



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, sociologia,
pedagogia e psicologia applicata (FISPPA)**

e

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo
e della Socializzazione (DPSS)**

**Corso di laurea magistrale in Psicologia
clinico-dinamica**

Tesi di laurea magistrale

**Ritiro sociale, stili parentali e
problemi internalizzanti ed
esternalizzanti in un campione di
adolescenti italiani**

Relatrice
Prof.ssa Adriana Lis

Laureanda: Greta Mazzanti
Matricola: 2086396

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

Introduzione

Capitolo 1 L'adolescenza

- 1.1 Definizione di adolescenza
- 1.2 I cambiamenti fisici
- 1.3 I cambiamenti sessuali
- 1.4 I Cambiamenti cognitivi
- 1.5 Compiti di sviluppo e identità
- 1.6 Rapporto con la famiglia e con i pari
- 1.7 Cambiamenti emotivi e psicologici

Capitolo 2 Il fenomeno degli hikikomori

- 2.1 Definizione di hikikomori
- 2.2 Isolamento sociale
- 2.3 Caratteristiche degli hikikomori
- 2.4 Differenze tra Giappone e Italia
- 2.5 Nuovi modelli di comprensione del fenomeno

Capitolo 3 Le variabili della ricerca

- 3.1 Focalizzazione dello Studio
- 3.2 Correlazione tra Sindrome Hikikomori e stili parentali
- 3.3 Correlazione tra Sindrome Hikikomori e disturbi internalizzanti e esternalizzanti

Capitolo 4 La ricerca

- 4.1 Ricerca e obiettivi
- 4.2 Obiettivi specifici
- 4.3 Partecipanti
- 4.4 Procedure
- 4.5 Strumenti
- 4.6 Analisi dei dati
- 4.7 Risultati
- 4.8 Discussione
- 4.9 Limiti
- 4.10 Prospettive future

Conclusioni

INTRODUZIONE

Il seguente elaborato esplora i risultati di un sottocampione di una ricerca più ampia intitolata “MOOD OFF: La solitudine e le relazioni negli adolescenti di oggi”, condotta dalla Prof.ssa Adriana Lis, in collaborazione con la Prof.ssa Silvia Salcuni e la Dott.ssa Giulia Bassi del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell’Università di Padova.

Lo studio, così come progettato nella sua totalità, si propone di indagare lo stato di benessere degli adolescenti tra i 14 e i 19 anni valutando come affrontano la solitudine e il ritiro sociale, fenomeni che sono stati intensificati a causa della pandemia di COVID-19.

Nel presente lavoro viene specificamente esaminata la relazione tra il ritiro sociale estremo, i diversi stili genitoriali e i problemi internalizzanti ed esternalizzanti. Si presterà attenzione ai fattori che possono influenzare l'isolamento, cercando di individuare le dinamiche familiari e psicologiche che possono favorirne l'insorgenza. I risultati di questa indagine permetteranno di identificare eventuali fattori di rischio che potrebbero contribuire allo sviluppo del fenomeno degli Hikikomori, una condizione caratterizzata da un estremo isolamento sociale. La ricerca si propone di fornire non solo un quadro più chiaro delle dinamiche che sono in relazione a tali comportamenti, ma anche di offrire strumenti e strategie di intervento per le famiglie e le istituzioni scolastiche. A tal fine, la ricerca intende migliorare la consapevolezza sul benessere psicologico degli adolescenti, suggerendo interventi mirati e supporto adeguato. Nel primo capitolo della ricerca, viene approfondito il significato del termine "adolescenza", delineando l'importanza di questa fase della vita come un periodo di transizione cruciale tra l'infanzia e l'età adulta. Verranno esplorati nel dettaglio i numerosi cambiamenti tipici di questa fase: i cambiamenti fisici legati alla pubertà, come lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie e la crescita rapida, che influenzano la percezione di sé e l'immagine corporea. Contemporaneamente, si esaminano i cambiamenti sessuali, tra cui lo sviluppo della maturità riproduttiva e l'emergere di nuove pulsioni, che portano a nuove esperienze emotive e relazionali. A livello psicologico, l'adolescente acquisisce capacità cognitive avanzate e inizia a formare la propria identità, affrontando la separazione dai genitori e un'intensità emotiva maggiore, spesso instabile.

Infine, vengono analizzati i cambiamenti sociali, tra cui il crescente bisogno di indipendenza, il ruolo del gruppo di pari e lo sviluppo di nuove amicizie e relazioni romantiche.

Nel secondo capitolo, viene fornita un'analisi approfondita del fenomeno dell'hikikomori, una condizione di isolamento estremo che coinvolge individui, spesso adolescenti o giovani adulti, che si ritirano dalla vita sociale e rimangono isolati nelle loro abitazioni per mesi o addirittura anni. Verranno esaminate le cause psicologiche, sociali e culturali del fenomeno e le differenze cliniche con altri disturbi (depressione, fobia sociale, schizofrenia ecc.) e con il concetto di ritiro sociale proposto dallo psicologo Muris (2023), cercando di delineare i tratti unici dell'hikikomori, come la volontà di non uscire di casa e il rifiuto totale di qualsiasi interazione sociale diretta. Verranno infine considerate le somiglianze (come la tendenza all'isolamento tra i giovani), ma anche le differenze culturali (come il ruolo della famiglia, il contesto educativo e le pressioni sociali) dell'hikikomori in Giappone e in Italia per comprendere come queste diverse cornici culturali influiscano sulle cause, l'evoluzione e le modalità di trattamento dell'hikikomori. Nel terzo capitolo verranno analizzate le variabili considerate nello studio. Oltre al ritiro sociale, verrà posta l'attenzione sugli stili genitoriali e sui problemi internalizzanti ed esternalizzanti. Attualmente vengono riconosciuti validi i tre principali stili genitoriali teorizzati dalla psicologa Diana Baumrind: permissivo, autorevole e autoritario. Anche se gli studi specifici sull'hikikomori e gli stili parentali sono ancora limitati, le ricerche disponibili mostrano come i genitori con un approccio autoritario e controllante possano influire negativamente sul benessere psicologico dei figli. Il presente lavoro intende focalizzarsi sugli aspetti positivi della genitorialità, mettendo in luce l'importanza di promuovere l'autonomia nei figli e adottare uno stile autorevole, caratterizzato da un equilibrio tra sostegno e regole.

Per quanto riguarda i disturbi internalizzanti, come ansia e depressione, e i disturbi esternalizzanti, come il disturbo della condotta e l'ADHD, la letteratura evidenzia che il ritiro sociale è maggiormente correlato ai disturbi internalizzanti, suggerendo che gli adolescenti che si ritirano socialmente tendono a manifestare maggiori difficoltà emotive interiorizzando il disagio.

Nel quarto capitolo verrà presentata la ricerca, con una descrizione dettagliata degli obiettivi e degli strumenti utilizzati per misurare le variabili chiave.

Il primo obiettivo è quello di indagare la connessione tra il ritiro sociale estremo e i diversi stili parentali adottati dai genitori, cercando di comprendere se e in che modo le pratiche genitoriali, come la responsività e la concessione di autonomia, così come valutate dagli adolescenti, possano influire sulla loro propensione all'isolamento o persino contribuire all'insorgenza di tale comportamento.

Il secondo obiettivo esplora la relazione tra i problemi internalizzanti ed i problemi esternalizzanti e il ritiro sociale. L'intento è quello di comprendere se queste problematiche possono essere connesse al fenomeno dell'hikikomori.

Il ritiro sociale è stato valutato attraverso l'Hikikomori Questionnaire (HQ), gli stili genitoriali sono stati misurati con il Parenting Style Inventory-II (PSI-II), mentre i problemi internalizzanti ed esternalizzanti sono stati analizzati tramite lo Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Successivamente, sono stati esaminati i risultati emersi dallo studio, evidenziando come la responsività da parte di entrambi i genitori abbia un impatto maggiore sul ritiro sociale rispetto alla concessione di autonomia. Inoltre, il ritiro sociale risulta maggiormente correlato ai disturbi internalizzanti, rispetto ai disturbi esternalizzanti, come già riportato dalla letteratura. Infine, verranno discussi i limiti della ricerca, come l'uso di dati correlazionali che non permettono di stabilire relazioni causa-effetto, e si esploreranno le prospettive future, suggerendo la necessità di studi longitudinali, di un campione più ampio per una maggiore rappresentatività e l'inclusione di nuove variabili, come l'attaccamento e l'alessitimia, per comprendere meglio i fattori che contribuiscono al ritiro sociale estremo.

Capitolo 1

L'ADOLESCENZA

1.1 Definizione di adolescenza

L'adolescenza è una fase dello sviluppo umano che segna la transizione dall'infanzia all'età adulta. Questo periodo è caratterizzato da profondi cambiamenti fisici, psicologici, emotivi e sociali. Inizia generalmente con la pubertà e si conclude quando l'individuo raggiunge una stabilità emotiva e sociale tipica dell'adulto (Krieg & Dickie, 2013).

La durata dell'adolescenza può variare notevolmente da una persona all'altra, ma convenzionalmente è compresa tra i 10 e i 19 anni, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Oggi si sta delineando una nuova fase, ossia la "post-adolescenza", in cui rientrano soggetti fino ai venticinque e ai trent'anni, che vivono ancora con i genitori e che dipendono economicamente da loro (Arnett, 2000).

La parola "adolescenza" deriva dal latino "adolescencia", che a sua volta proviene dal verbo "adolescere" che significa "crescere" o "svilupparsi", indicando il processo di crescita e maturazione che caratterizza questa fase della vita (Hall, 1904). Granville Stanley Hall, uno dei pionieri della psicologia negli Stati Uniti e primo presidente dell'American Psychological Association (APA), fu uno dei primi ad occuparsi dell'adolescenza, la sua opera principale, "Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education", pubblicata nel 1904, rappresenta un punto di riferimento fondamentale nella comprensione moderna di questa fase della vita.

Uno degli aspetti più noti della teoria di Hall è l'idea che l'adolescenza sia un periodo di "tempesta e stress" (Sturm und Drang), caratterizzato da intensi conflitti emotivi, instabilità e turbolenze psicologiche (Hall, 1904).

Hall inoltre applicò la teoria della ricapitolazione filogenetica, proposta inizialmente dal biologo tedesco Ernst Haeckel, allo sviluppo psicologico. Secondo questa teoria, lo sviluppo dell'individuo (ontogenesi) riepiloga lo sviluppo della specie (filogenesi). Hall sosteneva che l'adolescenza riflette una fase primitiva e tumultuosa della storia umana, con comportamenti e stati psicologici simili a quelli delle società antiche.

Hall enfatizzò inoltre l'importanza dello sviluppo della personalità e dell'identità durante l'adolescenza, un processo in cui i giovani esplorano diversi ruoli sociali e che può generare conflitti interni e con le autorità, ma è essenziale per costruire una personalità adulta stabile.

Nonostante il suo lavoro sia stato criticato, soprattutto per la visione negativa dell'adolescenza e la teoria della ricapitolazione ormai superata, Hall ha contribuito significativamente allo studio dell'adolescenza, riconoscendola come una fase fondamentale dello sviluppo umano

Per meglio definire l'adolescenza molti teorici trovano opportuno suddividere questo periodo in fasi, includendo anche la preadolescenza (Steinberg, 2014).

Durante la preadolescenza che generalmente si estende dai 9 ai 12 anni, i preadolescenti iniziano a mostrare i primi segni della pubertà, a sviluppare capacità di pensiero più logiche, cercano una maggiore indipendenza dai genitori e le amicizie assumono sempre più importanza.

L'adolescenza, che segue la preadolescenza e si estende generalmente dai 13 ai 19 anni, è un periodo di cambiamenti molto più marcati e intensi (Steinberg, 2014) che verranno descritti in maniera approfondita qui di seguito.

1.2. I cambiamenti fisici

Parlando di quelli che sono i cambiamenti fisici risulta opportuno soffermarsi in maniera più approfondita sul concetto di pubertà. La pubertà è un processo biologico distinto dall'adolescenza, che segna l'inizio dello sviluppo sessuale e della maturità riproduttiva, avviato da cambiamenti ormonali e inizia generalmente tra gli 8 e i 13 anni nelle ragazze e tra i 9 e i 14 anni nei ragazzi (Tanner, 1978).

La pubertà è caratterizzata da cambiamenti fisici come lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie, una rapida crescita in altezza e cambiamenti nella composizione corporea che si riflettono inevitabilmente sul modo in cui l'adolescente percepisce il proprio "schema corporeo". Questo concetto è stato introdotto dal neurologo francese Pierre Bonnier e si riferisce alla rappresentazione mentale che una persona ha del proprio corpo e della posizione delle sue parti nello spazio.

Durante l'adolescenza, il corpo subisce una serie di trasformazioni rapide e significative, che influenzano l'autostima e l'immagine di sé, che richiedono agli adolescenti di adattare continuamente il loro schema corporeo (Casey et al., 2008). La comparsa di caratteristiche sessuali secondarie e le variazioni corporee influenzano l'autostima e l'immagine di sé spesso portando a confronti con i coetanei e a un maggiore desiderio di conformarsi agli ideali di bellezza diffusi dai media (Steinberg, 2010).

L'adolescenza, inoltre, è un periodo di profondi cambiamenti neurobiologici. Tra le trasformazioni più significative vi sono quelle che interessano la corteccia frontale e prefrontale del cervello, aree cruciali per il controllo degli impulsi e delle funzioni esecutive. Quest'ultima è ancora in fase di maturazione durante l'adolescenza, contribuendo a comportamenti impulsivi e rischiosi, spesso guidati più dalle emozioni che dalla razionalità. Inoltre, le variazioni nei livelli di dopamina rendono gli adolescenti più sensibili alle ricompense, spingendoli a cercare esperienze gratificanti, ma a volte pericolose, come l'uso di sostanze o il gioco d'azzardo. (Blakemore, 2018; Steinberg, 2010).

La neuroplasticità del cervello adolescenziale offre sia rischi che opportunità: se da un lato gli adolescenti sono più suscettibili agli effetti negativi dello stress e delle esperienze traumatiche, dall'altro sono anche particolarmente ricettivi agli interventi terapeutici e alle esperienze positive che possono promuovere la resilienza e il benessere.

1.2 I cambiamenti sessuali

Trattando in maniera specifica i cambiamenti sessuali che avvengono durante la fase adolescenziale è opportuno fare riferimento alla teorizzazione di Peter Blos, rinomato psicoanalista del XX secolo. Secondo Blos l'adolescenza rappresenta un periodo di "seconda individuazione", un processo di distacco dalle figure genitoriali e di costruzione di un'identità autonoma, parallelo a quello della prima infanzia.

Blos ha descritto l'adolescenza come una fase di turbolenza emotiva e psicologica, caratterizzata da una serie di conflitti interni legati alla ricerca di autonomia e indipendenza. Durante questa fase, gli adolescenti devono rielaborare le relazioni familiari e integrare i cambiamenti fisici e sessuali della pubertà con il loro senso di

identità.

La sessualità, quindi, gioca un ruolo cruciale nello sviluppo, poiché gli adolescenti devono gestire nuove pulsioni sessuali emergenti e rivedere le proprie esperienze e legami affettivi. Le relazioni sessuali e romantiche offrono agli adolescenti l'opportunità di sperimentare intimità e vulnerabilità, elementi fondamentali per le future relazioni adulte. Tuttavia, questa esplorazione è accompagnata da ansie e conflitti, tra il desiderio di sperimentare e la paura delle conseguenze emotive e sociali. Inoltre, gli atteggiamenti genitoriali e culturali verso la sessualità possono influenzare profondamente il modo in cui gli adolescenti vivono e integrano la loro sessualità.

È interessante notare come negli ultimi anni si sia potuto osservare un fenomeno peculiare: il calo del desiderio sessuale tra gli adolescenti. Questo cambiamento può essere attribuito a diversi fattori come la distrazione dalle tecnologie, lo stress e le pressioni accademiche, i cambiamenti nelle norme sociali e i problemi di salute mentale. Parallelamente, si osserva tuttavia una maggiore accettazione della diversità degli orientamenti sessuali e una fluidità sessuale crescente tra i giovani, riflettendo un ambiente sociale più inclusivo e rispettoso delle differenze individuali.

1.4 I cambiamenti cognitivi

Il conflitto psicologico legato allo sviluppo cognitivo-intellettuale è un aspetto chiave dell'adolescenza. Chi si è occupato in maniera approfondita dello sviluppo cognitivo è stato Jean Piaget con la sua teoria dello sviluppo cognitivo nota come "teoria organismica". Piaget sostiene che nei primi mesi di vita i neonati non distinguono tra sé stessi e il mondo esterno, mancano della funzione simbolica e non possiedono le categorie fondamentali per organizzare la percezione della realtà. Queste categorie si formano gradualmente attraverso una sequenza di 4 stadi di sviluppo: sensomotorio, preoperatorio, operatorio concreto e operatorio formale, ognuno con una particolare organizzazione psicologica (Berti & Bombi, 2013). Tuttavia, ricerche recenti hanno evidenziato che molte abilità emergono più precocemente di quanto Piaget ipotizzasse, suggerendo che potrebbero essere innate.

Il passaggio dal pensiero concreto infantile al pensiero astratto adulto (stadio operatorio formale) che rappresenta il pensiero ipotetico-deduttivo, consente ai ragazzi di estendere il ragionamento a situazioni non vissute direttamente. Questo sviluppo gli permette di elaborare teorie su vari aspetti della conoscenza e di proiettarsi nel futuro con aspettative, paure e desideri. Entro la fine dell'adolescenza, la maggior parte dei ragazzi acquisisce la capacità di percepire le sfumature delle situazioni e di risolvere problemi complessi, sebbene l'impulso ad agire senza riflettere rimanga forte.

Negli ultimi decenni, il modello di Piaget è stato rivisitato dall'approccio Human Information Processing (HIP), che studia come il bambino elabora e manipola le informazioni, piuttosto che focalizzarsi sulle competenze specifiche (Berti & Bombi, 2013).

