

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Neuroscienze

CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN  
TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

TESI

HIKIKOMORI:

analisi delle differenze tra patologia e ritiro sociale nella  
Riabilitazione Psichiatrica

Relatore

*Prof. Paolo Meneguzzo*

Laureanda

*Alessia Forzella*

Matricola: 2057572

Anno Accademico 2023/2024

*“You're used to talking to yourself, but now will you let me hear it too?  
Don't suffer alone”*

*“ 익숙해진 혼자말 이제는 내게도 들려줄래  
너만 아파하지 마 ”*

## ABSTRACT

Il fenomeno sociale dell'Hikikomori, diffuso principalmente in Giappone ma ormai facente parte della quotidianità clinica in diversi paesi nel mondo, descrive una forma di ritiro sociale patologico che coinvolge giovani adulti, caratterizzato da un isolamento prolungato dalla società. Questo studio si concentra sul confronto tra l'Hikikomori e il ritiro sociale temporaneo, un fenomeno di isolamento che non necessariamente sfocia in patologie cliniche. Attraverso una revisione della letteratura e un'analisi critica, vengono esplorate le cause, le dinamiche e le manifestazioni di entrambi i fenomeni, evidenziando similitudini e differenze in termini di durata, contesto socioculturale e impatto psicologico. Lo scopo della ricerca è comprendere se il ritiro sociale temporaneo possa rappresentare una fase transitoria o preventiva rispetto all'Hikikomori e in che modo tali fenomeni vengano trattati nei diversi contesti terapeutici. I risultati suggeriscono che, sebbene entrambe le condizioni possano avere cause comuni, le implicazioni cliniche e terapeutiche variano significativamente, richiedendo interventi personalizzati. Lo studio propone infine riflessioni sul ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nel supporto, nella prevenzione e nel trattamento della condizione Hikikomori.

# Indice

<b>INTRODUZIONE</b> .....	4
<b>Capitolo 1 – Hikikomori e ritiro sociale</b> .....	5
<b>1.1 Hikikomori: definizione e caratteristiche</b> .....	5
1.1.1 Origine del termine.....	5
1.1.2 Criteri clinici, diagnosi e diagnosi differenziale.....	7
1.1.3 Diagnosi Differenziale .....	13
1.1.4 Caratteristiche Demografiche, Epidemiologia e Comorbidità .....	17
1.1.5 Fattori di rischio culturali, sociali e psicologici .....	21
<b>1.2 Ritiro Sociale</b> .....	26
1.2.1 Definizione, caratteristiche e tipologie di ritiro sociale temporaneo .....	27
1.2.2 Neurobiologia del Ritiro Sociale Temporaneo.....	30
1.2.3 Caratteristiche demografiche, Epidemiologia e Comorbidità.....	31
1.2.4 Fattori culturali, sociali e psicologici.....	34
<b>Capitolo 2 – Hikikomori e ritiro sociale temporaneo</b> .....	37
<b>2.1 Confronto tra Hikikomori e Ritiro sociale temporaneo</b> .....	37
2.1.1 Aspetti clinici, durata e gravità.....	37
2.1.2 Impatto sulla funzionalità sociale .....	40
2.1.3 Bisogni Terapeutici Specifici.....	40
<b>Capitolo 3 – Interventi e riabilitazione</b> .....	43
<b>3.1 Trattamenti</b> .....	43
3.1.1 Interventi con la famiglia.....	48
3.1.2 Interventi a domicilio da parte di operatori esperti (home visiting) .....	50
3.1.3 Nidoterapia .....	51
3.1.4 Realtà aumentata e videogiochi.....	52
3.1.5 Gruppi di supporto e peer supporter .....	53
3.1.6 Terapia cognitiva erogata tramite Internet (iCT-SAD) e Social Media.....	54
3.1.7 Attività fisica.....	55
3.1.8 Altri trattamenti .....	56
<b>3.2 Il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica</b> .....	57

3.2.1 Possibili implicazioni del TeRP nei trattamenti di Hikikomori .....	59
<b>Capitolo 4 – Metodologia applicata .....</b>	<b>62</b>
<b>4.1 Criteri di selezione degli studi .....</b>	<b>62</b>
<b>4.2. Analisi dei dati .....</b>	<b>64</b>
<b>Capitolo 5 - Limiti dello studio .....</b>	<b>65</b>
<b>Capitolo 6 - Conclusione .....</b>	<b>66</b>
Bibliografia e Sitografia.....	68



## **INTRODUZIONE**

Questa tesi di laurea raccoglie due mondi a cui sono molto legata: la cultura asiatica e la psichiatria. Dopo essere venuta a conoscenza dei “ragazzi Hikikomori” originari della cultura nipponica, mi sono chiesta dapprima quali potessero essere i trattamenti da utilizzare per sviluppare un programma riabilitativo e, in secondo luogo, mi sono posta una domanda che ha poi portato allo sviluppo di questa tesi: sono presenti differenze tra Hikikomori e ritiro sociale temporaneo? Di fatto, in questo elaborato andrò a mettere a confronto il fenomeno sociale giapponese Hikikomori e il ritiro sociale inteso come sintomo comune a molte patologie psichiatriche.

Andrò ad analizzare definizione, caratteristiche, criteri diagnostici, cause e fattori sia del concetto di ritiro sociale che degli Hikikomori, alla ricerca di differenze e punti in comune utili per sviluppare un piano riabilitativo effettuabile. Infine, cercherò di valutare oggettivamente l'efficacia dei trattamenti ad oggi adottati per la condizione Hikikomori, proponendo una possibile implicazione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica negli interventi.

Il fenomeno sociale Hikikomori, nonostante abbia origine e un gran seguito nella cultura giapponese e, più in generale, in quella asiatica, negli ultimi anni sta esponenzialmente prendendo piede in tutto il mondo, senza escludere Europa e Italia; per questo motivo diventa importante soffermarsi e approfondire questo argomento.

Tramite la revisione della letteratura, affronterò nello specifico gli Hikikomori e il ritiro sociale temporaneo, confrontandoli; successivamente analizzerò casi e dati clinici forniti da ricerche presenti nella letteratura per arrivare ad affrontare le distinzioni tra Hikikomori e ritiro sociale temporaneo. Infine, prenderò in considerazione approcci terapeutici e interventi per la condizione Hikikomori, valutandone l'efficacia e riflettendo sul ruolo che potrebbe svolgere la figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nel trattamento.

# Capitolo 1 – Hikikomori e ritiro sociale

## 1.1 Hikikomori: definizione e caratteristiche

### 1.1.1 Origine del termine

**Hikikomori:** in giapponese 引き籠もり o 引きこもり, letteralmente "stare in disparte" o "staccarsi"; dalle parole *hiku*, "tirare", e *komoru*, "ritirarsi" o "chiudersi".

Il termine *Hikikomori*, derivante dalle parole *hiku*, "tirare", e *komoru*, "ritirarsi" o "chiudersi", letteralmente prende il significato di "stare in disparte" o "staccarsi" ed è stato utilizzato per la prima volta dallo psichiatra giapponese Saitō Tamaki per indicare una forma di ritiro sociale di tipo volontario, inizialmente diffusa principalmente tra adolescenti e giovani adulti dai 16 ai 30 anni, ma che ad oggi si può riscontrare in diverse fasce d'età. Questo fenomeno è stato descritto per la prima volta in Giappone negli anni '80, indicando individui che scelgono l'isolamento totale nella propria abitazione o, più specificatamente, nella propria stanza, evitando impegni sociali, scolastici e lavorativi.

La definizione di *Hikikomori* è basata su elementi comuni riscontrati da diversi studi condotti in Giappone e in altri paesi; allo stesso tempo, sono state notate anche differenze significative che, negli anni, hanno portato alla formazione di diverse definizioni di *Hikikomori*.

Definizione di Saitō Tamaki (1998):

*"(...) Una condizione che diventa un problema verso la fine dei vent'anni, che comporta il chiudersi in casa propria e non partecipare alla vita sociale per sei mesi o più, ma che non sembra avere un altro problema psicologico come causa principale."*

Definizione del Ministero giapponese della Salute, del Lavoro e del Welfare (2003):

*"L'Hikikomori è lo stato in cui un individuo si ritira dal contesto sociale (escludendo quelli che sono attivamente coinvolti nel lavoro, nell'istruzione o nella gestione familiare), rimanendo confinato nella propria abitazione per più di sei mesi consecutivi, senza un'ovvia causa medica o psichiatrica che lo giustifichi. Durante questo periodo, il soggetto evita ogni tipo di interazione sociale esterna e di partecipazione alle normali attività quotidiane."*

Definizione del Ministero giapponese della Salute, del Lavoro e del Welfare (2010):



*"L'hikikomori è un concetto fenomenologico che si riferisce allo stato in cui una persona, a causa di vari fattori, evita la partecipazione sociale (inclusa la frequenza scolastica nell'istruzione obbligatoria, l'impiego part-time, le interazioni sociali al di fuori della famiglia) e, in linea di principio, rimane prevalentemente a casa per un periodo di almeno sei mesi (è ammessa l'uscita senza interazione con altre persone). Tuttavia, è importante sottolineare che l'hikikomori è un fenomeno non psicotico, distinto dalle condizioni di ritiro sociale derivanti da sintomi positivi o negativi della schizofrenia, ma si deve tenere presente che è possibile che alcuni casi non ancora diagnosticati come schizofrenia possano essere inclusi."*

Definizione DSM 5-TR (2022):

*"Hikikomori (un termine giapponese composto da hiku [ritirarsi] e moru [isolarsi]) è una sindrome di ritiro sociale prolungato e grave, osservata in Giappone, che può portare alla completa cessazione delle interazioni di persona con gli altri."*

Altre definizioni, con associate diverse proposte di criteri diagnostici, sono state fornite da Teo e Gaw (2010), Teo (2015), Yuen (2018) e Kato (2019), studiosi che compariranno frequentemente nelle prossime pagine come esperti della condizione Hikikomori.

Nonostante il fenomeno sia stato inizialmente osservato in Giappone, è ora riconosciuto a livello globale come una problematica rilevante di salute mentale, influenzata da fattori culturali, sociali e psicologici, che si riflette negativamente anche sull'economia dei vari paesi. Una crescente preoccupazione investe particolarmente le realtà ad alto reddito, che, vivendo una situazione di invecchiamento della popolazione, temono una conseguente riduzione di forza lavoro produttiva (Li, Wong, 2015).

L'insorgenza dei sintomi si verifica tipicamente durante l'adolescenza (Kondo, 1997; Takahata, 2003), mentre l'età alla prima manifestazione significativa è solitamente intorno ai 20 anni (Kondo 1997).

Fenomeni giovanili contemporanei simili sono stati nominati e concettualizzati tra le culture; ad esempio, *freeter* e *otaku* sono espressioni giapponesi che si riferiscono rispettivamente a persone che non hanno un lavoro a tempo pieno e persone che apprezzano i manga e il mondo virtuale al di sopra della realtà (Heinze e Thomas, 2014); *NEET* (Not in Education, Employment, or Training) utilizzato per la prima volta nel Regno Unito per rappresentare i

giovani senza occupazione lavorativa, che non seguono alcun percorso di istruzione o formazione (Bynner e Parsons, 2002); *slacker*, *twixter* e *adultescent* descrivono i giovani negli Stati Uniti che vivono con i loro genitori e che non abbracciano l'indipendenza (Staff, 2013); infine *NEY* (Non-Engaged Youth) si riferisce ai giovani di Hong Kong non impegnati, che sono disoccupati e non perseguono ulteriori studi (Wong, 2012).

Teo e Gaw nel 2010 pubblicano *Hikikomori, a Japanese Culture-Bound Syndrome of Social Withdrawal? Proposal for DSM 5*, articolo al termine del quale i due esprimono il loro sospetto che *Hikikomori*, inteso come termine, sia fiorito principalmente perché meno stigmatizzante di altri termini per identificare la malattia mentale.

Chan e Lo (2013) hanno scoperto e ipotizzato che il ritiro dalla società possa essere vissuto positivamente dai giovani che lo scelgono come stile di vita e che, più il ritiro sociale è lungo, migliore è la qualità di vita dei giovani isolati, a patto che permanga un supporto sociale. Essere socialmente isolati può sollevare le persone dalla pressione legata al tempo, alla puntualità e alla necessità di essere veloci ed efficienti, dai limiti spaziali, dalle responsabilità sociali e dalle aspettative di ruolo (Chong e Chan, 2012; Kaneko, 2006).

#### 1.1.2 Criteri clinici, diagnosi e diagnosi differenziale

Come abbiamo potuto notare nella parte relativa alle definizioni, il Ministero giapponese della Salute, del Lavoro e del Welfare ha fornito due definizioni per la condizione Hikikomori a distanza di sette anni l'una dall'altra, apportandone alcune modifiche. Come per la definizione, i criteri diagnostici forniti nel 2010 sono frutto di rivisitazione rispetto a quelli descritti nel 2003 e sono stati inseriti all'interno di Linee Guida giapponesi utilizzate per la diagnosi e il trattamento della condizione Hikikomori.

Di seguito i criteri diagnostici (Ministero giapponese della Salute, del Lavoro e del Welfare, 2010):

1. Evitamento della partecipazione sociale: il soggetto evita attivamente la partecipazione sociale, compresa la frequenza scolastica, il lavoro (anche part-time) e le relazioni sociali al di fuori della famiglia. Questo evitamento riguarda anche le interazioni non obbligatorie, come frequentare amici o partecipare a eventi sociali.
2. Isolamento per un periodo di almeno 6 mesi: il soggetto rimane prevalentemente confinato in casa per almeno 6 mesi. Anche se la persona può uscire di casa (ad

esempio per brevi passeggiate o acquisti), lo fa senza interagire con altre persone in modo significativo.

3. Assenza di disturbi mentali primari: l'hikikomori è distinto dai casi in cui il ritiro sociale è causato da sintomi positivi o negativi della schizofrenia o altri disturbi psicotici. Tuttavia, si riconosce che potrebbero esserci persone che non hanno ancora ricevuto una diagnosi ufficiale di schizofrenia o altri disturbi mentali.
4. Non attribuibile a cause esterne specifiche: il ritiro sociale non è dovuto a fattori esterni chiaramente identificabili come malattie fisiche croniche o circostanze familiari accettate. Ad esempio, non si considera hikikomori una persona che rimane a casa per motivi di salute fisica o con il consenso della famiglia per motivi che non richiedono supporto esterno.

Vengono successivamente elencati nelle Linee Guida giapponesi: Disturbi psichiatrici comunemente associati all'Hikikomori (1.1.4 Caratteristiche Demografiche, Epidemiologia e Comorbidità), Disturbi psichiatrici da considerare con particolare attenzione (1.1.4 Caratteristiche Demografiche, Epidemiologia e Comorbidità), come fare una valutazione nel caso si presentino solo i familiari alla consulenza, stadiazione della condizione (3.1 Trattamenti) e, infine, una classificazione basata sulla diagnosi e le linee guida di supporto costruita a seguito di uno studio condotto presso il Centro di Salute Mentale di Yamanashi (Kondo et al. 2010) che ha portato all'identificazione di tre gruppi principali (*Immagine 1*):

“

1. Primo gruppo: comprende persone con disturbi mentali diagnosticati, come schizofrenia, disturbi dell'umore o disturbi d'ansia, senza disturbi dello sviluppo. In questi casi, il trattamento farmacologico è essenziale, e deve essere integrato con la psicoterapia e il supporto sociale. Questi casi possono beneficiare anche di interventi riabilitativi e supporto alla vita quotidiana.
2. Secondo gruppo: comprende persone con disturbi dello sviluppo, come i disturbi dello spettro autistico o ritardi cognitivi. Qui, la terapia si concentra sul miglioramento delle abilità sociali e di vita attraverso programmi mirati. Questi individui possono presentare anche disturbi mentali secondari, come l'ansia o il disturbo ossessivo-compulsivo, che devono essere trattati parallelamente.

3. Terzo gruppo: comprende persone con disturbi di personalità, disturbi somatoformi o problemi legati all'identità. Per loro, la psicoterapia e il supporto psicosociale sono fondamentali, mentre i farmaci hanno un ruolo secondario. Questi individui possono beneficiare del supporto offerto dalle organizzazioni comunitarie e dei programmi di formazione al lavoro.

”



Immagine 1 – Classificazione Hikikomori secondo le comorbidità (Linee Guida giapponesi)

A seguito di uno studio che prevedeva l'analisi di molteplici casi clinici, Teo e Gaw (2010) hanno individuato una psicopatologia che hanno ritenuto possa essere propria della condizione Hikikomori, in quanto non soddisfa i criteri diagnostici per nessun disturbo psichiatrico inserito nel DSM; a seguito di questa analisi, i due sostengono la necessità che questo grave comportamento di ritiro sociale venga considerato come un nuovo disturbo, inserito nei manuali di Psichiatria come il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* e l'*International Classification of Diseases (ICD)*, con chiari criteri diagnostici, come suggerito dalle Linee Guida giapponesi del 2010.

Nel 2020, Kato, Kamba e Teo suggeriscono dei nuovi criteri di definizione di Hikikomori: gli autori ritengono necessario identificare un luogo specifico per il ritiro fisico volontario

(la propria casa) e stabilire una frequenza minima di uscite per poter definire un soggetto come Hikikomori; successivamente propongono di rimuovere il criterio dell'evitamento sociale, in quanto si nota che i soggetti Hikikomori non necessariamente evitano attivamente le situazioni sociali, nonostante le interazioni che li interessa siano poco significative; si prosegue ritenendo il deterioramento funzionale come essenziale per considerare l'Hikikomori una patologia, ma non affermano lo stesso per il disagio soggettivo, che, spesso, soprattutto nelle fasi iniziali, non viene percepito dai soggetti; infine, gli autori sottolineano che Hikikomori può coesistere con altri disturbi psichiatrici e che questo rende ancora più importante affrontarlo come una problema di salute.

Il DSM-5-TR, pubblicato nel 2022, include la condizione Hikikomori nella sezione dedicata ai concetti culturali di disagio (*Cultural Concepts of Distress*): l'hikikomori viene trattato come un'espressione culturale di disagio, enfatizzando il fatto che, sebbene non sia attualmente considerato un disturbo autonomo con criteri diagnostici propri, esso può manifestarsi come condizione primaria o secondaria a disturbi psichiatrici esistenti, come disturbi d'ansia o depressione (Sakai, Yoshinaga, Thew and Clark, 2024).

La sua inclusione nel manuale riflette la crescente consapevolezza dell'importanza di considerare i fattori culturali nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi mentali, e pone le basi per ulteriori studi e interventi terapeutici mirati per chi soffre di questa condizione.

Nel 2020, in Italia, viene condotto uno studio (Loscalzo, Nannicini, Huai-Ching Liu, Giannini) che si propone di sviluppare uno strumento di autovalutazione breve e di facile somministrazione per valutare il rischio di sviluppo della condizione Hikikomori, valido sia per i paesi occidentali che orientali: viene creato e validato l' *Hikikomori Risk Inventory* (HRI-24). Questo strumento, composto da 24 items, ha dimostrato di possedere una buona struttura fattoriale e validità psicometrica sia nel campione italiano che quello giapponese utilizzati per lo studio. L'HRI-24 (*Tabella 1*) si presenta come uno strumento utilizzabile per confrontare sintomi, sviluppare interventi clinici e di prevenzione sensibili alle differenze culturali; la scala contribuisce ad una comprensione più approfondita della condizione Hikikomori in un contesto transculturale.

Hikikomori Risk Inventory item

---

1. I feel severely anxious when I meet people outside
2. I am uncomfortable when I am in touch with others
3. I have great difficulty in participating in social activities
4. I am afraid of social relationships
5. I feel very anxious when I am in a closed space (e.g., shops, cinema, theater, bank, etc.)
6. I am afraid of being in crowded places
7. I avoid going to public places when I go out alone
8. When I am in crowded places, I feel some strange sensations (accelerated heartbeat, excessive sweating, tremors, choking sensations, etc.)
9. I am diffident and suspicious of others
10. Confiding with others is dangerous because people might then reveal my secrets
11. I am afraid of being deceived by others
12. I prefer doing things on my own because I do not trust people
13. People are willing to do anything to achieve their goals
14. I only trust myself
15. If others do me a favor, I do not believe in their good intention
16. I feel tired and fatigued
17. I manage to do my activities with difficulty because I feel powerless
18. I often feel weak and lacking in energy
19. I sleep many hours a day because I often feel weak
20. There are moments in which nothing seems important
21. Nothing is able to really thrill me
22. I rarely feel positive emotions
23. I feel dispirited and hopeless for the future
24. I feel a sense of inner emptiness

*Tabella 1- Hikikomori Risk Inventory (HRI-24)*

È presente un ulteriore strumento progettato per la valutazione della condizione Hikikomori, sviluppato in Giappone (2018) ma ad oggi tradotto, adattato e validato in diverse lingue, tra cui l'italiano: si tratta del *25-item Hikikomori Questionnaire (HQ-25)*. Lo strumento in questione ha dimostrato di avere un'eccellente affidabilità interna sui campioni (117 pazienti psichiatrici e 209 individui non psichiatrici) utilizzati nello studio italiano (Fino et al. 2022) che mirava alla validazione dell'HQ-25-I (*Tabella 2, tabella 3, tabella 4*), obiettivo che gli autori hanno raggiunto. Il questionario presenta una struttura a tre fattori (Socializzazione, Isolamento e Supporto Emotivo) con un totale di 25 item, ad ognuno dei quali si attribuisce un punteggio che va da 0 – fortemente in disaccordo, a 4 – fortemente d'accordo; l'arco temporale da prendere in considerazione è relativo agli ultimi 6 mesi.

Nel 2024 lo strumento di cui si sta parlando è stato tradotto e validato anche in Germania, dove però sono state notate alcune differenze culturali che potrebbero influenzare i risultati, come, ad esempio, la percezione della solitudine e le norme sociali tedesche rispetto a quelle giapponesi (Hajek et al., 2024).

