2021). Hikikomori: la sofferenza silenziosa dei giovani. *Rivista Psichiatrica, 56*(3), 129-137. Tratto da http://doi.org/10.1708/3635.36153

Charmet, G. P. (1991). *Culture affettive in adolescenza.* Milano: Libreria Cuem.

Charmet, G. P. (2013). *La paura di essere brutti. Gli adolescenti e il corpo.* Milano: Raffaello Cortina.

Charmet, G. P. (2018). *L'insostenibile bisogno di ammirazione.* Bari-Roma: Laterza.

Clarkin, J., Yeomans, F., & Kernberg, O. (2011). *Psicoterapia psicodinamica dei disturbi di personalità. Un approccio basato sulle relazioni oggettuali.* Roma: Giovanni Fioriti.

Colledani, D., Anselmi, P., Monacis, L., Robusto, E., Genetti, B., Andreotti, A., . . . Mintullo, A. (2023). Validation of the HRI-24 on Adolescents and Development of a Short Version of the Instrument. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Tratto da https://doi.org/10.1007/s11469-023-01104-z

Collins, A., & Van Dulmen, M. (2006). Friendships and romance in emerging adulthood: Assessing distinctiveness in close relationships. In J. J. Arnett, & L. J. Tanner, *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (p. 219-234). American Psychological Association.

Comazzi, D. (2015). Il gioco delle distanze: dipendenze e autonomie tra madre e figlio. In R. Spiniello, P. Antonio, & D. Comazzi, *Il corpo in una stanza. Adolescenti ritirati che vivono di computer* (pp. 129-143). Milano: Franco Angeli.

Degnan, K. A., & Fox, N. (2007). Behavioral inhibition and anxiety disorders. *Cambridge University Press*, 729-746. Tratto da https://doi.org/10.1017/S0954579407000363

Dell'Osso, L., Amatori, G., Muti, D., Giovannoni, F., Parri, F., Violi, M., . . . Carpita, B. (2023). Autism Spectrum, Hikikomori Syndrome and Internet Gaming Disorder: Is There a Link? *Brain Sciences, 13*(7), 1116. Tratto da https://doi.org/10.3390/brainsci13071116

Di Pierro, R. (2014). *Pathological Narcissism Inventory: proprietà psicometriche e approfondimento su una versione abbreviata del questionario.* (F. Madeddu, A cura di) Università degli Studi di Milano-Bicocca: Tesi di Dottorato in Psicologia sociale, cognitiva e clinica.

Doi, T. (1991). *Anatomia della dipendenza.* Milano: Raffaello Cortina.

Erikson, E. (1956). The Problem of Ego Identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 4*(1), 56-121. Tratto da https://doi.org/10.1177/000306515600400104

Erikson, E. (1968). *Gioventù e crisi d'identità.* Roma: Armando.

Fansten, M. (2014). *Hikikomori, ces adolescents en retrait.* Paris: Armand Colin.

Fontana, A., Ammaniti, M., Callea, A., Clarkin, A., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2020). Development and Validation of the Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A). *Journal of Personality Assessment*, 352-364. Tratto da https://doi.org/10.1080/00223891.2020.1753753

Fornari, F. (1981). *Il codice vivente: femminilità e maternità nei sogni delle madri in gravidanza.* Torino: Boringhieri.

Freud, A. (1958). Adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child, 13*(1), 255-278. Tratto da https://doi.org/10.1080/00797308.1958.11823182

Freud, S. (1922). *L'Io e l'Es.* (C. Musatti, Trans.) Torino: Bollati Boringhieri.

Gavin, J., & Brosnan, M. (2022). The Relationship Between Hikikomori Risk and Internet Use During COVID-19 Restrictions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 189-193. Tratto da https://doi.org/10.1089/cyber.2021.0171

Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zijdenbos, A., . . . Rpoport, J. L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 861–863. Tratto da https://doi.org/10.1038/13158

Hajek, A., & König, H. H. (2024). Interest in anime and manga: relationship with (mental) health, social disconnectedness, social joy and subjective well-being. *Journal of Public Health*. Tratto da https://doi.org/10.1007/s10389-024-02341-9

Hall, S. G. (1904). *Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion, and Education.* New York: D. Appleton and Company.