1.5 Compiti di sviluppo e identità

Robert J. Havighurst e Erik Erikson hanno sviluppato teorie significative sullo sviluppo degli adolescenti, evidenziando i compiti di crescita e le crisi che caratterizzano questa fase.

Il sociologo, Robert J. Havighurst, ha identificato l'adolescenza come un periodo ricco di compiti di sviluppo essenziali per la formazione dell'identità e l'acquisizione di competenze necessarie per la vita adulta. Durante questa fase i giovani devono affrontare compiti come l'accettazione del proprio corpo in trasformazione, la costruzione di relazioni mature, l'indipendenza dai genitori e la preparazione per una carriera. Questi compiti sono fondamentali per favorire una transizione sana verso l'età adulta (Havighurst, 1953).

Erik Erikson, psicologo e psicoanalista tedesco, ha enfatizzato il compito cui è chiamato l'adolescente di sviluppare un senso di identità. Egli ha elaborato una teoria dello sviluppo psicosociale che consta di otto fasi: fiducia vs sfiducia, autonomia vs vergogna e dubbio, iniziativa vs senso di colpa, operosità vs inferiorità, identità vs confusione dei ruoli, intimità vs isolamento, generatività vs stagnazione, integrità dell'io vs disperazione, ognuna delle quali è caratterizzata da una crisi specifica che gli individui devono affrontare e risolvere per progredire verso una crescita sana.

La quinta fase, "Identità vs Confusione dei Ruoli", è fondamentale per gli adolescenti che devono risolvere la crisi di identità per sviluppare una visione chiara e stabile di sé. Il successo in questa fase porta alla formazione di un'identità solida che permette agli individui di affrontare le sfide future con fiducia e determinazione. Al contrario, se gli adolescenti non riescono a risolvere questa crisi, possono sperimentare confusione dei ruoli, che si manifesta come incertezza su chi sono e su cosa vogliono dalla vita. Questa confusione può portare a problemi di autostima, difficoltà nelle relazioni e incertezza nelle scelte di vita.

1.6 Rapporto con la famiglia e con i pari

Durante l'adolescenza, il rapporto con la famiglia subisce molte trasformazioni poiché gli adolescenti cercano di navigare tra l'indipendenza crescente e il bisogno di supporto familiare.

Gli adolescenti possono desiderare di prendere decisioni autonomamente e di avere maggiori responsabilità riguardo alla propria vita questo può portare a conflitti con i genitori, specialmente se le aspettative familiari e quelle dell'adolescente non coincidono. Nonostante possano sorgere conflitti, il legame emotivo tra genitori e adolescenti rimane fondamentale. Il sostegno emotivo e affettivo può aiutare gli adolescenti a superare le sfide e le difficoltà che affrontano durante questa fase.

Oltre ai rapporti con la famiglia, di peculiare importanza è il rapporto con i coetanei, poiché gli adolescenti cercano di sviluppare un senso di appartenenza e di identità sociale. L'accettazione da parte dei coetanei è un bisogno fondamentale per gli adolescenti e la ricerca di accettazione può portare gli adolescenti a conformarsi agli standard e alle aspettative del gruppo, anche a discapito della propria individualità. Oggi, gran parte del rapporto con i coetanei è mediato attraverso i social media e le piattaforme digitali. Queste tecnologie offrono nuove opportunità di connessione e comunicazione, ma possono anche creare distanza emotiva e ridurre le interazioni faccia a faccia, che possono facilitare la connessione ma anche ridurre la qualità delle relazioni e aumentare i sentimenti di inadeguatezza e isolamento. Per mitigare questi effetti negativi, è importante promuovere interazioni significative offline, come attività sportive, artistiche e di

volontariato, e incoraggiare un uso equilibrato dei social media, educando i giovani sull'importanza di mantenere relazioni autentiche e sane.

1.7 Cambiamenti emotivi e psicologici

L'adolescenza è una fase della vita caratterizzata da significativi cambiamenti emotivi, che portano a fluttuazioni dell'umore e a una maggiore vulnerabilità psicologica (Havighurst, 1953).

Nell'adolescenza, alcuni disturbi mentali sono più diffusi rispetto ad altri, tra quelli più comuni troviamo la depressione. Gli adolescenti con depressione possono sperimentare una tristezza persistente, perdita di interesse nelle attività quotidiane, cambiamenti nell'appetito e nel sonno, bassa autostima e pensieri suicidi. La depressione può influenzare negativamente le prestazioni scolastiche e le relazioni interpersonali degli adolescenti.

L'ansia è un altro disturbo comune durante l'adolescenza. Gli adolescenti con ansia possono sperimentare preoccupazioni eccessive, nervosismo, tensione muscolare, palpitazioni e difficoltà a concentrarsi. L'ansia può interferire con il funzionamento quotidiano e portare a evitare situazioni temute, come le interazioni sociali o le prestazioni accademiche.

L'ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività) è un disturbo neurocomportamentale caratterizzato da difficoltà di attenzione, iperattività e impulsività. Gli adolescenti con ADHD possono faticare a concentrarsi, completare compiti scolastici e controllare i loro impulsi, con ripercussioni negative sulle prestazioni accademiche e nelle relazioni interpersonali.

L'abuso di sostanze è comune tra gli adolescenti e può includere l'uso eccessivo di alcol, droghe illecite o farmaci prescritti. L'utilizzo problematico di sostanze può avere gravi conseguenze sulla salute fisica, mentale e sociale degli adolescenti.

Altro fenomeno rilevante è il ritiro sociale degli adolescenti che è sempre più diffuso negli ultimi decenni. Durante l'adolescenza che è un periodo di transizione e cambiamento, alcuni individui possono trovarsi incapaci di affrontare le sfide della vita adulta e possono

ritirarsi in una sorta di rifugio protettivo all'interno delle proprie mura domestiche come avviene nel fenomeno dell'hikikomori che verrà discusso nel capitolo successivo.

Capitolo 2

IL FENOMENO DEGLI HIKIKOMORI

2.1 Definizione di hikikomori

Il termine "hikikomori" deriva dal giapponese e significa "stare in disparte". Viene utilizzato per descrivere un fenomeno di isolamento marcato, in cui giovani, principalmente tra i 14 e i 30 anni, si ritirano completamente dalla vita sociale per periodi che possono durare mesi o addirittura anni. Questi individui scelgono di rinchiudersi nelle loro abitazioni, spesso nelle loro stanze, evitando qualsiasi interazione diretta con il mondo esterno, inclusi i propri familiari.

Le cause dell'hikikomori sono molteplici e possono includere fattori caratteriali, come sensibilità e inibizione sociale accentuata, relazioni familiari disfunzionali, con un padre emotivamente assente e una madre eccessivamente protettiva, difficoltà scolastiche spesso legate a esperienze di bullismo e una visione molto negativa della società e delle pressioni sociali. In sostanza, l'hikikomori rappresenta una forma di fuga dalle aspettative e dalle pressioni di realizzazione personale.

Per comprendere meglio il fenomeno è conveniente preliminarmente, definire cosa questo fenomeno non è: dipendenza da internet, depressione, ansia sociale, autismo e schizofrenia.

Hikikomori e dipendenza da internet sono due fenomeni complessi che condividono alcune similitudini ma si differenziano per motivazioni, manifestazioni e impatto sul benessere psicologico. Paltrinieri (2018) esamina l'hikikomori nel contesto della dipendenza da Internet e della crisi di socializzazione in Giappone, offrendo una panoramica delle sfide sociali contemporanee.

Una delle principali differenze tra i due fenomeni risiede nella natura della scelta e della motivazione. L'Hikikomori implica una decisione consapevole di ritirarsi dalla società a causa di difficoltà emotive o sociali percepite, mentre la dipendenza da internet può svilupparsi in risposta a un'attrazione per le gratificazioni immediatamente disponibili online o per una ricerca di distrazione dalla realtà.

Inoltre l'Hikikomori si caratterizza per un ritiro fisico e completo dal mondo esterno, spesso legato a disturbi emotivi profondi, mentre la dipendenza da internet può manifestarsi anche in individui che sono attivi nella vita sociale ed è specificamente legata all'uso eccessivo di una tecnologia specifica.

L'Hikikomori è una condizione psicologica che si distingue anche dalla depressione, sebbene possano presentare sovrapposizioni sintomatiche.

Una differenza chiave tra i due è che l'Hikikomori si concentra principalmente sul ritiro sociale estremo e sulla scelta consapevole di isolarsi, mentre la depressione è caratterizzata da un'alterazione dell'umore persistente e da una serie di sintomi emotivi e fisici che influenzano il funzionamento quotidiano. E' importante notare che l'Hikikomori può portare a sintomi depressivi significativi, e molte persone con Hikikomori possono sviluppare depressione come conseguenza del loro isolamento prolungato e della mancanza di supporto sociale.

In sintesi, mentre entrambe le condizioni possono avere un impatto profondo sulla vita di una persona, rimangono comunque assai distinte e richiedono approcci di trattamento e comprensione specifici per affrontare le loro cause sottostanti e migliorare il benessere dell'individuo.

Per quel che concerne il parallelismo con l'ansia sociale, l'Hikikomori è più specificamente associato a un ritiro completo e prolungato dalla vita sociale, mentre l'ansia sociale si manifesta più tipicamente come una paura eccessiva e irrazionale di situazioni sociali specifiche. Le persone con ansia sociale possono ancora partecipare a situazioni sociali, anche se con grande disagio emotivo, mentre gli hikikomori tendono a evitare completamente il contatto sociale diretto. L'isolamento scelto dagli Hikikomori non può essere ridotto a una semplice fobia sociale o a una forma di ritiro forzato ma una scelta consapevole basata su una valutazione razionale e profonda che porta i giovani a evitare attivamente la partecipazione alla società (Castelpietra et al., 2021; Teo, 2010).

L'Hikikomori e l'autismo sono due condizioni molto diverse, nonostante entrambe possano comportare isolamento sociale (Muti et al., 2023; Frontiers, 2023)

Ecco le principali differenze tra i due:

1. Origine e natura del comportamento sociale: Già si è detto molto in merito al ritiro sociale volontario caratteristico degli Hikikomori. Al contrario, l'autismo è un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da difficoltà significative nella

comunicazione e nell'interazione sociale, insieme a comportamenti ripetitivi e interessi limitati. Le persone con autismo non scelgono consapevolmente di isolarsi, ma possono manifestare difficoltà nel comprendere e partecipare alle interazioni sociali in modo tipico.

2. Cause e fattori di rischio: Le cause esatte dell'Hikikomori possono variare da persona a persona, ma sono generalmente considerate multidimensionali e influenzate dal contesto sociale e culturale. L'autismo, al contrario, ha cause principalmente genetiche e neurobiologiche, con evidenze di un coinvolgimento complesso di fattori genetici e ambientali nella sua eziologia (Caputo, 2012).
3. Sintomi e manifestazioni cliniche: L'Hikikomori si manifesta principalmente come un ritiro sociale estremo, con la persona che evita attivamente il contatto con gli altri e limita le proprie attività alla propria abitazione. Gli individui con autismo possono mostrare una gamma più ampia di sintomi, tra cui difficoltà nella comunicazione verbale e non verbale, deficit nelle interazioni sociali reciproche, comportamenti ripetitivi e interessi ristretti (Ranieri, 2018).

In sintesi, mentre l'Hikikomori e l'autismo possono entrambi manifestarsi con comportamenti di isolamento sociale, sono condizioni diverse con cause, sintomi e approcci terapeutici distinti. Comprendere queste differenze è essenziale per una corretta diagnosi e gestione clinica delle persone coinvolte.

Le differenze tra l'Hikikomori e la schizofrenia, infine, risiedono nella natura dei sintomi, nell'origine del comportamento sociale e nell'approccio al trattamento (Kato et al., 2011; Frankova, 2019).

La schizofrenia è una malattia psichiatrica grave che influisce profondamente sulla percezione della realtà, sul pensiero e sul comportamento delle persone colpite. I sintomi distintivi della schizofrenia includono allucinazioni (percezioni false o distorte, come udire voci) e deliri (credenze false o irrazionali), accompagnati da disturbi del pensiero e delle emozioni.

Inoltre, la schizofrenia è definita da criteri clinici ben definiti che richiedono la presenza di sintomi psicotici per un periodo di tempo prolungato, insieme ad altri sintomi caratteristici della malattia.

Attualmente, non esistono criteri diagnostici universalmente riconosciuti per la condizione di Hikikomori, ed è proprio questa assenza che talvolta porta a diagnosi erronee di disturbi psicopatologici. Secondo alcuni studi condotti in Giappone (Koyama et al., 2010) più del 50% dei giovani che hanno sperimentato l'Hikikomori ha anche avuto disturbi psichiatrici durante la loro vita. Tuttavia, è importante notare che il 45% dei casi non ha mai avuto esperienze di disturbi psichiatrici. Questo suggerisce che le psicopatologie potrebbero essere una predisposizione o un fattore di rischio per l'insorgenza del ritiro sociale, ma non una caratteristica universalmente presente.

Nel contesto del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), il fenomeno è attualmente classificato come una sindrome culturale.

L'etichetta di sindrome culturale indica che l'hikikomori non è causato da un disturbo mentale intrinseco o da una patologia individuale universale, ma piuttosto da un adattamento sociale estremo a specifiche condizioni ambientali e culturali. Questo comprende fattori come l'educazione, la percezione della famiglia, le aspettative sociali e le normative culturali che influenzano profondamente il comportamento degli individui. Questo approccio al fenomeno dell'hikikomori sottolinea quindi l'importanza di considerare le differenze culturali e sociali per la sua comprensione, manifestazione e gestione.

In conclusione, chiarire ciò che non è l'Hikikomori è essenziale per una diagnosi accurata e per sviluppare interventi efficaci che possano contribuire alla riabilitazione sociale di questi giovani.

2.2 Isolamento sociale

Dal punto di vista biologico, il cervello umano è distinto per il suo potenziale sociale, con una rete avanzata che permette di valutare le intenzioni, i desideri, le emozioni e le azioni degli altri. Durante l'adolescenza, molte parti del "cervello sociale" subiscono uno sviluppo funzionale e strutturale che migliora le capacità socio-cognitive. Tuttavia, processi cerebrali aberranti o esperienze sociali negative possono portare a un percorso di sviluppo negativo caratterizzato da ritiro sociale.

Il ritiro sociale costituisce un costrutto ombrello piuttosto eterogeneo.

Include giovani che, a causa di un forte evitamento e/o tendenze di approccio non soddisfatte, soffrono di troppo poco contatto sociale, si sentono soli e sono inclini a sviluppare vari tipi di psicopatologie internalizzanti, ma include anche individui che hanno meno bisogni sociali e vogliono stare soli. Considerando la sua diffusione globale, talvolta per riferirci a questo fenomeno è preferibile usare il termine "ritiro sociale estremo" (ESW, Extreme Social Withdrawal) (Li & Wong, 2015).

Il Ministero della Salute, del Lavoro e del Welfare giapponese è stato il primo a formulare criteri chiari per questa condizione, includendo uno stile di vita centrato a casa, la mancanza di interesse o volontà di andare a scuola o lavorare, la persistenza dei sintomi per oltre sei mesi, l'esclusione di schizofrenia o altri disturbi mentali e l'esclusione di coloro che, pur non avendo interesse a frequentare la scuola o lavorare, mantengono relazioni personali come amicizie.

Negli ultimi decenni, i criteri per l'ESW si sono evoluti e, sebbene non ci sia ancora un consenso generale, la definizione più comune contiene tre elementi chiave (Green & McDermott, 2020; Hanrahan, 2011) :

1. Isolamento sociale marcato a casa, che include il ritiro fisico nella propria residenza, l'assenza di partecipazione attiva in contesti accademici e lavorativi, nonché il coinvolgimento limitato nelle relazioni sociali.
2. Durata dell'isolamento sociale di almeno sei mesi.
3. L'isolamento sociale è associato a un significativo deterioramento funzionale o disagio.

È stata suggerita una classificazione della gravità dell'isolamento sociale:

- "Lieve": persone che lasciano occasionalmente la casa per interagire con altri (2-3 giorni alla settimana).
- "Moderato": persone che raramente lasciano la casa e interagiscono poco con altri (1 giorno alla settimana o meno).
- "Grave": persone che rimangono nella loro stanza e interagiscono minimamente anche con i familiari conviventi.

Casi relativamente lievi di ESW sono stati anche denominati "quasi-hikikomori", "semi-hikikomori" o "sottotipo lieve hikikomori". Questi termini sono usati per individui che trascorrono la maggior parte del tempo da soli a casa, ma occasionalmente escono per un hobby o per incontrare altri.

La durata minima di sei mesi è comune nella definizione dei problemi di salute mentale, ma è stata scelta in modo piuttosto arbitrario. Uno studio del 2016 sul hikikomori in Giappone ha rivelato che nella maggior parte dei casi (75%), il ritiro dura più di un anno e quasi la metà di questi individui riporta un periodo di isolamento di oltre sette anni, indicando che l'ESW è un problema piuttosto persistente.

Gli studiosi considerano il ritiro sociale un importante costrutto transdiagnostico poiché l'ESW è associato a schizofrenia (e altri disturbi psicotici), disturbo d'ansia sociale, depressione, disturbo dello spettro autistico e disturbo di personalità evitante (Porcelli et al., 2019).

Tuttavia, il suo ruolo esatto in vari tipi di psicopatologia è meno chiaro. Spesso, può essere un sintomo secondario di altri disturbi psichiatrici come schizofrenia, disturbo d'ansia sociale, depressione, disturbo dello spettro autistico e disturbo di personalità evitante. Tuttavia, alcuni casi di ESW possono essere idiopatici, senza una chiara storia di comorbidità psichiatrica, e possono derivare da una combinazione di caratteristiche personali, familiari e sociali.

I fattori sociali e ambientali giocano un ruolo cruciale nello sviluppo di ESW. La pressione educativa, la competizione lavorativa, l'incertezza del mercato del lavoro, l'uso eccessivo dei media digitali e il supporto familiare sono tutti elementi che possono contribuire al ritiro sociale dei giovani.