Over the last 6 months, how accurately do the following statements describe you? (Quanto ritiene che le seguenti affermazioni la descrivano, con riferimento agli ultimi sei mesi?)						
Items		Strongly disagree (Fortemente in disaccordo)	Somewhat disagree (Abbastanza in disaccordo)	Neither agree nor disagree (Né d'accordo né in disaccordo)	Somewhat Agree (Abbastanza d'accordo)	Strongly Agree (Fortemente d'accordo)
1	I stay away from other people. (Sto lontano dalle altre persone.)	0	1	2	3	4
2	I spend most of my time at home. (Passo la maggior parte del mio tempo a casa.)	0	1	2	3	4
3	There really isn't anyone with whom I can discuss matters of importance. (Non c'è davvero nessuno con cui posso discutere di questioni importanti.)	0	1	2	3	4
4 (R)	I love meeting new people. (Adoro incontrare nuove persone.)	0	1	2	3	4
5	I shut myself in my room. (Mi chiudo nella mia stanza.)	0	1	2	3	4
6	People bother me. (Mi infastidiscono le persone.)	0	1	2	3	4
7 (R)	There are people in my life who try to understand me. (Ci sono persone nella mia vita che cercano di capirmi.)	0	1	2	3	4
8	I feel uncomfortable around other people. (Mi sento a disagio attorno alle altre persone.)	0	1	2	3	4
9	I spend most of my time alone. (Passo la maggior parte del mio tempo da solo.)	0	1	2	3	4
10 (R)	I can share my personal thoughts with several people. (Posso condividere i miei pensieri personali con diverse persone.)	0	1	2	3	4

Tabella 2 - Italian version of the 25-item Hikikomori Questionnaire HQ-25 (HQ-25-I)

Over the last 6 months, how accurately do the following statements describe you? (Quanto ritiene che le seguenti affermazioni la descrivano, con riferimento agli ultimi sei mesi?)						
Items		Strongly disagree (Fortemente in disaccordo)	Somewhat disagree (Abbastanza in disaccordo)	Neither agree nor disagree (Né d'accordo né in disaccordo)	Somewhat Agree (Abbastanza d'accordo)	Strongly Agree (Fortemente d'accordo)
11	I don't like to be seen by others. (Non mi piace essere visto dagli altri.)	0	1	2	3	4
12	I rarely meet people in-person. (Raramente incontro gente di persona.)	0	1	2	3	4
13	It is hard for me to join in on groups. (È difficile per me unirmi a dei gruppi.)	0	1	2	3	4
14	There are few people I can discuss important issues with. (Ci sono poche persone con cui posso discutere di questioni importanti.)	0	1	2	3	4
15 (R)	I enjoy being in social situations. (Mi piace stare in situazioni sociali.)	0	1	2	3	4
16	I do not live by society's rules and values. (Non vivo secondo le regole e i valori della società.)	0	1	2	3	4
17	There really isn't anyone very significant in my life. (Non c'è davvero nessuno di molto importante nella mia vita.)	0	1	2	3	4
18	I avoid talking with other people. (Evito di parlare con altre persone.)	0	1	2	3	4
19	I have little contact with other people talking, writing, and so on. (Ho pochi contatti con altre persone, sia che si tratti di parlare, scrivere, e così via.)	0	1	2	3	4
20	I much prefer to be alone than with others. (Preferisco di gran lunga stare da solo che con gli altri.)	0	1	2	3	4

Tabella 3 - Italian version of the 25-item Hikikomori Questionnaire HQ-25 (HQ-25-I)

Over the last 6 months, how accurately do the following statements describe you? (Quanto ritiene che le seguenti affermazioni la descrivano, con riferimento agli ultimi sei mesi?)					
Items	Strongly disagree (Fortemente in disaccordo)	Somewhat disagree (Abbastanza in disaccordo)	Neither agree nor disagree (Né d'accordo né in disaccordo)	Somewhat Agree (Abbastanza d'accordo)	Strongly Agree (Fortemente d'accordo)
21 (R) I have someone I can trust with my problems. (Ho qualcuno di cui posso fidarmi per quanto riguarda i miei problemi.)	0	1	2	3	4
22 (R) I rarely spend time alone. (Raramente passo del tempo da solo.)	0	1	2	3	4
23 I don't enjoy social interactions. (Non mi piacciono le interazioni sociali.)	0	1	2	3	4
24 I spend very little time interacting with other people. (Passo pochissimo tempo a interagire con altre persone.)	0	1	2	3	4
25 (R) I strongly prefer to be around other people. (Preferisco decisamente stare in mezzo alle altre persone.)	0	1	2	3	4

Tabella 4 - Italian version of the 25-item Hikikomori Questionnaire HQ-25 (HQ-25-I)

La versione giapponese del questionario HQ-25 (World Mental Health Japan, 2018) non specifica quale debba essere il luogo del ritiro, lasciando aperta la possibilità che l'individuo non si isoli nella sua abitazione e che possa scegliere altri luoghi, come, ad esempio, un Internet Cafè. È da tenere in considerazione, però, che le Linee Guida giapponesi, nella definizione di Hikikomori, specificano l'ubicazione del ritiro sociale. Inoltre, questa versione del questionario HQ-25 consente l'uscita di casa occasionale (Koyama et al., 2010). Alla luce di ciò viene suggerita una divisione di giovani ritirati hardcore e soft: i primi caratterizzati dall'isolamento strettamente nella loro stanza, escludendo ogni tipo di contatto, compreso quello con i membri della famiglia, mentre i secondi vengono identificati come individui che escono e parlano occasionalmente con altre persone (Heinze e Thomas, 2014).

### 1.1.3 Diagnosi Differenziale

La mancanza di consenso sulla definizione e sui criteri diagnostici del fenomeno rende difficile la distinzione tra ciò che è fisiologico che avvenga in fase di sviluppo e l'inizio di diversi disturbi (Stip et al., 2016). La caratteristica principale dell'hikikomori è il ritiro sociale o l'isolamento e questo, di per sé, ha un'ampia diagnosi differenziale: Schizofrenia, Disturbo da Stress Post-Traumatico, Disturbo d'Ansia Sociale, Disturbo Depressivo Maggiore o altri Disturbi dell'umore, Disturbi della Personalità (come il Disturbo Schizoide di Personalità o il Disturbo Evitante di Personalità), Dipendenza da Gioco su Internet e Disturbo dello Spettro Autistico. Qui, si nota l'estrema somiglianza tra la sintomatologia, elemento che rende complessa la diagnosi, soprattutto nel caso di presenza di comorbidità (Teo e Gaw, 2010). Di



seguito verranno messi a confronto alcuni dei disturbi sopra citati con la condizione Hikikomori.

#### *1.1.3.1 Schizofrenia*

Normalmente, nella clinica quotidiana, la prima domanda che uno psichiatra si pone di fronte a un quadro di ritiro sociale marcato e volontario, è se non sia l'esordio psicotico correlato alla Schizofrenia. Come per gli altri disturbi, e come già specificato in precedenza, la condizione Hikikomori presenta caratteristiche in comune con quest'altra grave patologia psichiatrica, dimostrando, allo stesso tempo, delle diversità: per l'Hikikomori il ritiro sociale è una risposta a difficoltà psicologiche e sociali, mentre nella Schizofrenia è conseguenza dei sintomi positivi caratteristici della patologia (allucinazioni, deliri); successivamente, analizzando la consapevolezza propria dell'individuo, si nota come l'Hikikomori è spesso conscio dell'isolamento e del ritiro, addirittura scegliendolo come "stile di vita", mentre nella Schizofrenia si incontra una situazione di *anosognosia*, ovvero una ridotta consapevolezza del proprio stato che disturba il riconoscimento della sintomatologia; infine, abbastanza evidente è la durata e il decorso di malattia, che varia da alcuni mesi o anni per la condizione Hikikomori, mentre si parla di cronicità nel momento di diagnosi di Schizofrenia (DSM 5-TR, 2022).

#### *1.1.3.2 Disturbo da Stress Post-Traumatico*

Anche in questo caso, sono apprezzabili diversi punti in comune tra la condizione Hikikomori e il Disturbo da Stress Post Traumatico prese in esame, tra cui una forma di ritiro sociale, la presenza di ansia e comportamenti di evitamento, la compromissione del funzionamento quotidiano e i sintomi depressivi. Allo stesso modo si possono trovare alcune differenze: prima fra tutte, la presenza di un trauma come esperienze di vita estremamente stressanti o minacciose, necessariamente presente nel PTSD ma non nella condizione Hikikomori, che vede il ritiro sociale collegato a fattori sociali, psicologici e ambientali (1.1.5 Fattori di rischio culturali, sociali e psicologici); il sintomo principale nel Disturbo da Stress Post-Traumatico non è il ritiro sociale, come per l'Hikikomori, ma la presenza di flashback che fanno rivivere l'evento traumatico, incubi, ipervigilanza, evitamento di situazioni collegate al trauma e iperreattività; infine, un ultimo esempio di molti che si potrebbero fare, è la presenza di sintomi fisici (come tachicardia, sudorazione, disturbi del sonno, ecc.) associati al trauma

vissuto, risposta fisica non presente negli individui che vivono la condizione Hikikomori (DSM 5-TR, 2022).

#### *1.1.3.3 Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD)*

Sebbene il Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD) e la condizione Hikikomori condividano somiglianze importanti, come l'evitamento sociale e l'impatto negativo sulla quotidianità, che rendono complessa la diagnosi differenziale, e considerando che può essere presente una forma di comorbidità piuttosto elevata tra i due elementi, è possibile notare alcune differenze: innanzitutto, il sintomo principale nel GAD è, per l'appunto, una forma di ansia che si manifesta con sintomi fisici come quelli descritti nel PTSD e attacchi di panico, mentre per la condizione Hikikomori, il sintomo principale e caratteristico è il ritiro sociale, senza necessariamente la presenza di ansia estrema e generalizzata; successivamente, nel Disturbo d'Ansia Generalizzata può essere presente una forma di evitamento che però non in tutti i casi comporta un isolamento prolungato e totale come per l'Hikikomori, dove il ritiro sociale può durare mesi o anni. Infine, le persone a cui viene diagnosticato un GAD, spesso partecipano alla vita quotidiana, anche se con difficoltà; per contro, l'Hikikomori non esce mai di casa ed evita interazioni anche all'interno delle mura domestiche con la famiglia (DSM 5-TR, 2022).

#### *1.1.3.4 Altri Disturbi dell'Umore*

Gli studiosi hanno paragonato la condizione Hikikomori con un tipo specifico di depressione descritta in Giappone, chiamata *Depressione di Tipo Moderno (MTD)* (Vannini et al., 2020), e simile al disturbo noto come *Depressione Maggiore*, con il quale è possibile svolgere una diagnosi differenziale: nella MTD, l'isolamento, a differenza di quello caratteristico nell'Hikikomori, non è di tipo volontario, in quanto chi ne soffre spesso desidera compagnia ma non riesce a trarne piacere; inoltre, la depressione è associata a una vasta gamma di sintomi emotivi come tristezza, senso di colpa e di vuoto, mentre nell'Hikikomori si incontrano sensazioni di disadattamento sociale e senso di alienazione. Infine, i fattori scatenanti della *Depressione di Tipo Moderno* sono di base più complessi, includendo aspetti genetici e biologici, mentre nella condizione Hikikomori è presente una forte componente sociale e una influenza di tipo culturale. Nonostante ciò, la *Depressione* e il vivere soli sono positivamente associate alla condizione Hikikomori (Bonnaire, Roignot, 2023).

#### *1.1.3.5 Disturbo da Dipendenza da Gioco su Internet (IGD)*

Spesso gli individui Hikikomori, durante il periodo dell'isolamento, sperimentano una serie di attività da svolgere in solitaria per occupare il tempo, tra cui l'utilizzo di Internet e di videogiochi. Questo tipo di attività espone i soggetti a potenziali rischi circa lo sviluppo di una forma di dipendenza comportamentale, comunque distinta dalla condizione Hikikomori così come viene intesa dalle Linee Guida giapponesi. Il punto chiave che riguarda il confronto fra Hikikomori e le dipendenze da Internet consiste nel fatto che quest'ultima è caratterizzata da sintomi di tolleranza e astinenza, propri delle condotte di abuso che caratterizzano poi i Disturbi da Dipendenza in generale, mentre l'Hikikomori è, nella maggior parte dei casi, visto e vissuto in modo egosintonico da parte dell'individuo, venendo così percepito come parte integrante della propria identità (Stip et al. 2016).

Indagando l'associazione tra Hikikomori e il Disturbo da Gioco su Internet (IGD), si riscontra che, nonostante quest'ultima sia una condizione diversa con la quale è possibile svolgere una diagnosi differenziale, rappresenta un fattore che può rafforzare il ciclo dell'isolamento sociale nell'Hikikomori (Bonelli et al., 2024). Nel IGD, l'isolamento sociale è infatti una conseguenza dell'uso compulsivo dei videogiochi e non un ritiro di tipo volontario; la tecnologia, nell'Hikikomori, non sempre viene utilizzata, oltre a non essere citata e inclusa come criterio diagnostico dalle Linee Guida giapponesi, e viene utilizzata come strumento di fuga o distrazione; in maniera differente, invece, nel Disturbo da Gioco su Internet l'utilizzo della tecnologia rappresenta il sintomo core: è presente una vera e propria dipendenza comportamentale dal gioco, anch'esso con caratteristiche simili ad altre dipendenze, quindi con sintomi di perdita di controllo e astinenza (DSM 5-TR, 2022).

#### *1.1.3.6 Disturbo dello Spettro Autistico (ASD)*

Uno studio italiano (Bonelli et al., 2024) ha messo a confronto il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) con la condizione Hikikomori, riscontrando sia tratti in comune, come la componente ansiosa e il disagio associato alle interazioni sociali, sia notevoli elementi che discostano una condizione dall'altra e che permettono, quindi, una diagnosi differenziale: citandone solo alcuni, è apprezzabile come nell'Hikikomori, a differenza che nel ASD, non sono presenti comportamenti ripetitivi; l'isolamento caratteristico della condizione Hikikomori è legato principalmente, se non esclusivamente, a pressioni esterne, mentre nell'Autismo è correlato a deficit nei comportamenti comunicativi, nello sviluppo e nel

mantenimento e comprensione delle relazioni. Infine, si nota come l'esordio della condizione Hikikomori sia individuato in adolescenza e prima età adulta, mentre la sintomatologia legata all'ASD risulta evidente già nei primi anni di vita, con esordio nell'infanzia (DSM 5-TR, 2022).

Nei paesi al di fuori del Giappone, i professionisti della salute mentale tendevano e, in alcuni casi, tendono tutt'ora, a diagnosticare gli elementi caratteristici della condizione Hikikomori come uno dei disturbi sopra analizzati, piuttosto che individuarla come una sindrome separata, forse per il fatto che nei paesi occidentali viene più comunemente vista come un sintomo di disturbi psichiatrici già riconosciuti (Kato, Kanba et al., 2011).

#### 1.1.4 Caratteristiche Demografiche, Epidemiologia e Comorbidità

In Giappone, il fenomeno Hikikomori è stato identificato in circa 0,87% - 1,2% della popolazione tra i 15 e i 49 anni (Ministero giapponese della Salute, del Lavoro e del Welfare, 2003; Kato et al., 2019), con una prevalenza quattro volte più comune negli uomini rispetto alle donne (Kondo et al., 2007). Più recentemente le ricerche hanno evidenziato come la condizione coinvolga diverse fasce d'età, dai 12 ai 57 anni, dimostrando come la condizione Hikikomori possa durare tutta la vita, se non adeguatamente trattato (Wing Lo et al., 2023). L'età media degli individui Hikikomori è di circa 29.5 anni, con una percentuale maschile del 76,5%; la durata media del ritiro sociale è di circa 80,7 mesi (Nonaka et al., 2022).

Evidenze scientifiche avevano dimostrato già nel 2011 (Kato et al.) la presenza di questa condizione al di fuori del Giappone, prevalentemente nella parte orientale del mondo: lo studio ha coinvolto Australia, Bangladesh, India, Iran, Corea, Taiwan, Thailandia e Stati Uniti, oltre che al Giappone, dimostrando come questo fenomeno fosse già esistente in questi paesi. Relativamente all'insorgenza degli Hikikomori, si è riscontrata una tendenza maggiore nelle aree urbane e sono state riscontrate difficoltà diagnostiche in paesi come l'Australia e gli Stati Uniti. Recentemente, casi simili alla condizione Hikikomori sono stati riportati in altri paesi come la Spagna e l'Oman, evidenziando nuovamente come questo non sia più solo un fenomeno culturale giapponese, ma una situazione globale legata alla società moderna. In Giappone è stato possibile apprezzare una presenza significativa di tale condizione tra gli studenti universitari, con una prevalenza pari a circa il 26,6%; in Corea del Sud e a Hong Kong la percentuale di prevalenza nella popolazione generale arriva rispettivamente fino al 2,3% e 1,9%. Secondo uno studio del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) (2022), per

quanto riguarda la prevalenza, la situazione italiana è comparabile a quella giapponese, interessando circa l'1,2% dei giovani tra i 15 e i 17 anni. Ad oggi, in Spagna sono iniziate ricerche volte al monitoraggio di questa situazione, la quale desta una preoccupazione sempre crescente tra la comunità scientifica e no. Infine, un ulteriore studio di ricerca (Amendola et al., 2023) è riuscito ad indagare la prevalenza dell'isolamento sociale grave in diverse parti dell'Europa, suggerendolo come indicatore sostitutivo per il rischio Hikikomori: è stata individuata una percentuale più alta di soggetti che sperimentano una situazione di isolamento sociale grave compatibile con la condizione Hikikomori nei paesi dell'Europa centrale e orientale (2,8%), rispetto all'Europa settentrionale (0,8%), meridionale (1,5%) e occidentale (1,7%). Viene inoltre notato come questa condizione coinvolga con più frequenza le famiglie di classe media (Maglia, 2020).

Alla luce della evidente presenza di diverse sfumature di questa condizione, è stata discussa una possibile distinzione tra due forme di Hikikomori: *Hikikomori primario*, caratterizzato da una condizione senza evidenti disturbi psichiatrici associati, e *Hikikomori secondario*, dove il ritiro sociale è attribuibile a un altro disturbo psichiatrico principale (Wong e al., 2019).

Nel sottocapitolo precedente si è potuta notare l'importanza di effettuare un'accurata diagnosi differenziale con altri disturbi psichiatrici, ma rimane fondamentale considerare che la condizione Hikikomori spesso si trova a coesistere con questi, come Schizofrenia, Depressione e altri disturbi dell'umore, Disturbi di Personalità e Disturbo dello Spettro Autistico. Il risultato di uno studio condotto in Italia nel 2023 ha dimostrato come i partecipanti affetti da Hikikomori presentassero alti livelli di sintomi psicologici come ansia e depressione, oltre ad una elevata sensibilità ambientale e alla presenza di stili di attaccamento insicuri, oggetto del prossimo sottocapitolo (Tognasso, Gorla et al., 2023). Tuttavia, non è sempre chiaro se i sintomi psicologici sopra citati siano la causa dell'Hikikomori o se coesistano con esso. Una analisi svolta nel 2020 ha rivelato che le variabili più significative correlate alla gravità della condizione erano effettivamente ansia e depressione, oltre che lamentele somatiche, mancanza di comunicazione tra i genitori e un eccessivo utilizzo di Internet (Hamasaki et al., 2020), avvalorando i risultati riscontrati nello studio italiano.

Diverse indagini suggeriscono che un numero considerevole di soggetti Hikikomori mostrano tratti autistici, indicando una possibile sovrapposizione tra le due condizioni: la difficoltà nelle interazioni sociali e la tendenza all'isolamento nei soggetti ASD potrebbero infatti predisporli allo sviluppo di un ritiro sociale. L'uso del gioco online e, in generale, l'uso di Internet, può diventare una modalità di fuga dalla realtà per gli Hikikomori, aumentando così il rischio che questo comportamento possa diventare patologico, portando così alla formazione di una dipendenza e, quindi, di una comorbidità. Studi indicano come queste due condizioni potrebbero rinforzarsi reciprocamente, creando così un circolo vizioso (Amatori et al., 2023). È stato notato anche come l'uso problematico di Internet tenda ad amplificare l'effetto dei sintomi del ritiro sociale prolungato sulle esperienze simil-psicosi (Amendola et al., 2023).

Un altro aspetto da considerare è quello relativo ai comportamenti autolesivi e suicidari che non infrequentemente possono comparire come sfumature della condizione Hikikomori. Alla luce di questa considerazione, è stato esplorato il grado di frequenza di comportamenti autolesivi e suicidari in studenti universitari cinesi con un quadro di Hikikomori, evidenziando, anche in questo caso, una differenza di genere che vede gli uomini con una maggiore prevalenza di autolesionismo rispetto alle donne, ma una prevalenza simile di comportamenti suicidari tra i due generi. Viene infine messo in evidenza come una condizione di ritiro sociale prolungato porti alla messa in atto di tali comportamenti. Tuttavia, questa tipologia di condotte, risultano essere maggiormente legate ad altri fattori psicologici, come la depressione, l'ansia e lo stress, anche se rimane importante considerare il ritiro sociale prolungato caratteristico della condizione Hikikomori come un potenziale indicatore di rischio per autolesionismo e comportamenti suicidari tra i giovani adulti: questo meccanismo diviene particolarmente pericoloso nel momento in cui è associato ai fattori psicologici sopra citati (Zhu et al., 2021). Anche uno studio italiano condotto su un campione di adolescenti tra i 13 e i 18 anni ha evidenziato come dato allarmante l'alto tasso di suicidarietà, con il 32,5% dei partecipanti che ha manifestato ideazioni o comportamenti suicidari e un 20% che ha effettivamente tentato il suicidio. Gli stessi autori concludono che l'Hikikomori è una condizione transnosografica, che, cioè, attraversa diversi disturbi psichiatrici (Masi et al., 2023).

Le Linee Guida giapponesi (2010), dopo aver elencato i criteri diagnostici, proseguono con l'inserimento di un sottocapitolo che approfondisce quelli che possono essere i disturbi psichiatrici più comunemente associati all'Hikikomori (*Disturbi psichiatrici comunemente associati all'Hikikomori*) e le loro caratteristiche.