Hayakawa, K., Kato, T. A., Watabe, M., Teo, A. R., Horikawa, H., Kuwano, N., . . . Kanba, S. (2018). Blood biomarkers of Hikikomori, a severe social withdrawal syndrome. *Scientific reports, 8*(1), 2884. Retrieved from https://doi.org/10.1038/s41598-018-21260-w

Hazo, J.-B., & Costemalle, V. (2021). Confinement du printemps 2020: une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans. Résultats issus de la 1re vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019. *Etudes et resultats*(1185).

Israelashvili, M., Kim, T., & Bukobza, G. (2012). Adolescents' over-use of the cyber world – Internet addiction or identity exploration? *Journal of Adolescence, 35*(2), 417-424. Tratto da https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.07.015

Japanese Cabinet Office. (2022). *Survey on the Awareness and Lifestyles of Children and Young People.* Tratto da https://www.asiapacific.ca/publication/2-percent-japanese-labour-force-modern-day-recluses

Kasahara, Y. (1978). Proposal for a new category of withdrawal neurosis. In H. Nakai, & Y. Yamanaka, *Psychopathology and treatment in the adolescent* (pp. 287-319). Tokyo: Iwasaki Gakujutsu.

Kato, T. A. (2019). Hikikomori: Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 73*(8), 427-440. Tratto da https://doi.org/10.1111/pcn.12895

Kato, T. A., & Kanaba, S. (2017). Modern-Type Depression as an "Adjustment" disorder in Japan: the intersection of collectivistic society encountering an individualistic performance-based system. *American Journal of Psychiatry, 174*(11), 1051-1053. Tratto da https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010059

Kato, T. A., Sartorius, N., & Shinfuku, N. (2020). Forced social isolation due to COVID-19 and consequent mental health problems: Lessons from hikikomori. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 74*(9), 506-507. Tratto da https://doi.org/10.1111/pcn.13112

Kato, T. A., Tateno, M., Shinfuku, N., Fujisawa, D., Teo, A. R., Sartorius, N., . . . Kanba, S. (2012). Does the "hikikomori" syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A

preliminary international investigation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1061-1075. Tratto da https://doi.org/10.1007/s00127-011-0411-7

Katsuki, R., Tateno, M., Kubo, H., Kurahara, K., Hayakawa, K., Kuwano, N., . . . Kato, T. A. (2020). Autism spectrum conditions in hikikomori: A pilot case-control study. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 652-658. Tratto da https://doi.org/10.1111/pcn.13154

Kelley, A. E., Schochet, T., & Landry, C. F. (2004). Risk taking and novelty seeking in adolescence: Introduction to Part I. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1021*, 27-32. Tratto da https://doi.org/10.1196/annals.1308.003

Kernberg, O. F. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico.* Torino: Bollati Boringhieri.

Kernberg, O. F. (2013). *Amore e aggressività. Prospettive cliniche e teoriche.* Roma: Giovanni Fioriti.

Kernberg, P., Weiner, A., & Bardenstein, K. (2000). *I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti.* Roma: Giovanni Fiorini Editore.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry, 62*(6), 593–602. Tratto da https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In M. Klein, *Envy and gratitude and other works 1946-1963* (p. 1-24). New York: The Free Press.

Klingberg, T., Vaidya, C. J., Gabrieli, J. D., Moseley, M. E., & Hedehus, M. (1999). Myelination and organization of the frontal white matter in children: a diffusion tensor MRI study. *NeuroReport, 10*(13), 2817-2821. Tratto da https://doi.org/10.1097/00001756-199909090-00022

Kohut, H. (1976). *Narcisismo e anlisi del Sé.* Torino: Boringhieri.

Kondo, N., Iwazaki, H., Kobayashi, M., & Miyazawa, H. (2007). Psychiatric background of social withdrawal in adolescence. *Seishin Shinkeigaky. Psychiatria et Neurologia Japonica, 109*(9), 834-843.

Lancini, M., & Crillo, L. (2020). Il narcisismo nel passaggio dall'adolescenza all'età del giovane adulto. In F. Madeddu, *I mille volti di narciso. Fragilità e arroganza tra normalità e patologia* (pp. 259-271). Milano: Raffaello Cortina.

Lancini, M., & Madeddu, F. (2014). Esiste una specificità clinica del giovane adulto? In M. Lancini, & F. Madeddu, *Giovane adulto. La terza nascita* (pp. 7-33). Milano: Raffaello Cortina.

Lancini, M., Cirillo, L., Scodeggio, T., & Zanella, T. (2020). *L'adolescente. Psicopatologia e psicoterapia evolutiva.* Milano: Raffaello Cortina.