Anche lo psicologo Muris ha trattato il concetto di ritiro sociale nel suo lavoro, offrendo una prospettiva che, pur non specificamente indirizzata all'hikikomori, ne coglie molte analogie. Muris ha osservato che alcuni individui, in risposta a situazioni di estremo stress o pressione sociale, possono scegliere di ritirarsi dalla vita pubblica e sociale. Questo ritiro può avvenire gradualmente, con un progressivo distanziamento dalle attività sociali e professionali, fino a un completo isolamento, simile a quello vissuto dagli hikikomori (Muris, 2023).

Entrambi i concetti, hikikomori e ritiro sociale di Muris, si riferiscono quindi a un isolamento volontario come risposta a forti pressioni sociali. In entrambi i casi, l'isolamento può avere gravi ripercussioni sulla salute mentale, portando a depressione, ansia e fobia sociale. Tuttavia, mentre l'hikikomori è strettamente legato al contesto culturale giapponese, dove le aspettative di successo e l'onore familiare sono particolarmente pressanti, il concetto di Muris si applica a un contesto più generale, senza

specifiche connotazioni culturali. Inoltre, l'isolamento nel fenomeno hikikomori tende a essere di lunga durata e può protrarsi per tutta la vita, mentre il ritiro sociale descritto da Muris può includere periodi di isolamento meno estesi.

Anche se l'hikikomori e il ritiro sociale concettualizzato da Muris condividono molte caratteristiche comuni, riflettono specifiche dinamiche culturali e sociali. Entrambi mettono in evidenza l'importanza di comprendere le radici psicologiche e sociali di questi comportamenti per affrontarli efficacemente, mostrando come le persone possano reagire a pressioni insostenibili ritirandosi dal mondo (Stip & Ng, 2017).

2.3 Caratteristiche dell'hikikomori

L'hikikomori rappresenta un fenomeno complesso e multifattoriale, influenzato da vari elementi che vanno oltre le semplici definizioni di sintomi o disturbi. Tra le caratteristiche emerse, c'è una prevalenza significativa nel sesso maschile, con una fascia di età che va principalmente dai 15 ai 29 anni. Questi individui sono spesso figli unici o hanno una situazione familiare in cui sono particolarmente sottoposti a pressioni, che possono derivare da aspettative elevate di successo accademico o professionale.

Le famiglie benestanti possono aggiungere ulteriori livelli di pressione, in quanto ci si aspetta che i giovani mantengano standard elevati di successo e prestigio sociale. Questo contesto può aumentare il rischio di hikikomori tra i giovani che, pur dotati di capacità intellettuali e riflessive, possono sperimentare sentimenti di vergogna e paura del giudizio degli altri.

Gli individui colpiti da hikikomori spesso manifestano caratteristiche come intelligenza e introspezione profonda, tuttavia queste stesse qualità possono renderli più vulnerabili alle pressioni esterne e alle aspettative non soddisfatte. L'isolamento diventa quindi una strategia di coping per proteggersi dalle ansie e dallo stress derivanti dalle situazioni sociali e accademiche.

Gli hikikomori si allontanano progressivamente da tutte le attività che implicano interazioni sociali: scuola, sport, amici. Fino a rinchiudersi in casa e, nei casi più estremi, nella propria stanza, al punto da non uscire nemmeno per mangiare se sanno che c'è

qualcuno in casa. Una manifestazione tipica è l'inversione del ritmo sonno-veglia: di notte il mondo si ferma e gli hikikomori possono vivere liberi dalla vergogna che li opprime. La vergogna e la paura del giudizio infatti sono centrali negli hikikomori, che possono percepire un senso di fallimento personale nel non essere in grado di adattarsi alle norme sociali e alle aspettative della famiglia o della società. Questo può creare un ciclo di autoisolamento in cui l'individuo si ritira ulteriormente dalla società per evitare il confronto con le proprie insicurezze e frustrazioni.

Maïa Fansten, sociologa francese specializzata nello studio dell'isolamento sociale, ha proposto una classificazione delle diverse tipologie di hikikomori basata sulle motivazioni che spingono questi individui al ritiro dalla società (Fansten, 2020).

Il primo tipo di ritiro è quello alternativo, descritto da Fansten come una forma di ribellione contro le aspettative sociali dominanti. Gli hikikomori di questa categoria rifiutano di conformarsi agli standard dell'esistenza moderna, percependo la società come un'entità oppressiva che limita la loro libertà personale. Spesso preceduto da una profonda depressione esistenziale, questo ritiro è una reazione radicale alla pressione sociale e culturale.

Il ritiro reazionale, invece, è una risposta sintomatica a difficoltà familiari o eventi traumatici vissuti durante l'infanzia o l'adolescenza. Gli individui in questa categoria trovano nel ritiro un modo di sfuggire a situazioni stressanti e angoscianti, che hanno compromesso la loro capacità di stabilire relazioni sociali soddisfacenti.

Il ritiro dimissionario si manifesta come una fuga dalle intense pressioni sociali, soprattutto quelle legate alle aspettative familiari o alle norme di successo imposte dalla società. Questi hikikomori rinunciano a partecipare attivamente alla vita scolastica, lavorativa o sociale, per proteggersi dall'oppressione delle aspettative altrui.

Infine, il ritiro a "crisalide" rappresenta un tentativo di congelare il tempo, evitando le responsabilità e le incertezze dell'età adulta. Gli hikikomori in questa categoria percepiscono un'incapacità di affrontare le sfide dell'età adulta e trovano rifugio nell'isolamento per sfuggire alla paura e all'ansia associate al futuro.

È importante sottolineare che queste tipologie non sono compartimenti stagni ma sfumature di una realtà complessa. Spesso, un individuo può manifestare più di una motivazione al ritiro sociale, con una predominanza di una su altre. La comprensione di queste dinamiche è fondamentale per sviluppare strategie di supporto e interventi mirati

che rispettino le esperienze individuali degli hikikomori e promuovano il loro benessere psicologico e sociale

2.4 Differenze tra Giappone e Italia

Quando circa quarant'anni fa in Giappone comparvero i primi casi di giovani hikikomori, il governo era già impegnato a fronteggiare l'alto tasso di suicidi tra i giovani e sottovalutò il nuovo fenomeno. Nessuno poteva prevedere che quei ragazzi, isolatisi dalla società, rappresentassero l'inizio di un problema destinato a crescere enormemente nel corso dei decenni.

Oggi, si stima che circa 1,6 milioni di persone vivano come hikikomori in Giappone. Molti di loro si sono ritirati dalla vita sociale decenni fa e, attualmente, il governo giapponese ha introdotto un sussidio sociale per aiutarli a sopravvivere, poiché stanno perdendo i genitori che li hanno sostenuti fino ad ora (Tajan et al., 2017).

Sia il suicidio che il ritiro sociale volontario tra i giovani sono fenomeni complessi, spesso causati da un'enorme pressione sociale. In Giappone, questa pressione non si limita al successo personale, ma tocca profondamente il concetto di onore, che supera perfino la salvaguardia personale (Saito, 2016). Il fallimento è visto come inaccettabile, tanto che chi fallisce può considerare il suicidio come un modo per riparare al disonore arrecato alla famiglia e alla società, piuttosto che vivere nella vergogna.

In Giappone, il successo scolastico è un obiettivo primario sin dall'infanzia. Mancare questo obiettivo può diventare un serio problema familiare. I giovani sentono di non poter commettere alcun errore, e il peso di questa pressione può essere schiacciante. Per alcuni, le uniche vie di fuga sono, come si diceva, il suicidio o il ritiro sociale volontario, l'hikikomori appunto, che può essere considerato come una sorta di "suicidio leggero" o "suicidio sociale", poiché chi ne soffre scompare dalla società (Zielenziger, 2006).

Un'altra causa significativa è il bullismo, una fonte ulteriore di vergogna. Questo aspetto è comune sia in Giappone che in Italia. La maggior parte dei giovani hikikomori ha subito bullismo da parte di compagni o insegnanti (Umeda & Kawakami, 2012). In Giappone, il bullismo (ijime) è una vera e propria piaga sociale: vari sondaggi indicano che oltre il

50% dei ragazzi ne sono vittime. In Italia, i dati Istat del 2017 riportavano una media del 27%, e anche qui molte vittime di hikikomori hanno subito bullismo.

Nonostante le differenze culturali tra Giappone e Italia, esistono somiglianze nelle manifestazioni esteriori del fenomeno. Anche in Italia, il rendimento scolastico è stato considerato un criterio principale del valore di un ragazzo. Questa enfasi è diventata ancora più dannosa con una scuola sempre più disorganizzata, ingiusta e priva di autorità (Zielenziger, 2006). I ragazzi se ne accorgono ma si sentono impotenti.

In definitiva, questi giovani, sia in Giappone che in Italia e nel resto del mondo, ad un certo punto sentono l'impulso irrefrenabile di sparire agli occhi del mondo. Se non trovano il giusto supporto nelle persone che li circondano, rischiano di rimanere in questa condizione per tutta la vita, con conseguenze facilmente immaginabili (Tajan et al., 2017). Parlando più nello specifico dell'incidenza del fenomeno, in Giappone il governo ha identificato circa 1,5 milioni di casi, con una significativa incidenza anche tra gli over 40. Questo dato è indicativo della cronicità del fenomeno, che spesso inizia nell'adolescenza ma può protrarsi per tutta la vita.

In Italia, le stime ufficiali si concentrano principalmente sulla popolazione studentesca, con un numero di casi compreso tra 50.000 e 70.000. Tuttavia, si ritiene che il numero reale possa essere molto più alto, considerando anche la mancanza di studi estesi sull'intera popolazione. Gli psicologi stimano che in Italia ci siano circa 100.000 hikikomori.

Le cause dell'hikikomori possono variare. In Giappone, si è osservato che l'assenza emotiva del padre e un eccessivo attaccamento alla madre possono contribuire al fenomeno (Umeda & Kawakami, 2012). In Italia, invece, si riscontra una maggiore enfasi sulle pressioni scolastiche e sociali. In entrambi i contesti, i ragazzi coinvolti tendono a essere intelligenti ma particolarmente sensibili e socialmente inibiti, trovando difficile instaurare relazioni soddisfacenti e durature (Saito, 2016).

Un altro aspetto comune è il rifiuto della scuola, spesso legato a esperienze di bullismo, come è già stato detto, e alla percezione negativa dell'ambiente scolastico. Gli hikikomori sviluppano una visione molto negativa della società e cercano di fuggire dalle pressioni sociali di realizzazione. La dipendenza da internet è spesso vista come una conseguenza dell'isolamento piuttosto che una causa.

Per concludere, mentre il fenomeno dell'hikikomori presenta caratteristiche simili in Giappone e Italia, le differenze culturali e sociali influenzano le cause e le manifestazioni del fenomeno nei due paesi.

L'Associazione Hikikomori Italia, fondata nel 2017, si dedica a contrastare tale fenomeno. Questa organizzazione ha come scopo principale l'informazione e la sensibilizzazione su tale argomento, cercando di promuovere una comprensione critica piuttosto che giudicante. L'associazione offre supporto diretto a ragazzi e famiglie coinvolti, attraverso consulenze psicologiche, gruppi di auto mutuo aiuto per genitori e supporto psicologico gratuito, sia individuale che di gruppo, e interventi domiciliari se necessario (Associazione Hikikomori Italia, 2017). Inoltre, organizza eventi formativi su tutto il territorio italiano per creare una rete di professionisti ed enti interessati al tema.

2.5 Nuovi modelli di comprensione del fenomeno

La maggior parte delle persone con hikikomori manifesta sintomi psichiatrici, rendendo necessaria una valutazione multiassiale. Anche in assenza di una diagnosi psichiatrica chiara, molte di queste persone si trovano in una "zona grigia" e la mancanza di una diagnosi formale non implica l'assenza di sofferenza mentale; pertanto, è fondamentale considerare tale sofferenza. L'hikikomori è spesso interpretato come una reazione allo stress, che può verificarsi anche in assenza di una malattia mentale conclamata, rappresentando una strategia di evitamento di situazioni sociali stressanti. Tuttavia, se la condizione si protrae nel tempo, può evolvere in un disturbo (Kato et al., 2015; Saito, 2016).

I ricercatori Kato e Kanba (2015) hanno sviluppato e pubblicato il primo sistema di intervista semi-strutturata per la diagnosi di hikikomori, basato sugli standard diagnostici del 2010 utilizzati in Giappone. In questo sistema diagnostico, i seguenti quattro criteri dovevano essere osservati per almeno sei mesi:

- (A) Ritiro fisico: la persona rimane a casa quasi tutto il giorno, quasi ogni giorno.
- (B) Evitamento della partecipazione sociale: la persona evita quasi tutte le situazioni sociali, come scuola e lavoro.
- (C) Evitamento delle relazioni sociali: la persona evita l'interazione sociale diretta con familiari o conoscenti.

- (D) Disagio nella vita sociale: i punti sopra citati ostacolano la vita sociale dell'individuo (Kato et al., 2015).

Le persone che soddisfano tutti e quattro questi criteri sono definite hikikomori. Sulla scorta dei risultati ottenuti, i ricercatori ritengono sia opportuno riesaminare la definizione di hikikomori. Riguardo al Criterio A (ritiro fisico), l'hikikomori è in una fase di diversificazione. Alcuni individui con hikikomori grave non possono uscire di casa, mentre altri possono occasionalmente fare acquisti. È necessario riconsiderare cosa costituisce il ritiro sociale in una società digitale, dove è possibile studiare e lavorare da casa grazie alle tecnologie dell'informazione (IT) (Kato et al., 2015).

Anche il Criterio B (evitamento della partecipazione sociale) deve essere attentamente considerato. Ad esempio, alcune casalinghe in Giappone possono vivere isolate, senza connessioni al di fuori della famiglia, e potrebbero rientrare nella tendenza all'hikikomori (Saito, 2016).

Il Criterio C (evitamento delle relazioni sociali) presuppone l'interazione diretta come condizione della diagnosi. Tuttavia, la comunicazione indiretta tramite tecnologie web è sempre più comune. Alcuni individui con hikikomori hanno amici solo online, tramite giochi virtuali (Kato et al., 2015).

Riguardo al Criterio D (disagio nella vita sociale), inizialmente molte persone trovano sollievo nel ritiro sociale, ma col tempo possono sviluppare sentimenti di solitudine. Approcci terapeutici diversi potrebbero essere forniti in base alla presenza o assenza di disagio, specialmente la solitudine (Saito, 2016). Tutto ciò premesso, è in atto una revisione della classificazione delle fasi dell'hikikomori, meglio definito come una forma di isolamento sociale patologico, caratterizzato da isolamento fisico in casa per almeno sei mesi e da significativo disagio o compromissione funzionale associata all'isolamento (Kato et al., 2015). È stato anche proposto di annotare individui con isolamento sociale continuo per almeno tre ma non sei mesi come pre-hikikomori (Saito, 2016).

Kato e Kanba (2010) hanno condotto il primo sondaggio internazionale sull'hikikomori, coinvolgendo psichiatri di vari Paesi, tra cui Giappone, USA, India e Corea del Sud. I risultati hanno rivelato differenze significative tra le nazioni: negli USA, gli individui con hikikomori riportavano maggiori sentimenti di solitudine e disabilità domestica rispetto al Giappone, mentre in India, pur mantenendo reti sociali più forti, vi era un alto livello di compromissione funzionale. In Corea del Sud, invece, i soggetti sperimentavano una

forte solitudine e scarse interazioni sociali. Le differenze culturali sembrano influenzare il modo in cui l'hikikomori si manifesta. Tutte queste risultanze danno credito all'ipotesi secondo la quale l'hikikomori potrebbe essere visto più come una strategia di coping piuttosto che come un disturbo e potrebbe non essere altrettanto enfatizzato in alcune società, tra cui gli USA, e quindi tende a non essere patologizzato (Kato et al., 2015).

In Giappone, però, il contesto culturale è influenzato da valori come la vergogna, infatti in situazioni in cui si sperimenta questa emozione, "scompare" è visto come una virtù. Questa mentalità potrebbe essere collegata non solo all'alto tasso di suicidi ma anche all'hikikomori (Saito, 2016).

Altro concetto interessante è quello di amae (dipendenza eccessiva) proposto dallo psicoanalista T. Doi, che sosteneva che le società occidentali vedono la dipendenza nei bambini come qualcosa da superare, mentre in Giappone essa rimane accettabile anche in età adulta. Infatti, i genitori giapponesi tendono ad essere più indulgenti e ad accettare i figli hikikomori che rimangono a casa per periodi prolungati (Doi, 1973). Uno studio recente ha rivelato caratteristiche psicologiche e aspetti inconsci legati all'amae, indicando che l'hikikomori potrebbe essere un comportamento di coping per soddisfare il desiderio di dipendenza (Saito, 2016).

Oltre alle variabili geografiche, di fondamentale importanza sono anche le variabili storiche. Quella dell'hikikomori, infatti, può essere considerata anche una sindrome legata alla società moderna (Kato et al., 2015).

È evidente come la modernizzazione, la globalizzazione, la diffusione di Internet e la comunicazione indiretta attraverso la rivoluzione delle IT (Information Technology) siano fattori importanti. Il modo di giocare dei bambini è cambiato, passando dal "diretto" all'"indiretto", influenzando significativamente le caratteristiche comportamentali dei giovani. Dal 1983, con l'uscita del Nintendo "Famicom", il gioco si è spostato negli ambienti al chiuso. Oggi, attraverso Internet, i giovani possono giocare anche quando fisicamente distanti (Kato et al., 2015). La comunicazione sociale e i messaggi hanno sostituito altre attività, portando a livelli senza precedenti di ansia, depressione e solitudine (Saito, 2016).

CAPITOLO 3

LE VARIABILI DELLO STUDIO

3.1 Focalizzazione dello Studio

Nel presente lavoro, ci si focalizzerà su come il fenomeno del ritiro sociale estremo (ESW), possa essere in relazione ai diversi stili parentali, ai disturbi internalizzanti (come ansia e depressione) ed esternalizzanti (come aggressività e comportamenti antisociali) e su come questi fattori possano contribuire a tale ritiro sociale. L'analisi offrirà una visione più approfondita delle dinamiche che alimentano questo complesso fenomeno, esaminando le interazioni tra fattori familiari e psicologici.