1. Disturbo dell'Adattamento: viene riportato come il bullismo possa scatenare ansia e depressione, portando ad una fuga dalla società identificabile come la condizione Hikikomori. La permanenza della sintomatologia anche allo scomparire dell'evento scatenante, sfocia in un'intensificazione dei fattori psicologici associati che, di conseguenza, intensificano anche l'Hikikomori.
2. Disturbi d'Ansia: nello specifico si fa riferimento alla Fobia Sociale, al Disturbo d'Ansia Generalizzata e il Disturbo di Panico che, circa allo stesso modo, contribuiscono all'evitamento di situazioni sociali, facendo trovare agli Hikikomori un riparo nella propria abitazione.
3. Disturbi dell'Umore: citando Depressione Maggiore, Disturbo Distimico e Disforia Premestruale, le Linee Guida giapponesi affermano che una semplice remissione dei sintomi non garantisce necessariamente il reinserimento sociale dell'individuo.
4. Disturbo Ossessivo-Compulsivo: viene indicato come il peggioramento dei sintomi ossessivi possa interferire con le attività quotidiane, risultando ancora più gravoso nel momento in cui la famiglia è coinvolta nei rituali ossessivi, fattore che contribuisce alla reclusione domestica.
5. Disturbi di Personalità: i Disturbi di Personalità Evitante, Dipendente, Narcisista e Borderline possono essere collegati all'Hikikomori e, in alcuni casi, possono svilupparsi come risultato del ritiro sociale prolungato.
6. Schizofrenia: viene evidenziato come sia i sintomi positivi (allucinazioni e deliri) che quelli negativi (apatia, appiattimento affettivo) caratteristici della Schizofrenia promuovano una condizione Hikikomori; viene, inoltre, considerato come il pregiudizio sociale nei confronti della Schizofrenia spinga le famiglie a nascondere la condizione, isolando ulteriormente la persona.
7. Disturbi deliranti o di tipo fobico: vengono citati disturbi che interessano i 5 sensi, come la dismorfofobia (paura di essere deformi), l'olfattofobia (paura di emanare cattivi odori) e l'oftalmofobia (paura che il proprio sguardo possa disturbare gli altri),

che possono portare all'utilizzo di un comportamento di isolamento sociale, sviluppando così la condizione Hikikomori.

8. Disturbi dello Sviluppo Pervasivi (PDD): facendo riferimento al Disturbo dello Spettro Autistico che spesso sono oggetto di isolamento sociale e bullismo, esperienze negative che possono causare flashback e il rischio di ritiro sociale.
9. Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD): le difficoltà di gestione dei rapporti sociali e della vita scolastica date dai sintomi clinici del disturbo, aumentano il rischio di scelta di ritiro sociale, aumentando le possibilità che questo si tramuti in una forma grave come quella della condizione Hikikomori.
10. Disabilità Intellettiva o Disturbi dell'Apprendimento: vengono definite come persone particolarmente vulnerabili all'isolamento sociale perché estremamente sensibili alle critiche, con possibilità di sviluppare l'Hikikomori come meccanismo di difesa.

Le Linee Guida giapponesi proseguono poi individuando tre disturbi psichiatrici da considerare con particolare attenzione, poiché un trattamento adeguato e tempestivo può ridurre notevolmente la sofferenza dell'individuo e migliorarne la prognosi. Vengono, quindi, approfonditi ulteriormente i Disturbi dell'Umore, suggerendo di prestare attenzione anche alle fasi depressive nel Disturbo Bipolare, la Schizofrenia e i Disturbi dello Sviluppo.

#### 1.1.5 Fattori di rischio culturali, sociali e psicologici

Per comprendere meglio l'origine e l'insorgenza del fenomeno Hikikomori, si è ritenuto importante andare ad analizzare le caratteristiche e i comportamenti nell'infanzia dei soggetti che successivamente hanno sperimentato la condizione. Uno studio in particolare (Kato et al., 2019) mette in luce come nei soggetti Hikikomori siano presenti modelli di attaccamento insicuro, portando così a formare un collegamento con la Teoria dell'Attaccamento di Bowlby, la quale, dopo un'accurata analisi, offre una prospettiva fondamentale per capire le dinamiche alla base del fenomeno sociale trattato. Negli individui Hikikomori, si osserva spesso una storia di attaccamenti disfunzionali o insicuri, caratterizzati da interazioni distanti, iperprotettive o imprevedibili con le figure genitoriali (Teo, 2010). Queste esperienze sembrano avere un ruolo cruciale nello sviluppo delle difficoltà principali tipiche degli Hikikomori: come si può immaginare, la sperimentazione in età infantile di un attaccamento sicuro risulta un fattore protettivo per lo sviluppo della condizione; in altro modo, un attaccamento ambivalente o disorganizzato ha più terreno fertile su cui poter far crescere le



situazioni di disagio provate in età infantile; infine, uno stile di attaccamento evitante, dove il genitore appare emotivamente distante, caratterizzato da un'indipendenza prematura da parte del bambino e un'assenza di comunicazione con i caregiver circa eventuali situazioni di disagio, che porta a un'assenza di confronto con essi, potenzialmente risulta essere un facilitatore nella sperimentazione di comportamenti di ritiro sociale da parte dell'individuo e, quindi, della comparsa della condizione Hikikomori. Un ulteriore ragionamento viene fatto alla luce degli Stadi dello Sviluppo Psicosociale di Erikson, dove si evidenzia come il fallimento nel superare certe crisi, possa portare al ritiro sociale nei giovani adulti (Wong, Li, 2015). Infine, i tratti di personalità che si costruiscono durante lo sviluppo, giocano un ruolo fondamentale e significativo nella comparsa e nel mantenimento della condizione Hikikomori (Katsuki, Inoue et al., 2019).

È possibile individuare diversi fattori che influenzano e promuovono un facile innesco della condizione Hikikomori. I fattori associati al ritiro sociale giovanile sono di tipo psicologico, sociale e comportamentale (Li, Wong, 2015).

#### Fattori psicologici:

- *Dipendenza eccessiva*: un'eccessiva dipendenza dal supporto genitoriale, spesso contornato da una situazione di benessere socioeconomico e uno stile iperprotettivo da parte dei caregiver, può portare alla privazione delle autonomie necessarie all'individuo per sperimentarsi nel mondo esterno, venendo così limitato nello sviluppo psicosociale; questi elementi possono favorire nei giovani Hikikomori l'isolamento, l'evitamento dei contesti sociali esterni a quelli familiari, su cui fanno affidamento per il sostegno materiale e, a volte, quello emotivo, coltivando così una "tendenza parassitaria" dei figli nei confronti dei genitori (Heinze e Thomas, 2014).
- *Indipendenza maladattiva*: questi giovani sono consapevoli dell'importanza dell'interdipendenza in una società dove prevale il conformismo, e, sentendosi inadeguati rispetto agli altri, tendono a sacrificare i propri sentimenti, gli interessi e la propria personalità per aderire a standard dettati dalla società moderna (Todd, 2011); l'adozione di questa strategia, però, non risulta di facile mantenimento e, non riuscendo a sostenere a lungo termine il ruolo da loro costruito, questi giovani arrivano a proteggersi dal fallimento evitando le situazioni di competizione e

confronto sociale con l'isolamento volontario (Suwa e Suzuki, 2013; Nagata et al., 2013), esponendosi così alla condizione Hikikomori.

- *Contro-dipendenza*: alcuni giovani rifiutano deliberatamente ogni forma di attaccamento o dipendenza sociale, rifugiandosi nei propri spazi come forma di resistenza alle pressioni sociali, dove trovano un modo per riprendere il controllo sulla propria vita, sottraendosi alle responsabilità e alle pressioni del tempo e delle norme sociali moderne: per molti, questo tipo di ritiro sociale volontario e prolungato porta ad un miglioramento della qualità di vita (Chan e Lo, 2013).

#### Fattori sociali:

- *Famiglia*: come si è potuto comprendere dalle informazioni fornite finora, la struttura familiare gioca un ruolo cruciale nello sviluppo di diversi disturbi, includendo anche la condizione Hikikomori. Come sostengono diversi autori, dinamiche familiari disfunzionali, mancanza di supporto da parte della famiglia allargata e problemi familiari tradizionali come la perdita di un membro della famiglia, possono contribuire consistentemente all'insorgenza di situazioni patologiche. Sia genitori iperprotettivi che genitori che non insegnano adeguatamente ai propri figli abilità sociali fondamentali come empatia e capacità di costruire e mantenere relazioni di fiducia possono promuovere la situazione di ritiro sociale prolungato (Borovoy, 2008; Kaneko, 2006; Lee et al., 2013; Chong e Chan, 2012; Kondo et al., 2013; Chan e Lo, 2014b; Heinze e Thomas, 2014; Suwa et al., 2003).
- *Scuola*: soprattutto in Giappone, è stato notato come insegnanti e genitori siano tolleranti nei confronti del bullismo (*Ijime*), identificandolo come una sorta di “modifica del comportamento” per promuovere la formazione di gruppi fra pari tra gli studenti (Todd, 2011). Nonostante questa credenza da parte di quelle che dovrebbero essere figure di riferimento, è stato riscontrato che l'esperienza diretta del bullismo fa provare agli studenti risentimento e diffidenza nei confronti dei coetanei (Hattori, 2006). Non tutti i paesi hanno una visione aderente a quella giapponese del bullismo, ma sicuramente questa pratica è comune a moltissimi paesi nel mondo. Essere vittima di bullismo risulta essere, quindi, un fattore predisponente al ritiro sociale volontario (Maglia, 2020). Allo stesso tempo, il sistema educativo rigido di molti paesi asiatici, spinge i giovani ad una competizione accademica che spesso

risulta essere un fattore stressante e che mette in difficoltà gli studenti; questi, non riuscendo a stare al passo, sviluppano un senso di inutilità che li porta alla scelta dell'abbandono scolastico, ritirandosi a casa. In virtù di questo, viene suggerito di considerare l'assenteismo scolastico come un indicatore precoce di Hikikomori (Hamasaki, 2021).

- *Società*: i giovani socialmente ritirati sono stati associati a un'elevata pressione accademica e all'incapacità di raggiungere risultati di alto livello anche nel contesto lavorativo; questo, in accordo con la cultura asiatica dell'eccellere in tutti i campi della vita, si riflette in un senso di instabilità, in una società dove non è più abbastanza neanche la perfezione accademica per garantire un posto di lavoro di alto livello (Furlong, 2008). Come per gli altri fattori, anche questo spesso è ampliabile al di fuori della cultura asiatica, coinvolgendo realtà europee e, più nello specifico, italiane.
- *Famiglia-società*: spesso i giovani Hikikomori in Asia sono stati trovati essere il figlio maggiore della loro famiglia, oggetto di grandi pressioni da parte dei genitori che, secondo la cultura asiatica, possiedono aspettative molto alte nei confronti dei loro figli maggiori (Teo, 2010); questa situazione di pressione e di ansia conseguente, porta i soggetti ad un ritiro sociale prolungato come metodo di fuga dalla realtà. Le pressioni sociali e le dinamiche familiari che chiamerebbero l'individuo a conformarsi ai modelli tradizionali, quindi, giocano tutt'ora un ruolo fondamentale nella determinazione della condizione Hikikomori (Maglia, 2020) e sono state identificate come fattori contributivi comuni in paesi come Australia, Bangladesh, India, Iran, Giappone, Corea, Taiwan, Thailandia e Stati Uniti (Kato, Kanba et al., 2011).

#### Fattori comportamentali:

- *Ritiro fisico*: rappresenta la caratteristica chiave degli Hikikomori, ovvero il trascorrere la maggior parte del tempo a casa, volontariamente, per un lungo periodo, evitando qualsiasi contatto sociale; alcune situazioni vedono i soggetti isolarsi esclusivamente nelle loro camere da letto (Teo, 2010), occupando il tempo impegnandosi in attività solitarie come guardare la TV, giocare ai videogiochi o, a volte, leggendo libri o manga (Sakamoto et al., 2005). Questo comportamento, quando viene protratto nel tempo, favorisce una perdita di abilità sociali e di

comunicazione, facendo provare ai giovani Hikikomori un senso di apatia (assenza di interesse, motivazione o partecipazione verso stimoli che solitamente suscitano coinvolgimento). Non sono infrequenti casi di inversione del ritmo sonno-veglia, dove gli individui Hikikomori svolgono le loro attività di notte, dormendo di giorno (Masataka, 2002).

- *Uscite occasionali*: che sia per necessità, per fare acquisti, o per fingere di andare a scuola o al lavoro, quando in verità passano il tempo camminando senza meta o prendendo i mezzi pubblici, alcuni Hikikomori si concedono alcune uscite occasionali, prestando attenzione, però, a lasciare l'abitazione quando è meno probabile incontrare altre persone (Furlong, 2008). Alcuni individui, invece, escono per distrarsi o per divertirsi durante i fine settimana (Heinze e Thomas, 2014; Kaneko, 2006).
- *Interazioni sociali selettive*: una parte dei soggetti Hikikomori mantiene contatti sociali limitati, principalmente con genitori e familiari (Wong, 2012), oppure attraverso reti sociali virtuali dalle quali possono ricevere supporto e riconoscimento tra pari (Chan e Lo, 2013) e persino ridefinire la loro identità sociale per essere più socialmente accettati, al fine di riacquistare il senso di utilità che è venuto meno per le possibili motivazioni di cui è precedentemente stato discusso (Heinze e Thomas, 2014). È possibile, quindi, che i giovani Hikikomori abbiano amici intimi con i quali, però, non mantengono contatti durante il ritiro, oppure, al contrario, non abbiano amicizie significative ma usufruiscono delle conoscenze sviluppate online.

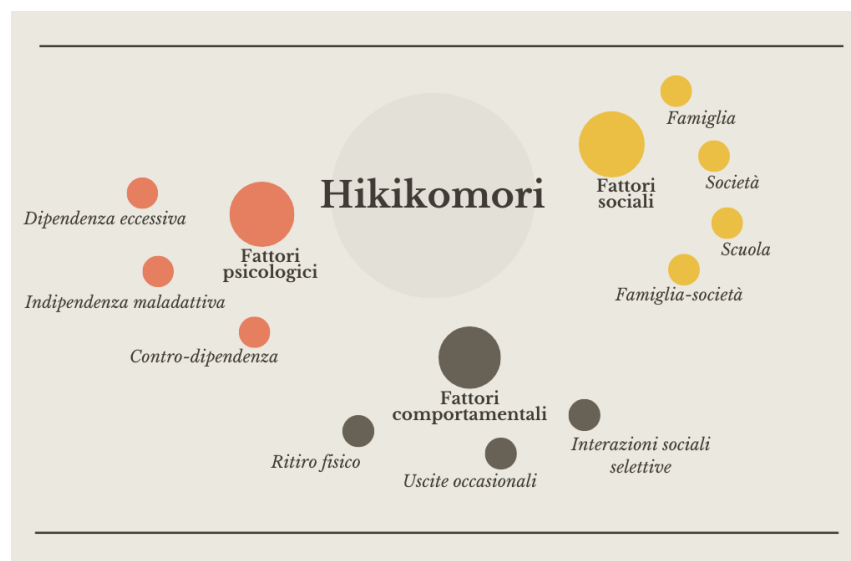


Immagine 2 - Fattori associati alla condizione Hikikomori

Alla luce del fatto che il fenomeno Hikikomori, ad oggi, non riguarda solo gli adolescenti, ma colpisce individui indistintamente dall'età e per motivi differenti, uno studio giapponese (Nomura et al., 2022) ha suddiviso e identificato le possibili cause di ritiro sociale prolungato e volontario in quattro diverse fasi della vita (adolescenti, giovani adulti, adulti di mezza età, anziani). Gli autori constatano che, negli adolescenti, l'Hikikomori può derivare principalmente dalla pressione scolastica, il bullismo o dalla difficoltà di integrazione sociale, elementi che fanno percepire l'ambiente come ostile o troppo esigente e che spinge i giovani al ritiro sociale; inoltre, le difficoltà comunicative in famiglia, la presenza di conflitti e il ricorso all'uso eccessivo di Internet sembrano avere un ruolo chiave nella determinazione della condizione Hikikomori (Hamasaki et al., 2020). Tra i giovani adulti, invece, l'Hikikomori può essere associato a difficoltà nella transizione dalla scuola all'università o al mondo del lavoro, oltre che a problemi di natura relazionale, anch'essi elementi che trovano apparente soluzione nel ritiro caratteristico della condizione. Per gli adulti di mezza età, l'Hikikomori può essere associato a eventi di vita come la perdita del lavoro, difficoltà familiari o, più in generale, fallimenti professionali o personali che instaurano nelle persone senso di vergogna e mancanza di supporto, sensazioni che portano ad un intensificarsi dell'isolamento. Infine, nell'anzianità l'Hikikomori può derivare dalla solitudine, spesso esito della perdita di persone care, o dalla sensazione di non essere più utili, che porta questi soggetti al ritiro con lo scopo di non essere un peso per gli altri.

Oltre alle condizioni psicosociali sfavorevoli analizzate, altri fattori di rischio includono la presenza in comorbidità con disturbi psichiatrici primari e dipendenze comportamentali come l'uso eccessivo di Internet. Viene ipotizzato anche che l'aumento dei casi Hikikomori sia dovuto a una maggiore consapevolezza e migliori capacità di identificazione che portano all'attenzione medica più individui che necessitano supporto (Wong et al., 2019).

## **1.2 Ritiro Sociale**

Conclusa la presentazione della condizione Hikikomori, questa parte vedrà come protagonista il ritiro sociale temporaneo: verranno esposte le principali caratteristiche, la neurobiologia alla base del comportamento, fattori influenzanti e disturbi che frequentemente prevedono l'isolamento sociale come sintomo associato.

### 1.2.1 Definizione, caratteristiche e tipologie di ritiro sociale temporaneo

Il concetto di ritiro sociale temporaneo, sia esso considerato in un'esperienza non patologica che come reazione a situazioni di stress, non è formalmente trattato come una condizione distinta ne nelle ultime versioni dei principali manuali diagnostici (ad esempio, DSM-5-TR, ICD-11) ne nelle versioni precedenti; è piuttosto considerato come un fenomeno che può verificarsi in assenza di patologie mentali, sperimentabile in momenti di transizione o difficoltà personali, e che non necessariamente sfocia in un disturbo clinicamente rilevante.

Il termine *ritiro sociale* rappresenta un concetto ampio ed eterogeneo che comprende diverse motivazioni, emozioni e comportamenti legati all'evitamento delle opportunità di interazione sociale con i pari (Rubin, Coplan, Bowker, 2009), concetto distinto dal ritiro sociale come processo attivo per cui l'individuo viene escluso dalla comunità sociale di appartenenza (Rubin, Mills 1988; De Sanctis et al., 2019). È definito come una forma di disimpegno dalle attività sociali che porta ad un impoverimento delle relazioni interpersonali, risultando così una delle forme più evidenti di disfunzione sociale, legata a incapacità di formare o mantenere relazioni sociali, con la possibilità che questo peggiori ulteriormente la sintomatologia del disturbo (Porcelli et al., 2019).

Il ritiro sociale temporaneo può essere spesso una delle prime manifestazioni cliniche di molti disturbi neuropsichiatrici (Porcelli et al., 2019); tuttavia, questa condizione non rappresenta sempre un'esperienza negativa, ma può essere considerata anche parte di uno sviluppo fisiologico, dove gli adolescenti considerano il tempo passato da soli come positivo, utile per riflettere su sé stessi e sviluppare la propria identità, impegnandosi in lavori di progettazione o nella scrittura (De Sanctis et al., 2019). Alla luce di ciò, uno studio belga ha identificato due cluster distinti di adolescenti ritirati socialmente: il primo, e anche quello all'interno del quale sono stati classificati più partecipanti dello studio, è il cluster del ritiro sociale positivo, caratterizzato da adolescenti che associano prevalentemente, se non esclusivamente, emozioni e sensazioni positive durante i momenti di ritiro; il secondo, all'interno del quale è stato inserito un terzo del campione in esame, è caratterizzato da adolescenti che vivono la situazione di ritiro sociale temporaneo esternalizzando emozioni negative e sensazione di esclusione; la componente maschile dello studio aveva il 66% in meno di probabilità di far parte del cluster del ritiro sociale negativo, suggerendo una predisposizione da parte dell'altro genere, quello femminile, alla sperimentazione di ritiro sociale negativo (Bamps et al., 2022).

Nella sua accezione psicopatologica, a cui verrà fatto maggiormente riferimento nella seguente tesi, il ritiro sociale temporaneo viene trattato da diverse fonti scientifiche, che forniscono ognuna una propria definizione.

Definizione Asendorpf (1990):

*“Il ritiro sociale è una tendenza a evitare le interazioni sociali che può essere sia volontaria che forzata. È legato a un deterioramento nella qualità della vita e può portare a gravi implicazioni psicopatologiche, come la solitudine cronica.”*

Definizione Nelson e Crick (2002):

*“Il ritiro sociale negli adolescenti è definito come un comportamento prolungato di evitamento delle interazioni sociali, che si traduce in una riduzione delle relazioni interpersonali e delle attività partecipative, influenzando negativamente lo sviluppo psicosociale.”*

Definizione Rubin, Coplan e Bowker (2009):

*“Il ritiro sociale è caratterizzato dalla scelta di evitare le situazioni sociali, che porta a un isolamento autoimposto. Questa condizione può derivare da difficoltà psicologiche come ansia sociale, depressione o traumi pregressi.”*

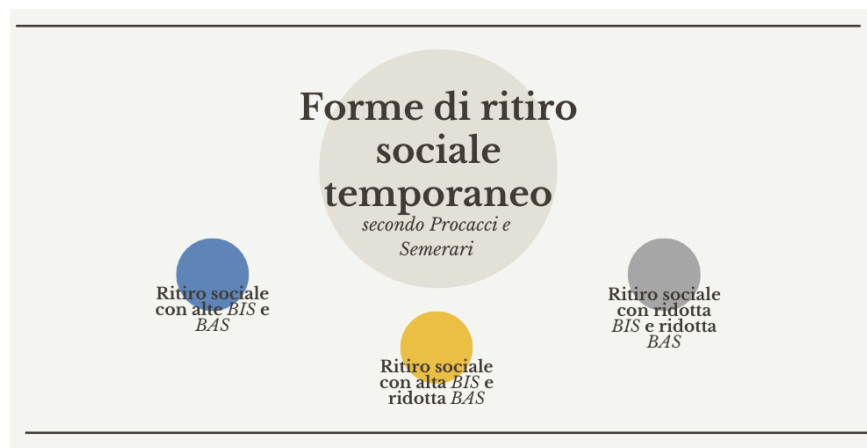
Definizione DSM-5 (2013):

*“Il ritiro sociale è spesso un sintomo associato a disturbi d'ansia sociale e depressione. Esso si manifesta con l'evitamento persistente delle interazioni sociali e una significativa riduzione delle attività quotidiane e relazionali.”*

Il ritiro sociale temporaneo è il risultato di una combinazione di diversi fattori psicopatologici che si manifestano in misura variabile a seconda del disturbo; tra i fattori considerati, è possibile trovare ansia, depressione, anedonia (incapacità di provare piacere), sensibilità al rifiuto (*rejection sensitivity*), difficoltà neurocognitive, problemi di mentalizzazione e di comprensione sociale, tendenza all'ideazione paranoide e altri disturbi del pensiero, sentimenti cronici di non appartenenza e mancanza di condivisione, oltre a deficit nelle abilità sociali. Procacci e Semerari, nel libro *Ritiro Sociale* pubblicato nel 2019, prendono in considerazione due stili di comportamento: BIS (*Behavioural Inhibition System*), Sistema di Inibizione del Comportamento Sociale, e BAS (*Behavioral Attivation System*), Sistema di

Attitudine al Comportamento Sociale. Individuando e misurando la presenza delle combinazioni di questi due sistemi, gli autori distinguono gli individui secondo tre forme di ritiro sociale (*Immagine 3*):

- a. Ritiro sociale con alta inibizione del comportamento sociale (BIS) e alta attitudine al comportamento sociale (BAS): individui ansiosi che si bloccano davanti a un impegno sociale;
- b. Ritiro sociale con alta inibizione del comportamento sociale (BIS) e bassa attitudine al comportamento sociale (BAS): individui deficitari nell'interazione sociale, che provano emozioni negative associate a tale interazione e adottano strategie di coping evitante;
- c. Ritiro sociale con bassa inibizione del comportamento sociale (BIS) e bassa attitudine al comportamento sociale (BAS): individui socialmente disinteressati, che ricercano poco o per nulla le interazioni sociali senza soffrirne.



