



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Neuroscienze

CORSO DI LAUREA IN EDUCAZIONE PROFESSIONALE

Classe L/SNT2

**IL FENOMENO DEGLI HIKIKOMORI: INTERVENTI TERAPEUTICI E
POSSIBILE RUOLO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE**

Relatrice: Dott.ssa Tiziana Manna

Laureando: Marco Paolin

Matricola: 1119635

Anno Accademico: 2017/2018

Sessione di Laurea: ottobre 2018

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUZIONE | 3 |
| 1.1. HIKIKOMORI: DISTURBO PSICHICO O FENOMENO SOCIALE? ... | 4 |
| 1.2. INTERVENTI TERAPEUTICI | 6 |
| 1.1.1 HIKIKOMORI IN GIAPPONE | 6 |
| 1.1.2 HIKIKOMORI AL DI FUORI DEL GIAPPONE | 8 |
| 1.1.3 HIKIKOMORI IN ITALIA | 10 |
| 2. MATERIALI E METODI | 13 |
| 3. RISULTATI | 14 |
| 4. DISCUSSIONE | 24 |
| 5. BIBLIOGRAFIA | 28 |

1. INTRODUZIONE

Il fenomeno degli *hikikomori* è stato descritto per la prima volta in Giappone verso la metà degli anni '80. La parola deriva dal verbo *hiku* (tirare indietro) e *komoru* (ritirarsi), ed indica un fenomeno di ritiro sociale che colpisce adolescenti e giovani adulti ¹.

La sua definizione più recente è stata data nel 2010 dal Ministero del Lavoro e del Welfare giapponese: “*Hikikomori* è un fenomeno psico-sociologico, le cui caratteristiche principali sono il rifiuto di ogni attività sociale e il ritiro in casa per la maggior parte del tempo, della durata di almeno 6 mesi. Colpisce bambini, adolescenti e giovani adulti di età inferiore a 30 anni” ^{2,3}. Si ritiene che circa l'1,2% di persone tra i 20 e i 49 anni e il 2% tra i 20 e i 29 anni siano affette da questo disturbo in Giappone ⁴. Il fenomeno ha tipicamente predominanza maschile, con un'età di presentazione tra i 20 e i 27 anni, ed è più diffuso nelle famiglie di medio-elevato ceto sociale ⁵.

I fattori di rischio identificati sono ⁶:

- Sesso: la prevalenza di *hikikomori* è di quattro volte superiore negli uomini;
- Primogenitura: nella cultura giapponese il primogenito è sottoposto a maggiori aspettative da parte della famiglia, rendendolo quindi più suscettibile a manifestare il fenomeno *hikikomori*;
- Età compresa tra 19 e 27 anni;
- Classe sociale medio-alta;
- Bullismo subito in età scolastica.

I sintomi principali sono: ritiro sociale, fobia scolare e ritiro scolastico, agorafobia, manie di persecuzione, sintomi ossessivi e compulsivi, evitamento sociale, apatia, letargia, umore depresso, pensieri di morte, alterazione del ritmo circadiano e comportamenti violenti verso i familiari, soprattutto la madre ⁷. Questi giovani si rinchiodano in casa, rifiutano ogni contatto umano e temono la luce del sole, arrivando addirittura a sigillare porte e finestre con nastro adesivo ¹. Questi ragazzi sono disordinati e disorganizzati, trasandati nell'aspetto e nelle abitudini, mangiano in modo irregolare. Vivono soprattutto di notte, mentre dormono di giorno, per evitare qualsiasi tipo di interazione sociale ⁸. Alcuni escono dalla loro stanza soltanto a notte inoltrata, quando la maggior parte delle persone dorme, per acquistare cibi pronti nei “Konbini” o nei supermercati.

Peculiare è l'ipertecnologizzazione, la dipendenza da Internet e la sostituzione dei rapporti sociali diretti con quelli instaurati sul web ⁸.

Alcuni ragazzi non parlano neanche con i loro genitori e si fanno lasciare il cibo su un vassoio fuori dalla propria stanza. Altri ancora non escono neanche per andare in bagno accumulando sporcizie nella loro stanza ed impediscono alla loro madre di entrare per pulire ⁹.