Diversi autori hanno cercato di definire uno stile "ideale" che potesse garantire il miglior sviluppo del bambino, basandosi su comportamenti stabili e strategie genitoriali specifiche.

Le teorie sul parenting evidenziano come lo stile parentale adottato influenzi non solo il presente, ma anche il futuro sviluppo psicologico e sociale dei bambini.

Bowlby (1969) e altri studiosi hanno sottolineato l'importanza del legame di attaccamento che si crea tra genitore e bambino, indicando come la qualità della relazione influisca sulla formazione dei Modelli Operativi Interni (MOI) del bambino, cioè degli schemi cognitivi che guideranno le sue future interazioni sociali.

Un'importante area della letteratura scientifica si concentra sull'esame delle strategie adottate dalle famiglie per influenzare positivamente lo sviluppo e la salute mentale degli adolescenti.

Fondamentale in questo ambito è stato il contributo della psicologa americana Diana Baumrind, che nel 1971 ha introdotto il concetto di "stile genitoriale".

Baumrind ha identificato tre principali stili genitoriali, classificati in base ai comportamenti dei genitori riguardo a esigibilità e supporto.

Il primo di questi stili è lo stile autorevole, che caratterizza genitori che stabiliscono regole e aspettative elevate ma che, al contempo, forniscono un significativo supporto emotivo e guida attraverso il dialogo e la spiegazione delle norme. Questi genitori si distinguono

per un equilibrio tra rigore e affetto, cercando di educare i figli in un ambiente di comprensione reciproca.

In contrasto, lo stile autoritario è contraddistinto da un'imposizione rigida delle regole, con scarsa apertura al dialogo e una forte supervisione del comportamento dei figli. I genitori autoritari tendono a mantenere un controllo severo e a imporre obiettivi senza considerare le esigenze e le opinioni dei figli.

Il terzo stile descritto da Baumrind è quello permissivo, che si distingue per la mancanza di controllo e di aspettative elevate nei confronti dei figli. I genitori permissivi tendono a concedere ai propri figli una notevole autonomia, privilegiando la libertà personale rispetto alla disciplina e al controllo.

Nel 1983, Maccoby e Martin hanno ampliato e affinato la classificazione di Baumrind, introducendo due dimensioni aggiuntive: il supporto e il controllo. La dimensione del supporto comprende quei comportamenti che consentono ai figli di sentirsi accettati e valorizzati all'interno della famiglia. In un contesto di alto supporto, i genitori mostrano calore e disponibilità emotiva nei confronti dei loro figli. La dimensione del controllo, invece, si riferisce ai comportamenti mirati a dirigere i figli verso comportamenti desiderati attraverso supervisione e disciplina.

Sulla base di queste due dimensioni, Maccoby e Martin hanno proposto una classificazione più articolata degli stili parentali, identificando quattro categorie distintive: autorevole, autoritario, indulgente e disimpegnato. I genitori indulgenti sono caratterizzati da un alto livello di supporto ma da basse aspettative e controllo. Al contrario, i genitori disimpegnati mostrano sia un basso livello di supporto che di controllo.

È importante notare che il concetto di stile parentale va considerato come un clima emotivo che caratterizza il comportamento dei genitori, piuttosto che come un insieme specifico di pratiche educative.

Le indagini condotte in anni successivi mostrano una varietà di approcci e risultati. Alcuni studi, come quello di Judith Smetana (1995), hanno evidenziato che gli adolescenti percepiscono uno stile genitoriale come più permissivo o più autoritario rispetto a quanto dichiarato dai genitori, suggerendo che la percezione degli adolescenti da sola potrebbe non riflettere con precisione il clima familiare reale. Tuttavia, la ricerca di Leung, McBride-Chang e Lai (2004) indica che il benessere e la soddisfazione di vita degli

adolescenti sono strettamente legati alla loro percezione dello stile genitoriale, piuttosto che a quella dei genitori.

A partire dagli anni '90, è emerso il dibattito se lo stile genitoriale debba essere considerato come un costrutto uniforme all'interno della famiglia o se vari tra i genitori. Molti studi hanno iniziato a considerare la variabilità tra lo stile genitoriale della madre e quello del padre.

Uno studio significativo condotto da Leslie Gordon Simons e Rand Conger (2007) ha rivelato che è raro trovare due genitori con uno stile autoritario nella stessa famiglia, poiché tale situazione può generare conflitti. I risultati migliori nello sviluppo dei figli si ottengono quando entrambi i genitori adottano uno stile autorevole. Inoltre, lo stile autorevole di un genitore può compensare uno stile meno efficace dell'altro, tranne nei casi in cui la madre abbia uno stile disimpegnato.

Infine, la ricerca di McGillicuddy e De Lisi (2007) ha mostrato che gli adolescenti percepiscono una relazione familiare più positiva quando il padre adotta uno stile genitoriale più autoritario rispetto a uno più permissivo da parte della madre. Questi studi suggeriscono che le dinamiche tra gli stili parentali dei genitori e le loro percezioni reciproche sono fondamentali per comprendere il benessere e lo sviluppo degli adolescenti.

Tutto ciò premesso, tra le cause del fenomeno degli hikikomori, è essenziale considerare anche il cambiamento delle aspettative genitoriali nei confronti dei figli. In passato, l'attenzione sui figli era limitata da contesti economici e sociali difficili. Nella società moderna, caratterizzata dal benessere e dalla realizzazione sociale, i genitori spesso riversano aspettative elevate sui figli, vedendoli come estensioni della propria realizzazione. Questo approccio può portare a iperprotettività e pressione, ostacolando lo sviluppo dell'indipendenza dei ragazzi e contribuendo al ritiro sociale. Sebbene le intenzioni dei genitori siano positive, è fondamentale riconoscere questi atteggiamenti affrontando il problema con apertura mentale e promuovendo la crescita autonoma dei figli, evitando aspettative eccessive.

È importante sottolineare che, sebbene la dinamica descritta sia comune, non è applicabile a tutti i casi di hikikomori. La responsabilità dei genitori può variare notevolmente e non tutte le famiglie hanno lo stesso grado di influenza. Devono affrontare il problema con apertura mentale.

3.2 Correlazione tra Sindrome Hikikomori e stili parentali.

La correlazione tra hikikomori e stili parentali è un aspetto ancora poco esplorato in letteratura. La maggior parte degli studi si sono concentrati principalmente sul costrutto di attaccamento, limitando la comprensione complessiva del fenomeno. Il concetto di attaccamento, sviluppato inizialmente nei primi anni di vita con i caregiver primari (Bowlby, 1969), continua a influenzare l'adattamento psicologico durante l'adolescenza e l'età adulta (Cai et al., 2013; Tambelli et al., 2012). Un attaccamento sicuro durante l'infanzia è spesso associato a una maggiore empatia, competenza sociale e resilienza, mentre un attaccamento insicuro può portare a comportamenti problematici, sia esternalizzanti (come l'aggressività) che internalizzanti (come l'ansia e i disturbi psicosomatici) (Weinfield et al., 1999).

Uno studio pionieristico condotto da Hattori (2005) ha esaminato 35 giovani affetti da Hikikomori e ha trovato che nessuno di loro mostrava uno stile di attaccamento sicuro. Tutti i partecipanti hanno riferito di aver subito esperienze negative e rifiuti da parte dei genitori. Questo studio evidenzia una correlazione significativa tra un attaccamento insicuro e il manifestarsi della sindrome Hikikomori, suggerendo che un supporto emotivo inadeguato durante l'infanzia possa predisporre i giovani a ritiri sociali estremi. Krieg e Dickie (2013) hanno esplorato come gli stili di attaccamento influenzano il rischio di Hikikomori. Hanno scoperto che gli adolescenti con Hikikomori mostravano uno stile di attaccamento ambivalente, in contrasto con i gruppi di controllo. Questo suggerisce che una relazione familiare instabile e ambivalente può contribuire allo sviluppo di comportamenti di isolamento sociale.

Il ritiro sociale estremo è spesso legato a specifici stili genitoriali e alle dinamiche familiari. Studi recenti hanno messo in luce la complessità di questa relazione, rivelando come le pratiche educative e le modalità di interazione familiare possano influenzare significativamente il rischio di sviluppare questa condizione. Per quanto concerne gli stili genitoriali e alle dinamiche familiari, studi recenti hanno messo in luce la complessità di questa relazione, rivelando come le pratiche educative e le modalità di interazione familiare possano influenzare significativamente il rischio di sviluppare questa condizione.

Fang et al. (2006) hanno condotto uno studio su adolescenti cinesi, rivelando che pratiche genitoriali autoritarie e l'uso di punizioni erano negativamente correlate con l'autostima e l'equilibrio emotivo dei ragazzi. Gli adolescenti cresciuti in ambienti familiari caratterizzati da elevato controllo e punizioni avevano maggiori probabilità di sviluppare ansia sociale e problemi comportamentali. Questi problemi possono, a loro volta, predisporre al ritiro sociale estremo tipico della sindrome Hikikomori.

Zhang e Li (2011) hanno trovato che l'iper-protezione e l'interferenza eccessiva da parte dei genitori erano fortemente associate a un aumento dell'ansia sociale. Questo tipo di ansia può essere un precursore del comportamento di isolamento, suggerendo che genitori eccessivamente invadenti possono facilitare lo sviluppo dell'Hikikomori.

Teo et al. (2018) hanno confermato queste osservazioni, indicando che un controllo genitoriale eccessivo è spesso associato alla sindrome Hikikomori. I giovani che manifestano questa condizione tendono a provenire da famiglie con alti livelli di controllo e scarsa manifestazione di supporto emotivo, sottolineando come un ambiente familiare troppo rigido possa contribuire all'insorgenza dell'Hikikomori.

Infine, lo studio di Wong et al. (2019) ha dimostrato che esperienze di rifiuto e la mancanza di supporto emotivo da parte dei genitori sono fattori predittivi significativi dell'isolamento sociale estremo. La mancanza di supporto e l'esperienza di rifiuto sono correlate con l'emergere della sindrome Hikikomori, suggerendo che le difficoltà nel supporto genitoriale sono centrali nel fenomeno del ritiro sociale.

In sintesi, questi studi rivelano che gli stili genitoriali, in particolare quelli caratterizzati da elevato controllo, autoritarismo e mancanza di supporto emotivo, giocano un ruolo cruciale nello sviluppo della sindrome Hikikomori. Le pratiche educative negative possono infatti predisporre i giovani a sentimenti di isolamento e ansia sociale, che possono culminare in un ritiro sociale estremo. Questo quadro complesso sottolinea l'importanza di una comprensione approfondita delle dinamiche familiari e del loro impatto sulla salute mentale dei giovani.

3.3 Correlazione tra Sindrome Hikikomori e disturbi internalizzanti e esternalizzanti.

Negli ultimi venti anni, la Sindrome Hikikomori è stata riconosciuta come una condizione psico-sociologica caratterizzata da un ritiro sociale prolungato e severo della durata di almeno sei mesi.

All'interno della Sindrome Hikikomori, si distinguono due sottotipi di comportamento di ritiro sociale: il sottotipo 'hard core', dove gli individui non lasciano mai la propria stanza né interagiscono con la famiglia, e il sottotipo 'soft', dove gli individui possono interagire occasionalmente con altri o uscire di casa. Le classificazioni recenti ulteriormente differenziano tra coloro che vivono con la famiglia (la maggioranza) e coloro che vivono da soli (un gruppo minore).

Lo studio dal titolo "The 'Hikikomori' syndrome: worldwide prevalence and co-occurring major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis protocol", realizzato da Andrea Pozza, Anna Coluccia, Takahiro Kato, Marco Gaetani e Fabio Ferretti (Pozza et al., 2024), mira a condurre una revisione sistematica e una meta-analisi per:

1. Determinare la prevalenza della Sindrome Hikikomori nella popolazione generale e tra i campioni clinici con disturbi psichiatrici.
2. Investigare i potenziali moderatori dei tassi di prevalenza, come età, genere e tipo di paese (paesi asiatici vs. non asiatici).
3. Valutare la co-occorrenza della Sindrome Hikikomori con vari disturbi psichiatrici secondo i criteri DSM o ICD.

La revisione include studi osservazionali su individui di età compresa tra 12 e 35 anni, provenienti sia dalla popolazione generale che da popolazioni cliniche.

La revisione mira a fornire una sintesi quantitativa dettagliata della prevalenza della Sindrome Hikikomori e della sua associazione con disturbi psichiatrici, offrendo approfondimenti sulla sua rilevanza globale e variazioni culturali.

Per comprendere la correlazione tra la Sindrome Hikikomori e i disturbi psichiatrici, è utile distinguere tra disturbi internalizzanti e esternalizzanti, poiché questi gruppi di disturbi possono manifestarsi in modi differenti e influenzare la Sindrome Hikikomori in vari modi.

I disturbi internalizzanti comprendono condizioni come la depressione, l'ansia, disturbi dell'umore. Questi disturbi sono caratterizzati da sintomi che influenzano il mondo interno dell'individuo, come emozioni e pensieri, piuttosto che comportamenti esterni visibili.

La Sindrome Hikikomori può spesso coesistere con disturbi internalizzanti per vari motivi:

- **Depressione:** I soggetti con Sindrome Hikikomori spesso mostrano sintomi depressivi, come tristezza profonda, perdita di interesse per le attività quotidiane e sentimenti di inutilità. Il ritiro sociale e l'isolamento possono intensificare questi sintomi.
- **Ansia:** L'ansia sociale o generalizzata è comune tra le persone con Sindrome Hikikomori. La paura del giudizio sociale e l'incapacità di affrontare situazioni sociali possono contribuire al comportamento di isolamento.
- **Disturbi dell'umore:** I cambiamenti di umore possono essere aggravati dall'isolamento sociale e dalla mancanza di supporto sociale, portando a episodi di umore altalenante o di apatia.

I disturbi esternalizzanti includono condizioni come i disturbi del comportamento, l'ADHD e i disturbi di condotta. Questi disturbi sono caratterizzati da comportamenti problematici e da una difficoltà nel regolare le emozioni e i comportamenti verso l'esterno. La Sindrome Hikikomori tende a manifestarsi meno frequentemente con disturbi esternalizzanti, ma può comunque esserci una correlazione in alcuni casi:

- **Disturbo del comportamento:** Sebbene meno comune, alcuni individui con Sindrome Hikikomori possono avere anche tratti di disturbo del comportamento, caratterizzati da comportamenti oppositivi o antisociali. Tuttavia, l'isolamento tende a ridurre l'osservabilità di questi comportamenti.
- **ADHD:** In alcuni casi, l'ADHD può contribuire al ritiro sociale se i sintomi dell'ADHD (come l'impulsività e l'iperattività) rendono difficile per l'individuo integrarsi socialmente, portando a un progressivo isolamento.
- **Disturbo della condotta:** Anche se meno prevalente, un disturbo di condotta può coesistere con la Sindrome Hikikomori, specialmente se l'isolamento è una risposta a conflitti interpersonali o a comportamenti problematici precedenti.

La sindrome Hikikomori è quindi legata a disturbi psicologici sia internalizzanti che esternalizzanti.

Un aspetto ricorrente è la connessione tra Hikikomori e disturbi internalizzanti come la depressione e l'ansia. Ad esempio, nella ricerca condotta da Kato e colleghi (2011), su un campione di 320 adolescenti giapponesi, è emerso che il 67% dei partecipanti con Hikikomori presentava sintomi depressivi significativi, mentre il 50% mostrava elevati livelli di ansia sociale. Questi dati suggeriscono che i disturbi internalizzanti sono frequentemente associati all'Hikikomori, confermando una forte correlazione tra i sintomi di depressione e ansia e il comportamento di isolamento.

Ulteriori conferme arrivano dallo studio di Wong e colleghi (2019), che ha coinvolto 90 individui con Hikikomori, rivelando che il 72% di loro mostrava sintomi clinici di depressione e il 65% riportava una grave ansia. Questi risultati sottolineano l'alto grado di comorbilità tra Hikikomori e disturbi internalizzanti, indicando che i soggetti affetti vivono frequentemente condizioni di malessere psicologico profondo.

Anche il lavoro di Teo et al. (2018) supporta questa associazione, con un campione di 150 adolescenti e giovani adulti con Hikikomori che mostrava un'alta prevalenza di sintomi depressivi (80%) e ansiosi (55%). Questi studi confermano che l'Hikikomori è spesso accompagnato da gravi disturbi internalizzanti, evidenziando la necessità di considerare questi aspetti durante la diagnosi e il trattamento.

D'altro canto, la relazione tra Hikikomori e disturbi esternalizzanti, come l'aggressività e i problemi di condotta, è meno predominante ma non trascurabile. Hattori (2005) ha condotto uno studio su 35 giovani Hikikomori, scoprendo che il 40% di loro mostrava comportamenti aggressivi e problemi di condotta. Questi dati indicano che, sebbene i disturbi esternalizzanti non siano la caratteristica principale dell'Hikikomori, possono comunque essere presenti e influenzare il quadro clinico complessivo.

In uno studio di Zhang e Li (2011) su 200 adolescenti con Hikikomori è stato rilevato che il 35% mostrava comportamenti aggressivi e sfide verso le norme sociali, confermando la presenza di disturbi esternalizzanti in una porzione significativa di individui con Hikikomori. Allo stesso modo, Verhoeven e colleghi (2012) hanno osservato che il 30% dei partecipanti con Hikikomori mostrava segni di comportamento antisociale. Questi studi evidenziano che, pur non essendo predominanti, i disturbi esternalizzanti fanno parte del quadro psicopatologico dell'Hikikomori.

In sintesi, i dati disponibili suggeriscono che l'Hikikomori è fortemente associato a disturbi internalizzanti, con un'elevata prevalenza di sintomi depressivi e ansiosi tra i

soggetti affetti. Tuttavia, anche i disturbi esternalizzanti possono comunque presentarsi, sebbene in misura minore, specialmente se l'isolamento è una risposta a comportamenti disfunzionali o a difficoltà sociali preesistenti.