*Immagine 3 - Forme di ritiro sociale (Procacci e Semerari)*

Come precedentemente affermato, quindi, il ritiro sociale può risultare come sintomo presente in varie forme di psicopatologia o come fattore predittivo di esordio di queste ultime, costituendo così un fenomeno clinico a cui prestare attenzione per una corretta valutazione e un corretto trattamento nei principali disturbi mentali (Procacci, Semerari, 2019). Secondo questa visione del ritiro sociale temporaneo, le persone che non riescono a instaurare interazioni significative con gli altri possono perdere possibilità importanti per il proprio sviluppo, sperimentando così sofferenza psicologica (Coplan et al., 2019).



### 1.2.2 Neurobiologia del Ritiro Sociale Temporaneo

È interessante notare come alla base di questa tipologia di comportamento vi sia una componente neurobiologica alterata che agisce sul funzionamento e che, quindi, determina o rinforza tale comportamento. Il ritiro sociale, nonostante sia temporaneo, può influire su aree del cervello deputate alla socialità, ovvero quello che viene chiamato *cervello sociale*, composto da regioni che lavorano congiuntamente per gestire la percezione sociale, la mentalizzazione e il comportamento pro-sociale o di avversione, nonché la capacità di comprendere le intenzioni, le emozioni e i comportamenti altrui, facilitando la comunicazione. Nella condizione di isolamento sociale, in assenza di relazioni interpersonali, si attivano meccanismi neurobiologici che modulano queste capacità, vedendo come protagonisti la corteccia prefrontale, l'amigdala e il solco temporale superiore, riducendo temporaneamente l'attivazione di questi sistemi o modificandone il funzionamento. Ad esempio, un'iperattività dell'amigdala si riflette con un aumento dell'evitamento sociale, mentre l'ipoattività del nucleo accumbens riduce la percezione della ricompensa sociale, meccanismo che può portare al disimpiego delle relazioni (Porcelli et al., 2019).

Il medesimo studio (Porcelli et al., 2019) prende in esame il ruolo di alcuni neurotrasmettitori nella situazione di ritiro sociale temporaneo, considerando ossitocina (OXT), dopamina (DA) e serotonina (5-HT): emerge così come l'ossitocina sia fondamentale per il legame sociale e per la fiducia mentre la dopamina risulta coinvolta nella percezione della ricompensa sociale; una di queste strutture deficitarie può contribuire al ritiro sociale. Alla luce di ciò, il sintomo spesso notato nei vari disturbi psichiatrici può essere considerato una disfunzione del cervello sociale di cui si è fatto riferimento nel testo, rappresentando un dominio transdiagnostico e suggerendo come il ritiro sociale possa avere radici biologiche comuni nei diversi contesti di disturbo primario. Alcuni ricercatori sono riusciti, grazie alle tecnologie sempre più avanzate a disposizione, a rilevare come, già in età infantile, un'elevata attivazione dell'amigdala e delle strutture a essa correlate siano implicate nei sistemi di isolamento sociale (Degan, Fox, 2007).

Anche gli ormoni sessuali, come estrogeni e testosterone, risultano influenzare le regioni del cervello sociale, seppur in modi distinti, e portando a differenze significative nei comportamenti sociali e nel ritiro sociale tra maschi e femmine, suggerendo che una migliore

comprensione di queste differenze, aiuterebbe nella specificità dei trattamenti (Masi et al., 2021).

Nel 2000, McGuire e Clifford effettuano degli studi su gemelli monozigoti e dizigoti, indicano come nell'isolamento sociale possa essere presente una componente ereditaria.

Comprendere questi meccanismi neurobiologici potrebbe, ancora una volta, migliorare l'efficacia di intervento nella prevenzione e nel trattamento sia del singolo sintomo inteso come ritiro sociale temporaneo, sia del disturbo psichiatrico primario associato a tale comportamento.

### 1.2.3 Caratteristiche demografiche, Epidemiologia e Comorbidità

La concettualizzazione di ritiro sociale come *sintomo* avviene a seguito della constatazione che esso sia trasversalmente presente in diversi disturbi psichiatrici che prevedono tendenza all'isolamento e a ritirarsi dagli altri evitando le interazioni sociali e che, quindi, non permettono di individuarlo come disturbo specifico con eziologia e prognosi proprie (Coplan et al., 2019). Questo sintomo può essere concepito sia come causa che come esito di una situazione di disagio (Brasini, 2019).

Tra le caratteristiche associate al ritiro sociale temporaneo è possibile trovare (APA, 2013):

- *Bassa autostima*. Gli individui hanno spesso una percezione negativa di sé e una paura persistente di essere giudicati negativamente dagli altri;
- *Timidezza*. Indica una conflittualità interna all'individuo tra il desiderio di interagire con gli altri e l'ansia che queste interazioni possono provocare (Sette, Laghi, Coplan et al., 2023);
- *Paura del rifiuto*. Il timore di essere esclusi, non voluti o criticati dagli altri, in alcuni soggetti ha come risultato l'isolamento sociale;
- *Ansia e depressione*. Le associazioni tra questi tipi di psicopatologia primaria e sintomatologia secondaria quale ritiro sociale non sono infrequenti.

È possibile esaminare e differenziare il ritiro sociale in base alla fascia d'età in cui lo si sperimenta. Uno stile genitoriale eccessivamente controllante o iperprotettivo nelle relazioni con i coetanei può svolgere un ruolo cruciale nel perpetuare il ritiro sociale nei bambini (Rubin et al., 2009); in età adolescenziale e adulta, invece, sono i fattori sociali, psicologici e psicopatologici ad avere una implicazione maggiore nel ritiro sociale; infine, negli anziani

l'isolamento sociale risulta perlopiù associato a problemi di salute, morte del coniuge, assenza di reti sociali e fattori economici (British Columbia Ministry of Health, 2004).

L'assenza di interazioni interpersonali, risultato di una situazione di ritiro sociale temporaneo, è correlata a tassi di mortalità più elevati, simili a quelli associati a fattori di rischio comuni nella popolazione come l'obesità e il tabagismo (Holt-Lunstad, 2015; Wang et al., 2018).

Una situazione di ritiro sociale temporaneo, escludendo la sperimentazione positiva di questa situazione, risulta avere un impatto significativo sulla qualità di vita, compromettendo il funzionamento lavorativo, scolastico o interpersonale. Se questo comportamento viene protratto nel tempo, può portare a un deficit delle abilità sociali con conseguenti difficoltà a reintegrarsi in situazioni comunitarie (Sette, Laghi, Coplan et al., 2023; Dexter, 2024).

Alcuni disturbi psichiatrici vedono il ritiro sociale temporaneo come sintomo di malattia e come espressione di un malessere interiore che spesso conduce ad una prognosi negativa e a una minore efficacia di trattamento (Masi et al., 2021); alcuni tra i più frequenti disturbi possono essere: i disturbi del neurosviluppo come il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD), disturbi d'ansia come l'Ansia Sociale, le Fobie Specifiche e il Mutismo Selettivo, disturbi dell'umore come il Disturbo Depressivo Maggiore e Disturbo Depressivo Persistente (distimia), Schizofrenia e disturbi di personalità, nello specifico, quello Evitante di Personalità. Quindi, all'interno di questo elenco, possiamo riconoscere il ritiro sociale temporaneo implicato sia in disturbi che provocano sensazioni forti e intense di diverso genere, come la paura e l'ansia nel caso dei disturbi d'ansia, sia, al contrario, condizioni caratterizzate da una riduzione del tono dell'umore, come la Distimia o la Depressione Maggiore (Coplan et al., 2019).

In età evolutiva, chi è affetto da disturbi d'ansia o dell'umore, spesso utilizza l'evitamento sociale come strategia per abbassare l'Arousal, cioè quel meccanismo autonomo di attivazione del Sistema Nervoso che influenza processi fisici e psicologici quali la vigilanza, l'attenzione, l'allerta e la reattività, elementi fortemente implicati nelle due classi di disturbi considerate (Crozier, Alden, 2005).

Disturbo d'Ansia Sociale – Fobia Sociale. Condizione forse più implicata nel tema del ritiro sociale, caratterizzata da marcate e persistenti paure di azioni e situazioni sociali in cui si sperimenta l'incontro con sconosciuti o che implicano un possibile esame da parte degli altri

(APA, 2014). Secondo questo meccanismo, chi soffre di Fobia Sociale è portato a ritirarsi socialmente, rafforzando così l'ansia sociale (Nelson, Rubin, Fox, 2005). Allo stesso modo, anche chi sperimenta una condizione di Disturbo di Panico, facente parte anch'esso dei disturbi d'ansia, tende a ricercare l'isolamento sociale come strategia di evitamento (Masi et al. 2021).

Disturbo Depressivo Maggiore. Come viene suggerito dal DSM-5-TR, questo disturbo è caratterizzato da un tono dell'umore basso, bassa autostima e distorsioni socio-cognitive che possono indurre gli individui ad un ritiro dalle situazioni sociali per prevenire eventuali ulteriori danni psicologici (Holahan et al., 2005). Nella sua forma cronica, cosiddetta *Depressione di tipo Moderno*, la patologia lega il comportamento di ritiro sociale temporaneo alla sensibilità sociale e alla percezione del fallimento sociale (Masi et al., 2021).

Disturbo di Personalità Evitante. Questo disturbo vede il ritiro sociale come sintomo cardine della malattia, accompagnato da sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità alla valutazione negativa (DSM-5-TR, 2022); le persone soggette a questo disturbo sono caratteristicamente portate ad evitare situazioni sociali che procurano un forte senso di inferiorità e paura del rifiuto da parte dell'altro (Eikenaes et al., 2013).

Disturbo dello Spettro Autistico. In questo tipo di disturbo del neurosviluppo, il ritiro sociale è una caratteristica core, associata non di rado a difficoltà di comunicazione e di relazione sociale. È possibile notare una differenza di genere data dalla tendenza del sesso femminile a mascherare meglio la sintomatologia con una comunicazione non verbale più efficace, che può portare all'assenza di diagnosi nonostante la presenza di difficoltà (Masi et al., 2021).

Schizofrenia. In questo disturbo psichiatrico, il ritiro sociale rappresenta un segno clinico importante che compromette la qualità della vita e la capacità di funzionamento sociale nei pazienti. Livelli di istruzione inferiori, disoccupazione, sintomi psicopatologici positivi della Schizofrenia e deficit delle abilità cognitive (soprattutto memoria verbale, velocità di elaborazione e memoria di lavoro) sono i principali fattori che spingono il paziente alla messa in atto del comportamento di ritiro sociale temporaneo; alla luce di queste evidenze, il trattamento dei deficit cognitivi e dei sintomi positivi della malattia potrebbero migliorare la qualità di vita e il funzionamento sociale di questi pazienti (Serretti et al., 2022).

Sono inoltre stati trovati livelli significativamente più alti di ritiro sociale negli individui a rischio clinico elevato (CHR), evidenziando la correlazione tra gravità maggiore dei sintomi psicotici con aumento di rischio di transizione verso la psicosi, e una situazione di ritiro sociale temporaneo (Tognin et al., 2023).

Anche nei pazienti con Bulimia Nervosa è stata notata una tendenza al ritiro sociale, spiegata dalla mancanza di fiducia verso sé stessi (Rotenberg, Sangha, 2015).

È possibile incontrare deficit del funzionamento sociale, con conseguente risultato di ritiro sociale temporaneo, anche in alcuni disturbi neurologici non prettamente psichiatrici, ad esempio nel Morbo di Alzheimer e in altre demenze (Dickerson, 2015; Havins et al., 2012). Il ritiro sociale nell'Alzheimer viene spesso visto come una manifestazione precoce della disfunzione sociale: le persone che vivono con questa patologia spesso mostrano una progressiva riduzione nelle interazioni sociali e nelle capacità di riconoscere e rispondere a stimoli sociali, con molta probabilità che ciò derivi dai deficit neurocognitivi specifici e caratteristici del disturbo. Oltre alla perdita di memoria e altre abilità cognitive, nei pazienti con Alzheimer l'incapacità di riconoscere le espressioni facciali o di comprendere l'intento delle altre persone (*Teoria della Mente*) aggrava la condizione di isolamento sociale (Van der Wee et al., 2019).

Alla luce della moltitudine di disturbi in cui il ritiro sociale risulta uno dei principali sintomi o una delle conseguenze più significative, è possibile confermare la rilevanza del ritiro sociale inteso come sintomo transdiagnostico (Serretti et al., 2021).

Un maggiore livello di ritiro sociale è stato associato in maniera significativa a una minore probabilità di remissione a breve termine dal disturbo psichiatrico primario. Questo effetto è risultato più pronunciato nei pazienti con Schizofrenia, dove il ritiro sociale rappresenta un importante ostacolo alla remissione sintomatica suggerendo come il ritiro sociale, anche in questo caso, sia un indicatore di prognosi negativa nei disturbi psichiatrici e, se non affrontato adeguatamente, può ostacolare il processo di remissione clinica (Serretti et al., 2021).

#### 1.2.4 Fattori culturali, sociali e psicologici

Porcelli et al., nel 2019, individuano quelle che ritengono essere le cause alla base del ritiro sociale (*Immagine 4*). La prima causa presa in esame sono i *deficit cognitivi e di elaborazione sociale*, secondo cui le difficoltà associate al riconoscimento delle emozioni, nella

mentalizzazione e nell'elaborazione degli stimoli sociali contribuiscono al ritiro sociale stesso; alcuni esempi vengono trovati, appunto, nella Schizofrenia e nell'Alzheimer, dove i deficit cognitivi tipici di questi disturbi, come memoria, attenzione e percezione sensoriale, possono limitare le capacità di interazione sociale. La seconda causa analizzata riguarda la *svalutazione sistematica degli stimoli sociali*, dove vi è una ridotta motivazione a interagire socialmente come conseguenza di una diminuzione del valore percepito delle interazioni sociali o un aumento delle critiche percepite, come il rifiuto sociale, risultando un meccanismo tipico dei pazienti che soffrono di disturbi come la depressione. Come una catena, quindi, il ritiro sociale spesso alimenta ulteriormente il disturbo, in quanto la mancanza di stimoli sociali rafforza i deficit cognitivi e, di conseguenza, aumenta la difficoltà di reinserimento nelle situazioni sociali. Questo *ciclo di feedback negativi*, terza ed ultima causa alla base del ritiro sociale analizzata dagli autori, è più comunemente osservata nei pazienti che soffrono di Schizofrenia e Depressione, dove il ritiro sociale peggiora i sintomi e riduce ulteriormente la capacità di partecipazione alla vita comunitaria (Porcelli et al., 2019).

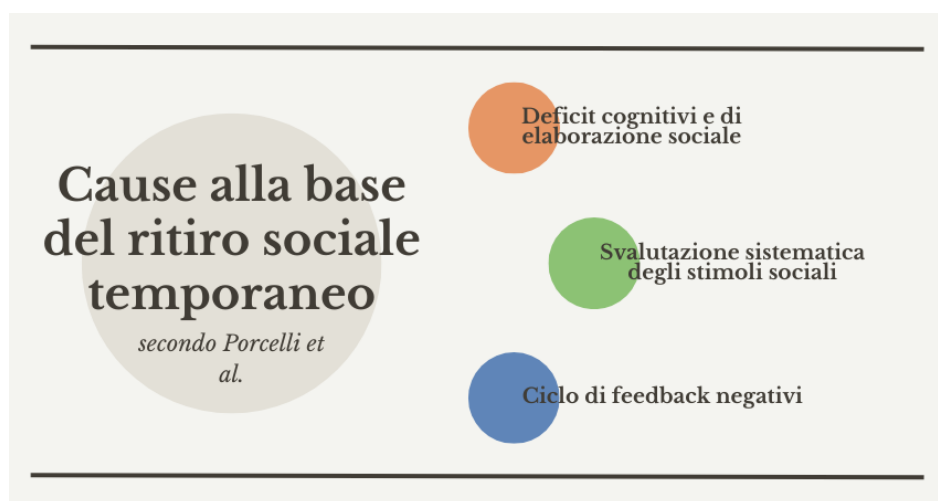


Immagine 4 - Cause alla base del ritiro sociale temporaneo (Porcelli et al.)

È stato notato come una forma di ritiro sociale possa essere presente sin dall'infanzia, rafforzando l'ansia provata nelle interazioni sociali, portando i bambini a percepirsi come socialmente inadeguati (Nelson, Rubin, Fox, 2005). Una possibile conseguenza a questa catena socio-emozionale vede i bambini socialmente ansiosi arrivare ad evitare le attività scolastiche per il timore di una valutazione negativa, esponendoli al rischio di sviluppare ulteriori deficit nel campo dell'istruzione e in quello sociale (Ranta et al., 2016).

Anche l'aspetto amicale occupa una posizione nel determinare un comportamento di ritiro sociale temporaneo: gli adolescenti con un livello più elevato di ritiro sociale all'età di 16 anni, tendono ad avere un numero inferiore di amicizie, sia per quanto riguarda l'aspetto quantitativo che qualitativo, caratterizzate allo stesso modo da meno stabilità delle relazioni. Tuttavia, all'età di 19 anni, è riscontrato come solamente l'aspetto qualitativo delle amicizie predice un aumento del ritiro sociale temporaneo (Barzeva et al., 2021).

Il concetto di ritiro sociale come sintomo sta sempre più emergendo nella clinica attuale come causa importante di disabilità, che influisce nei costi indiretti per la gestione del paziente (Pensions, 2013). Uno studio impegnato nella ricerca dell'impatto della discriminazione su pazienti con una grave patologia psichiatrica (Ruijne et al., 2022) ha chiarito il meccanismo a catena secondo cui una situazione di vittimizzazione porta ad una maggiore discriminazione, a sua volta associata a un quadro peggiore di ritiro sociale; in questo studio, il 20,6% dei partecipanti ha riportato un alto livello di ritiro sociale, amplificato, appunto, da un contesto discriminante.

Anche le ricadute svolgono un ruolo importante sulla determinazione del ritiro sociale, infatti, non solo aggravano i sintomi della patologia psichiatrica, ma aumentano il rischio e la gravità dell'isolamento sociale, danneggiando il funzionamento generale del paziente, aumentando lo stigma e, ancora una volta, i costi sanitari. È stato notato che questo sintomo transnosografico emerge come comportamento evidente nei pazienti con disturbi psicotici prima di una ricaduta, facendo sì che venga considerato come sintomo negativo della psicosi con potenziali effetti sulla rete sociale (Tognin et al., 2023).

## Capitolo 2 – Hikikomori e ritiro sociale temporaneo

### 2.1 Confronto tra Hikikomori e Ritiro sociale temporaneo

#### 2.1.1 Aspetti clinici, durata e gravità

Hikikomori e ritiro sociale temporaneo spesso non vengono trattati come due condizioni completamente distinte, ma l'aspetto Hikikomori viene inteso come una forma estrema di ritiro sociale che presenta alcune particolarità e caratteristiche specifiche culturali e comportamentali (Masi et al., 2021).

L'analisi delle due condizioni ha messo in luce diversi aspetti che le differenziano l'una dall'altra.

La *durata*, fattore distintivo delle due condizioni, è il primo elemento analizzato come differenza: come afferma il Ministro giapponese della Salute, del Lavoro e del Welfare, sostenuto da numerosi studi scientifici di ricerca, la condizione Hikikomori prevede una durata minima di isolamento sociale di 6 mesi, con una durata complessiva anche di diversi anni, se non di tutta la vita; per il ritiro sociale temporaneo, invece, la durata è molto più variabile, determinata da fattori coincidenti con la malattia psichiatrica primaria, senza necessità di specificare un indicatore temporale minimo in quanto questo sintomo potrebbe durare per molto meno di 6 mesi come per molto di più.

Oltre alla caratteristica temporale, però, vi sono altre differenze significative che coinvolgono la gravità e le cause dei fenomeni in analisi, oltre al contesto culturale e psicologico associato.

Il secondo fattore preso in considerazione è il *grado di isolamento* implicato in queste due condizioni: seppur caratterizzato da isolamento, nel ritiro sociale temporaneo, questo risulta essere spesso meno drastico, vedendo gli individui evitare alcune situazioni sociali o situazioni stressanti ma continuando ad avere contatti limitati o partecipando a determinate attività sociali; nella condizione Hikikomori, invece, l'isolamento è molto più radicale e prevede un evitamento totale del contatto sociale, vedendo gli individui che ne soffrono chiusi nella propria abitazione per lunghi periodi, a volta addirittura delegando i genitori per svolgere questioni personali o utilizzando la tecnologia per soddisfare bisogni quotidiani.