Di fronte allo sguardo degli altri gli "hikikomori" fuggono, si ritirano e fanno quindi di tutto per non essere visti. Spesso sono molto intelligenti e creativi, quasi a voler dire che l'unico modo per affermare la propria identità, dire "io ci sono" e "io sono così", sia nascondersi e fuggire dallo sguardo omologante degli altri ⁹.

In anamnesi si trovano spesso eventi traumatici nell'infanzia, soprattutto difficoltà scolastiche ed episodi di bullismo ⁵. Il fenomeno si manifesta tipicamente dopo un lungo periodo di assenza da scuola ¹.

1.1. HIKIKOMORI: DISTURBO PSICHICO O FENOMENO SOCIALE?

È stata descritta un'elevata prevalenza di comorbidità psichiatriche tra i giovani *hikikomori*, tra queste:

- Psicosi (schizofrenia)
- Depressione
- Distimia
- Ansia generalizzata
- Fobia sociale
- Agorafobia
- Disturbo post-traumatico da stress
- Disturbi di personalità (evitante, schizoide)
- Sindrome di Asperger
- Disturbo dello spettro autistico
- Sindrome da avanzamento di fase nel sonno
- Ritardo della crescita
- Disturbi specifici dell'apprendimento

- ADHD.

Questi disturbi possono essere pre-esistenti, concomitanti o scatenati dall'isolamento sociale ⁸.

Attualmente gli psichiatri si dividono tra tre posizioni ¹⁰:

1. Secondo alcuni, tutti gli hikikomori sarebbero affetti da una delle patologie psichiatriche definite nel DSM e quindi non ci sarebbe bisogno di definire una nuova categoria;
2. Secondo altri, sarebbe opportuna una classificazione del fenomeno in due categorie: "hikikomori primario" ed "hikikomori secondario", a seconda della presenza o meno di comorbidità psichiatriche ⁴;
3. Un'altra corrente di pensiero vuole che per una certa parte di hikikomori possa esserci una patologia psichiatrica sottostante ben definita, mentre che per la restante parte ci sarebbe il bisogno di definire una nuova patologia nella sezione del DSM dedicata alle sindromi culturali.

Quest'ultima teoria sarebbe avvalorata dal fatto che questo disturbo ha una forte impronta socio-culturale. Come sottolinea l'antropologo culturale James Roberson, la società giapponese ripone nel maschio, soprattutto primogenito, grandi aspettative di successo personale e realizzazione lavorativa, oltre ad essere una società fortemente omologante e conformista. Ritirarsi in casa sarebbe quindi un tentativo del giovane *hikikomori* di fuggire dal giudizio degli altri. Altri individuano parte del problema nell'assetto della famiglia giapponese, con un padre totalmente assente e una madre sempre in casa e completamente dedita alla cura della prole. Questa figura materna iperprotettiva favorirebbe il ritiro in casa dei figli, convinta di proteggerli così dal mondo esterno. È evidente che per poter mantenere indefinitamente un figlio disoccupato in casa, le famiglie interessate da questo fenomeno hanno generalmente un reddito medio-alto ⁸.

La maggioranza dei casi di hikikomori sono descritti nel contesto giapponese. Tuttavia, il fenomeno è studiato anche in altri Paesi, dove ha una diversa impronta a seconda della cultura specifica. Ad esempio, in Corea l'hikikomori è considerato una forma di ritiro sociale che dura più di tre mesi ed è associato ad altri disturbi mentali come depressione, ansia, disturbo post-traumatico da stress e dipendenza da internet. Anche negli USA è alta la compresenza di disturbi psichiatrici e alcune volte è considerato una strategia di coping per evitare lo sviluppo di nevrosi e disturbo d'ansia ¹⁰.

Data la mancanza di consenso circa la necessità di considerare o meno l'hikikomori come un fenomeno tipico giapponese, tuttora nel DSM manca qualsiasi tipo di riferimento a questa condizione.

1.2. INTERVENTI TERAPEUTICI

La richiesta di aiuto giunge solitamente tardi, in parte per la natura del fenomeno, caratterizzato dal ritiro sociale, e in parte per la resistenza della famiglia a richiedere assistenza, dovuta alla vergogna e alla paura dello stigma sociale. Il ritardo nella diagnosi e nell'inizio del trattamento sono tra le principali difficoltà nella gestione di questi pazienti ¹¹.