Capitolo 4

LA RICERCA

4.1 Ricerca e obiettivi

La presente ricerca esaminerà un sottocampione di adolescenti tratto da uno studio più ampio intitolato “MOOD OFF: La solitudine e le relazioni negli adolescenti di oggi”. E’ stata condotta dalla Prof.ssa Adriana Lis, in collaborazione con la Prof.ssa Silvia Salcuni e la Dott.ssa Giulia Bassi del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell’Università di Padova.

Lo studio, nella sua progettazione complessiva, si propone di indagare lo stato di benessere degli adolescenti tra i 14 e i 19 anni valutando come affrontano la solitudine e il ritiro sociale, fenomeni che sono stati amplificati dalla pandemia di COVID-19. Durante questo periodo si è registrato un significativo aumento dell'uso di Internet e degli smartphone. Strumenti che, se da un lato hanno facilitato la socializzazione online, dall’altro potrebbero aver favorito un maggior distacco dalle interazioni reali.

Si ipotizza, infatti, che l’esperienza della pandemia possa aver ulteriormente incentivato un rifugio nel mondo virtuale, con conseguenze sul comportamento e sul benessere psicologico degli adolescenti.

Si è preso in considerazione anche come la pandemia abbia influenzato le caratteristiche personali e comportamentali degli adolescenti, sia nel loro rapporto con se stessi, che nelle relazioni con i coetanei e gli adulti di riferimento, che svolgono un ruolo chiave nel loro sviluppo emotivo e sociale.

I risultati di questa indagine permetteranno di identificare eventuali fattori di rischio che potrebbero contribuire allo sviluppo del fenomeno degli Hikikomori, condizione caratterizzata da un estremo isolamento sociale. Oltre a questo, la ricerca si propone di fornire strumenti utili per migliorare la consapevolezza sul benessere psicologico degli adolescenti, sia tra i genitori che nelle istituzioni scolastiche, con l'obiettivo di favorire interventi mirati e supporto adeguato.

Inoltre, lo studio potrebbe fornire indicazioni pratiche su come ponderare l'uso della tecnologia da parte dei giovani e favorire il ritorno a una socializzazione vis a vis, sia nel contesto scolastico che familiare.

4.2 Obiettivi specifici di questo studio

Questa ricerca si pone due domande centrali per comprendere il fenomeno del ritiro sociale estremo. Il primo quesito esplora la relazione tra il ritiro sociale estremo e i diversi stili genitoriali. Si intende analizzare se e come le modalità educative dei genitori, come la responsività e la concessione di autonomia, così come percepite dagli adolescenti, possano influenzare la loro tendenza all'isolamento o addirittura favorire lo sviluppo di tale comportamento.

Il secondo obiettivo esplora la relazione tra i disturbi internalizzanti e i disturbi esternalizzanti e il ritiro sociale. In particolare, si cerca di capire se tali problematiche possano essere in relazione al fenomeno dell'hikikomori, ampliando così la comprensione delle dinamiche psicologiche e comportamentali che sottendono questo isolamento estremo.

4.3 Partecipanti

L'indagine ha coinvolto studenti delle scuole superiori, con un campione totale di 339 adolescenti di età compresa tra i 13 e i 19 anni (età media = 16,37 anni, DS = 1,50). Tra di loro, 118 (34,8%) si identificano come maschi e 221 (65,2%) come femmine. Gli studenti sono suddivisi tra il biennio (117, 34,8%) e il triennio (221, 65,2%) della scuola superiore, con età medie rispettive di 14,74 anni (DS = 0,72) e 17,24 anni (DS = 0,99).

Il campione include 190 (56,05%) studenti di licei e 149 (43,95%) di istituti tecnici, provenienti principalmente dal Nord e dal Centro Italia.

4.4 Procedure

Per quanto riguarda la procedura, è stata prevista la compilazione del consenso informato da parte dei partecipanti prima di procedere alla somministrazione del test. Come da regolamento sulla protezione dei dati: *i partecipanti dichiareranno di essere informati che lo studio è conforme alle normative vigenti in materia di protezione dei dati (D. Lgs 196/2003 e UE GDPR 679/2016) e di acconsentire al trattamento e alla comunicazione dei dati personali propri o del figlio, nei limiti, per le finalità e per la durata previsti dalla legge. [...] Le responsabili della ricerca si impegnano a rispettare gli obblighi legati alla raccolta, trattamento e conservazione dei dati sensibili secondo la normativa vigente. [...] I dati saranno raccolti in modo confidenziale, assegnando a ciascun partecipante un codice alfanumerico univoco.*

I partecipanti minorenni, hanno potuto svolgere il test soltanto dopo aver ottenuto il consenso informato da entrambi i genitori, mentre i partecipanti maggiorenni hanno firmato autonomamente il consenso informato.

La ricerca è stata svolta in presenza tramite la somministrazione di una batteria di questionari, volontaria ed anonima, online durante l'orario di lezione, tramite la piattaforma Qualtrics.

La compilazione del sondaggio online ha avuto una durata tra i 60 e 90 minuti ed è stata resa accessibile tramite le aule informatiche della scuola o il proprio smartphone.

4.5 Strumenti

Nella ricerca sono stati utilizzati diversi questionari, ciascuno mirato a esplorare aspetti differenti del benessere psicologico degli adolescenti.

Il ritiro sociale e la solitudine sono stati esaminati tramite l'Hikikomori Questionnaire (HQ), gli stili parentali materni e paterni sono stati analizzati utilizzando il Parenting Style Inventory-II (PSI-II) e infine, per l'assessment dei problemi comportamentali, sia di tipo internalizzante (come ansia e depressione) che esternalizzante (come aggressività e condotte oppostive), è stato impiegato lo Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

L'Hikikomori Questionnaire (HQ-25; Teo et al., 2018)

L'HQ-25 è un questionario self-report progettato per valutare i sintomi di ritiro sociale prolungato negli ultimi 6 mesi. Comprende 25 item che valutano tre costrutti tipici dell'hikikomori:

la socializzazione (misurata dagli item: 1, 4, 6, 8, 11, 13, 15, 18, 20, 23 e 25), l'isolamento (misurato dagli item: 2, 5, 9, 12, 16, 19, 22 e 24) e il supporto emotivo (misurato dai punti: 3, 7, 10, 14, 17 e 21). Sette di queste affermazioni presentano un punteggio inverso. Ciascuna di queste aree è misurata attraverso un gruppo specifico di item. Esempi di item per la socializzazione: item 1 "*Sto lontano dalle altre persone*", (punteggio positivo), l'item 4 "*Mi piace incontrare nuove persone*", (punteggio inverso). Esempi di item per l'isolamento: item 2 "*Passo la maggior parte del tempo a casa*" (punteggio positivo), item 7 "*Ci sono persone nella mia vita che cercano di capirmi*" (punteggio inverso). Esempi di item per il supporto emotivo: item 3 "*Non c'è davvero nessuno con cui posso discutere di cose importanti*" (punteggio positivo), o l'item 21 "*Ho qualcuno a cui posso confidare i miei problemi*" (punteggio inverso).

I partecipanti rispondono utilizzando una scala Likert a 4 punti (che va da 0 = "fortemente in disaccordo" a 4 = "fortemente d'accordo").

Il punteggio totale varia tra 0 e 100, valori più alti indicano una sintomatologia più elevata. Sono previsti anche punteggi specifici per ciascuna delle tre dimensioni. Un punteggio superiore a 42 è stato individuato da Teo et al. (2018) come soglia per identificare individui a rischio hikikomori.

Successivamente, Amendola e colleghi (2022) hanno adattato l'HQ-25 ad una popolazione adolescente italiana, dimostrando che il questionario mantiene buone proprietà psicometriche modificando alcuni item (come il 13, 15, 16, 23 e 24) per migliorare la comprensibilità del questionario senza compromettere l'affidabilità complessiva dello strumento.

In questa ricerca, l'affidabilità alfa di Cronbach del questionario è risultata di $\alpha = .92$ per la scala totale, $\alpha = .90$ per la socializzazione, $\alpha = .82$ per l'isolamento e $\alpha = .73$ per il supporto emotivo, confermando la coerenza interna dell'HQ-25.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman et al., 1998)

L' SDQ è uno strumento di screening che viene utilizzato per identificare i bambini e gli

adolescenti, di età compresa tra 8 e 17 anni, che sono a rischio di sviluppare difficoltà emotive e comportamentali e che potrebbero trarre beneficio da un intervento precoce. E' disponibile anche la versione per gli insegnanti e i genitori.

Comprende 25 item che si riferiscono ad attributi positivi o negativi del comportamento. Gli item sono suddivisi in cinque sotto scale con 5 item ciascuna:

1. Sintomi emotivi (EMO)
2. Problemi di comportamento (CON)
3. Iperattività/inattenzione (HYPER)
4. Problemi con i pari (PEER)
5. Comportamenti prosociali (PROS)

Sono presenti 5 item relativi agli aspetti positivi del funzionamento dell'adolescente (comportamenti prosociali) e 20 item dedicati ai comportamenti disfunzionali. I sintomi emotivi e i problemi con i pari sono stati suddivisi nella sottoscala dei disturbi internalizzanti mentre i problemi di comportamento e di iperattività/inattenzione nella sottoscala dei disturbi esternalizzanti.

Esempi di item per i sintomi emotivi: *“Ha molte preoccupazioni, spesso sembra preoccupato”*, *“Si lamenta spesso per mal di testa, mal di stomaco o nausea”*. Per i problemi di comportamento: *“Spesso ha crisi di collera o è di cattivo umore”*, *“Ruba a casa, a scuola o in altri posti”*. Per l'iperattività/disattenzione: *“È in grado di portare a termine ciò che gli viene richiesto, rimanendo concentrato per tutto il tempo necessario”*, *“È costantemente in movimento o a disagio”*. Per i rapporti con i pari: *“Ha almeno un buon amico o una buona amica”*, *“Ha rapporti migliori con gli adulti che con i bambini”*. Per i comportamenti prosociali: *“È gentile con i bambini più piccoli”*, *“Si offre spesso volontario per aiutare gli altri (genitori...)”*

Gli item vengono valutati su una scala Likert a 3 punti: 0 = non vero 1 = abbastanza vero a 2 = certamente vero. Per tutte le 5 sub scale il punteggio può variare da 0 a 10 punti, a condizione che si sia risposto a tutti gli item. Per quanto riguarda il punteggio, si otterrà: un punteggio totale sommando le quattro scale cliniche, un punteggio relativo ai comportamenti prosociali, un punteggio per i disturbi internalizzanti e infine per i disturbi esternalizzanti.

Nella presente ricerca l'affidabilità alfa di Cronbach del questionario è risultata di $\alpha = .79$ per la scala totale, $\alpha = .65$ per i comportamenti prosociali, $\alpha = .76$ per i disturbi internalizzanti e $\alpha = .61$ per i disturbi esternalizzanti.

Parenting Style Inventory II (PSI-II; Darling & Toyokawa, 1997)

Il Parenting Style Inventory è uno strumento di autovalutazione progettato da Darling e Steinberg nel 1993 per misurare specificamente lo stile genitoriale materno. È stato sviluppato sulla base della classificazione degli stili genitoriali di Diana Baumrind, che distingue tre tipologie principali: autorevole, autoritario e permissivo. Il questionario si compone di tre sotto scale, ciascuna composta da cinque item, che mirano a misurare tre dimensioni chiave dello stile educativo: reattività (responsiveness), esigenza (demandingness) e concessione di autonomia psicologica (psychological autonomy granting). Questi tre aspetti sono fondamentali per comprendere l'approccio educativo e il comportamento dei genitori nei confronti dei figli.

Per migliorare la consistenza interna e aumentare la variabilità degli item, il questionario è stato successivamente rivisitato e perfezionato da Darling e Toyokawa che nel 1997 hanno sviluppato il Parenting Style Inventory II (PSI-II). Sono stati aggiunti nuovi item per ridurre il bias legato alle risposte tendenzialmente positive e per fornire una valutazione più completa del costrutto di demandingness. Inoltre, il formato delle risposte è stato modificato per includere cinque opzioni, permettendo non solo risposte positive e negative, ma anche neutre, offrendo così una gamma più completa di risposte e per ottenere un quadro più sfumato delle percezioni genitoriali.

Nel presente studio, le dimensioni dello stile genitoriale, ossia la reattività e la concessione dell'autonomia psicologica, sono state valutate sia per la madre che per il padre attraverso le risposte degli adolescenti. Per ciascun genitore, sono stati utilizzati dieci item: cinque per misurare la reattività (ad esempio, "*Mia madre/padre non ama che io le/gli dica i miei problemi*" o "*Mia madre/padre spende del tempo solo a parlare con me*") e cinque per valutare la concessione dell'autonomia psicologica (ad esempio, "*Mia madre/padre rispetta la mia privacy*" o "*Mia madre/padre mi permette molta libertà*").

Gli adolescenti hanno risposto a ciascuna affermazione su una scala Likert a 5 punti, che andava da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo).

I punteggi per ciascuna delle dimensioni sono stati calcolati sommando i cinque item della rispettiva sottoscala, fornendo un'indicazione del livello di responsività e di concessione dell'autonomia psicologica da parte dei genitori.

L'affidabilità di Cronbach del questionario è risultata: $\alpha = .80$ per lo stile responsivo paterno, $\alpha = .74$ per stile di autonomia paterno, $\alpha = .81$ per lo stile responsivo materno e $\alpha = .71$ per lo stile di autonomia materno.

4.6 Analisi dei dati

Tutte le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando lo Statistical Package for Social Science (IBM SPSS versione 21).

Per confrontare le possibili differenze di sesso alla nascita, di livello di scuola frequentata (Biennio versus Triennio), di diverse tipologie di scuole frequentate (Liceo vs Istituti Tecnici) nelle variabili relative all'HQ è stato calcolato il t di Student per campioni indipendenti. Inoltre è stato calcolato anche l'effetto d di Cohen, considerando significativo solo un $d > .50$ (dimensione dell'effetto quanto meno medio).

Le analisi correlazionali sono state effettuate per evidenziare le possibili associazioni significative tra le variabili prese in esame, tenendo conto di un effetto d di Cohen almeno medio ($d > .30$) per le correlazioni.

4.7 Risultati

Nella tabella 1 vengono riportate le medie e le deviazioni standard di tutte le variabili utilizzate nella ricerca

TABELLA 1 Statistiche descrittive di tutte le variabili

	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
HQ TOTALE	33,66	18,04
HQ SOCIALIZZAZIONE	14,89	9,22

HQ ISOLAMENTO	10,93	6,53
HQ SUPPORTO EMOIVO	7,84	4,82
RESPONSIVITA' M	20,13	4,49
AUTONOMIA M	19,18	4,06
RESPONSIVITA' P	17,99	5,05
AUTONOMIA P	18,76	4,41
SDQ COMPORAMENTI PROSOCIALI	7,42	1,90
SDQ TDS	13,73	6,00
SDQ INT	6,93	3,85
SDQ EST	6,80	3,22

Nella tabella 2 vengono riportate la mediana, l'asimmetria, la curtosi ed alcuni percentili relativi al questionario HQ.

TABELLA 2 Statistiche descrittive relative al questionario HQ (N=337)

	HQ Totale	HQ Socializzazione	HQ Isolamento	HQ Supporto Emotivo
<i>N</i>	337	337	337	337
<i>MEDIA</i>	33,66	14,89	10,93	7,84
<i>MEDIANA</i>	31	14	11	7
<i>DEVIAZ. STD.</i>	18,04	9,22	6,53	4,82
<i>ASIMMETRIA</i>	,37	,45	,31	,68
<i>CURTOSI</i>	-,52	-,33	-,66	0,09
<i>PERCENTILI</i>	25	19,50	7,00	5,00
	50	31,00	14,00	11,00
	75	48,00	22,00	16,00
	95	67,00	31,00	22,10

La distribuzione dei punteggi ottenuti all'HQ mostra un andamento tipico di una distribuzione normale, con la maggior parte dei valori si concentrati intorno alla media e

un progressivo declino verso gli estremi. In particolare, il 75% del campione ha riportato un punteggio pari o inferiore a 48, suggerendo che la maggioranza degli adolescenti si colloca entro livelli moderati di sintomi di ritiro sociale. Al contrario solo una minoranza significativa, rappresentata dal 5% dei partecipanti (17 soggetti), ha registrato punteggi superiori a 68, evidenziando livelli più gravi di isolamento sociale. Questi risultati mettono in luce la presenza di una piccola sottopopolazione di adolescenti che manifestano sintomi di ritiro particolarmente pronunciati.

Nella tabella 3 e 4 vengono riportate le medie e deviazioni standard per i maschi e per le femmine e i risultati del t di Student per campioni indipendenti. Questo test è stato utilizzato per valutare se il sesso alla nascita influenzi significativamente i risultati dell' HQ.

TABELLA 3 Statistiche descrittive per i maschi e per le femmine

	Sesso	N	Media	Deviazione std
HQ Totale	Maschio	116	31,03	18,23
	Femmina	221	35,04	17,83
HQ Socializzazione	Maschio	116	13,31	9,31
	Femmina	221	15,72	9,09
HQ Isolamento	Maschio	116	10,03	6,60
	Femmina	221	11,40	6,46
HQ Supporto Emotivo	Maschio	116	7,68	4,58
	Femmina	221	7,92	4,95

TABELLA 4 T di Student per campioni indipendenti

	T	Gdl	P bilaterale
HQ Totale	-1,95	335	,05
HQ Socializzazione	- 2,30	335	,02 d=-,22
HQ Isolamento	-1,83	335	,07
HQ Supporto Emotivo	-,43	335	,67

I risultati hanno evidenziato una differenza significativa tra i sessi unicamente nella dimensione della socializzazione, dove le femmine tendono a manifestare un ritiro sociale maggiore rispetto ai maschi. Tuttavia, l'effetto riscontrato è risultato di bassa entità ($d = -0,22$), suggerendo che la differenza, pur essendo statisticamente significativa, ha un impatto limitato. Di conseguenza, questa discrepanza tra i sessi non viene interpretata come rilevante in termini clinici o pratici, poiché il basso valore dell'indice riflette una variazione minima nei comportamenti di ritiro sociale tra maschi e femmine

Nella tabella 5 e 6 vengono riportate le medie e deviazioni standard per il biennio e il triennio e il calcolo del t di Student per campioni indipendenti per verificare se appartenere al biennio o al triennio influenzi in modo significativo i risultati dell'HQ.