Un altro fattore da analizzare è l'*arrivo all'attenzione medica* dei soggetti: ebbene, la condizione Hikikomori, seppur possa coesistere in comorbidità con altri disturbi psichiatrici,



emergendo come la prima manifestazione di questi, risulta essere una condizione “a parte”, con esordio per la maggior parte durante l’adolescenza. Questo comportamento tende a tardare l’arrivo all’attenzione del servizio, in quanto sia caregiver che professionisti sanitari percepiscono il ritiro dell’Hikikomori come una condizione di passaggio, spesso affrontata dai caregiver in autonomia, senza considerarla una problematica grave. L’isolamento del ritiro sociale temporaneo, invece, essendo un sintomo secondario spesso successivo all’esordio di malattia psichiatrica, fa sì che gli individui che lo sperimentano siano già seguiti dal servizio psichiatrico per il disturbo primario, scatenando una serie di reazioni nel momento in cui il paziente non dovesse presentarsi ad appuntamenti o venissero rilevati campanelli d’allarme. Inoltre, i familiari più presenti, essendo a conoscenza della condizione psichiatrica primaria, tenderebbero a segnalare prontamente questo tipo di cambiamento comportamentale del proprio parente, permettendo una minor permanenza del paziente nella condizione di ritiro sociale tramite intervento tempestivo e, come si è potuto leggere nei capitoli precedenti, portare conseguentemente a una prognosi migliore.

Fattori come *cronicità e severità di sintomatologia* risultano essere collegati strettamente alla tempestività di arrivo all’attenzione medica: infatti, il ritardo incontrato per il riconoscimento e trattamento della condizione Hikikomori fa sì che questa abbia il tempo di radicarsi e trasformarsi in uno stile di vita, con gravi conseguenze sulla salute mentale e fisica e con gravi compromissioni sul funzionamento generale dell’individuo. Di conseguenza il paziente sperimenterà poi una maggiore difficoltà nel tornare alla vita sociale, richiedendo interventi terapeutici complessi e di lunga durata. L’arrivo precoce all’attenzione medica dei comportamenti di ritiro sociale temporaneo permette, invece, un’erogazione altrettanto precoce di interventi terapeutici e riabilitativi, rendendola una condizione più transitoria, con meno possibilità di radicamento di questa nella vita dell’individuo. Questo implica, quindi, una minore difficoltà per il paziente nel ritorno alla vita comunitaria.

Anche l’*aspetto culturale* rappresenta una differenza tra condizione Hikikomori e ritiro sociale temporaneo: nonostante sia stata ampiamente dimostrata la presenza di Hikikomori in tutto il mondo, questa condizione è particolarmente legata a contesti culturali orientali, più in particolare quelli giapponesi, dove dinamiche familiari, aspettative educative e lavorative e senso di vergogna sociale giocano un ruolo più che significativo nella quotidianità della popolazione. Questa condizione rimane fortemente connessa a specifiche pressioni

socioculturali presenti in forma e intensità diversa e specifica per ogni parte del mondo interessata. L'isolamento temporaneo invece non sembra avere legami specifici con la cultura, piuttosto è una risposta a situazioni di stress o crisi che possono essere comunemente condivise con diverse culture.

Come precedentemente anticipato, anche le *prospettive di recupero* rappresentano una differenza non trascurabile tra le due condizioni: per chi si ritira temporaneamente, il recupero è generalmente più rapido grazie soprattutto alla tempestività di intervento, argomento a cui si è fatto riferimento precedentemente; nel momento in cui viene identificata la causa scatenante di tale comportamento e si offre un supporto appropriato, questi individui hanno maggiori possibilità di tornare ad avere una vita sociale funzionale rispetto all'Hikikomori, spesso senza la necessità di un intervento terapeutico intensivo. Per quanto riguarda la condizione di ritiro sociale volontario e prolungato quale l'Hikikomori, la prospettiva di recupero è spesso più complessa e richiede un intervento multidisciplinare a lungo termine; la cronicità della condizione rende complesso il processo di reinserimento in comunità.

In sintesi, oltre alla durata, le differenze tra condizione Hikikomori e ritiro sociale temporaneo riguardano l'intensità e la gravità del ritiro, le cause sottostanti, il grado di compromissione della vita quotidiana e le prospettive di recupero. L'Hikikomori è quindi una condizione più profonda e radicata, mentre il ritiro sociale temporaneo è spesso una risposta momentanea a una situazione di disagio più o meno estesa nel tempo, che offre maggiori possibilità di intervento precoce e, di conseguenza, di risoluzione tempestiva del sintomo.

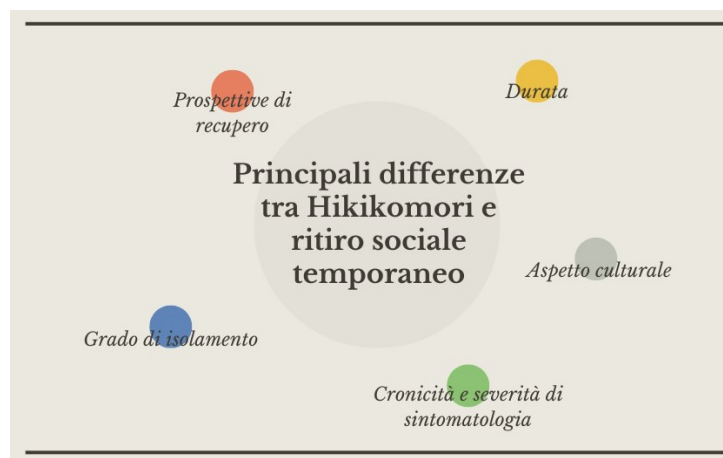


Immagine 5 - Principali differenze tra condizione Hikikomori e ritiro sociale temporaneo

### 2.1.2 Impatto sulla funzionalità sociale

Entrambe le condizioni che implicano una diversa forma di isolamento sociale hanno in comune una conseguenza: per ambedue si ha un impatto negativo che influisce sul funzionamento, anche se di gravità differenti. Il funzionamento quotidiano dei soggetti Hikikomori risulta essere profondamente compromesso a causa del ritiro sociale radicato nella loro vita: l'Hikikomori non si limita a ritirarsi dalla società nel senso stretto, ma questi individui smettono di studiare, di andare a lavorare e di svolgere attività quotidiane, inficiando significativamente il funzionamento sociale; anche il ritmo circadiano viene spesso alterato, risultando invertito o irregolare, peggiorando il quadro di esito. Chi si ritira temporaneamente, invece, tende a mantenere attivi alcuni aspetti della propria vita, come il lavoro, lo studio e le relazioni familiari, anche se con difficoltà; questa caratteristica rende la compromissione del funzionamento sociale meno severa rispetto a quella incontrata nell'Hikikomori.

### 2.1.3 Bisogni Terapeutici Specifici

In riabilitazione psichiatrica, i bisogni terapeutici specifici riflettono quelle che sono le necessità individuali che una persona con fragilità o sofferenza psichica può avere per migliorare la propria qualità di vita, riducendo la sintomatologia associata alla malattia e permettendo di affrontare un graduale reintegro sociale. Questi bisogni vengono solitamente identificati attraverso una valutazione individualizzata, mirata a favorire il recupero personale.

Come verrà approfondito in seguito, la condizione Hikikomori è quella che, tra le due, necessita di un lavoro più lungo ed elaborato al fine di recuperare le abilità sociali e migliorare la qualità di vita. Questo si riflette sia sull'individuazione dei bisogni terapeutici specifici, sia, successivamente, sui trattamenti: è necessario tenere presente che il ritiro sociale temporaneo è un sintomo transnosografico a diverse condizioni psichiatriche primarie, che verrebbe trattato assieme ad altra sintomatologia associata; l'Hikikomori, invece, è possibile intenderlo come sinonimo di un ritiro sociale volontario, grave e prolungato, che, pertanto, permette di individuare dei bisogni terapeutici e dei trattamenti più specifici. Alcuni bisogni terapeutici e alcuni trattamenti potrebbero essere trasversali ad entrambe le situazioni analizzate, differenziandosi solamente per la durata di erogazione del trattamento e la frequenza con cui viene effettuato.

Bisogni terapeutici specifici per Hikikomori:

- *Recupero delle abilità sociali*: a seguito di un periodo prolungato di isolamento, è necessario favorire una graduale reintroduzione alle interazioni sociali fornendo supporto per riacquistare le capacità di interazione con gli altri e di gestione delle relazioni interpersonali, così da permettere di imparare ad affrontare le situazioni sociali in modo sano.
- *Gestione dei sintomi psicologici*: questo tipo di condizione spesso nasconde disturbi d'ansia, depressione o altre condizioni psicologiche e psichiatriche che necessitano un intervento riabilitativo e psicoterapico di supporto, con l'obiettivo di ridurre questi sintomi al punto che questi non compromettano più il funzionamento della persona.
- *Supporto per l'autostima e l'identità*: molti Hikikomori sviluppano e convivono con una bassa autostima e una percezione negativa di sé, necessitando di supporto e riabilitazione al fine di recuperare fiducia nella propria persona, permettendo così di migliorare nella remissione di altri sintomi.
- *Supporto alla famiglia*: le famiglie degli Hikikomori spesso non comprendono appieno la situazione che i figli stanno vivendo, risultando una ulteriore fonte di pressione e conflitto; un approccio terapeutico adeguato, volto all'educazione e a fornire gli strumenti necessari per affrontare la condizione, evita quelle dinamiche che alimentano l'isolamento, favorendo, inoltre, una opportunità per il paziente di aumentare il numero di figure di supporto su cui poter fare riferimento.
- *Gestione dell'ansia e dello stress*: una delle motivazioni più rilevanti che spinge gli Hikikomori a diventare tali è sicuramente lo stress causato dalle pressioni scolastiche, lavorative o familiari; per migliorare il benessere della persona, è quindi importante affrontare il modo in cui queste aspettative influiscono sul benessere stesso, per poter sviluppare strategie funzionali da utilizzare in futuro con lo scopo di evitare di ricorrere nuovamente all'isolamento.
- *Reinserimento graduale nel mondo esterno*: è importante prevedere un piano di reintegrazione graduale, sia per la formazione scolastica/lavorativa che per la parte prettamente sociale; un ritorno brusco potrebbe risultare eccessivo, pertanto, anche in questo caso, un supporto personalizzato sarebbe la scelta ideale per favorire il reinserimento sociale del paziente.

- *Ritmo di vita regolare*: l'isolamento prolungato può portare a una rottura della routine quotidiana, facendo emergere come bisogno terapeutico la ripresa di una struttura di vita che includa attività significative, gestione adeguata del sonno con eventuale ripristino del ciclo sonno-veglia fisiologico e un buon bilanciamento tra le attività che vedevano impegnato l'individuo durante il ritiro sociale e le nuove attività che si instaureranno durante il percorso riabilitativo.

Il ripristino della socialità in chi si ritira temporaneamente è spesso esso stesso un bisogno terapeutico specifico di un'altra condizione che ne può prevedere altri, in base alla patologia primaria a cui si fa riferimento; tuttavia, i bisogni terapeutici specifici per Hikikomori possono essere in parte sovrapponibili con quelli di chi si trova in una condizione di ritiro sociale temporaneo, non dimenticando di tenere in considerazione l'aspetto temporaneo e non cronico dell'isolamento inteso come sintomo. Di conseguenza, un bisogno terapeutico specifico per chi sperimenta una situazione di ritiro sociale temporaneo potrebbe essere proprio la prevenzione della cronicizzazione, fornendo un intervento tempestivo e concentrandosi sull'identificazione precoce dei segnali di rischio e sulla costruzione di una rete di supporto che aiuti la persona a mantenere un contatto con il mondo esterno. Nel momento in cui il ritiro sociale temporaneo dovesse essere messo in atto come comportamento di risposta all'insoddisfazione di bisogni personali, risulterebbe idoneo concentrarsi sull'aspetto comunicativo della situazione, insegnando all'individuo come poter esprimere i propri bisogni in modo chiaro e a comunicare efficacemente quando questi non dovessero venire soddisfatti.

## Capitolo 3 – Interventi e riabilitazione

### 3.1 Trattamenti

A seguito dell'identificazione dei bisogni terapeutici primari per le due condizioni, sarà necessario costruire un piano di intervento e di trattamento specifico: come già affermato nel capitolo precedente, il fenomeno sociale Hikikomori richiede interventi più intensivi e duraturi, mentre il ritiro sociale temporaneo necessita di un intervento rapido e mirato.

Per quanto riguarda la situazione di ritiro sociale temporaneo, si evidenzia come i professionisti sanitari dovrebbero concentrarsi maggiormente sull'identificazione precoce del ritiro sociale temporaneo inteso come sintomo e il riconoscimento delle disfunzioni nel funzionamento della personalità, proponendo interventi specifici mirati alla riduzione dell'isolamento sociale, sia durante il trattamento che nell'eventuale follow-up (Boettcher, Bindt et al., 2023). Viene messa in risalto l'importanza di trattare il ritiro sociale temporaneo come un obiettivo terapeutico primario per prevenire le ricadute (Tognin et al., 2023).

La letteratura fornisce diversi metodi di intervento con diverse attività da attuare per chi sperimenta la condizione Hikikomori, attività in parte sovrapponibili con quelle utili per chi si ritira temporaneamente; pertanto, in questa parte di elaborato, verranno trattati gli interventi riabilitativi e terapeutici facendo riferimento alla sola condizione Hikikomori, in parte giustificato dalla disponibilità di articoli scientifici e in parte per una scelta personale di approfondimento di questa condizione che si distingue da ciò che professionalmente si è più soliti incontrare.

Diventata ormai una condizione che desta preoccupazione per la salute pubblica, quella degli Hikikomori è una situazione che richiede l'implementazione di strumenti terapeutici adeguati ad aiutare chi ne soffre.

Le Linee Guida fornite dal Ministero giapponese della Salute, del Lavoro e del Welfare mettono in evidenza l'importanza di comprendere in quale fase dell'Hikikomori si trova la persona che si ha in cura, principalmente per scegliere l'approccio terapeutico e di supporto più appropriato ai bisogni e alle necessità. Alla luce di questo, viene fornita una stadiazione della condizione, individuando quattro fasi:

1. *Fase preparatoria*: in questa fase è descritta la sperimentazione per il soggetto di alcuni sintomi fisici generali come ansia o malessere fisico, ma senza una

compromissione significativa della qualità di vita; per questo motivo, riconoscere l'individuo Hikikomori in questo momento potrebbe risultare difficile ma permetterebbe un intervento precoce, evitando una cronicizzazione ancora più grave del comportamento.

2. *Fase iniziale*: in questo stadio l'individuo inizia a isolarsi, le emozioni diventano particolarmente instabili portando a conflitti emotivi, ansia e sensi di colpa; si notano anche comportamenti ambivalenti, come attaccamento eccessivo ai genitori o episodi di violenza domestica.
3. *Fase dell'Hikikomori*: consolidazione del ritiro sociale; l'individuo evita fortemente qualsiasi tipologia di attività sociale, anche se le emozioni diventano più stabili rispetto alla fase precedente. La vita quotidiana è circoscritta all'interno delle mura domestiche, senza partecipazione sociale attiva. Si nota che durante questa fase l'individuo potrebbe iniziare a riprendere contatti minimi con l'esterno, svolgendo uscite notturne per fare acquisti.
4. *Fase di reintegrazione sociale*: in questa fase, l'individuo mostra interesse verso il reinserimento sociale, cercando di partecipare ad attività di gruppo intermedie, come programmi di supporto o spazi sicuri in cui sperimentare nuovamente la socializzazione. Il tentativo di reinserimento sociale può risultare instabile, altalenante e per questo è richiesto un supporto delicato e sensibile da parte degli operatori e dei familiari.

Il Ministero della Salute, del Lavoro e del Welfare giapponese, all'interno delle Linee Guida del 2010, promuove anche un programma di intervento specifico per la condizione Hikikomori, da mettere in atto dopo aver individuato il punto della stadiazione in cui si trova l'individuo.

- *Modello multidimensionale di supporto all'Hikikomori*. Il trattamento deve essere costruito sulla base di una valutazione complessiva della situazione dell'individuo e del suo ambiente, coinvolgendo un team multidisciplinare. Questo modello si basa su tre dimensioni principali: supporto specifico per il disturbo mentale sottostante, includendone il trattamento; miglioramento delle condizioni ambientali, modificando quelle stressanti e mobilitando le risorse di supporto disponibili; sostegno per il fallimento nel processo di indipendenza adolescenziale, che prevede interventi per

aiutare l'individuo a superare l'attaccamento simbiotico alla famiglia, con lo scopo di sviluppare un'indipendenza sociale propria.

- *Supporto tramite reti di collaborazione sociale.* Nonostante l'assenza di strutture specializzate nel supporto all'Hikikomori, molte organizzazioni, come scuole, istituzioni sanitarie, enti di assistenza sociale e organizzazioni non governative, possono svolgere un ruolo importante fornendo supporto. Le Linee Guida specificano anche l'importanza di creare reti di collaborazione locale con caratteristiche specifiche, tra cui la comprensione reciproca, l'attuazione di incontri periodici per la condivisione e la gestione dei casi, la protezione della privacy, la qualità degli incontri, mirati alla definizione di un piano d'azione o all'identificazione di un'istituzione che sia idonea a fornire supporto e, infine, l'adattamento degli interventi in base alle risorse locali disponibili.
- *Supporto alla famiglia.* Viene specificato che questo tipo di supporto riguarda soprattutto i genitori, ma non esclude il coinvolgimento di altre figure che fungono da caregiver. Nel caso in cui la persona con Hikikomori si presenti da sola alla consulenza, è previsto un piano di supporto individuale, che non necessita del coinvolgimento familiare. Le Linee Guida giapponesi spiegano poi passo per passo come eseguire un intervento familiare completo e graduale al fine di essere efficace.

Per non promuovere un reinserimento sociale troppo repentino, che potrebbe spaventare e facilitare un drop-out del paziente, una possibilità di intervento potrebbe prevedere una prima parte di supporto online o attraverso interazioni sociali meno stressanti, per poi progredire con trattamenti e soluzioni che implicano sempre di più attività in presenza e, propedeuticamente, attività sempre più a contatto con la società.

I trattamenti proposti variano significativamente tra i paesi: in Giappone, ad esempio, molti psichiatri sostengono non sia necessario un trattamento psichiatrico intensivo o optano per trattamenti ambulatoriali; in maniera opposta, nei paesi occidentali, è più comune raccomandare trattamenti più attivi, inclusa l'ospedalizzazione per i casi più gravi (Kato, Kanba et al., 2010). Alcuni esempi: in Giappone e Hong Kong esistono centri specializzati per il trattamento degli Hikikomori, mentre in Cina, Singapore e Corea del Sud gli interventi sono spesso offerti attraverso ospedali generali o agenzie governative (Wong, Wan et al., 2019). Alcuni studiosi segnalano che una parte dei casi Hikikomori raggiunge una gravità



tale da necessitare un trattamento ospedaliero (Kato et al., 2012; Malagón-Amor et al., 2015; Wong et al., 2019; Benarous et al., 2022).

La limitata, seppur fondamentale, efficacia della farmacoterapia nei pazienti Hikikomori, fa sì che il trattamento elitario per questa condizione sia di tipo riabilitativo, con diverse possibilità di messa in atto. Lee e Choi (2013), a seguito di uno studio che coinvolgeva 65 giovani condotto in Corea del Sud, evidenziano la necessità di adottare un approccio multidisciplinare e di fornire trattamenti personalizzati per favorire un esito positivo di questi. Per quanto riguarda il trattamento farmacologico, è stato notato come questo sia rilevante nel miglioramento di sintomi ansiosi e di carattere umorale, collaborando ad una migliore risposta al trattamento non farmacologico (Masi et al., 2023).

Le strategie terapeutiche e riabilitative per l'Hikikomori variano a seconda dell'eventuale diagnosi associata, includendo, appunto, la farmacoterapia per i disturbi più gravi (Sakai et al., 2011); molti trattamenti non farmacologici includono il supporto familiare, visite domiciliari, terapia cognitivo-comportamentale, psicoterapia psicodinamica e interventi online (telepsichiatria). Inoltre, vengono suggerite terapie innovative come la pet therapy, l'uso di robot interattivi per affrontare il ritiro sociale, terapie basate su giochi (es. Pokémon Go), l'attività fisica, musicoterapia e terapie di gruppo (Kato et al., 2019; Aguglia et al., 2024). Nello specifico, vi sono alcuni paesi come la Corea del Sud, che prediligono programmi di visite domiciliari come trattamento per la condizione Hikikomori; in Cina, invece, oltre a fornire interventi sociali, il trattamento include l'enfaticizzazione dell'educazione ideologica e morale come parte della risposta al fenomeno (Wong, Wan et al., 2019).

La comprensione dei fattori scatenanti alla base della condizione Hikikomori, soprattutto nella fase adolescenziale, è fondamentale per prevenire la cronicizzazione della condizione e per sviluppare interventi tempestivi (Hamasaki et al., 2020) che porteranno a un miglioramento significativo delle condizioni generali del paziente (Masi et al., 2023).

Una revisione sistematica di studi qualitativi e quantitativi (Li, Wong, 2015) ha affrontato in modo approfondito la condizione Hikikomori in tutti i suoi aspetti, comprendendo anche la parte relativa agli interventi. Gli autori differenziano tre tipologie di figure che si interfacciano con i giovani Hikikomori, specificando le principali dinamiche di interazione tra questi. La prima tipologia di figure considerata è quella dei *clinici*, ovvero gli operatori sanitari, che utilizzano approcci come il recupero delle emozioni, il sollievo dai sintomi e la

riabilitazione (Hattori, 2006). Successivamente vengono presi in esame i *professionisti non-clinici*, intesi dagli autori come assistenti sociali e educatori: queste figure accettano la diversità dei giovani (Wong, 2009) e resistono alla patologizzazione della condizione Hikikomori (Borovy, 2008; Chan e Lo, 2013) avendo come obiettivo quello di reintegrare i soggetti nella partecipazione sociale tradizionale, migliorandone la qualità di vita (Borovy, 2008). Infine, l'ultima figura analizzata, è quella delle *famiglie dei giovani*, le quali spesso ritardano la ricerca di aiuto a causa dello stigma sociale e della scarsa conoscenza della condizione Hikikomori (Tateno et al., 2012), influenzando sulla cronicizzazione della condizione e portando i giovani socialmente ritirati, in alcuni casi, a cercare supporto su Internet (Wong et al., 2014). Gli autori della revisione sistematica elencano poi terapie, interventi e programmi più utilizzati con i soggetti Hikikomori, distinguendoli in approcci terapeutici, approcci sociali e approcci educativi. Negli *approcci terapeutici* viene evidenziato come la condizione Hikikomori richiede un intervento precoce da parte degli operatori sanitari (Hattori, 2006) che alcune volte ritengono necessario il ricovero ospedaliero (Kato et al., 2012) e la farmacoterapia (Nagata et al., 2013); i servizi di psicoterapia (Furlong 2008; Itoh, 2012; Nagata et al., 2013) e di psicoanalisi (Wilson, 2010), grazie alle conversazioni libere svolte in contesto protetto, possano facilitare la costruzione di alleanze tra terapeuti e giovani Hikikomori, fornendo così una base sicura per il trattamento (Krieg e Dickie, 2013); l'utilizzo di altre tipologie di terapie, come la terapia familiare, la terapia dell'ambiente, la Nidotherapy (Teo, 2010) e la terapia narrativa (Chong e Chan, 2012), aggiungono valore al trattamento e offrono maggiori possibilità che questo abbia esito positivo. Per gli *approcci sociali*, invece, gli autori riportano come attività gruppali e gruppi di supporto (Ogino, 2004; Kondo et al., 2013; Nagata et al., 2013) offrono opportunità ai giovani Hikikomori di socializzare con altre persone, ampliando così la rete sociale. Infine, negli *approcci educativi*, viene evidenziata l'importanza di figure come assistenti sociali e educatori, i quali offrono programmi di formazione sulle abilità sociali (Teo, 2010; Itoh, 2012), di gestione delle emozioni (Hattori, 2006) e sulle abilità interpersonali, competenze chiave per una ripresa verso la socialità (Wong, 2009).