L'obiettivo del trattamento è di interrompere il ritiro e l'isolamento sociale di questi ragazzi e di promuovere il reinserimento nel mondo della scuola o del lavoro ¹¹.

Gli interventi che sono stati realizzati con gli *hikikomori* possono essere schematizzati in tre tipi:

- Terapeutici
- Sociali
- Educazionali

Gli approcci di tipo terapeutico, adottati da psicologi e psichiatri, prevedono di trattare questi giovani come affetti da una malattia che richiede un intervento precoce, ricovero ospedaliero e terapia farmacologica con antidepressivi o medicina tradizionale cinese ^{12,13}. Sono state proposte strategie di counseling, psicoterapia e psicoanalisi ¹⁴⁻¹⁶.

1.1.1 HIKIKOMORI IN GIAPPONE

Per quanto riguarda l'approccio terapeutico al problema, in Giappone sono stati adottati principalmente due approcci: quello medico-psichiatrico e quello orientato alla risocializzazione. Nel primo caso il fenomeno è considerato come una malattia mentale e curato mediante ricovero ospedaliero, psicoterapia e psicofarmaci. Nel secondo caso, il

giovane viene ospitato in comunità, assieme ad altri giovani hikikomori, dove svolge attività quotidiane volte al recupero e alla reintegrazione sociale ⁸.

Tra il 2009 e il 2010 il governo giapponese ha istituito 39 centri di supporto regionali, che prevedono servizi di counseling per i giovani hikikomori e le loro famiglie ¹⁷. Oltre alle risorse governative, in Giappone ci sono varie organizzazioni no-profit che assicurano alle famiglie una rete di sostegno. Un esempio è rappresentato dalla New Start, organizzazione che si propone come estensione della famiglia, in cui è prevista la figura del *rental onesan* (fratello in prestito), un volontario che cerca di stabilire un contatto con il giovane hikikomori e lo convince ad uscire di casa per partecipare alle attività previste dal programma ¹. Altri esempi di organizzazioni non governative che si occupano dei giovani hikikomori in Giappone sono: Takeyama Gakkô, Peaceful House Hagurekumo, Seishōnen Jiritsu Enjo Sentā e Free Space ¹⁷.

Inoltre, sono stati proposti interventi preventivi, principalmente mirati all'educazione all'ascolto da parte dei genitori e al riconoscimento precoce dei primi sintomi ⁸. Si è infatti riconosciuto nella famiglia l'elemento principale della cura, ambito in cui deve essere costruito un atteggiamento di comprensione, gentilezza ed accettazione ¹.

Altri interventi che sono stati proposti sono ^{5,11}:

- Psicoterapia
- Ippoterapia (terapia che prevede l'uso del cavallo)
- Terapia familiare (colloqui con i familiari e parenti)
- Nidoterapia (terapia ancora in via di sperimentazione che prevede la manipolazione sistematica dell'ambiente fisico e sociale del ragazzo, con lo scopo di creare un miglior benessere tra il paziente e l'ambiente che lo circonda)
- Terapia di gruppo, eventualmente implementata da altre modalità terapeutiche come la terapia espressiva, l'arte-terapia e o psicodramma.

Anche l'Educatore Professionale è una figura coinvolta nel trattamento dei giovani hikikomori in Giappone. Affinché il suo intervento risulti efficace deve durare molti mesi, e spesso un solo Educatore non è sufficiente a questo scopo. Infatti, in Giappone vengono spesso coinvolti due Educatori: uno giovane con la funzione di comunicare con il ragazzo (è più facile che il ragazzo accetti di parlare con il "pari" che con un adulto) e uno anziano con il compito di mediare il rapporto tra i due.