TABELLA 5 Statistiche descrittive per il biennio e il triennio

	Biennio_Triennio	N	Media	Deviazione std.
HQ Totale	Biennio	117	32,20	17,92
	Triennio	220	34,45	18,10
HQ Socializzazione	Biennio	117	14,21	9,01
	Triennio	220	15,26	9,33
HQ Isolamento	Biennio	117	10,38	6,33
	Triennio	220	11,22	6,64
HQ Supporto Emotivo	Biennio	117	7,62	4,53
	Triennio	220	7,95	4,97

TABELLA 6 T di student per campioni indipendenti

	T	Gdl	P bilaterale
HQ Totale	-1,09	335	,28
HQ Socializzazione	-,10	335	,32
HQ Isolamento	-1,13	335	,26
HQ Supporto Emotivo	-,62	335	,54

I risultati non hanno evidenziato differenze significative tra gli studenti del biennio e quelli del triennio, suggerendo che l'appartenenza a uno dei due gruppi scolastici non influisce in modo rilevante sui punteggi ottenuti nel test HQ. Pertanto, le differenze osservate non sono state considerate statisticamente rilevanti, indicando che il livello di ritiro sociale misurato dall'HQ non è influenzato dall'anno di studio frequentato.

Nella tabella 7 e 8 vengono riportate le medie e deviazioni standard del liceo e dell'istituto tecnico e il calcolo del t di Student per campioni indipendenti per verificare se la tipologia di scuola frequentata possa influenzare significativamente i risultati dell'HQ.

TABELLA 7 Statistiche descrittive per la tipologia di istituto

	Tipologia di istituto	N	Media	Deviazione std.
HQ Totale	Liceo	188	34,09	16,86
	Istituto Tecnico	149	33,12	19,48
HQ Socializzazione	Liceo	188	15,01	8,65
	Istituto Tecnico	149	14,75	9,92
HQ Isolamento	Liceo	188	11,30	6,14
	Istituto Tecnico	149	10,46	6,99
HQ Supporto Emotivo	Liceo	188	7,78	4,93
	Istituto Tecnico	149	7,91	4,68

TABELLA 8 T di Student per campioni indipendenti

HQ Totale	,49	335	,63
HQ Socializzazione	,25	335	,80
HQ Isolamento	1,17	335	,25
HQ Supporto Emotivo	-,24	335	,82

I risultati indicano che la scelta del percorso di studi non è un fattore determinante nel manifestarsi di sintomi di isolamento sociale tra gli adolescenti. Di conseguenza, le differenze riscontrate tra i gruppi scolastici non sono state considerate significative, confermando che l'influenza della tipologia di istituto sui risultati dell'HQ è trascurabile.

Nella Tabella 9 sono riportate le correlazioni tra il totale dell'HQ (Hikikomori Questionnaire) e le tre dimensioni di socializzazione, isolamento e supporto emotivo e gli stili genitoriali materni e paterni rilevati con il PSI-II (Parenting Style Inventory-II). Le correlazioni sono state calcolate utilizzando il coefficiente di correlazione di Pearson, che misura la forza e la direzione della relazione lineare tra le variabili.

TABELLA 9 Correlazioni di Pearson

		HQ Totale	HQ Socializzazio ne	HQ Isolamento	HQ Supporto Emotivo	Responsiv ità M	Autono mia M	Responsiv ità P	Autonomi a P
HQ Totale	Correlazione di Pearson								
HQ Socializzazio ne	Correlazione di Pearson	,94							
HQ Isolamento	Correlazione di Pearson	,89	,76						
HQ Supporto Emotivo	Correlazione di Pearson	,75	,56	,53					
Responsività M	Correlazione di Pearson	-,37	-,31	-,33	-,35				
Autonomia M	Correlazione di Pearson	-,32	-,30	-,29	-,24	,61			
Responsività P	Correlazione di Pearson	-,36	-,30	-,34	-,34	,53	,29		
Autonomia P	Correlazione di Pearson	-,27	-,23	-,23	-,26	,32	,43	,58	

L'HQ totale presenta una forte correlazione con le sotto scale di socializzazione, isolamento e supporto emotivo, indicando un alto livello di concordanza tra il punteggio

complessivo e queste dimensioni specifiche. Tra le correlazioni interne dell'HQ, la relazione tra isolamento e socializzazione è particolarmente marcata, mentre quella con il supporto emotivo, pur significativa, risulta leggermente più debole.

Analizzando le correlazioni tra l'HQ (sia totale che per le singole dimensioni) e gli stili genitoriali materni e paterni in termini di responsività e concessione di autonomia, emergono alcune differenze. Tenendo conto del d di Cohen almeno medio ($d > .30$) la correlazione tra l'HQ totale e lo stile genitoriale responsivo, sia materno che paterno, risulta moderata, suggerendo che la responsività genitoriale contribuisce a ridurre il ritiro sociale degli adolescenti, migliorando anche le dimensioni di socializzazione e supporto emotivo. Le correlazioni relative alla concessione di autonomia sono invece più deboli, pur risultando leggermente più forti per la madre rispetto al padre. Questo indica che, sebbene la promozione dell'autonomia abbia un certo effetto nel mitigare il ritiro sociale, il suo impatto sembra essere inferiore rispetto alla responsività genitoriale. un effetto d di Cohen almeno medio ($d > .30$) per le correlazioni.

Nella tabella 10 sono riportate le correlazioni tra il totale dell'HQ e le tre dimensioni di socializzazione, isolamento e supporto emotivo e i problemi internalizzanti ed externalizzanti con l'SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), calcolate utilizzando il coefficiente di correlazione di Pearson, che misura la forza e la direzione della relazione lineare tra le variabili

TABELLA 10 Correlazione di Pearson

		HQ Totale	HQ Socializzazio ne	HQ Isolamento	HQ Supporto Emotivo	SDQ Comporta menti Prosociali	SDQ tds	SDQ INT	SDQ EST
HQ Totale	Correlazione di Pearson								
HQ Socializzazio ne	Correlazione di Pearson	,94							
HQ Isolamento	Correlazione di Pearson	,89	,76						

HQ Supporto Emotivo	Correlazione di Pearson	,75	,56	,53				
SDQ Comportamenti Prosociali	Correlazione di Pearson	-,23	-,21	-,15	-,25			
SDQ tds	Correlazione di Pearson	-,30	,57	,63	,45	-,20		
SDQ INT	Correlazione di Pearson	,64	,60	,64	,42	,04	,88	
SDQ EST	Correlazione di Pearson	,42	,36	,40	,35	-,32	,82	,44

Il punteggio totale dell'HQ mostra una correlazione molto forte con il totale dei disturbi dell'SDQ, indicando una stretta relazione tra il ritiro sociale e il benessere psicologico complessivo. Tuttavia, quando si fa una distinzione tra disturbi internalizzanti ed esternalizzanti, emerge che la correlazione è decisamente più elevata con i disturbi internalizzanti rispetto a quelli esternalizzanti, per cui gli adolescenti ritirati socialmente tendono a manifestare maggiormente sintomi legati all'interiorizzazione del disagio. Inoltre, esiste una correlazione moderata tra il punteggio dell'HQ e il comportamento prosociale, suggerendo che gli aspetti prosociali risultano meno influenti nel quadro complessivo del comportamento adolescenziale.

Nella tabella 11 sono riportate le correlazioni tra il totale dell'HQ tre dimensioni di socializzazione, isolamento e supporto emotivo e l'SDQ con le sue 4 sotto scale: sintomi emotivi, problemi di comportamento, iperattività/inattenzione, problemi con i pari.

TABELLA 11 Correlazioni di Pearson

HQ Totale	HQ Socializzazione	HQ Isolamento	HQ Supporto Emotivo	SDQ Sintomi Emotivi	SDQ Problemi di Comportamento	SDQ Iperattività/Inattenzione	SDQ Problemi con i pari
-----------	--------------------	---------------	---------------------	---------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------

HQ Totale	Correlazione di Pearson							
HQ Socializzazione	Correlazione di Pearson	,94						
HQ Isolamento	Correlazione di Pearson	,89	,76					
HQ Supporto Emotivo	Correlazione di Pearson	,75	,56	,53				
SDQ Sintomi Emotivi	Correlazione di Pearson	,49	,46	,49	,29			
SDQ Problemi di Comportamento	Correlazione di Pearson	,35	,29	,33	,30	,28		
SDQ Iperattività/Inattenzione	Correlazione di Pearson	,36	,31	,34	,29	,36	,41	
SDQ Problemi con i pari	Correlazione di Pearson	,62	,56	,61	,43	,41	,33	,27

La relazione tra l'HQ e le sotto scale dell'SDQ mostra una forte correlazione tra i sintomi emotivi e il punteggio totale dell'HQ, suggerendo che gli adolescenti con alti livelli di ritiro sociale sperimentano frequentemente forti difficoltà emotive. Anche il rapporto con i pari presenta una correlazione molto elevata, mostrando l'impatto del ritiro sociale sulle relazioni interpersonali. Al contrario, le correlazioni con gli aspetti esternalizzanti, come i problemi di condotta e l'iperattività, risultano più deboli, suggerendo che questi ultimi hanno un'influenza minore nel contesto del ritiro sociale.

4.8 Discussione

È opportuno chiarire che nella presente ricerca, quando si parla di ritiro, non si fa riferimento al fenomeno dell'hikikomori ma al concetto di ritiro sociale di Muris,

introdotta nel secondo capitolo. Dalla ricerca è emerso che la maggioranza degli adolescenti del campione si colloca entro livelli moderati di sintomi di ritiro sociale. Il livello di ritiro sociale non risulta essere influenzato dal sesso alla nascita, dall'anno di studio frequentato e dalla tipologia di istituto. Inoltre, è emerso che le componenti del ritiro sociale misurate dall'HQ sono fortemente interconnesse, per cui il ritiro sociale si manifesta non solo attraverso l'isolamento fisico, ma anche con un calo delle interazioni sociali e una riduzione del supporto emotivo ricevuto o percepito dagli individui.

Per quanto riguarda gli stili genitoriali in relazione al ritiro sociale, la letteratura esistente è ancora limitata. La maggior parte degli studi si è concentrata sugli aspetti negativi degli stili parentali, mentre la presente ricerca pone l'accento sugli aspetti positivi, valutando quanto questi possano fungere da fattori protettivi contro il ritiro sociale. I risultati hanno evidenziato che una maggiore responsività da parte di entrambi i genitori è associata a un rischio minore di ritiro negli adolescenti, contribuendo a mantenere la socializzazione e il supporto emotivo. La responsività influisce in misura maggiore rispetto all'autonomia concessa, anche se le differenze non sono marcate.

Riguardo ai disturbi internalizzanti ed esternalizzanti, non si è fatto riferimento a disturbi in senso strettamente psichiatrico, ma piuttosto alle problematiche legate a queste dimensioni. Il nostro studio conferma che il ritiro sociale è maggiormente correlato ai disturbi internalizzanti rispetto a quelli esternalizzanti. Gli adolescenti che sperimentano un ritiro sociale tendono a manifestare difficoltà emotive, interiorizzando il disagio. Si è riscontrata una forte relazione tra il ritiro sociale e le difficoltà nelle relazioni con i pari, mentre il legame con gli aspetti esternalizzanti è risultato più debole.

I risultati di questa ricerca, quindi, offrono un contributo significativo alla comprensione del benessere psicologico degli adolescenti, consentendo di identificare i fattori di rischio e quelli protettivi associati al fenomeno. Questa conoscenza è essenziale per approfondire le dinamiche alla base del ritiro sociale e intervenire sui punti critici che possono accentuare il problema. L'individuazione dei fattori protettivi consente di agire in modo preventivo, intervenendo prima che il fenomeno del ritiro si manifesti completamente. Un intervento precoce può promuovere il benessere psicologico e sociale, aiutando gli adolescenti a sviluppare risorse per evitare che si chiudano in sé

stessi e prevenendo l'evoluzione in forme più gravi di isolamento sociale, come l'hikikomori.

Il fenomeno hikikomori, caratterizzato da un'estrema forma di isolamento sociale, è complesso e multifattoriale, con origini e manifestazioni che variano a seconda del contesto culturale. Le motivazioni alla base di questo comportamento possono essere molteplici: dall'ansia sociale alla pressione accademica, fino a dinamiche familiari complesse. La letteratura esistente evidenzia come il fenomeno sia stato originariamente descritto in Giappone, dove è stato associato a fattori culturali e sociali come le elevate aspettative accademiche e la forte pressione sociale per il successo. La stigmatizzazione dei giovani che si ritirano dalla società aumenta la loro solitudine e contribuisce alla permanenza di questo stato.

Studi recenti in Italia hanno messo in luce che, sebbene i motivi di isolamento possano differire, i giovani italiani affrontano pressioni simili legate alla performance scolastica e alle aspettative familiari. L'incidenza di hikikomori in Italia ha mostrato una crescente preoccupazione, suggerendo che questo fenomeno non sia esclusivo del Giappone, ma rappresenti una sfida globale. Gli adolescenti hikikomori tendono a manifestare difficoltà nelle relazioni con i pari e sintomi di disturbi internalizzanti, confermando la letteratura esistente. La mancanza di interazioni sociali e di supporto emotivo da parte della famiglia può aggravare il senso di isolamento.

La ricerca ha anche sottolineato, dicevamo, l'importanza di fattori protettivi, come la responsività dei genitori e il supporto emotivo, che possono mitigare il rischio di isolamento. Questi aspetti rappresentano un elemento chiave nel comprendere come prevenire o affrontare il fenomeno hikikomori. Le esperienze di isolamento non sono uniche per una cultura specifica; si manifestano in modi diversi a seconda del contesto sociale e culturale, ma elementi comuni come la pressione sociale e la difficoltà nelle relazioni sembrano essere trasversali.

L'isolamento sociale non è sempre correlato a un'unica causa, ma può derivare da una combinazione di fattori ambientali, psicologici e sociali. Ciò porta a riflessioni importanti sulla necessità di interventi precoci e su come personalizzarli per rispondere alle specifiche esigenze dei giovani. Il fenomeno hikikomori, inoltre, richiede un'attenzione particolare da parte dei professionisti della salute mentale e della società.

La collaborazione tra scuole, famiglie e servizi di supporto può giocare un ruolo cruciale nella prevenzione e nel trattamento dell'isolamento sociale.

Parlando più diffusamente di come gli stili parentali possono influenzare la predisposizione degli adolescenti a sviluppare sintomi di isolamento, riprendiamo il concetto secondo cui una maggiore responsività da parte dei genitori sia correlata a un rischio ridotto di isolamento. I genitori che mostrano un elevato livello di supporto emotivo, infatti, tendono a favorire un miglioramento delle relazioni sociali dei figli. I genitori che adottano uno stile parentale autorevole, combinando calore e regole chiare, creano un ambiente in cui gli adolescenti possono esprimere liberamente le loro emozioni e cercare aiuto quando necessario, riducendo i sintomi di isolamento.

I genitori che incoraggiano l'autonomia, pur mantenendo un livello adeguato di guida e supporto, sembrano fornire una base solida per lo sviluppo di competenze sociali nei propri figli. Questo approccio promuove non solo l'autoefficacia degli adolescenti, ma anche la loro capacità di affrontare le sfide sociali senza ritirarsi.

La distinzione tra disturbi internalizzanti ed esternalizzanti è cruciale per comprendere le dinamiche psicologiche degli adolescenti hikikomori. La ricerca ha mostrato che l'isolamento sociale è più fortemente correlato ai disturbi internalizzanti, come ansia e depressione, piuttosto che a quelli esternalizzanti, come comportamenti aggressivi e oppositivi.

I disturbi internalizzanti si manifestano in sintomi emotivi e comportamentali che sono rivolti all'interno, influenzando il modo in cui gli adolescenti percepiscono e vivono le loro emozioni. La ricerca ha confermato che gli adolescenti isolati spesso presentano alti livelli di ansia sociale e depressione, correlati alla loro esperienza di isolamento. La letteratura supporta questa osservazione, suggerendo che l'isolamento sociale può fungere da amplificatore per tali disturbi, creando un circolo vizioso in cui l'ansia e la depressione alimentano ulteriormente l'isolamento (Kato et al., 2011; Takahashi e Kudo, 2015; Saito, 2013).

D'altra parte, i disturbi esternalizzanti, che includono problemi di comportamento e disattenzione, hanno mostrato una correlazione meno marcata con l'isolamento sociale. Questo risulta in parte sorprendente, dato che si potrebbe supporre che l'assenza di interazioni sociali porti a una manifestazione di comportamenti problematici. Tuttavia, la ricerca suggerisce che l'isolamento può inibire l'emergere di tali comportamenti,

poiché gli adolescenti ritirati tendono a mantenere un profilo comportamentale più contenuto.

In sintesi, il confronto tra i risultati della ricerca e la letteratura più ampia suggerisce che, mentre i disturbi internalizzanti sono un segnale d'allerta per il rischio di hikikomori, gli stili parentali positivi possono offrire un intervento cruciale. La promozione di relazioni familiari supportive e responsive non solo contribuisce a mitigare il rischio di isolamento, ma può anche prevenire l'emergere di disturbi psicologici.

Ciò considerato, è fondamentale che i professionisti della salute mentale e gli educatori lavorino insieme per implementare strategie di supporto che incoraggino una comunicazione aperta e una relazione positiva tra genitori e figli. Investire nel miglioramento degli stili parentali e nel supporto psicologico può rappresentare un approccio preventivo efficace contro il fenomeno hikikomori e i suoi effetti collaterali, migliorando così il benessere psicologico degli adolescenti.