Vengono inoltre forniti alcuni suggerimenti circa la forma delle attività: viene raccomandato di evitare una disposizione rigida degli interventi (Teo, 2010) e si consiglia di rendere le attività informali, su misura, programmate in modo approssimativo, flessibili, occasionali e persino improvvise (Ogino, 2004; Wong, 2009).

### 3.1.1 Interventi con la famiglia

Come precedentemente approfondito, spesso le dinamiche familiari possono essere disfunzionali ed essere un fattore di mantenimento della condizione Hikikomori, se non addirittura una fonte di aggravamento. Una delle tipologie di intervento utilizzata per il trattamento familiare è la Terapia Sistemico-Relazionale che, in un'ottica di una gestione personalizzata e individualizzata, può risultare efficace nel ricostruire le dinamiche familiari disfunzionali che contribuiscono al mantenimento del ritiro sociale. Questo approccio vede la famiglia come un sistema omeostatico in cui le dinamiche interne influenzano il comportamento di ogni persona che ne fa parte (Maglia, 2020).

Uno studio italiano (Maglia, 2020) ha previsto l'utilizzo di due diverse tecniche di intervento sulla base della Terapia Sistemico-Relazionale, coinvolgendo un ragazzo Hikikomori di 18 anni. Il primo strumento adottato è il *Genogramma di Bowen*, ovvero un diagramma che rappresenta la struttura familiare di più generazioni (solitamente due o tre), mostrando i legami tra i membri della famiglia con lo scopo di evidenziare eventi significativi, separazioni, unioni e altre informazioni rilevanti. Questo strumento viene utilizzato soprattutto per "mappare" l'evoluzione e l'involuzione delle relazioni emotive e affettive all'interno del contesto familiare.

*Genogramma di Bowen*. Si inizia con la raccolta delle informazioni durante le prime sessioni di terapia familiare, chiedendo ai genitori di includere non solo eventi importanti come matrimoni, nascite e separazioni, ma specificare anche la qualità delle relazioni tra i membri; si prosegue con la rappresentazione grafica delle informazioni acquisite all'interno del genogramma, che sarà strutturato e impostato con l'utilizzo di simboli specifici utili per indicare le tipologie di relazioni; infine, si arriva all'analisi delle dinamiche familiari, cercando di individuare l'eventuale presenza di azioni che possano spiegare o possano aver promosso un comportamento di ritiro, individuando, ad esempio, i modelli di relazione che si ripetono di generazione in generazione, come cicli di conflitti o alleanze. Questo processo può essere molto emotivo, poiché spesso porta alla luce conflitti, ricordi spiacevoli o sentimenti di colpa che non sono mai stati affrontati e anzi, erano stati soppressi. In definitiva, il Genogramma di Bowen viene utilizzato per aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere meglio le dinamiche familiari che possono aver promosso il ritiro sociale,

permettendo di indentificare modelli relazionali alla base del ritiro stesso e altre difficoltà psicologiche.

Lo stesso studio ha associato l'intervento con il Genogramma di Bowen all'utilizzo della *Tecnica dello Zaino*.

*Tecnica dello Zaino*. Questa tecnica viene applicata nelle fasi iniziali dell'intervento terapeutico e ha lo scopo di migliorare la relazione tra l'Hikikomori e i suoi genitori in contesti di terapia familiare. Questa pratica prevede un rituale simbolico in cui i genitori "consegnano" metaforicamente al figlio degli aspetti positivi della loro personalità, che lui porterà con sé nel suo "zaino" durante il viaggio della vita. Questa tecnica è descritta come un metodo per affrontare le disfunzioni familiari creando un'atmosfera calda e coinvolgente, volta al miglioramento delle relazioni e allo sviluppo personale dell'Hikikomori. La procedura richiede che vi sia un certo posizionamento durante la sessione: la madre siede di fronte al figlio e il padre accanto a lui; dopo la disposizione nello spazio, si prosegue con lo scambio delle caratteristiche, dove la madre viene invitata a prendere per mano il figlio, guardarlo negli occhi e "donargli" un aspetto positivo della propria personalità, qualcosa di importante e di cui è orgogliosa; si prosegue con il coinvolgimento del padre, che anch'esso fornirà altre qualità o valori da tramandare al figlio. Infine si assiste alla fase del consolidamento, dove il terapeuta ripete e rafforza ciò che è emerso durante la sessione, sintetizzando in modo significativo i doni che sono stati dati al figlio, così che tutti li ricordino in modo chiaro. La Tecnica dello Zaino ha due obiettivi: rinforzare i legami emotivi all'interno della famiglia, facendo emergere le emozioni positive che erano rimaste inesprese, e favorire la costruzione di un'identità propria grazie al rituale, il quale permette una differenziazione del figlio dalle figure genitoriali, seppur portando con sé aspetti positivi di entrambi.

Un ulteriore studio condotto in Giappone (Kato et al., 2019) ha sviluppato, invece, un programma educativo per i familiari basandosi principalmente su due approcci: un programma educativo per non professionisti della salute mentale, come insegnanti e familiari, per fornire supporto alle persone con problemi di salute mentale (*Mental Health First Aid - MHFA*) e un intervento con approccio cognitivo comportamentale, per aiutare i familiari a incoraggiare comportamenti positivi e a gestire problemi di comunicazione spesso incontrati nelle dinamiche familiari con soggetti Hikikomori (*Community Reinforcement and Family*

*Training - CRAFT*). Gli autori riportano che le competenze dei partecipanti nel gestire i sintomi depressivi presenti in alcuni casi di Hikikomori sono migliorate significativamente durante il programma e nei follow-up successivi; inoltre, hanno evidenziato come lo stigma verso i temi di salute mentale sia diminuito notevolmente all'interno del gruppo oggetto di studio. Ma soprattutto, gli autori sottolineano come alcuni comportamenti delle persone Hikikomori, quali la partecipazione sociale e le componenti ossessivo-compulsive laddove presenti, siano migliorati proprio grazie al programma (Kato et al. 2020).

### 3.1.2 Interventi a domicilio da parte di operatori esperti (home visiting)

A causa dell'espansione del fenomeno Hikikomori e la sua più alta frequenza di manifestazione, sono venuti a crearsi, nei paesi dove questa condizione è insorta temporalmente prima, operatori specializzati ed esperti dell'Hikikomori. Probabilmente in Italia, in questo momento storico, non si ha ancora avuto l'opportunità di trattare un numero adeguato di casi conclamati da permettere una tale specializzazione del personale sanitario; tuttavia, nel futuro, proprio a causa della crescente presenza di questo fenomeno, potrebbe crearsi una situazione analoga ai paesi all'avanguardia sul tema Hikikomori che permetterà di sfruttare l'esperienza sul campo costruendo servizi con operatori specializzati.

In Giappone, infatti, sono venuti a crearsi proprio queste figure di operatori esperti specializzati, che riescono a fornire supporto adeguato ed efficace agli individui interessati. Viene così creata una particolare forma di intervento domiciliare, oggetto di uno studio che ne valuta l'efficacia. Alla luce di ciò, alcuni degli operatori specializzati sono stati sottoposti a un'intervista semi-strutturata che indagava i processi di supporto, prestando particolare attenzione alle esperienze cliniche, ai fattori di successo e alle valutazioni dei risultati. Da questo studio è emerso che, per erogare un più efficace supporto alle persone Hikikomori, sarebbe consigliabile seguire una scaletta composta da tre fasi adottata da questi operatori esperti durante gli interventi domiciliari: la prima fase è rappresentata dalla preparazione dell'ambiente familiare, dove gli operatori lavorano per ricostruire relazioni tra la persona Hikikomori e la sua famiglia, gestendo situazioni di crisi e fornendo supporto ai familiari su come interagire con la persona ritirata. La seconda fase è rappresentata dal concetto di comunicazione costante con la persona Hikikomori, anche quando questa rifiuta il supporto offerto inizialmente: durante questa fase gli operatori esperti creano un ambiente sicuro

attraverso conversazioni informali e grazie all'ascolto attivo ed empatico circa le difficoltà del soggetto. Infine, l'ultima fase è composta dall'espansione delle connessioni sociali: una volta stabilito un rapporto di fiducia, gli operatori aiutano la persona a reintegrarsi nella società, coinvolgendoli gradualmente e a un ritmo adeguato in attività sociali e lavorative (Funakoshi et al., 2022).

Nonostante questo metodo sia di più facile adozione in paesi che presentano un tasso più alto di frequenza della condizione, le basi di personalizzazione e supporto continuo che caratterizzano questo approccio, possono essere applicate in diversi contesti culturali e sistemi sanitari, offrendo così un'ulteriore possibilità di intervento (Funakoshi et al., 2022). Infatti, anche uno studio spagnolo afferma che la complessità della condizione Hikikomori richiede team domiciliari specializzati per la rilevazione del fenomeno e il suo successivo trattamento (Malagón-Amor et al., 2015).

Uno studio Sudcoreano ha indagato proprio l'efficacia delle visite domiciliari che fornivano supporto a giovani Hikikomori, facendo emergere come questa tipologia di intervento abbia portato a miglioramenti nella funzione globale della maggior parte dei partecipanti allo studio, valutati tramite la scala *Global Assessment Functioning* (GAF), e migliorando l'aspetto della socialità (T.Y. Choi et al., 2013). Da evidenziare come gli utenti Hikikomori che cercano aiuto riportano punteggi GAF significativamente più alti di chi non richiede supporto (Sakai et al., 2011).

### 3.1.3 Nidoterapia

Un approccio terapeutico alternativo e relativamente recente in psichiatria è rappresentato dalla *Nidoterapia*. Questo intervento si concentra sulla modifica dell'ambiente fisico, sociale e personale del paziente, piuttosto che sul paziente stesso, in modo da ridurre l'impatto negativo che la patologia porta all'individuo e migliorarne il benessere psicologico. Il termine *nido* fa riferimento al concetto di *casa* o *ambiente sicuro*, che riassume l'obiettivo della Nidoterapia nel creare un ambiente che permetta alla persona di progredire, riducendo il disagio psichico senza interventi medici diretti sulla patologia.

Particolare riferimento viene fatto ad uno studio condotto in Oman su un ragazzo di 24 anni che ha manifestato comportamenti di ritiro sociale compatibile con il quadro Hikikomori per oltre cinque anni, che lo vedevano isolato nella sua camera, evitando qualsiasi contatto

sociale esterno ed interno al nucleo familiare. Dopo svariati tentativi di intervento, il team medico ha adottato l'approccio della Nidoterapia, dove la famiglia è stata incoraggiata a cambiare il proprio atteggiamento nei confronti del figlio, evitando il più possibile le critiche e diminuendo le situazioni di conflitto. Il risultato finale di questo intervento è stato positivo, ha visto piccoli miglioramenti circa l'interazione del ragazzo all'interno del nucleo familiare fino ad arrivare ad accettare un lavoro su turni serali, più compatibile con quelli che erano diventati i suoi ritmi di vita.

Allo stesso modo, la Nidoterapia potrebbe rappresentare un approccio di gestione alternativo e utile in casi di Hikikomori dove la resistenza del paziente alla sua condizione è maggiore e comporta maggiori difficoltà di cambiamento (Sakamoto et al., 2005).

#### 3.1.4 Realtà aumentata e videogiochi

Nel momento in cui l'individuo Hikikomori entra in contatto con il servizio di Salute Mentale, si dovrà tenere in considerazione che le terapie convenzionali potrebbero non essere idonee alla fase di aggancio e trattamento del paziente. Per questo motivo alcuni studiosi hanno preso in considerazione l'utilizzo della realtà aumentata e dei videogiochi come modalità di intervento alternativa.

La realtà virtuale si presenta come una strategia innovativa per connettere le persone Hikikomori direttamente dalla loro abitazione, permettendo un aggancio graduale e più incoraggiante. In particolare, la VR offre un'esperienza immersiva in ambienti simulati e interattivi protetti, utili per allenare le abilità sociali e gestire l'ansia in modo Step-by-Step. Così facendo, quindi, al paziente viene offerta la possibilità di affrontare le proprie paure in ambiente simulato e sicuro con un trattamento più efficace e più attraente rispetto agli approcci tradizionali. La VR offre un'educazione psico-sociale basata sull'esperienza, creando contesti terapeutici impossibili da ricreare nella vita reale, utili come alternative agli interventi convenzionali che spesso, con i soggetti Hikikomori, risultano fallimentari (Aguglia et al., 2024).

Un'altra opportunità di trattamento innovativa e insolita è rappresentata dal videogioco *Pokémon Go*, sviluppato e rilasciato in Giappone nel 2016, disponibile da subito in tutto il mondo, che incoraggia i giocatori ad uscire di casa per catturare creature virtuali, chiamate per l'appunto *Pokémon*, utilizzando la fotocamera e le mappe del proprio smartphone,

sincronizzando così il mondo virtuale con quello reale. Pokémon Go ha da subito suscitato molto interesse a livello globale grazie alla sua capacità di spingere le persone a uscire e interagire con l'ambiente esterno; in Giappone questo gioco ha avuto un impatto anche sugli individui Hikikomori che, grazie alla motivazione di collezionare tutte le creature virtuali per completare una sorta di catalogo, si sono spinti oltre le mura domestiche, aprendosi uno scenario di possibilità sociali e relazionali all'esterno. Il gioco fornisce un senso di realizzazione e migliora l'autostima in modo simile a quanto avviene con il sistema di economia Token utilizzato in diversi trattamenti per i disturbi del neurosviluppo, come l'ADHD, e non solo. Questa attività ludica ha dimostrato di attirare non solo i giovani, ma anche giocatori di diverse età che trovano il gioco accessibile e divertente. Lo studio che ha trattato il fenomeno ha inoltre dichiarato che, sebbene sia difficile stimare con precisione il numero di Hikikomori che giocano a Pokémon Go, sembra che per alcuni di essi potrebbe rappresentare un primo passo verso il superamento dell'isolamento sociale. Gli autori, infine, suggeriscono anche che i centri di supporto per Hikikomori potrebbero installare virtualmente PokeStop, ovvero luoghi in cui gli utenti hanno la possibilità di catturare una quantità maggiore di creature, creando così maggiori occasioni che questi entrino in contatto con i servizi di cura e incrementando le opportunità di interazione tra gli Hikikomori (Teo, Tateno et al., 2016).

### 3.1.5 Gruppi di supporto e peer supporter

Similmente agli interventi domiciliari forniti da operatori esperti, anche i gruppi di supporto tra pari risultano, in questo periodo storico e in questo luogo geografico, una soluzione di difficile adozione per via della scarsità di individui che arrivano all'attenzione medica e che vengono considerati poi Hikikomori.

In Giappone, ancora una volta, è stato creato un intervento basato sulla formazione di *peer supporters* (persone che hanno vissuto l'esperienza di Hikikomori) e la loro partecipazione a progetti di supporto di gruppo erogati al centro di salute mentale della città, a favore di altri giovani che sperimentano una situazione di ritiro sociale. Gli "ex Hikikomori" che hanno aderito all'iniziativa, hanno seguito un corso di formazione strutturato in quattro sessioni, che includeva lezioni su come pianificare e gestire lavori di gruppo. Le attività di gruppo da loro proposte includevano eventi come sessioni di cucina, quiz e uscite all'aperto, progettate per favorire la socializzazione tra i partecipanti. Il coinvolgimento dei peer supporters non si



è limitato alla pianificazione delle attività, ma ha anche incluso la loro partecipazione diretta agli eventi e la condivisione delle loro esperienze, contribuendo così ad aumentare l'efficacia e il supporto per i giovani Hikikomori. Questo programma ha evidenziato come i peer supporters possono svolgere un ruolo cruciale nel supporto dei nuovi Hikikomori, migliorando la qualità e, ancora una volta, l'efficacia delle attività di gruppo: l'interazione tra "vecchi" e "nuovi" Hikikomori ha amplificato il sostegno disponibile ma, soprattutto, ha fornito ai partecipanti un esempio positivo di reintegrazione sociale, rafforzando le attività di riabilitazione (Iwata, 2017).

Si segnala, inoltre, un caso di Hikikomori in comorbidità con un Disturbo Schizoaffettivo inserito in un contesto gruppale di psicoterapia psicodinamica che si concentrava sull'aiutare il paziente e gli altri membri del gruppo a esplorare le proprie emozioni e a interagire socialmente in un ambiente sicuro, portando poi ad un recupero di funzionalità sociale che ha visto il paziente Hikikomori riuscire a trovare e mantenere una posizione lavorativa. L'articolo che prende in esame questo caso ha infine suggerito che la psicoterapia di gruppo, in associazione alla farmacoterapia, può essere efficace nel trattamento dell'Hikikomori, soprattutto quando lo si vede associato ad altri disturbi psichiatrici (Kato et al., 2021).

### 3.1.6 Terapia cognitiva erogata tramite Internet (iCT-SAD) e Social Media

Come precedentemente evidenziato, rimane fondamentale ricordare l'importanza di un approccio terapeutico graduale, che vede i professionisti sanitari disposti a erogare interventi con modalità ad oggi ancora un po' inconsuete, come tramite Internet, online.

Spesso i soggetti che vivono una situazione Hikikomori soffrono anche di un Disturbo d'Ansia legato ai contesti sociali, due condizioni che non favoriscono per niente l'arrivo all'attenzione medica e, di conseguenza, all'inizio di un trattamento. Per questo, un recente studio ha indagato l'efficacia dell'utilizzo di una terapia cognitiva erogata via Internet (iCT-SAD) nel caso di un uomo affetto da Hikikomori, dimostrando come interventi psicologici basati sull'evidenza e focalizzati sull'ansia sociale, possono essere efficaci per i pazienti Hikikomori, soprattutto nel caso di adozione dell'alternativa online, la quale rappresenta una promettente opzione di trattamento nei casi di riluttanza alla partecipazione a sessioni di terapia in presenza. Inoltre, l'integrazione di tecnologie online potrebbe coinvolgere maggiormente i pazienti Hikikomori nel trattamento, migliorandone l'efficacia (Sakai et al., 2024).

Collegato all'utilizzo di Internet, è importante segnalare come i social media possano essere strumenti utili per raggiungere e supportare i soggetti Hikikomori, nonché per sensibilizzare il pubblico sui rischi e sulle conseguenze che questa condizione può avere (Teo, Pinto de Costa et al., 2024). A supporto di questo, tre studi condotti ad Hong Kong hanno rilevato che i giovani socialmente ritirati utilizzano Internet come piattaforma principale per la comunicazione, suggerendo di stabilire e valutare interventi su misura basati proprio online, con l'obiettivo di migliorare le capacità sociali e di risoluzione di problemi. Si può considerare che i servizi di consulenza online attraverso Facebook, Whatsapp, Twitter, ecc. offrano un canale sicuro e accessibile per i giovani Hikikomori per ristabilire fiducia negli altri prima che possano essere coinvolti in attività faccia a faccia (Chan e Lo, 2013, 2014a; Wong et al., 2014).

### 3.1.7 Attività fisica

Oggi giorno ormai numerose evidenze scientifiche confermano l'efficacia e l'utilità dello svolgimento di attività fisica per migliorare diverse condizioni mediche, tra cui anche alcune patologie psichiatriche. L'esercizio fisico, oltre a migliorare l'emodinamica cerebrale, favorisce interazione tra paziente e operatore in un ambiente diverso dal classico setting terapeutico, avendo così tutte le carte in regola per poter svolgere un ruolo riabilitativo anche per la condizione Hikikomori (Nishida et al., 2016).

In particolare, uno studio ha messo in pratica con un paziente Hikikomori di 20 anni con associata ansia sociale, una terapia basata sull'attività di Jogging, che prevedeva 30 minuti di corsa tre volte alla settimana per tre mesi. I ricercatori, prima dell'inizio dell'intervento, grazie al supporto di strumenti all'avanguardia, hanno misurato l'alterazione emodinamica cerebrale durante un compito di fluenza verbale; dopo i tre mesi di terapia, i risultati hanno mostrato un aumento significativo dell'emodinamica nelle regioni temporali bilaterali del cervello, suggerendo un miglioramento dell'attività cerebrale associata al Jogging (Nishida et al., 2016).

Secondo lo stesso principio, anche altre tipologie di attività fisica possono arrivare a risultati molto simili, senza per forza implicare l'attività del Jogging. Per l'appunto, è stata esplorata quella che viene chiamata *attività fisica guidata da esperti* per la condizione Hikikomori. Questo tipo di attività prevede 40 sessioni di consulenza sul movimento umano, della durata di tre anni, prevedendo allenamenti all'aperto, come camminate, corsa, ciclismo, e sport

interpersonali, come ping-pong, badminton e tennis. Uno studio che ha utilizzato questo approccio ha poi misurato gli effetti sul comportamento del ritiro sociale utilizzando una scala di valutazione Hikikomori (*Glasgow Hikikomori Scale - GHS*). I risultati dello studio hanno dimostrato un miglioramento nel comportamento di ritiro sociale al punto che la maggior parte dei partecipanti allo studio hanno ripreso a studiare e lavorare. Le attività fisiche all'aperto e gli sport interpersonali hanno offerto un modo non minaccioso per iniziare a reintegrarsi socialmente, permettendo una graduale riabilitazione delle abilità sociali, senza innescare paure sociali caratteristiche degli Hikikomori (Yokoyama et al., 2023).