I ragazzi hikikomori sono molto fragili dal punto di vista emotivo e per questo l'Educatore Professionale deve avere pazienza, carattere e grande cautela soprattutto nei primi incontri con questi ragazzi, fino a quando non riesce a stabilire con loro un significativo rapporto terapeutico. Se, infatti, l'Educatore dal primo momento si mostrasse superiore nei confronti dei ragazzi, questi ultimi si sentirebbero in competizione con lui. Generalmente il ragazzo si sente in competizione con l'Educatore quando quest'ultimo vuole imporgli la sua superiorità, mentre è invece il ragazzo che vuole dettare le regole del gioco. Di conseguenza l'Educatore deve stare al gioco dei ragazzi se vuole comunicare con loro e farsi ascoltare senza far pesare la sua superiorità.

1.1.2 HIKIKOMORI AL DI FUORI DEL GIAPPONE

Nonostante il fenomeno degli hikikomori sia contestualizzato nel caratteristico assetto socio-culturale della società giapponese, sono stati descritti casi anche in altri paesi, come Cina, Corea, Macau, Taiwan, Oman, Francia, Italia, Spagna, UK, USA, Australia e India ^{4,17}. Anche in questi casi si assiste a sindromi di isolamento sociale, assenza da scuola o dal lavoro per lunghi periodi di tempo, spesso in presenza di un assetto familiare tipico, con genitori iperprotettivi ⁸.

Il fenomeno, tuttavia, varia notevolmente nei diversi Paesi: a variare sono la definizione, l'assetto socio-culturale in cui è contestualizzato, oltre che gli approcci e i tipi di trattamento adottati.

Ad esempio, in Corea, Francia e USA il fenomeno è percepito come una forma di disadattamento sociale, strettamente relata alla patologia psichiatrica (ansia, depressione, disturbo bipolare) e alla dipendenza da Internet. Per questo in questi Paesi si propende per un approccio terapeutico che prevede soprattutto ricovero ospedaliero e psicoterapia. Anche in Bangladesh e Iran si considera efficace la farmacoterapia per i ragazzi *hikikomori*, oltre che le visite a casa, efficaci soprattutto per ridurre i comportamenti violenti dei ragazzi *hikikomori*.

In Oman si arriva addirittura a credere che questo disturbo sia il risultato di una possessione demoniaca e i giovani hikikomori vengono indirizzati a guaritori spirituali.

In altri Paesi, come Macau, Taiwan, Hong Kong, UK e Australia, si crede che il disturbo nasca da un comportamento e uno stile di vita disadattato e sia fortemente relato al contesto familiare, lavorativo e sociale dei giovani pazienti. Per questo in questi Paesi si tende ad intervenire sul contesto sociale e familiare, con approcci più socio-educazionali e meno clinici.

Le diversità nell'interpretazione del fenomeno sono dovute in larga misura alle differenze culturali nei diversi Paesi. Mentre in Giappone e altri Paesi Asiatici si tende a spiegare il fenomeno con la difficoltà del giovane hikikomori di inserirsi in un contesto socio-culturale improntato sul conformismo, nei Paesi Occidentali si punta il dito soprattutto all'individualismo e al problema della mancanza di lavoro.

Queste differenze si ripercuotono sul tipo di servizi che sono stati finora offerti ai giovani hikikomori nei diversi Paesi. Come mostrano le Figure 1-3, i servizi offerti in Giappone sono i più comprensivi e sistematici, mentre in altri Paesi, per la ancora scarsa conoscenza del fenomeno, i servizi offerti sono ancora poco sviluppati.

| Countries/areas | Service provision | | | | | | |
|-----------------|--|----|---------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------|
| | Clear and consistent definition of service targets | | Mode of service provision | | Intervention approach | | |
| | Yes | No | Government | Non-governmental organizations | Psycho logical/clinical approach | Non-clinical/socializing approach | Other approaches |
| Japan | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Hong Kong | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |

Figura 1: Servizi offerti ai giovani hikikomori in Giappone e Hong Kong, tratto da Chan e Lo, 2014 ¹⁷

| Countries | Services | | | | | | | |
|----------------|--------------------|-------|--|-----------------------------------|------------|---|---|------------------|
| | Counseling/therapy | | | Clinical psychological assessment | Medication | Groupwork, group activities, voluntary work, and interest classes | Socialization, job training, and skill training | Parenting advice |
| Individual | Family | Group | | | | | | |
| Hong Kong | ✓ | | | | | ✓ | | |
| Macau | ✓ | | | | | ✓ | | ✓ |
| Taiwan | | | | | | ✓ | | |
| Mainland China | ✓ | | | | | | ✓ | |
| Korea | ✓ | | | ✓ | | | | |
| Oman | ✓ | | | | ✓ | | | |