Laufer, M., & Laufer, M. E. (1986). *Adolescenza e breakdown evolutivo.* Torino: Boringhieri.

Lee, Y. S., Lee, J. Y., Choi, T. Y., & Choi, J. T. (2013). Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea. *Psychiatry and clinical neurosciences, 67*(4), 193-202. Tratto da https://doi.org/10.1111/pcn.12043

Li, C., Wu, M., Zeng, L., Yu, Y., Qiu, Y., Liu, J., . . . Han, Y. (2024). he chain mediating role of rumination and social withdrawal in the relationship between smartphone distraction and depression among Chinese nursing students. *Scientific reports, 14*(1). Tratto da https://doi.org/10.1038/s41598-024-69278-7

Lin, P. K., Koh, A. H., & Liew, K. (2022). The relationship between Hikikomori risk factors and social withdrawal tendencies among emerging adults—An exploratory study of Hikikomori in Singapore. *Frontiers in Psychiatry, 13*. Tratto da https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1065304

Liu, J., Zhang, Y., Qiu, J., & Wei, D. (2023). Linking negative affect, personality and social conditions to structural brain development during the transition from late adolescent to young adulthood. *Journal of affective disorders*, 14–21. Tratto da https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.015

Loscalzo, Y., Nannicini, C., Liu, I.-T. H.-C., & Marco, G. (2020). Hikikomori Risk Inventory (HRI-24): A new instrument for evaluating Hikikomori in both Eastern and Western countries. *International Journal of Social Psychiatry, 68*(1), 90-107. Tratto da https://doi.org/10.1177/0020764020975800

Malone, J. C., & Malberg, N. (2018). Stili e sindromi emergenti di personalità - Asse PA. In V. Lingiardi, & N. McWilliams (A cura di), *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (seconda edizione ed., p. 345-411). Milano: Raffaello Cortina.

McGorry, P., Sartorius, N., & De Girolamo, G. (2019). Conclusions: from study of the age of onset to the development of age-specific interventions in mental health. In G. De Girolamo, P. McGorry, & N. Sartorius, *Age of Onset of Mental Disorders. Etiopathogenetic and Treatment Implications* (pp. 255-262). Switzerland: Springer Nature.

McGuire, S., & Clifford, J. (2000). Genetic and Environmental Contributions to Loneliness in Children. *Psychological Science, 11*(6), 487-491. Tratto da https://doi.org/10.1111/1467-9280.00293

Meligrana, D. (2013). La silenziosa protesta degli hikikomori. *Antrocom, Online Journal of Anthropology*, 71-73.

Mille, C., Boudailliez, B., & Garny de La Rivière, S. (2023). Covid-19 et adolescence : constats cliniques et réflexions psychopathologiques à propos de quelques incidences immédiates ou différées. *Neuropsychiatrie del l'Efance ed te l'Adolescence, 71*(4), 201-208. Tratto da https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.03.001

Miller, J. D., Hoffman, B. J., Gaughan, E. T., Gentile, B., Maples, J., & Keith Campbell, W. (2011). Grandiose and vulnerable narcissism: a nomological network analysis. *Journal of personality, 79*(5), 1013–1042. Tratto da https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00711.x

Ministry of Health Labor and Welfare (MHLW). (2010). *Guideline for evaluation and assistance of hikikomori.* Tokyo: Ministry of Health, Labour & Welfare.

Ministry of Health, Labour & Welfare. (2003). *Community mental health intervention guidelines aimed at socially withdrawn teenagers and young adults.* Tokyo: Ministry of Health, Labour & Welfare.

Monniello, G. (2016). Psicoanalisi dell'adolescente e processo di neurosoggettivazione. In A. M. Nicolò, & I. Ruggiero, *La mente adolescente e il corpo ripudiato* (pp. 235-253). Milano: FrancoAngeli.

Mortali, C., Mastrobattista, L., Palmi, I., Solimini, R., Pacifici, R., Pichini, S., & Minutillo, A. (2023). Dipendenze comportamentali nella Generazione Z: uno studio di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e focus sulle competenze genitoriali. Roma: Istituto Superiore di Sanità. Tratto da https://www.iss.it/dipendenze/-/asset_publisher/zwfXwoiZC6zu/content/dipendenze-comportamentali-nella-generazione-z-online-tutti-i-materiali

Nicolò, A. M. (2021). *Rotture evolutive. Psicoanalisi dei breakdown e delle soluzioni difensive.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Nicolò, A. M., & Ruggiero, I. (2016). *La mente adolescente e il corpo ripudiato.* Milano: Franco Angeli.