### 3.1.8 Altri trattamenti

Uno studio giapponese che ha coinvolto un uomo di 40 anni ritirato socialmente da diversi anni, ha preso in considerazione la parte emozionale che spesso investe il soggetto Hikikomori, proponendo una psicoterapia integrativa focalizzata sulle emozioni, concentrandosi specificatamente sulla trasformazione del dolore emotivo in esperienze positive, con lo scopo di costruire una nuova immagine di sé. L'approccio terapeutico ha integrato due modalità di terapia focalizzata sulle emozioni (*Emotionally Focused Therapy – EFT e Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy - AEDP*), che si orientano sulla trasformazione delle emozioni maladattive, come la vergogna, in emozioni adattive che permettono di creare un ambiente empatico (Iwakabe, 2020). A supporto di questo studio che ha preso in considerazione l'aspetto emozionale della condizione Hikikomori, vi è un'ulteriore ricerca che implicava l'utilizzo del test di Rorschach su individui nella medesima condizione, evidenziando come gli Hikikomori avessero una tendenza a esprimere emozioni in modo indiretto, indicativo di un desiderio di avere relazioni emotive strette e, allo stesso tempo, la presenza di una difficoltà nell'essere indipendenti emotivamente (Katsuki, Inoue et al., 2019), suggerendo, quindi, di non escludere un trattamento che abbia come oggetto la componente emozionale.

Anche il Training sulle abilità di Coping potrebbe risultare efficace e utile nel trattamento degli Hikikomori, in quanto questi individui mostrano spesso livelli alti di stress, ansia e depressione, caratteristiche che si riflettono nella messa in atto di strategie di coping disfunzionali come l'autoaccusa e il disimpegno comportamentale. Gli interventi mirati alle strategie di coping modificherebbero questi comportamenti aiutando a migliorare la

compromissione del funzionamento quotidiano risultato dalla condizione Hikikomori (Bonnaire et al., 2023).

### **3.2 Il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica**

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP) rappresenta una figura professionale che si occupa della riabilitazione e del reinserimento sociale di persone con un disagio psichico, fornendo interventi graduali basati su un approccio multidisciplinare, rispettando i tempi del paziente, promuovendo al contempo il recupero delle capacità relazionali e funzionali, mantenendo sempre al centro di ogni intervento la qualità di vita della persona e il suo contesto familiare. Pertanto, il TeRP può svolgere un ruolo cruciale anche nel trattamento di pazienti Hikikomori.

Come ogni intervento riabilitativo, anche quello che interessa la persona Hikikomori richiede la pianificazione di un progetto riabilitativo in tutte le sue 10 fasi (Vita, dell'Osso, Mucci, 2019):

1. **Analisi della domanda d'invio.** La prima fase del progetto riabilitativo prevede la valutazione approfondita della richiesta di invio, in cui viene esaminata l'effettiva necessità di un intervento riabilitativo per la persona, prendendo conoscenza della complessità della situazione per poi stabilire che tipo di intervento sia il più adeguato.
2. **Accoglienza del paziente.** Questa fase rappresenta un momento delicato e decisivo, poiché da esso dipendono le tempistiche e l'effettivo successo del progetto riabilitativo; eventuali difficoltà affrontate durante questa fase possono allungare i tempi di permanenza o di trattamento del paziente o portare a risultati meno soddisfacenti. Idealmente, l'accoglienza della persona dovrebbe iniziare prima dell'effettivo ingresso in struttura, per facilitare una transizione più fluida.
3. **Osservazione e valutazione standardizzata.** Dopo aver accolto il paziente, è necessaria una valutazione globale e approfondita delle sue condizioni, sia cliniche che neuropsicologiche; questa fase include l'osservazione del comportamento e delle necessità della persona, supportata da colloqui e dall'uso di strumenti standardizzati per la valutazione. L'obiettivo di questa fase è raccogliere informazioni precise che possano guidare la pianificazione individualizzata dell'intervento riabilitativo.
4. **Restituzione al paziente.** Dopo aver concluso il processo di osservazione e valutazione, è importante restituire al paziente le informazioni raccolte, rendendolo

così consapevole delle proprie condizioni e capace di comprendere il contesto in cui verrà erogato l'intervento riabilitativo; la trasparenza in questa fase è fondamentale per creare fiducia e collaborazione attiva per una buona relazione terapeutica, che faciliterà poi tutto il trattamento.

5. Identificazione degli obiettivi. Gli obiettivi che vengono identificati devono essere chiari e definiti, suddivisi in obiettivi globali, generali e specifici, ciascuno dei quali contribuirà al progresso della persona nel percorso di riabilitazione. Definire obiettivi chiari è un passo cruciale per orientare il lavoro dell'equipe riabilitativa e per monitorare l'andamento del percorso.
6. Negoziazione degli obiettivi e individuazione delle priorità. In questa fase, il TeRP si confronta con l'utente per comprendere al meglio i suoi bisogni e stabilire insieme gli obiettivi prioritari del percorso riabilitativo. Il coinvolgimento attivo del paziente è cruciale per garantire che gli obiettivi siano realistici e coerenti con le sue necessità e aspettative, aiutando a creare un percorso condiviso che tenga conto delle priorità percepite dall'utente.
7. Pianificazione dell'intervento. Una volta stabiliti gli obiettivi, è necessario pianificare dettagliatamente l'intervento riabilitativo, spiegando al paziente cosa, come e con quali risorse verrà attuata l'azione terapeutica. Questa fase prevede l'identificazione delle persone coinvolte (sia il paziente che l'equipe), le risorse disponibili, gli strumenti da utilizzare e i tempi necessari per il perseguimento degli obiettivi.
8. Attivazione dell'intervento. È l'attuazione concreta dell'intervento pianificato: si mettono in atto le competenze tecniche e relazionali, mantenendo alto il coinvolgimento del paziente per favorire la sua partecipazione attiva. La creazione di un clima di collaborazione tra tutti i coinvolti garantirà al paziente sostegno e partecipazione al processo riabilitativo.
9. Monitoraggio degli obiettivi e degli esiti di processo. Durante l'intervento, è fondamentale monitorare l'andamento degli obiettivi attraverso strumenti di osservazione semplici: il TeRP compila schede di valutazione che permettono, appunto, di verificare se e come gli obiettivi stabiliti vengono raggiunti; il monitoraggio continuo consente di correggere eventuali deviazioni o di modificare il percorso in corso d'opera in base alle esigenze e ai bisogni del paziente, di modo che esso rimanga sempre al centro del progetto.

10. Verifica finale. È la verifica globale del processo riabilitativo che valuta se gli obiettivi specifici sono stati raggiunti completamente o solo parzialmente; in questa fase è importante restituire al paziente una valutazione chiara dei risultati ottenuti, analizzando le diverse tappe del percorso e capire i punti di forza e quelli su cui è necessario continuare a lavorare. Questo passaggio permette al paziente di prendere consapevolezza dei suoi progressi e di pianificare ulteriori interventi, nel caso fossero necessari.

### 3.2.1 Possibili implicazioni del TeRP nei trattamenti di Hikikomori

La rigidità e la standardizzazione di un intervento riabilitativo influenzerebbero in maniera molto negativa il trattamento su qualsiasi paziente, ma in particolare sui soggetti Hikikomori. Per questo motivo, l'approccio elitario adottato dai Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, fondato su personalizzazione, individualizzazione e flessibilità di intervento, risulta avere le carte in regola per fornire un percorso riabilitativo positivo per le persone che si trovano ad affrontare una situazione di Hikikomori.

Spesso i pazienti Hikikomori non riconoscono la necessità di un intervento o sono estremamente riluttanti ad accettare aiuto. Per questo, uno degli obiettivi principali del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, è lavorare sulla motivazione del paziente, cercando di instaurare un rapporto terapeutico di fiducia graduale; tecniche come il colloquio motivazionale possono essere utili per incoraggiare il paziente a riflettere sui benefici del cambiamento senza sentirsi giudicato o sotto pressione.

Di seguito vengono elencati alcuni altri punti relativi al possibile coinvolgimento della figura professionale quale Tecnico di Riabilitazione Psichiatrica nel trattamento di pazienti Hikikomori.

- *Valutazione iniziale e personalizzazione dell'intervento*: collaborando in equipe con altre figure professionali, il TeRP valuta le condizioni del paziente attraverso strumenti di valutazione che indagano sia gli aspetti psichici che sociali, comprendendo il funzionamento sociale, la sintomatologia negativa, il contesto familiare ed eventuali situazioni di dipendenza o altra comorbidità. Come ripetuto precedentemente, è fondamentale costruire un percorso personalizzato sui bisogni

individuali del paziente, poiché ogni Hikikomori ha una propria storia e delle motivazioni diverse che lo portano alla scelta dell'isolamento.

- *Supporto nell'accettazione graduale del contatto sociale*: il TeRP può facilitare una graduale esposizione alle situazioni sociali finora evitate, iniziando con interventi indiretti, come la comunicazione virtuale, per poi evolvere verso incontri faccia a faccia; l'obiettivo fondamentale è accompagnare il paziente Hikikomori nel riacquistare fiducia nelle relazioni e nel mondo esterno, promuovendo una riconnessione progressiva.
- *Uso della tecnologia come strumento di riabilitazione*: considerando che non è infrequente incontrare soggetti Hikikomori che fanno uso intensivo di tecnologia, il TeRP, come accennato nel punto precedente, può integrare strumenti tecnologici per stabilire un primo contatto e, in seguito, utilizzarli per incentivare la partecipazione a percorsi riabilitativi, proponendo interventi online o videogiochi terapeutici per rendere più attraente e suggestivo il contesto di riabilitazione.
- *Utilizzo di tecniche psicoeducative*: un ruolo chiave del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è fornire supporto psicoeducativo sia al paziente, sia alla famiglia, insegnando tecniche di gestione delle emozioni per ridurre l'ansia sociale e per promuovere comportamenti adattivi; il coinvolgimento della famiglia è essenziale sia per la comprensione di eventuali dinamiche familiari disfunzionali, sia per creare un ambiente supportivo privo di pressioni.
- *Interventi riabilitativi individuali e di gruppo*: le attività che il TeRP propone mirano a incoraggiare il paziente a sperimentare abilità sociali in un contesto protetto. Le attività creative o strutturate possono aiutare a rompere la routine che il paziente si è costruito durante la situazione di isolamento; l'obiettivo è quello di favorire il miglioramento delle capacità sociali e l'inserimento progressivo in contesti più ampi.
- *Reinserimento lavorativo e scolastico*: dopo un primo periodo che prevede la riabilitazione delle abilità di base con miglioramento dell'impatto della condizione sulla qualità di vita, il TeRP, in accordo con i desideri e le necessità del paziente, può supportare la persona nella transizione verso il lavoro o lo studio, proponendo progetti di reinserimento in contesti protetti, come tirocini formativi o corsi scolastici a distanza, che possono gradualmente portarlo a una maggiore autonomia.

- *Monitoraggio e follow-up continuo*: è essenziale che il TeRP segua il paziente nel lungo termine, monitorando i progressi e intervenendo tempestivamente in caso di ricadute o difficoltà; la continuità dell'assistenza è fondamentale per evitare un ritorno all'isolamento.

Una componente da non sottovalutare è il lavoro con la famiglia: il supporto da parte del contesto familiare è essenziale nel trattamento degli Hikikomori, in quanto spesso le figure genitoriali non comprendono pienamente la natura del problema o non sanno come approcciare il paziente. Il TeRP può svolgere un importante ruolo nell'educare e supportare la famiglia, aiutandola a creare un ambiente che favorisca il ritorno del paziente alla vita sociale senza alimentare dinamiche disfunzionali. La terapia familiare può essere una parte fondamentale del trattamento, specialmente se la famiglia è coinvolta nelle dinamiche di isolamento.

Questo tipo di condizione richiede, come già specificato in precedenza, un approccio integrato, vedendo coinvolti psicologi, psichiatri, a volte addirittura neuropsichiatri infantili, educatori e assistenti sociali, oltre che ai Tecnici di Riabilitazione Psichiatrica, poiché la condizione Hikikomori coinvolge aspetti psicologici, comportamentali, sociali e spesso anche somatici. Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica svolge il ruolo di mediatore tra il paziente e gli altri specialisti, facilitando il coordinamento delle cure e la coerenza degli interventi, fornendo un valido supporto e una figura su cui il soggetto Hikikomori può fare affidamento durante il percorso riabilitativo.



## Capitolo 4 – Metodologia applicata

### 4.1 Criteri di selezione degli studi

Per la stesura della presente tesi basata sulla revisione della letteratura, sono stati definiti criteri specifici per garantire la rilevanza e l'accuratezza delle fonti incluse. La selezione degli studi è avvenuta attraverso una ricerca sistematica su *PubMed*, motore di ricerca e database contenente innumerevoli articoli scientifici e studi di ricerca. Inizialmente sono stati cercati articoli inerenti alla sola condizione Hikikomori, suddividendo l'analisi per categorie come segue:

- Generalità della condizione. Parola chiave "*Hikikomori*": n. 28 articoli esaminati per intero; n. 21 articoli utilizzati;
- Diagnosi. Parola chiave "*Hikikomori*" AND "*Diagnosis*": n. 6 articoli esaminati; n. 6 articoli utilizzati;
- Giappone e Asia. Parola chiave "*Hikikomori*" AND "*Japan*", "*Hikikomori*" AND "*East Asia*": n. 3 articoli esaminati; n. 3 articoli utilizzati;
- Europa. Parola chiave "*Hikikomori*" AND "*Europe*" NOT "*Asia*": n. 9 articoli esaminati; n. 9 articoli utilizzati;
- Trattamenti. Parola chiave "*Hikikomori*" AND "*Treatment*" AND "*Rehabilitation*": n. 16 articoli esaminati; n. 16 articoli utilizzati

Si è proseguito con la ricerca di materiale inerente al ritiro sociale temporaneo, utilizzando parole chiave come "*Social withdrawal*" AND "*Psychiatry*" NOT "*Hikikomori*", "*Temporary social withdrawal*" NOT "*Hikikomori*", "*Social withdrawal*" AND "*Treatment*" NOT "*Hikikomori*", esaminando così n. 17 articoli, utilizzandone infine n. 13. In totale, per la stesura di questa tesi di laurea, sono stati quindi presi in considerazione n. 79 articoli, di cui n. 68 effettivamente considerati e utilizzati.

La ricerca circa le differenze tra Hikikomori e Ritiro sociale temporaneo, con l'utilizzo di parole chiave come "*Hikikomori*" AND "*Temporary social withdrawal*" AND "*Differences*", non ha dato alcun esito che soddisfacesse le esigenze di stesura della parte relativa al confronto tra le due condizioni, svolta, quindi, tramite un personale confronto dei dati e delle conoscenze in possesso.

La metodologia con cui sono stati selezionati gli articoli presenti in questo elaborato ha seguito un processo articolato in tre fasi: in una prima fase è stata effettuata una lettura preliminare dei titoli degli articoli per identificare quelli pertinenti ai temi trattati; successivamente, è stato analizzato l'abstract di ciascun articolo per verificare la rilevanza degli argomenti trattati e la conformità con gli obiettivi della revisione; infine, gli articoli considerati pertinenti sono stati esaminati nella loro interezza per una valutazione più approfondita dei metodi, dei risultati e dei contenuti. Dopo questo passaggio, sono stati evidenziati i concetti e i risultati ritenuti più rilevanti per il tema della tesi, organizzandoli e suddividendoli poi per argomentazioni simili, al fine di creare una struttura coerente e facilitare l'analisi comparativa dei vari studi.

Sono stati inclusi studi pubblicati dall'anno 2000 all'anno 2024 che trattano le due condizioni; pertanto, tutti i riferimenti presenti all'interno dell'elaborato inerenti ad articoli o definizioni precedenti a quest'anno erano a loro volta contenuti in articoli pubblicati nel periodo considerato. Sono stati inclusi solamente studi pubblicati in riviste sottoposte a revisione partitaria (*peer-review*), al fine di garantire l'affidabilità dei risultati.

Sono stati invece esclusi articoli non rilevanti, studi con campioni non rappresentativi e pubblicazioni non accademiche o divulgative. Inoltre, sono stati esclusi studi che non trattano direttamente la condizione Hikikomori e il ritiro sociale temporaneo, affrontando tematiche collaterali senza fornire dati empirici rilevanti.

Viene ritenuto importante segnalare che, per garantire una comprensione completa del fenomeno Hikikomori, sono stati inclusi studi e linee guida provenienti dal contesto giapponese. In particolare, è stata condotta una ricerca approfondita delle Linee Guida giapponesi ufficiali riguardanti la diagnosi e il trattamento dell'Hikikomori, in quanto rappresentano il riferimento più autorevole nel contesto culturale di origine del fenomeno. Poiché tali documenti non erano disponibili in lingua inglese o in italiano, ho provveduto personalmente alla loro traduzione, mantenendo la fedeltà dei concetti originali e garantendo un'adeguata comprensione dei contenuti. Pertanto, questo processo ha richiesto l'integrazione di fonti primarie proveniente dal Ministero giapponese della Salute, del Welfare e del Lavoro in lingua originale, che sono state incluse nella revisione solo dopo essere state tradotte, analizzate e ritenute conformi agli standard del presente elaborato.

## **4.2. Analisi dei dati**

L'analisi dei dati utilizzati nella presente revisione della letteratura è stata condotta utilizzando un approccio qualitativo e comparativo, permettendo così un'analisi completa del fenomeno Hikikomori e del ritiro sociale temporaneo. Dopo aver selezionato gli studi in base ai criteri descritti nel precedente sottocapitolo, è stata effettuata un'analisi tematica dei risultati per individuare pattern ricorrenti e differenze significative tra i vari studi.

Gli articoli inclusi nella revisione sono stati suddivisi in categorie simili a quelle utilizzate nella ricerca degli stessi, vedendoli quindi divisi in base alla generalità delle condizioni, i metodi di diagnosi, i contesti geografici, le comorbidità e i trattamenti per entrambe le condizioni prese in esame.

I dati sono stati analizzati comparando le convergenze e le divergenze tra gli studi selezionati. Per ciascun tema, è stata valutata l'affidabilità dei risultati sulla base della metodologia impiegata e della qualità complessiva dello studio.

## Capitolo 5 - Limiti dello studio

Nonostante l'accuratezza nella selezione e nell'analisi degli articoli, il presente elaborato di laurea rivela alcuni limiti che devono essere considerati.

In primo luogo, la disponibilità limitata delle fonti ha rappresentato una restrizione considerevole: la ricerca è stata condotta utilizzando uno specifico database accademico e si è focalizzata su articoli pubblicati in inglese e giapponese, portando alla possibilità di aver escluso studi rilevanti in altre lingue e influenzando così la rappresentatività complessiva della revisione.

Un altro limite riguarda la diversità metodologica tra gli studi esaminati: poiché gli articoli selezionati impiegano metodologie diverse, includendo approcci qualitativi, quantitativi o misti, il confronto diretto dei risultati è stato talvolta complesso; inoltre, la variazione nelle dimensioni dei campioni e negli strumenti di misurazione della condizione Hikikomori e del ritiro sociale temporaneo ha reso difficile generalizzare i risultati ottenuti.

È necessario considerare anche il bias culturale: dato che il fenomeno dell'Hikikomori ha origine in Giappone, una parte considerevole degli studi analizzati si concentra su questo contesto culturale specifico; l'applicazione dei risultati a contesti non giapponesi può quindi risultare limitata, soprattutto considerando le differenze culturali che influenzano l'interpretazione e la gestione delle forme di ritiro sociale.

Un ulteriore limite è rappresentato dal processo di traduzione delle Linee Guida giapponesi, che potrebbe aver introdotto un'interpretazione soggettiva dei concetti, nonostante l'attenzione posta nel mantenere l'accuratezza delle informazioni; è possibile che alcune sfumature linguistiche o culturali siano andate perse durante la traduzione.

Infine, la temporalità degli studi inclusi rappresenta un altro aspetto da considerare: la maggior parte degli articoli selezionati è stata pubblicata negli ultimi dieci anni, il che potrebbe non riflettere appieno i cambiamenti sociali e tecnologici recenti che potrebbero aver influito sull'evoluzione delle due condizioni che coinvolgono il concetto di ritiro sociale.

## Capitolo 6 - Conclusione

La presente tesi ha esplorato il fenomeno dell'Hikikomori e del ritiro sociale temporaneo attraverso la revisione della letteratura che ha preso in considerazione studi provenienti da diversi contesti culturali e temporali. L'analisi condotta ha evidenziato come il ritiro sociale possa manifestarsi in una varietà di forme con differenti cause scatenanti, che includono pressioni culturali e familiari, disturbi psicopatologici, nonché l'influenza di fattori sociali e tecnologici. In particolare, l'Hikikomori, fenomeno originario del Giappone, è caratterizzato da un isolamento prolungato e spesso cronico, accompagnato da sintomi psichiatrici quali depressione e ansia, e da una forte stigmatizzazione sociale. Al contrario, il ritiro sociale temporaneo, sebbene condivida alcune dinamiche simili alla condizione Hikikomori, tende a essere di natura meno severa e spesso limitata nel tempo. Quest'ultimo fenomeno può derivare da una fase di difficoltà o transizione, come un momento di stress o di disagio personale, ma nella maggior parte dei casi non evolve in una forma cronica come accade nell'Hikikomori.

Il confronto tra Hikikomori e ritiro sociale temporaneo ha rivelato significative differenze sia nelle cause che nelle manifestazioni di queste condizioni. L'Hikikomori si sviluppa spesso in un contesto di profonda disconnessione sociale e familiare, con una componente culturale specifica legata alla società giapponese e alle aspettative di conformità. Al contrario, il ritiro sociale, sebbene possa anch'esso derivare da pressioni sociali, tende a essere più reattivo e transitorio, e raramente implica l'auto-reclusione prolungata. Inoltre, il ritiro sociale temporaneo è spesso risolvibile attraverso interventi psicosociali di breve durata o il supporto familiare, mentre l'Hikikomori richiede interventi complessi e multidisciplinari che includano terapie psicologiche, sociali e, in alcuni casi, farmacologiche.

Nonostante queste differenze, entrambi i fenomeni sottolineano l'importanza del supporto sociale e della tempestività degli interventi. La revisione ha mostrato che l'assenza di interventi precoci nel ritiro sociale temporaneo può favorire la cronicizzazione e una progressiva evoluzione verso forme più gravi di isolamento, come l'Hikikomori. Questo indica la necessità di una maggiore attenzione clinica e sociale verso tutte le forme di ritiro, per prevenire l'aggravarsi della condizione.