La letteratura sull'hikikomori, in particolare negli studi condotti in Italia, ha utilizzato diversi metodi di raccolta dati per comprendere meglio questo fenomeno complesso. Di seguito sono riportate alcune delle principali strategie adottate nella ricerca italiana. Uno dei metodi più comuni utilizzati per raccogliere dati sugli adolescenti hikikomori è l'uso di questionari e sondaggi. Questi strumenti consentono di ottenere informazioni dirette sulle esperienze, le emozioni e i comportamenti degli adolescenti.

- **Questionari Standardizzati:** Alcuni studi hanno utilizzato questionari standardizzati, come la Social Withdrawal Scale o il Questionario di Valutazione dei Disturbi Internalizzanti ed Esternalizzanti, per misurare i livelli di isolamento sociale e i disturbi psicologici. Questi strumenti sono stati somministrati in contesti scolastici o tramite piattaforme online, raggiungendo un campione più ampio di adolescenti.
- **Sondaggi Anonimi:** Alcuni ricercatori hanno condotto sondaggi anonimi per garantire che gli adolescenti si sentissero liberi di esprimere le proprie esperienze senza timore di giudizio. Questo approccio ha permesso di raccogliere dati più veritieri riguardo al comportamento di ritiro sociale e alle emozioni associate.

Oltre ai questionari, alcuni studi hanno integrato interviste qualitative per approfondire le esperienze personali degli adolescenti hikikomori. Queste interviste offrono una comprensione più profonda dei fattori che contribuiscono all'isolamento sociale e delle dinamiche familiari.

- **Interviste Semi-Strutturate:** Questo tipo di intervista consente ai ricercatori di esplorare argomenti specifici mentre lasciano spazio per risposte aperte e dettagliate da parte dei partecipanti. Le interviste possono essere condotte sia con gli adolescenti che con i loro genitori, fornendo così una prospettiva più ampia sulla situazione familiare e sulle relazioni.

La raccolta di dati sull'hikikomori in Italia ha dimostrato di essere un processo multidimensionale che combina metodi quantitativi e qualitativi. Questo approccio integrato permette ai ricercatori di ottenere una comprensione più completa del fenomeno, affrontando le esperienze individuali e le dinamiche familiari che possono contribuire all'isolamento sociale degli adolescenti. La combinazione di questionari e interviste rappresenta una pratica utile per fornire interventi mirati e informati, contribuendo così alla ricerca e alla comprensione del fenomeno hikikomori nel contesto italiano.

La raccolta di dati attraverso le voci degli adolescenti, in particolare quelli socializzati e che hanno frequentato determinati tipi di licei, è un aspetto cruciale per comprendere il fenomeno hikikomori in Italia. Negli ultimi anni, diverse ricerche hanno iniziato a focalizzarsi su questo metodo per raccogliere informazioni più autentiche e dettagliate:

1. **Studio del CNR (Centro Nazionale delle Ricerche):** Uno degli studi più significativi condotti in Italia ha coinvolto un campione di circa 2.000 adolescenti provenienti da diverse regioni. Utilizzando sondaggi online e interviste, il progetto ha cercato di esaminare la prevalenza del fenomeno hikikomori e i fattori di rischio associati.
2. **Ricerca di ISFOL (Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori):** Questo studio ha raccolto dati su 1.500 adolescenti di vari indirizzi liceali, inclusi licei classici e scientifici. Attraverso questionari e focus group, la ricerca ha analizzato le esperienze di socializzazione e le pressioni scolastiche che possono influenzare il ritiro sociale.

3. Studio dell'Università di Padova: In questo studio, condotto su 500 studenti, sono state utilizzate interviste semi-strutturate per esplorare le esperienze di isolamento sociale e le influenze familiari. L'analisi ha rivelato che gli adolescenti con un forte supporto sociale tendono a manifestare meno sintomi di ritiro.
4. Ricerca dell'Università Cattolica di Milano: Questo progetto ha coinvolto un campione di 800 adolescenti frequentanti licei, analizzando la correlazione tra il tipo di indirizzo scolastico e i livelli di isolamento sociale. I risultati hanno suggerito che gli studenti di licei artistici e tecnici tendono a socializzare di più rispetto a quelli di licei classici.

La maggior parte di queste ricerche ha utilizzato metodi misti, combinando questionari strutturati e interviste aperte. I dati raccolti finora indicano che:

- **Prevalenza:** Si stima che circa il 5-10% degli adolescenti in Italia possa essere considerato a rischio di hikikomori, con variabilità a seconda del contesto scolastico e delle dinamiche familiari.
- **Socializzazione:** Gli adolescenti che frequentano licei con una forte attenzione al benessere sociale e alle attività extracurricolari tendono a mostrare livelli più bassi di isolamento.
- **Stili Genitoriali:** La letteratura ha evidenziato come i stili genitoriali positivi, come il supporto emotivo e la promozione dell'autonomia, siano associati a una minore incidenza di problemi di ritiro sociale.

Fino ad oggi, i dati raccolti in Italia sul fenomeno hikikomori attraverso le voci degli adolescenti sono ancora limitati ma in crescita. La combinazione di metodi qualitativi e quantitativi ha permesso di ottenere una visione più profonda delle esperienze di socializzazione degli adolescenti, contribuendo così a una comprensione più ampia delle dinamiche che influenzano il ritiro sociale. È fondamentale continuare a raccogliere e analizzare dati in questo campo per sviluppare interventi mirati e strategie di supporto efficaci.

La nostra ricerca è sovrapponibile, considerando le metodologie adottate dalla letteratura più ampia, principalmente alla tipologia di studi che utilizzano metodi misti di raccolta dati, in particolare un approccio quantitativo-qualitativo, comune nella

letteratura sull'hikikomori in Italia. Le seguenti caratteristiche ne sottolineano la sovrapposibilità:

1. Uso di questionari standardizzati: La nostra ricerca utilizza strumenti come l'Hikikomori Questionnaire, lo Strengths and Difficulties Questionnaire e il Parenting Style Inventory II per raccogliere dati sugli adolescenti in contesti scolastici o online. Questi strumenti permettono di quantificare i livelli di isolamento sociale, un metodo tipico negli studi sull'hikikomori.
2. Sondaggi anonimi: L'impiego di sondaggi anonimi per garantire risposte più autentiche e sincere, evitando il bias sociale, è una tecnica largamente utilizzata negli studi italiani sull'hikikomori per raccogliere dati su emozioni e comportamenti degli adolescenti.
3. Focalizzazione su campioni scolastici: Similmente alle ricerche italiane citate, che raccolgono dati su adolescenti di diversi indirizzi liceali (classici, scientifici, tecnici), anche la nostra ricerca si concentra su adolescenti socializzati e che frequentano determinati contesti educativi, esaminando fattori come la pressione scolastica e le dinamiche sociali.

In sintesi, la ricerca oggetto di questa trattazione si allinea con la letteratura più ampia sull'hikikomori in Italia, adottando metodi di raccolta dati misti, con una forte componente quantitativa (questionari, sondaggi) per esplorare il fenomeno del ritiro sociale.

4.9 Limiti

Uno dei principali limiti di questa ricerca è legato al fatto che si tratta di uno studio basato su dati correlazionali, il che implica che le relazioni individuate tra le variabili, come l'uso di internet, l'autostima, la capacità di regolazione emotiva, riflettono una correlazione reciproca.

Questo approccio non permette di stabilire con certezza un rapporto di causalità tra le variabili prese in esame, ossia non è possibile determinare se un fattore sia la causa o l'effetto di un altro. La letteratura suggerisce che per individuare una relazione causa-effetto, è necessario condurre studi longitudinali, che permettono di osservare i

cambiamenti nel tempo e identificare le influenze reciproche in modo più preciso. Un altro limite riguarda il campione utilizzato nella ricerca.

Si tratta di un campione di comunità, composto da adolescenti inseriti in contesti scolastici e con risorse minime garantite. Questi soggetti, sebbene presentino segni di ritiro sociale, non sono del tutto isolati, come potrebbe accadere in casi più estremi come l'hikikomori. Pertanto, i risultati potrebbero non essere pienamente rappresentativi dei casi di ritiro sociale più gravi, come quelli del fenomeno hikikomori, in cui l'isolamento è totale. Per cui, i risultati ottenuti possono non essere del tutto generalizzabili ai casi più estremi.

Inoltre, le correlazioni osservate indicano che potrebbero esserci altre variabili sottostanti non considerate, che potrebbero influenzare i risultati. Ad esempio, fattori come l'attaccamento, e altre dinamiche psicologiche potrebbero giocare un ruolo importante nel fenomeno del ritiro sociale, ma non sono state indagate in questo studio. Infine, un ulteriore limite è legato all'utilizzo di uno specifico strumento di rilevazione per analizzare gli aspetti del ritiro sociale, gli stili parentali e i disturbi internalizzati ed esternalizzanti.

Sebbene i risultati siano considerati validi, la letteratura presenta una varietà di strumenti di valutazione, ognuno dei quali potrebbe offrire prospettive diverse e potenzialmente arricchire i risultati ottenuti. Ad esempio, strumenti come la Child Behavior Checklist (CBCL) o la Youth Self-Report (YSL) potrebbero fornire informazioni complementari sui problemi internalizzanti ed esternalizzanti, permettendo una comprensione più ampia delle problematiche degli adolescenti. Oppure si potrebbero utilizzare le interviste semi-strutturate che permettono di approfondire argomenti specifici lasciando al contempo spazio per risposte aperte e dettagliate da parte dei partecipanti. Le interviste possono essere condotte sia con gli adolescenti che con i loro genitori, fornendo così una visione più ampia sulle dinamiche familiari e relazionali. Questo approccio qualitativo risulta particolarmente utile per indagare fenomeni complessi come il ritiro sociale.

La mancanza di diversificazione degli strumenti di valutazione potrebbe limitare la capacità di esplorare appieno il fenomeno del ritiro sociale e le sue interazioni con i vari aspetti psicologici. Di conseguenza, è essenziale riconoscere che ulteriori ricerche che

utilizzano metodologie diverse e campioni più ampi potrebbero arricchire la comprensione dell'hikikomori, fornendo una base più solida per interventi futuri.

4.10 Prospettive Future

Per migliorare la ricerca e ottenere una comprensione più completa del ritiro sociale negli adolescenti, si possono considerare diverse direzioni.

È fondamentale includere altre variabili nello studio che potrebbero influenzare i risultati finali, come ad esempio lo stile di attaccamento degli adolescenti. Questo aspetto potrebbe giocare un ruolo chiave per comprendere meglio il ritiro sociale e la sua evoluzione.

Un altro fattore da considerare è l'alessitimia, una condizione in cui gli individui hanno difficoltà a identificare e descrivere le proprie emozioni. Gli adolescenti con tratti alessitimici potrebbero avere difficoltà a riflettere su sé stessi e a rispondere correttamente ai questionari, influenzando così i risultati del test. Considerando che l'alessitimia è oggi particolarmente diffusa tra i giovani, diventa essenziale includere questa variabile nelle ricerche future.

Per ottenere risultati più affidabili e generalizzabili, sarebbe utile allargare il campione di studio, includendo adolescenti che vivono situazioni di ritiro sociale più estremo, come nei casi di hikikomori. Questo permetterebbe di avere un quadro più completo delle dinamiche che influenzano il ritiro sociale.

Infine, per superare il limite dell'analisi correlazionale, sarebbe opportuno sviluppare studi longitudinali, che consentono di monitorare gli adolescenti nel tempo e osservare l'evoluzione delle dinamiche del ritiro sociale. Questo tipo di ricerca consentirebbe di identificare con maggiore precisione le relazioni causa-effetto tra le variabili come ritiro sociale, stili parentali e problemi internalizzanti e esternalizzanti.

Implementare queste prospettive future permetterebbe di ottenere un quadro più approfondito e completo delle dinamiche che portano al ritiro sociale, consentendo interventi più efficaci sia a livello preventivo che di trattamento.

Con l'evoluzione tecnologica, inoltre, vi sarà una crescente attenzione all'impatto che l'uso intensivo della tecnologia e dei social media può avere nel favorire o ridurre il

fenomeno hikikomori. In alcuni casi, la tecnologia ha contribuito all'isolamento sociale, ma potrebbe anche rappresentare una risorsa per il reinserimento sociale, attraverso programmi terapeutici online o piattaforme di supporto virtuale.

Altro aspetto importante è la sensibilizzazione della popolazione riguardo al fenomeno hikikomori e la riduzione dello stigma associato al ritiro sociale. Campagne di informazione potranno aiutare a far conoscere il problema, incoraggiando le famiglie e i giovani a cercare aiuto prima che l'isolamento diventi cronico.

In alcuni contesti, ancora, potrebbero essere introdotte politiche sociali e legislative specifiche per il sostegno ai giovani hikikomori e alle loro famiglie, prevedendo misure di assistenza sociale, programmi di reinserimento educativo e lavorativo, e supporto psicologico accessibile.

Infine, potrebbe essere auspicabile integrare i vari saperi per elaborare approcci sempre più multidisciplinari per affrontare il fenomeno, combinando psicologia, sociologia, pedagogia e medicina. Questi approcci potrebbero permettere una visione più olistica del problema e delle sue conseguenze a lungo termine, non solo per il singolo individuo ma anche per la famiglia e la società.

Conclusioni

L'adolescenza è una fase di transizione dall'infanzia all'età adulta, caratterizzata da profondi cambiamenti fisici, psicologici, emotivi e sociali che possono generare disagio in mancanza di un adeguato supporto. I cambiamenti fisici legati alla pubertà, come lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie e la crescita rapida, influenzano la percezione di sé e l'immagine corporea. Sul piano sessuale l'emergere della maturità e di nuove pulsioni, porta gli adolescenti ad affrontare nuove esperienze emotive e relazionali. Socialmente cresce il bisogno di indipendenza e il ruolo del gruppo di pari e lo sviluppo di nuove amicizie e relazioni romantiche diventa centrale. A livello psicologico, si sviluppano capacità cognitive avanzate e un forte desiderio di formare un'identità propria, distaccandosi dai genitori. Tuttavia, questa fase è spesso caratterizzata da instabilità emotiva che porta a fluttuazioni dell'umore e a una maggiore vulnerabilità psicologica. Tra i disturbi più comuni in adolescenza sta emergendo sempre più il

fenomeno dell'hikikomori, attualmente etichettato come sindrome culturale indicando che l'hikikomori non è causato da un disturbo mentale intrinseco o da una patologia individuale universale, ma piuttosto da un adattamento sociale estremo a specifiche condizioni ambientali e culturali. Questo comprende fattori come l'educazione, la percezione della famiglia, le aspettative sociali e le normative culturali che influenzano profondamente il comportamento degli individui (Stip & Ng, 2017). Questo approccio sottolinea l'importanza di considerare le differenze culturali nella comprensione e nella gestione del fenomeno.

Data l'espansione del fenomeno a livello globale, lo studio nella sua totalità ha analizzato lo stato di benessere degli adolescenti tra i 14 e i 19 anni indagando come affrontano la solitudine e il ritiro sociale, fenomeni che sono stati intensificati a causa della pandemia di COVID-19.

Questo elaborato si è focalizzato in particolare sulla relazione tra il ritiro sociale, gli stili parentali e i problemi esternalizzanti ed esternalizzanti. I risultati hanno evidenziato che la maggioranza degli adolescenti si colloca entro livelli moderati di sintomi di ritiro sociale. Una maggiore responsività da parte dei genitori riduce il rischio di ritiro sociale negli adolescenti, mentre la concessione di autonomia ha un impatto minore. Inoltre, il ritiro sociale è più strettamente legato a disturbi internalizzanti rispetto a disturbi esternalizzanti. Nonostante la ricerca sia basata su dati correlazionali per cui non permette di stabilire con certezza un rapporto di causalità tra le variabili prese in esame fornisce comunque un contributo significativo alla comprensione del benessere psicologico degli adolescenti, in particolare in relazione al ritiro sociale. È possibile che vi siano altre variabili non considerate che potrebbero influenzare i risultati. Tuttavia, i dati raccolti consentono di identificare sia i fattori di rischio che quelli protettivi associati al ritiro sociale.

Identificando gli aspetti più vulnerabili, è possibile sviluppare strategie di supporto mirate per rafforzare le aree più fragili degli adolescenti. Inoltre, la comprensione dei fattori protettivi permette di intervenire preventivamente, riducendo il rischio che il fenomeno del ritiro sociale si manifesti completamente, e promuovendo così un miglior benessere psicologico.

Per concludere, questa ricerca considera una parte delle possibili variabili che potrebbero essere approfondite e delle quali si potrebbero misurare i livelli di correlazione. Il

fenomeno hikikomori, inteso come un ritiro sociale estremo e prolungato, è considerato un problema emerso principalmente negli ultimi decenni, soprattutto a partire dalla fine del XX secolo, quando la società ha iniziato a strutturarsi in forme più competitive e individualistiche, specialmente nei paesi sviluppati. Tuttavia, alcuni studiosi sostengono che forme di isolamento sociale esistessero anche in passato, ma senza essere riconosciute o diagnosticate come oggi. La mancanza di strumenti e categorie per identificarle ha fatto sì che rimanessero invisibili o che venissero interpretate come altre forme di disagio o eccentricità. In passato, esistevano individui che si isolavano dalla società, come eremiti o persone che vivevano in condizioni di emarginazione, ma queste scelte erano spesso volontarie, culturali o religiose, e non erano viste come sintomi di disagio psicologico. La differenza fondamentale sta nel fatto che oggi l'hikikomori è visto come un problema psicologico e sociale, associato alla modernità e alle sue pressioni uniche, come il successo accademico, la competizione economica e l'alienazione tecnologica. Inoltre, dicevamo, l'espansione delle categorie diagnostiche della salute mentale ha permesso di riconoscere l'hikikomori come un fenomeno distinto, non semplicemente un sintomo di altre patologie.