Normandin, L., Ensink, K., Weiner, A., & Kernberg, O. F. (2022). *Adolescenti con gravi disturbi di personalità. La psicoterapia focalizzata sul transfert.* Milano: Raffello Cortina.

Piaget, J. (1970). *L'épistémiologie génetique.* Parigi: Presses Universitarie de France.

Pincus, A. L. (2022). A Brief Overview of the Pathological Narcissism Inventory. In P. K. Jonason, *Shining light on the dark side of personality: Measurement properties and theoretical* (p. 9-21). Hogrefe.

Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder. *Annual Review of clinical psychology*, 421-446. Tratto da https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215

Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. d., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment, 21*(3), 365-379. Tratto da https://doi.org/10.1037/a0016530

Pini, S., Abelli, M., Troisi, A., Siracusano, A., Cassano, G. B., Shear, K., & Baldwin, D. (2014). The relationships among separation anxiety disorder, adult attachment style and agoraphobia in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(8), 741-746. Tratto da https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.010

Piotti, A., & Lupi, A. (2015). Sull'orlo della vergogna: il trauma in Campo narcisistico. In R. Spiniello, A. Piotti, & D. Comazzi, *Il corpo in una stanza. Adolescenti ritirati che vivono di computer* (pp. 39-48). Milano: Franco Angeli.

Procacci, M., & Semerari, A. (2019). *Ritiro sociale. Psicologia e clinica.* Edizioni Centro Studi Erickson.

Procacci, M., Pellecchia, G., Colle, L., & Sette, S. (2022). Il ritiro sociale e l'isolamento. In R. Bertaccini, & L. Furio, *Psicoterapia cognitiva dell'adolescente. Setting clinico e strategie di intervento* (pp. 145-156). Roma: Carocci Editore.

Qiu, Y., Zhao, X., Liu, J., Li, Z., Wu, M., Qiu, L., . . . Yang, F. (2024). Understanding the relationship between smartphone distraction, social withdrawal, digital stress, and depression among college students: A cross-sectional study in Wuhan, China. *Heliyon, 10*(15), e35465. Tratto da https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e35465

Ranieri, F. (2016). Adolescenti tra abbandono scolastico e ritiro sociale: il fenomeno degli "hikikomori". *Psicologia clinica dello sviluppo, 20*, 319-326. doi:10.1449/84137

Reynolds, L. M., & Flores, C. (2021). Mesocorticolimbic Dopamine Pathways Across Adolescence: Diversity in Development. *Frontiers in neural circuits, 15*, 735625-735625. Tratto da https://doi.org/10.3389/fncir.2021.735625

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

Riva Crugnola, C. (2024). *Diventare giovani adulti. L'approccio psicodinamico a livello evolutivo e clinico.* Milano: Raffaello Cortina.

Ronningstam, E. (2005a). *Identifying and Understanding the Narcissistic Personality.* New York: Oxford University Press.

Ronsenfeld, H. (1964). On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *The International Journal of Psychoanalysis, 45*(2-3), 332–337.

Rossi Galante, M. (2019). Social Network. Vivere in casa e abitare in piazza. In M. Lancini, *Il ritiro sociale negli adolescenti. La solitudine di una generazione iperconnessa* (pp. 57-71). Milano: Raffaello Cortina.

Rothbaum, F., Weisz, J., Pott, M., Miyake, K., & Morelli, G. (2000). Attachment and culture. Security in the United States and Japan. *The American psychologist, 55*(10), 1093–1104. Tratto da https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.10.1093

Rubin, K., Coplan, R., & Bowker, J. (2009). Social Withdrawal in Childhood. *Annual Review of Psychology, 60*, 141-171. Tratto da https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163642

Russel, J. (1989). Anxiety disorders in Japan: a review of the Japanese literature on shinkeishitsu and taijinkyofusho. *Cult Med Psychiatry, 13*(4), 391-403. Tratto da https://doi.org/10.1007/BF00052047

Saito, T. (1998). *Social Withdrawal: A neverending adolescence.* Tokio: PHP Shinsho.

Saito, T. (2010). *Guidelines for Hikikomori for their evaluations and support.* Tokyo: Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare. Tratto da https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000006i6f.html

Scodeggio, T. (2015). La difficile relazione con i pari. In R. Spiniello, A. Piotti, & D. Comazzi, *Il corpo in una stanza. Adolescenti ritirati che vivono di computer* (pp. 55-59). Milano: Franco Angeli.