Figura 2: Servizi offerti ai giovani hikikomori nei paesi Asiatici, tratto da Chan e Lo, 2014 ¹⁷

| Countries | Services | | | | | | |
|-----------|--------------------|--------|-------|-----------------|--------------------------------------|-------------------------|------------------|
| | Counseling/therapy | | | Hospitalization | Socialization and career development | Recreational activities | Parenting advice |
| | Individual | Family | Group | | | | |
| France | ✓ | | | ✓ | | | |
| America | ✓ | | | | | | |
| England | | | | | ✓ | | |
| Australia | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ |

Figura 3: Servizi offerti ai giovani hikikomori nei paesi Occidentali, tratto da Chan e Lo, 2014 ¹⁷

1.1.3 HIKIKOMORI IN ITALIA

In Italia il fenomeno è ancora poco conosciuto. Si parla infatti di soli 14.000 ragazzi colpiti da questo fenomeno in Italia, contro i 1.500.000 ragazzi in Giappone.

Si è verificato un recente interesse per questo disturbo in seguito alla scoperta di alcuni possibili casi di hikikomori nel Sud Italia, dove la struttura familiare di tipo matriarcale ricorda quella tradizionale giapponese. Anche la tipica famiglia meridionale, infatti, tende a trattenere i figli in casa, scaturendo possibili fenomeni di autoreclusione ed isolamento sociale ⁶.

Il primo caso riconosciuto di hikikomori in Italia è stato descritto nel 2013 nella Rivista di Psichiatria ¹⁸. Si trattava di un giovane di 28 anni, che da 10 anni viveva in totale isolamento e manteneva i contatti con il mondo esterno esclusivamente attraverso Internet.

Nel 2015 il gruppo guidato dal Dott. Ranieri ha provato a quantificare il fenomeno dei giovani hikikomori nella città di Arezzo indirizzando alle scuole dei questionari che indagassero i giorni di assenza ingiustificata da scuola. Secondo il Dott. Ranieri si tratterebbe di un metodo efficace per identificare i giovani più inclini all'isolamento sociale e quindi intervenire precocemente per correggere questo comportamento ¹⁹.

Diversi servizi pubblici o del privato sociale hanno iniziato a proporre trattamenti per questi ragazzi. Per esempio, a Napoli l'U.O.P.A. (Unità Operativa di Psicopatologia degli Adolescenti) ha stabilito un protocollo di intervento che prevede colloqui tra i genitori e due clinici e tra il ragazzo e uno psicoterapeuta. A Milano, invece, il "Consultorio gratuito per gli adolescenti ritirati che abusano delle nuove tecnologie" tra il 2012 e il 2014 ha curato 139 adolescenti tra i 9 e i 24 anni che manifestavano comportamenti tipici di

hikikomori. Il trattamento si è basato su colloqui con i genitori, interventi domiciliari, laboratori, psicoterapia individuale.

A Napoli, inoltre, è stato adottato un approccio tecnologico a questi ragazzi: lo psicoterapeuta manteneva i contatti con loro attraverso il telefono (ad esempio mandando sms o messaggi Whatsapp) oppure tramite il pc (mandando e-mail o scrivendo messaggi sui social network, come Facebook e Twitter).

Vari studi italiani hanno evidenziato una sostanziale difficoltà a stabilire un protocollo unico di intervento per questi ragazzi. Le strategie di intervento più efficaci paiono essere quelle modulate caso per caso, in base alle risorse psicologiche dell'adolescente e dei familiari, al grado di compromissione delle relazioni familiari, alla risposta ai singoli interventi proposti. Sempre centrali restano l'intervento sulle relazioni familiari, la psicoterapia individuale e l'intervento di varie figure professionali in base alle esigenze del singolo soggetto.