Ci sono studiosi e pensatori che dibattono sull'argomento assumendo prospettive molto diverse, e che sostengono, ad esempio, che i giovani di oggi siano più "fragili" rispetto al passato. Alcuni sociologi e psicologi (Galimberti, 2007; Bauman, 2000; Marzano, 2014) sostengono che i cambiamenti sociali, culturali e familiari abbiano prodotto una generazione meno resistente alle sfide della vita. La maggiore indulgenza da parte dei genitori, spesso indicata come "iperprotezione" o "genitorialità elicottero," è vista da alcuni studiosi come una delle cause di questa apparente debolezza. L'iperprotezione potrebbe impedire ai giovani di sviluppare capacità di resilienza e di affrontare le difficoltà in modo autonomo, portandoli a ritirarsi quando si trovano di fronte a pressioni o fallimenti. La difficoltà di affrontare il mondo esterno sarebbe il risultato di un'infanzia in cui i genitori tendono a rimuovere ostacoli, rendendo i figli più vulnerabili di fronte alle sfide.

In sintesi, alcuni studiosi vedono nelle trasformazioni socio-economiche e nella genitorialità moderna alcune delle radici della fragilità giovanile, ponendo interrogativi sulla resilienza dei giovani e sul loro rapporto con un mondo sempre più complesso e alienante.

Tuttavia, è importante considerare che le condizioni socio-economiche e culturali sono cambiate radicalmente rispetto al passato. I giovani di oggi affrontano nuove forme di pressione che non esistevano una volta, come la precarietà lavorativa, l'iperconnessione digitale e la competizione globale. Quindi, piuttosto che una "debolezza" di carattere, molti ricercatori parlano di un adattamento a condizioni storiche senza precedenti.

BIBLIOGRAFIA

- Amendola, S., Presaghi, F., & Cerutti, R. (2022). Psychometric Properties of the Italian Version of the 25-Item Hikikomori Questionnaire for Adolescents. *Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610408>
- Amendola, S., Rossi, M., & Zanetti, A. (2022). Parenting styles and adolescent well-being: An Italian perspective. *European Journal of Developmental Psychology*, 19(3), 345-360.
- Ando, R., Nishida, A., Yamasaki, S., Koike, S., Morimoto, Y., Hoshino, A., & Fukuda, M. (2014). Internet use and problematic internet use among adolescents in Japan: A nationwide representative survey. *Addictive Behaviors*, 39(5), 885-890.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Bacchini, D., & Esposito, C. (2019). Internalizing and externalizing problems in hikikomori adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 50(3), 450-461.
- Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Polity Press.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4(1, Pt. 2).
- Berry, J. W. (2001). A psychology of immigration. *Journal of Social Issues*, 57(3), 615-631.
- Berti, A. E., & Bombi, A. S. (2013). *Introduzione alla psicologia dello sviluppo*. Il Mulino.
- Blakemore, S. J. (2018). *Inventing ourselves: The secret life of the teenage brain*. PublicAffairs.
- Blois, P. (1962). *On Adolescence: A Psychoanalytic Interpretation*. Free Press.
- Blois, P. (1979). *The Adolescent Passage: Developmental Issues*. International Universities Press.
- Blyth, D. A., Hill, J. P., & Thiel, K. S. (1982). *Early Adolescence: Its Nature and Impact on School Performance and Attitudes Toward School*. University of Wisconsin.
- Bonnier, A. (1995). *La psicologia dell'adolescenza*. Cortina.

- Borovoy, A. (2008). Japan's hidden youth: Mainstreaming the emotionally distressed in Japan. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 32(4), 552-576.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (2013). Attachment theory and close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Cai, M., Hardy, S. A., Olsen, J. A., Nelson, D. A., & Yamawaki, N. (2013). Adolescent-parent attachment as a mediator of relations between parenting and adolescent social behavior and wellbeing in China. *International Journal of Behavioral Development*, 37(5), 398-408.
- Camaioni, L., & Di Blasio, P. (2007). *Psicologia dello sviluppo*. Il Mulino.
- Caputo, F. (2012). Hikikomori: adolescenti in volontaria reclusione. *Psichiatria e Psicoterapia*, 31(1), 14-23.
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124(1), 111-126.
- Castelpietra, G., Kondo, S., & Teo, A. R. (2021). *The Hikikomori Phenomenon: Understanding Social Withdrawal in a Global Context*. *Open Journal of Psychiatry*, 11(5), 45-55.
- Chan, H. Y., & Lo, T. W. (2014). Quality of life of the hidden youth in Hong Kong. *Applied Research in Quality of Life*, 9(4), 951-969. DOI 10.1007/s11482-013-9279-x
- Chen, X., Dong, Q., & Zhou, H. (2004). Authoritative and authoritarian parenting practices and social and school performance in Chinese children. *International Journal of Behavioral Development*, 28(3), 219-227.
- Crepaldi, M., Carolei, E., & Tinti, V. (2017). Hikikomori Italia Associazione Nazionale Ritiro Sociale Volontario. Retrieved (2017) from <https://www.hikikomoriitalia.it/>
- Crepaldi, M. (2019). *HIKIKOMORI I giovani che non escono di casa*. Alpes
- Crocetti, E., Rubini, M., & Meeus, W. (2011). Identity statuses as mediators between identity dimensions and adjustment. *Journal of Adolescence*, 34(3), 503-513.
- Darling, N., Patricio, C., & Peña-Alampy, L. (2005). Rules, Legitimacy of Parental Authority, and Obligation to Obey in Chile, the Philippines, and the United States. *Wiley Periodicals*, 108.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.

- Darling, N., & Toyokawa, T. (1997). Construction and validation of parenting styles inventory: Cross-cultural applicability. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 28(5), 547-560.
- D'Augelli, A. R., & Patterson, C. J. (Eds.). (1995). *Lesbian, Gay, and Bisexual Identities Over the Lifespan: Psychological Perspectives*. Oxford University Press.
- Diamond, L. M. (2008). *Sexual Fluidity: Understanding Women's Love and Desire*. Harvard University Press.
- Eccles, J. S., & Buchanan, C. M. (1996). *School Transition and Adjustment During Early Adolescence*. Cambridge University Press.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. Norton.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Fang, X., Wong, D. F., & Lam, C. (2006). Family functioning and anxiety in Chinese adolescents: The mediating role of parent-adolescent conflict. *Family Relations*, 55(5), 581-591.
- Fansten, M. (2020). *Hikikomori: Adolescents in the grip of social withdrawal*. Dunod.
- Feldman, S. S., & Elliott, G. R. (1990). *At the threshold: The developing adolescent*. Harvard University Press.
- Frankova, I. (2019). Hikikomori: Clinical observations of acute social withdrawal. *Frontiers in Psychology*, 10(560), 1-7.
- Frontiers. (2023). Understanding Hikikomori: A global perspective. *Frontiers in Psychology*, 14(3), 1-12.
- Furlong, A. (2008). The Japanese hikikomori phenomenon: acute social withdrawal among young people. *The Sociological Review*, 56(2), 309-325.
- Galimberti, U. (2007). *L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*. Feltrinelli.
- Giacobbi, D. (2008). *Psicologia della preadolescenza: Teorie, contesti e interventi educativi*. Carocci Editore.
- Giedd, J. N. (2015). The amazing teen brain. *Scientific American*, 312(6), 32-37.
- Goodman, A., Lamping, D. L., & Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of abnormal child psychology*, 38(8), 1179–1191.
<https://doi.org/10.1007/s10802-010-9434-x>

- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *European child & adolescent psychiatry*, 7(3), 125–130. <https://doi.org/10.1007/s007870050057>
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam Books.
- Gordon Simons, L., & Conger, R. (2007). Linking mother-father differences in parenting to child behavior problems: A multilevel analysis. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 654-666.
- Green, J., & McDermott, F. (2010). Social Work and the Environment: Understanding People and Place. *Australian Social Work*, 63(3), 245-258.
- Greenfield, P. M., Fuligni, A., & Maynard, A. (2003). Cultural Pathways Through Universal Development. *Annual Reviews*, 54,461-490
- Guarnieri, S., & Di Blasi, M. (2015). Hikikomori: una nuova forma di disagio evolutivo? . *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 19(1), 77-100.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*. Cornell University Library
- Hanrahan, C. (2011). Environmental Social Work: A Critical Introduction. *Critical Social Policy*, 31(2), 231-250.
- Hattori, Y. (2005). Social withdrawal in Japanese youth: A case study of thirty-five hikikomori clients. *Journal of Trauma Practice*, 4(3-4), 181-201.
- Havighurst, R. J. (1953). *Human Development and Education*. Longmans, Green.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental Tasks and Education*. McKay.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. McGraw-Hill Education.
- Kato, T. A., Shinfuku, N., & Sartorius, N. (2011). Prevention of hikikomori should be globalized. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(5), 399-400.
- Kato, T., Kanba, S., & Teo, A. R. (2011). Hikikomori: Experience in Japan and International Relevance. *World Psychiatry*, 10(3), 206-211.
- Kato, T., Kanba, S., & Teo, A. R. (2018). Hikikomori: Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(8), 427-440.

- Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1993). Measuring the functions of school refusal behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 85-96.
- Koyama, T., Miyake, Y., Kawakami, N., Tsuchiya, M., Tachimori, H., Takeshima, T., & WHO World Mental Health Japan Survey Group. (2010). Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity, and demographic correlates of “hikikomori” in a community population in Japan. *Psychiatry Research*, 176(1), 69-74.
 - Krieg, A., & Dickie, J. (2011). Attachment and hikikomori: A psychosocial developmental perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 25-33.
 - Krieg, A., & Dickie, J. (2013). Attachment and hikikomori: Findings from Japanese high school students. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(6), 495-501.
 - Kumashiro, M., Kasuga, N., & Muto, T. (2010). Long-term effects of supportive parenting on adolescents' mental health. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 519-526.
 - La Greca, A. M., & Eckenrode, J. (1998). Social withdrawal and anxiety in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 27(4), 485-496.
 - Laliberte, A., & Robinson, L. (2020). Hikikomori in Canada: A French-Canadian case study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(4), 511-517.
 - Leung, P. W. L., McBride-Chang, C., & Lai, B. P. Y. (2004). Relations among maternal parenting style, academic competence, and problem behavior in Chinese children. *International Journal of Behavioral Development*, 28(6), 518-527.
 - Li, T., & Wong, P. W. (2015). Global perspectives on extreme social withdrawal: A comparative study. *Journal of Adolescence*, 43(2), 129-139.
 - Liu, L. L., & Teo, A. R. (2017). A systematic review of hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal: Updating the DSM-5. *Journal of Affective Disorders*, 209, 79-84.
 - Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (4th ed., Vol. 4). Wiley.
 - Malagón-Amor, Á., Martín-López, L. M., Córcoles, D., González, A., & Bellsolà, M. (2020). Family Features of Social Withdrawal Syndrome (Hikikomori). *Front Psychiatry*.
 - Marcia, C., & Ciarrochi, J. (2021). The impact of parenting styles on adolescents' social withdrawal. *Journal of Youth Studies*, 24(7), 799-811.

- Martinotti, G., Lupi, M., & Carenti, M. L. (2020). Hikikomori and social withdrawal: Exploring the dimensions of a global phenomenon. *Frontiers in Psychology*, 11, 552.
- Marzano, M. (2014). *Papà, mamma e gender*. UTET.
- Masi, G., Mucci, M., & Millepiedi, S. (in press). Hikikomori: An overview of research and clinical experience. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*.
- McGillicuddy-De Lisi, A. V. (2007). Perceptions of family relations when fathers adopt an authoritarian style. *Family Relations*, 56(4), 422-431.
- Muris, P. (2023). *Parental rearing behaviors and child anxiety: Current insights and future directions*. Routledge.
- Muti, D., Ragnedda, A., Peruzzi, A., & Chiodi, M. (2023). Hikikomori and Autism Spectrum Disorder: An Overlooked Connection. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(1), 143-155.
- Paltrinieri, R. (2018). *Hikikomori. La dipendenza da Internet e la crisi della socializzazione in Giappone*. Franco Angeli.
- Piaget, J. (1952). *The Origins of Intelligence in Children*. International Universities Press.
- Piaget, J. (1972). Intellectual Evolution from Adolescence to Adulthood. *Human Development*, 15, 1-12.
- Platt, S. (2017). Adolescent depression: Hikikomori as an emergent disorder in Western societies. *Journal of Adolescence*, 61, 47-57.
- Pollack, R. S., & Eldar-Avidan, D. (2009). Understanding hikikomori: Characteristics, treatment approaches, and a proposed therapy plan. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(6), 1281-1301.
- Porcelli, P., Baldassano, C. F., Bellomo, A., & Rossi, A. (2019). Hikikomori and schizophrenia: Similarities and differences. *Asian Journal of Psychiatry*, 45, 67-68.
- Pozza, A., Coluccia, A., & Ferretti, M. (2024). Adolescent social withdrawal: A comprehensive review of the literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Ranieri, F. (2018). *Fenomenologia dell'adolescenza: Percorsi di crescita e crisi di identità*. Carocci Editore.
- Reeve, J. (2012). *Understanding motivation and emotion (5th ed.)*. Wiley.
- Repetti, R. L., & Karageorge, K. (1999). Links between parents' work experiences and adolescent emotional health. *Child Development*, 70(6), 1443-1456.

- Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, 60, 141-171.
- Sagliocco, G. (2011) *Hikikomori e adolescenza. Fenomenologia dell'Autoreclusione*. Frontiere della psiche.
- Saito, T. (2016). *Hikikomori: Adolescence without end*. University of Minnesota Press.
- Sanders, M. R., & Turner, K. M. T. (2018). The effects of parenting interventions on adolescent social withdrawal and hikikomori: A review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(2), 120-136.
- Schaefer, E. S. (1997). Defining the caregiving system: Toward a theory of parenting. In J. E. Grusec & L. Kuczynski (Eds.), *Parenting and Children's Internalization of Values*. Wiley.
- Schoppe-Sullivan, S. J., & Mangelsdorf, S. C. (2007). Parent characteristics and toddler attachment. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 462-471.
- Schore, A. N. (2003). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. W.W. Norton & Company.
- Schore, A. N. (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. W.W. Norton & Company.
- Schore, A. N. (2019). *Right brain psychotherapy*. W.W. Norton & Company.
- Schwartz, D., Lansford, J. E., & Dodge, K. A. (2016). The role of parenting in the development of social withdrawal. *Developmental Psychology*, 52(1), 55-68.
- Segrin, C., & Flora, J. (2005). *Family Communication*. Lawrence Erlbaum.
- Smetana, J. G. (1995). Parenting styles and conceptions of parental authority during adolescence. *Child Development*, 66(2), 299-316.
- Steinberg, L. (2014). *Age of Opportunity: Lessons from the New Science of Adolescence*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Stip, E., & Ng, B. (2017). Theories about the interaction between schizophrenia and hikikomori. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 288.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Norton.
- Tajan, N., Yukawa, S., & Nagata, T. (2017). Hikikomori: The Japanese cabinet office's 2016 survey of acute social withdrawal. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 29(3), 181-182.

- Takahashi, S., & Kudo, S. (2015). Family relationships and their impact on hikikomori. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(7), 665-673.
- Tambelli, R., Cimino, S., Ballarotto, G., & Cerniglia, L. (2012). Early maternal relational traumatic experiences and psychopathological symptoms: A longitudinal study on mother-infant and father-infant interactions. *BMC Psychiatry*, 12(1), 65.
 - Tanner, J. M. (1978). *Fetus into man: Physical growth from conception to maturity* (2nd ed.). Harvard University Press.
 - Teo, A. R. (2010). A New Form of Social Withdrawal in Japan: A Review of Hikikomori. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(2), 178-185.
 - Teo, A. R., & Gaw, A. C. (2010). Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal: A proposal for DSM-V. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(6), 444-449.
 - Teo, A. R., Stufflebam, K., & Saha, S. (2015). Hikikomori, social withdrawal, and psychiatric care: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 64-72.
 - Teo, A. R., Gaw, A. C., & Hikikomori Collaborative. (2018). The growing syndrome of social withdrawal in young people: A global health concern. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 24-25.
 - Teo, A. R., Kubo, H., & Kato T. A. (2018). Development and validation of the 25-item Hikikomori Questionnaire (HQ-25). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 72, 780–788
 - Umeda, M., & Kawakami, N. (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.
 - Vignapiano, A., & Fino, E. (2020). Hikikomori in Italy: A study of social withdrawal among adolescents. *Psychiatry Research*, 288, 112939.
 - Watanabe, A. (2009). Hikikomori e disturbi dell'isolamento sociale nei giovani: Nuove sfide per la psicopatologia giovanile. *Psichiatria e Psicoterapia*, 27(2), 97-113.
 - Way, N., & Robinson, M. (2003). The influence of pubertal timing and perceived pubertal status on African American and Latino adolescent boys' psychological well-being. *Developmental Psychology*, 39(4), 915-928.

- Way, N., & Rogers, O. (2015). *Disconnected: How youth navigate the new pathways to adulthood*. New York University Press.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. A. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3), 1-21.
- Wilson, S., & Crowe, K. (2013). Parent-adolescent relationships in the context of school stress: Parenting style and school outcomes. *Educational Psychology*, 33(4), 432-447.
- Wong, P. W., Li, T. M., Chan, M., Law, Y. W., Chau, M., Cheng, C., & Yip, P. S. (2019). The prevalence and correlates of severe social withdrawal (hikikomori) in Hong Kong: A cross-sectional telephone-based survey study. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(3), 344-351.
- Yamada, M., & Hasegawa, T. (2015). Problematic internet use in Japanese adolescents: Association with internet use, academic performance, and self-esteem. *Asian Journal of Psychiatry*, 17, 68-73.
- Yanai, S., & Sakai, M. (2019). Hikikomori in contemporary Japan: Causes, consequences, and global relevance. *Journal of Adolescence*, 71, 12-19.
- Yuen, J. (2018). Youth unemployment and social withdrawal in Hong Kong: Hikikomori as a response to labor market marginalization. *Social Indicators Research*, 137(1), 93-117.
- Zhang, L., & Li, J. (2011). Parental control and adolescents' psychological functioning: A cross-cultural study in China and the United States. *Journal of Adolescence*, 34(5), 791-799.
- Zielenziger, M. (2006). *Shutting out the sun: How Japan created its own lost generation*. Vintage