Solms, M. (2018). Fondamenta biologiche del genere. Un equilibrio delicato. *Psicoanalisi, 22*, 27-43. Tratto da http://doi.org/10.3280/PSI2018-001002

Speranza, M. (2018). Pattern sintomatologici in adolescenza: l'esperienza soggettiva - Asse SA. In V. Lingiardi, & M. Nancy (A cura di), *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (seconda edizione ed., p. 411-495). Milano: Raffaello Cortina.

Spiniello, R. (2015). Crescere nella Rete: costruzione dell'avatar e socializzazione virtuale. In R. Spiniello, A. Piotti, & D. Comazzi, *Il corpo in una stanza. Adolescenti ritirati che vivono di computer* (pp. 80-95). Milano: Franco Angeli.

Steinberg, L., Dustin, A., Cauffman, E., Banich, M., Graham, S., & Woolard, J. (2008). Age differences in sensation seeking and impulsivity as indexed by behavior and self-report:

Evidence for a dual systems model. *Developmental Psychology, 44*(6), 1764-1778. Tratto da https://doi.org/10.1037/a0012955

Steiner, J. (1996). *I rifugi della mente. Organizzazioni patologiche della personalità nei pazienti psicotici, nevrotici e borderline.* Torino: Bollati Boringhieri.

Suttora, C., & Benzi, I. M. (2020). Il narcisismo in età evolutiva e in adolescenza. In F. Madeddu, *I mille volti di narciso. fragilità e arroganza tra normalità e patologia* (pp. 221-258). Milano: Raffaello Cortina.

Suwa, M., Suzuki, K., Hara, K., Watanabe, H., & T., T. (2003). Family features in primary social withdrawal among young adults. *Psychiatry and clinical neurosciences, 57*(6), 586–594. Tratto da https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2003.01172.x

Suzuki, K. (2013). The phenomenon of "Hikikomori" (social withdrawal) and the socio cultural situation in Japan today. *Journal of Psychopathology, 19*(3), 191-198.

Teo, A. R., Fetters, M. D., Stufflebam, K., Tateno, M., Balhara, Y., Choi, T., . . . Kato, T. A. (2015a). Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries. *International Journal of Social Psychiatry, 61*(1), 64-72. Tratto da https://doi.org/10.1177/0020764014535758

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

Thompson, C. (2008). *Genitori che amano troppo. E figli che non riescono a crescere.* Milano: Mondadori.

Tinto, A. (2023). *Il benessere equo sostenibile in Italia.* Roma: Istituto Nazionale di Statistica.

Tolomei, G., Masi, G., Milone, A., Fantozzi, P., Viglione, V., Narzisi, A., & Berloffa, S. (2023). Hikikomori (Severe Social Withdrawal) in Italian Adolescents: Clinical Features and Follow-Up. *Children, 10*(10). Tratto da https://doi.org/10.3390/children10101669

Umeda, M., Kawakami, N., & World Mental Health Japan Survey Group, 2.-2. (2012). Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal ('hikikomori') in the community population in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences, 66*(2), 121–129. Tratto da https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02292.x

UNICEF. (2024). *The State of Children in the European Union: Addressing the Needs and Rights of the EU's Youngest Generation.* UNICEF EU. Tratto da https://www.unicef.org/eu/reports/report-state-children-european-union

Waite-Jones, M. J., & Rodriguez, M. A. (2022). Changing Concepts of Childhood and Adolescence. In C. Palgrave Macmillan, *Psychosocial Approaches to Child and Adolescent Health and Wellbeing* (pp. 5-19). Cham: Palgrave Macmillan.

Winnicott, D. (1974). *Gioco e realtà.* (P. Caruso, Trans.) Roma: Armando Editore.

Winnicott, D. (1995). La paura del crollo. In D. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis, *Esplorazioni psicanalitiche.* Milano: Raffaello Cortina.

World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases* (11th ed.).

World Health Organization. (2024, Gennaio 25). *Adolescent Health*. Tratto da World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1

Wright, A. G., Lukowitsky, M. R., Pincus, A. L., & Conroy, D. E. (2010). The higher order factor structure and gender invariance of the Pathological Narcissism Inventory. Assessment. *Assessment, 17*(4), 467-483. Tratto da https://doi.org/10.1177/1073191110373227

Young, K. S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 237–244. Tratto da https://psycnet.apa.org/doi/10.1089/cpb.1998.1.237