Tra le figure professionali che si occupano dei ragazzi *hikikomori* in Italia c'è l'Educatore Professionale, che molte volte ha dimostrato un ruolo chiave nell'intervento terapeutico. Il Dott. Ranieri nel suo articolo "Quando il ritiro sociale degli adolescenti diventa estremo: il fenomeno degli *hikikomori* in Italia" ²⁰ riporta 2 casi specifici in cui è evidenziato il ruolo svolto dall'Educatore Professionale.

Caso A.

R. è una ragazzina di 13 anni. Quando i suoi genitori arrivano al Servizio di Salute Mentale, R aveva lasciato la scuola da alcuni mesi ed era poi stata respinta. R. vive nella sua camera da letto, senza relazioni, né social network. A volte ha anche escluso la famiglia. Come primo passo, il Servizio ha basato il trattamento su colloqui con i genitori. Dopo circa due mesi la ragazza ha accettato di lasciare la stanza per incontrare uno psicologo. È iniziata una psicoterapia individuale che purtroppo è stata interrotta dopo circa tre mesi. Lo psicologo allora si è recato a casa per delle visite domiciliari per stabilire nuovamente la relazione con R. Intanto la psicoterapia familiare continuava. Successivamente è stato inserito nel programma un educatore professionale per tre volte alla settimana. L'educatore ha incontrato R. a casa. R. gradualmente ha accettato alcune piccole uscite con educatore e ha ripreso i colloqui con lo

psicologo in ambulatorio. Al momento R. rifiuta la scuola ma ha ripreso da circa un anno di vita sociale accettabile.

Caso B.

V. ha 13 anni ed è femmina. Quando arriva al Servizio di Salute Mentale presenta i sintomi classici di una hikikomori. Il ritiro sociale è molto forte, V. esclude del tutto incontri e relazioni con gli adulti e i coetanei. V. ha lasciato la scuola ed è stata bocciata anche se è una studentessa brillante. Il Servizio offre una psicoterapia individuale che viene accettata dalla ragazza e diventa l'unico "coming out" dalla sua camera da letto. Dopo otto mesi la équipe clinica prende atto di un buon lavoro di psicoterapia, ma di nessun cambiamento nello stile di vita. Così il trattamento viene integrato con una psicoterapia familiare e un educatore professionale. L'educatore si reca in casa di V. per promuovere i contatti con il mondo esterno. Il nuovo programma terapeutico ottiene in pochi mesi interessanti risultati. V. esce di casa, e in due anni di lavoro riprende una buona vita sociale. Supera con un esame privato l'esame finale della scuola media ma non è in grado di tornare in classe quando inizia le scuole superiori. Al momento la famiglia e i clinici hanno deciso di provare dei corsi di formazione professionale per V.

In entrambi i casi l'Educatore Professionale, si reca a casa di questi ragazzi al fine di mediare e promuovere i contatti con il mondo esterno e con l'intento di farli uscire dalla loro stanza. Il successo di questi interventi è, tuttavia, incostante e richiede mesi di trattamento.

2. MATERIALI E METODI

È stata realizzata una revisione bibliografica della letteratura in merito al fenomeno degli hikikomori, con una particolare attenzione agli interventi terapeutici realizzati. Sono stati consultati i seguenti database: PubMed, Google Scholar, Science Direct. In ognuno di questi database i termini utilizzati per la ricerca sono stati: hikikomori, hikikomori educatori/educators, hikikomori ruolo educatori/role educators, hikikomori interventi/interventions.

I criteri di inclusione adottati sono i seguenti:

- Articoli che contengano possibili approcci terapeutici;
- Articoli pubblicati dal 2000 al 2018;
- Articoli scritti in italiano o in inglese;
- Articoli con full text disponibile online.

I criteri di esclusione considerati sono stati i seguenti:

- Articoli che non contengano possibili approcci terapeutici;
- Articoli pubblicati prima del 2000;
- Articoli scritti in lingue diverse da italiano e inglese (giapponese o francese);
- Articoli con full text non disponibile online.

3. RISULTATI

La ricerca bibliografica ha condotto ad un totale di 51 studi sul fenomeno *hikikomori*. Dopo aver visionato l'abstract di questi articoli, 29 sono stati esclusi in quanto non contenevano indicazioni a possibili approcci terapeutici. Dopo questa prima selezione, i restanti 22 articoli sono stati analizzati nella loro interezza, per arrivare ad escluderne altri 6 in quanto non presentavano un full-text disponibile on-line o erano disponibili solamente in lingua giapponese o francese.