Un altro aspetto rilevante emerso dalla revisione è l'importanza di un approccio terapeutico integrato, che consideri non solo gli aspetti clinici e psicologici, ma anche quelli culturali e

sociali. Sebbene le Linee Guida giapponesi offrano un punto di riferimento solido per comprendere l'Hikikomori, i risultati suggeriscono che esistono alcune differenze significative nel momento in cui si va ad analizzare casi di ritiro sociale in altri contesti, come quello italiano, dove fattori socioeconomici e dinamiche familiari possono essere implicate ma assumere un ruolo diverso. La prevenzione risulta cruciale per entrambe le condizioni considerate e deve includere il coinvolgimento della famiglia, delle istituzioni educative e delle comunità per favorire l'inclusione ed evitare, così, l'isolamento sociale.

Nonostante i risultati significativi emersi e come già esposto nel precedente capitolo, questa tesi presenta alcuni limiti, tra cui la diversità metodologica degli studi esaminati e il potenziale bias culturale legato all'applicazione di concetti sviluppati in un contesto specifico come quello giapponese. Tuttavia, l'analisi condotta rappresenta un passo verso una comprensione più approfondita del fenomeno del ritiro sociale, suggerendo la necessità di ulteriori studi transazionali e longitudinali.

In conclusione, il fenomeno del ritiro sociale, sia esso temporaneo o cronico come nel caso dell'Hikikomori, rappresenta una sfida significativa per la salute pubblica e la società contemporanea. Solo attraverso un dialogo interdisciplinare e un impegno collettivo sarà possibile sviluppare strategie efficaci per la prevenzione e il trattamento di questa forma di isolamento estremo, migliorando la qualità di vita dei soggetti coinvolti e promuovendo un reinserimento sociale più efficace.

## Bibliografia e Sitografia

- Aguglia, A., Orsolini, L., et al. (2024). Virtual reality as a novel therapeutic approach to Hikikomori. *International Journal of Psychiatry*.
- Amatori, G., et al. (2023). Autism Spectrum, Hikikomori Syndrome and Internet Gaming Disorder: Is There a Link? *Brain Sciences*.
- Amendola, S., et al. (2023). Estimating the prevalence and characteristics of people in severe social isolation in 29 European countries: A secondary analysis of data from the European Social Survey round 9 (2018–2020). *PLOS ONE*.
- Amendola, S., et al. (2023). Symptoms of prolonged social withdrawal, problematic internet use, and psychotic-like experiences in emerging adulthood: a moderation model. *Clinical Neuropsychiatry*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition - Text Revision*. American Psychiatric Publishing.
- Asendorpf, J. (1990). Beyond Social Withdrawal: Shyness, Unsociability, and Peer Avoidance. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Bamps, E., et al. (2022). Identifying Clusters of Adolescents Based on Their Daily-Life Social Withdrawal Experience. *Journal of Youth and Adolescence*.
- Barzeva, S. A., et al. (2021). Quality over quantity: A transactional model of social withdrawal and friendship development in late adolescence. *Wiley*.
- Benarous, X., et al. (2022). Examining the hikikomori syndrome in a French sample of hospitalized adolescents with severe social withdrawal and school refusal behavior. *Transcultural Psychiatry*.
- Boettcher, J., et al. (2023). “Alone Again, Naturally”: Mental Health Problems, Level of Personality Functioning, Social Withdrawal and Loneliness in Adolescents Admitted as Acute Inpatients in the Aftermath of the COVID-19 Pandemic. *Children*.
- Bonelli, C., et al. (2024). Case report: hikikomori syndrome in Italy and its link with autistic traits and internet gaming disorder. *Frontiers in Psychiatry*.
- Bonnaire, C., et al. (2023). Relationship Between Social Withdrawal (Hikikomori), Personality, and Coping in an Adult Population. *Psychiatry Investigation*.
- Choi, T. Y., et al. (2013). Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*.

- Fino, E., et al. (2021). Validation of the Italian version of the 25-item Hikikomori Questionnaire (HQ-25-I). *Wiley*.
- Funakoshi, A., et al. (2022). Home Visiting Support for People with Hikikomori (Social Withdrawal) Provided by Experienced and Effective Workers. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Gorla, L., et al. (2023). Sensitivity and Attachment in an Italian Sample of Hikikomori Adolescents and Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Hajek, A., et al. (2024). Validation of the German version of the 25-item hikikomori questionnaire 25. *Wiley*.
- Hamasaki, Y., et al. (2020). Identifying Social Withdrawal (Hikikomori) Factors in Adolescents: Understanding the Hikikomori Spectrum. *Child Psychiatry & Human Development*.
- Hamasaki, Y., et al. (2022). Preliminary study of the social withdrawal (hikikomori) spectrum in French adolescents: focusing on the differences in pathology and related factors compared with Japanese adolescents. *BMC Psychiatry*.
- Iwakabe, S. (2021). Working with social withdrawal, or hikikomori, in Japan: From shametopride. *Wiley Periodicals*.
- Iwata, M., (2017). The Hikikomori (Social Withdrawal) Peer Support Training and Dispatch Project for Sakai City Youth (ひきこもり当事者によるピア活動を目的としたひきこもりサポーター養成派遣事業:「堺市ユース・ピアサポーター」養成派遣事業の取り組みについて - Hikikomori tōjisha ni yoru pia katsudō o mokuteki to shita hikikomori sapōtā yōsei haken jigyō: "Sakaishi Yūsu Pia Sapōtā" yōsei haken jigyō no torikumi ni tsuite). *Japanese Journal of Public Health*.
- Kaneko, S., (2006). Japan's 'Socially Withdrawn Youths' and Time Constraints in Japanese Society Management and conceptualization of time in a support group for "hikikomori". *Sage Journals*.
- Kato, T. A., et al. (2020). Development of 5-day hikikomori intervention program for family members: A single-arm pilot trial. *Heliyon*.
- Kato, T. A., et al. (2019). Clarifying Deeper Psychological Characteristics of Hikikomori Using the Rorschach Comprehensive System: A Pilot Case–Control Study. *Frontiers in Psychiatry*.
- Kato, T. A., et al. (2019). Hikikomori: Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*.



- Kato, T. A., et al. (2021). Psychodynamic group psychotherapy for hikikomori: The case of a socially withdrawn male with schizoaffective disorder. *Journal of Clinical Psychology*.
- Kato, T. A., Kanba, S., et al. (2012). Does the ‘hikikomori’ syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Loscalzo, Y., et al. (2022). Hikikomori Risk Inventory (HRI-24): A new instrument for evaluating Hikikomori in both Eastern and Western countries. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Maglia, M. (2020). Hikikomori: a systemic-relational analysis. *Health Psychology Research*.
- Malagón-Amor, Á., et al. (2015). Hikikomori in Spain: A descriptive study. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Masi, G., et al. (2021). Social withdrawal and gender differences: Clinical phenotypes and biological bases. *Journal of Neuroscience Research*.
- Masi, G., et al. (2023). Hikikomori (Severe Social Withdrawal) in Italian Adolescents: Clinical Features and Follow-Up. *Children*.
- Ministero della Salute, del Lavoro e del Welfare Giapponese. (2003, Luglio 28). *Linee guida sull'Hikikomori: Definizione e trattamento del ritiro sociale*. Tratto da Ministero della Salute, del Lavoro e del Welfare Giapponese: <https://www.mhlw.go.jp/topics/2003/07/tp0728-1.html>
- Ministero della Salute, del Lavoro e del Welfare giapponese. (2010, Maggio 19). *Linee guida sull'Hikikomori: valutazione e supporto*. Tratto da Ministero della Salute, del Lavoro e del Welfare giapponese: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000147789.pdf>
- Nelson, D., & Crick, N. (2002). Parental psychological control: Implications for childhood physical and relational aggression. *Journal of Adolescence* .
- Nishida, M., et al. (2016). Jogging Therapy for Hikikomori Social Withdrawal and Increased Cerebral Hemodynamics: A Case Report. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*.
- Nomura, K., et al. (2022). Challenges, Prevention, and Countermeasures for Social Withdrawal (Hikikomori) by Age Group (年代別ひきこもりの課題、予防、対策 - Nendaibetsu hikikomori no kadai, yobō, taisaku). *The Japanese Society of Public Health Journal*.

- Nonaka, S., et al. (2022). Who are hikikomori? Demographic and clinical features of hikikomori (prolonged social withdrawal): A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*.
- Pinto da Costa, M., et al. (2024). Analysis of the hikikomori phenomenon – an international infodemiology study of Twitter data in Portuguese. *BMC Public Health*.
- Porcelli, S., et al. (2019). Social brain, social dysfunction and social withdrawal. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.
- Procacci, M., & Semerari, A. (2019). Ritorio sociale. Psicologia e clinica. Trento: Erickson.
- Rubin, K., Coplan, R., & Bowker, J. (2009). Social Withdrawal in Childhood. *Annual Review of Psychology*.
- Ruijne, R. (2022). Experiencing discrimination mediates the relationship between victimization and social withdrawal in patients suffering from a severe mental illness: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric Research*.
- Saitō, T. (1998). *Adolescence without End (Shakaiteki hikikomori: owaranai shishunki)*. Japan: PHP Institute.
- Sakai, M., et al. (2024). Successful Remote Treatment of a Client with Hikikomori Using Internet-Delivered Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder: A Case Report. *Frontiers in Psychiatry*.
- Sakai, M., et al. (2011). General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Sakamoto, N., et al. (2005). Hikikomori, is it a Culture-Reactive or Culture-Bound Syndrome? Nidotherapy and a Clinical Vignette from Oman. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*.
- Serretti, A., et al. (2022). Social withdrawal and neurocognitive correlates in schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*.
- Serretti, A., et al. (2022). Social withdrawal as a trans-diagnostic predictor of short-term remission: a meta-analysis of five clinical cohorts. *International Clinical Psychopharmacology*.
- Stip, E., et al. (2016). Internet Addiction, Hikikomori Syndrome and the Prodromal Phase of Psychosis. *Frontiers in Psychiatry*.
- Tateno, M., et al. (2016). New Game Software (Pokémon Go) May Help Youth with Severe Social Withdrawal, Hikikomori. *Psychiatry Research*.
- Teo, A. R., et al. (2010). Hikikomori, a Japanese Culture-Bound Syndrome of Social Withdrawal? A proposal for DSM-5. *The Journal of Nervous and Mental Disease*.

- Teo, A. R., et al. (2020). Defining pathological social withdrawal: proposed diagnostic criteria for Hikikomori. *World Psychiatry*.
- Tognin, S., et al. (2023). Psychosocial stress, interpersonal sensitivity, and social withdrawal in clinical high risk for psychosis: a systematic review. *Schizophrenia International Research Society*.
- Tognin, S., et al. (2023). The association between psychosocial stress, interpersonal sensitivity, social withdrawal and psychosis relapse: asystematic review. *Schizophrenia International Research Society*.
- Treccani. (s.d.). Hikikomori. *Enciclopedia Treccani*. Retrieved from [https://www.treccani.it/magazine/lingua\\_italiana/articoli/parole/hikikomori.html](https://www.treccani.it/magazine/lingua_italiana/articoli/parole/hikikomori.html)
- Van der Wee, N. J., et al. (2019). Working definitions, subjective and objective assessments and experimental paradigms in a study exploring social withdrawal in schizophrenia and Alzheimer's disease. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.
- Vita, A., Dell'Osso, L., & Mucci, A. (2019). Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale. Volume 2. Giovanni Fioriti Editore.
- Wing Lo, T., et al. (2023). Editorial. Hikikomori: an international perspective on assessment, treatment and community intervention. *Frontiers in Psychiatry*.
- Wong, J. C., et al. (2019). Hikikomori Phenomenon in East Asia: Regional Perspectives, Challenges and Opportunities for Social Health Agencies. *Frontiers in Psychiatry*.
- Wong, P. W., et al. (2015). Youth social withdrawal behavior (hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies . *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*.
- Yokoyama, K., et al. (2023). An Examination of the Potential Benefits of Expert-Guided Physical Activity for Supporting Recovery from Extreme Social Withdrawal: Two Case Reports Focused on the Treatment of Hikikomori. *Frontiers in Psychiatry*.
- Zhu, S., et al. (2021). Investigating prolonged social withdrawal behaviour as a risk factor for self-harm and suicidal behaviours. *BJPsych Open*.

## Ringraziamenti

Arrivata a questo punto sento di dovermi voltare e porgere uno sguardo alla lunga strada che ho percorso: in lontananza scorgo le rovine di una città ormai irriconoscibile, dalla quale prosegue una strada incerta, traballante e diroccata, che attraversa ambienti ostili, impervi, che ancora ospitano un cielo scuro e minaccioso; piano piano, metro dopo metro, il paesaggio cambia: grazie al vento le nubi si diradano lasciando filtrare qualche raggio di un sole timido, lo stesso sole che, dopo aver preso un po' di coraggio, riesce a farsi spazio tra le verdi colline che precedono la bella casa da cui osservo questo scenario unico. Infine, mi guardo attorno, la casa che mi fornisce riparo non è fatta di soli mattoni e cemento, ma è fatta di persone, le stesse che hanno affrontato con me le difficoltà nella città distrutta sino ad arrivare ai sentieri più scorrevoli che conducono qui, dove siamo ora. Non tutti sono arrivati con me nella casa, alcuni hanno preso, per fato, volontà o necessità, strade alternative, rimanendo tuttavia parte fondamentale e indimenticabile del percorso, rappresentando un mattone fondamentale che compone l'abitazione. Altri, invece, non sono partiti con me dalla città distrutta, ma hanno comunque, per fato, volontà o necessità, incrociato la mia strada, percorrendola assieme a me nella sua totalità o accompagnandomi per alcuni tratti. A voi tutti, che abbiate raggiunto con me questo traguardo o che abbiate affrontato con me una parte di cammino, devo dire *grazie*.

Ringrazio i miei genitori, Alfonsina e Giancarlo, che sono riusciti a darmi la forza di affrontare le difficoltà della vita, che mi hanno sorretto, a volte addirittura trascinato, per portare avanti quello che loro sapevano essere il mio sogno, nonostante io l'avessi perso di vista. Il mio ringraziamento a loro, mamma e papà, e a mia sorella e mio cognato, Laura e Marco, non può limitarsi al solo periodo dell'università: avete superato per me mari in tempesta e deserti ardenti, mi avete aperto la strada che attraversa la città in rovina, tra gli arbusti della foresta più fitta; mi avete cercato quando mi nascondevo, mi avete trovato quando mi perdevo, e così mi avete accompagnata lungo i mille sentieri che mi hanno permesso poi di camminare con meno incertezza fino a questo punto. Ringrazio voi, che ci avete creduto anche quando io stessa non ci credevo; voi, che avete percorso la strada al mio posto quando non riuscivo più a camminare. Grazie per la vostra forza e la vostra tenacia. Grazie per i momenti belli e per quelli brutti, dai quali mi avete insegnato tanto e da cui ho imparato molto. Grazie perché so che ognuno di voi ci sarà per me, come ci siete stati fino ad ora. Grazie per essere oggi i muri portanti della mia casa.

Ringrazio Giacomo, arrivato nella mia vita grazie a uno stupido *gioco* del destino, quando mi lasciavo alle spalle le rovine della città distrutta. Da più di sei anni mi sei accanto nel difficile percorso della vita, supportandomi e, spesso, sopportandomi. Hai saputo accettare i miei peggiori difetti fino a non percepirli più come tali; hai incoraggiato le mie più grandi stranezze, trasformandole in preziose particolarità. Con te ho da subito avuto modo di *imparare*: mi hai aperto un mondo, il tuo mondo, fatto di fotografia, scultura, tecnologia, cibo, viaggi e passioni. Grazie a te ho compreso il senso della condivisione, l'importanza di uscire dai propri schemi; grazie alla persona che sei non ho mai smesso di imparare e di mettermi alla prova; grazie a te ho incontrato di rado la noia e la solitudine. Grazie per avermi sostenuta e accompagnata nella scoperta delle meraviglie del mondo: Venezia, Possagno, Pietrasanta, Brunico, Dobbiaco e Cortina, Bologna, Montagnana, Torre Abrega e Parenzo, Trieste, Verona, Riva del Garda, Treviso, Vicenza, Bardolino, Chioggia, Recoaro Terme, Levico Terme, Asiago, Gruyère (...), Lubiana, Milano, Krk, Pedavena, Firenze, Bangkok, Ayutthaya, Phuket e Phi Phi Island, Borgo a Mozzano e Lucca, di nuovo Bangkok, Pattaya, Treviso, Cavallino Treporti, Lamosano e Belluno, Siena e Monteriggioni. Grazie per le innumerevoli visite al giardino di Valsanzibio, a Venezia, le uscite pazze in giornata a Pietrasanta e Firenze, le cene al coreano e da Roadhouse, gli spettacoli di Notre Dame de Paris in giro per il nord Italia; grazie per Frankenstein Junior, per gli indimenticabili concerti, per l'infinito sushino, per aver apprezzato le mie (scarse) doti canore nei nostri lunghi viaggi, per avermi fatto apprezzare il cibo piccante. Grazie, perché con tutto questo, in tutti questi anni, mi hai fatto diventare la persona che sono oggi, facendomi provare emozioni che non avrei scelto di condividere con nessuno, se non con te. Grazie per la fiducia e l'appoggio costante che mi hai fornito in questi anni di studio. Tu, Giacomo, sei il tetto che protegge la mia casa. Davvero, *grazie* che ci hai creduto.

Ringrazio la musica, presente anche quando tutto il mondo fuori sembrava aver cessato di esistere. Tu, cara compagna di vita, priva di qualsiasi giudizio, accetti e comprendi ogni mia sfumatura. Tu, che hai alimentato le mie tempeste quando cercavo uno sfogo, che hai portato la quiete quando necessitavo di calma, che mi hai mostrato un raggio di sole quando chiedevo speranza. Tu, che hai vissuto con me ogni cosa. A te, che mi hai fatto sentire compresa quando nemmeno io stessa sapevo comprendermi, dedico una parte di questo percorso, perché negli anni sei sempre stata la mia costante, la mia certezza assoluta, il mio rifugio, il mio porto

sicuro. A te, dico *grazie*, nella speranza che tu possa sempre essere la colonna sonora della mia vita.

Ringrazio Seth, Freya, Ouija, Rocky e Tippete per l'amore che mi hanno regalato nei loro preziosi anni di vita con me. Ringrazio Thor, Micia e Artemide per l'amore che mi regalano ogni giorno. Voi, gentili e pure creature, siete andate oltre l'essere animali domestici, rimanendo al mio fianco e dandomi conforto nei momenti difficili.

Ringrazio Angela e Michele, Jessica e Tommaso, che sono entrati nel mio cammino portandomi momenti di gioia, felicità e spensieratezza. Grazie per le nostre avventure, le nostre serate fatte di compagnia, buon cibo, giochi e confronto. Grazie per aver condiviso con me in questi anni le vostre esperienze di vita, le vostre passioni e la vostra quotidianità, permettendomi di fare parte. Grazie per avermi spronato a superare le mie paure, a "buttarmi", a vivere con più leggerezza, a sorridere di più. In particolare, ringrazio Tommaso e Jessica per avermi fatto incontrare con quello che ad oggi ritengo il mio posto nel mondo: la Thailandia. Per merito vostro ho visto e vissuto posti incredibili che mi hanno permesso di abbracciare una cultura totalmente differente dalla nostra. Voi, cari Angela, Michele, Jessica e Tommaso, siete le finestre che mi permettono di prendere aria e di godermi la vista anche quando risulta difficile uscire di casa. Anche a voi va il mio *grazie*.

Ringrazio Anna, compagna di studi ma soprattutto amica, le quali strade si sono incrociate grazie all'università. Posso davvero dire che senza il tuo aiuto, Anna, il tuo supporto, la tua presenza costante, non sarei arrivata a questo punto come la persona che sono ora. Con la tua calma, razionalità e pazienza mi hai accompagnata nell'affrontare questo difficile percorso e, soprattutto, questi ultimi mesi. Grazie per avermi accolta, ascoltata, compresa e accettata, per essere riuscita a vedere i miei difetti non per forza come tali, ma piuttosto come delle caratteristiche uniche della mia persona, facendomi capire l'importanza di essere più comprensiva e meno severa con me stessa. A te, dolce, delicata, semplice ma allo stesso tempo complessa Nanarita, rivolgo un ringraziamento speciale e non solo: ti auguro davvero che la vita riconosca la splendida persona che sei, con i tuoi modi gentili, educati e maturi, con le tue meravigliose stranezze che ti rendono *unica*. Ora, per merito tuo, nella mia casa sono circondata da radiosi girasoli sorridenti e confortanti.

Ringrazio Sara per il supporto e l'aiuto che mi ha fornito durante questi anni di università. Grazie per aver affrontato con me momenti belli e stupidi e momenti più difficili. Grazie per

non esserti fermata ad essere solo una compagna di studi, ma di essere l'*amica* che sei oggi. Grazie per avermi accompagnata lungo quest'ultimo tragitto del mio lungo percorso.

Ringrazio la Thailandia, per avermi cambiato la vita, per avermi fatto scoprire la bellezza della semplicità.

Ringrazio i miei zii, i miei cugini e la famiglia allargata. Grazie perché con voi mi rendo conto di far parte davvero di una famiglia forte. Anche voi, tutti voi, che abbiate camminato con me o mi abbiate incoraggiato con le parole ad andare avanti, siete parte di questa casa. In particolare, ringrazio zia Donatella per avermi dimostrato cosa sia la vera forza, per avermi ricordato cosa significa *lottare*.

Ringrazio i miei nonni Zena e Romeo, Giovanna e Ottavio per essere ed essere stati il dono prezioso del tempo. Anche se il fato ha scelto di lasciare qualcuno indietro nel mio cammino, siete tutti la mia fonte di calore d'inverno e il mio refrigerio d'estate. Una parte di questo traguardo è dedicata a voi.

Inoltre, un ringraziamento speciale va a Nord: non sei stato semplicemente un cane, ma un sostegno, una speranza, un amico, un fratello, un compagno. Grazie per avermi dato l'onore di far parte della tua famiglia e per avermi mostrato il vero *amore incondizionato*.

Un ultimo ringraziamento va alle persone che ho incontrato durante le esperienze di tirocinio, dai medici, agli operatori, fino ai pazienti: grazie per avermi dato l'opportunità di imparare ogni giorno a valorizzare l'*unicità* che caratterizza ogni essere umano. In particolare, ringrazio Sabina e Silvia che nell'ultimo anno sono state delle vere e proprie guide, non solo di tirocinio, ma di vita. Grazie per il vostro supporto e aiuto, per i momenti di confronto e apprendimento, di unione e condivisione.