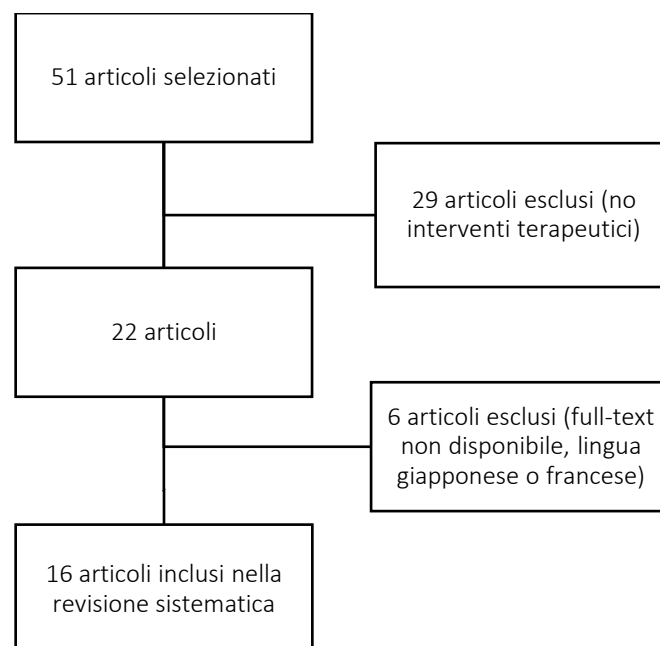


Figura 4: Algoritmo usato nella selezione degli articoli da includere nella revisione sistematica

Nella Tabella 1 sono illustrate le principali caratteristiche dei 16 articoli inclusi nella revisione sistematica. In seguito verranno descritte brevemente le caratteristiche salienti di questi articoli, con particolare attenzione rivolta al tipo di approccio ai ragazzi hikikomori che veniva descritto.

| Articolo | Tipo di studio | Pazienti inclusi ed etnia | Figura professionale coinvolta | Tipo di approccio |
|----------------------|-----------------------|---------------------------------------|---|---|
| Ogino, 2004 | Studio etnografico | 45 hikikomori, giapponesi | Insegnanti | “Free space” |
| Kaneko, 2006 | Studio etnografico | N/A, giapponesi | Psicoterapeuti | Gruppi di supporto |
| Hattori, 2006 | Case series | 35 hikikomori, giapponesi | Psicoterapeuti | Psicoterapia |
| Borovoy, 2008 | Opinione di esperti | - | Psicoterapeuti Assistenti sociali Educatori professionali | Psicoterapia “Naikan” terapia |
| Furlong, 2008 | Opinione di esperti | - | Psicoterapeuti | “Rental onesan” |
| Wong, 2009 | Focus group | 10 assistenti sociali, cinesi | Assistenti sociali | Terapia domiciliare |
| Teo, 2010 | Review clinica | - | Psicoterapeuti Psichiatri | Terapia familiare Terapia di esposizione Psicoterapia Riabilitazione vocazionale |
| Uchida, 2010 | Studio longitudinale | 390 studenti universitari, giapponesi | Psicoterapeuti | Counseling |
| Chong and Chan, 2012 | Case study | 1 hikikomori, cinese | Psicoterapeuti | Psicoterapia Corrispondenza e-mail |
| Itoh, 2012 | Life history analysis | 5 hikikomori, giapponesi | Psicoterapeuti | Psicoterapia |

| | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|--|--|
| Kato et al., 2012 | Cross-sectional study | 239 psichiatri, multiple nazionalità | Psichiatri Psicoterapeuti Figure alternative | Terapia farmacologica e ricovero ospedaliero Psicoterapia Terapia ambientale Medicina tradizionale cinese Yoga-terapia |
| Krieg e Dickie, 2013 | Cross-sectional study | 24 hikikomori, giapponesi | Psicoterapeuti | Terapia di gruppo |
| Heinze e Thomas, 2014 | Opinione di esperti | - | Psicoterapeuti | “Rental onesan” |
| Ovejero et al., 2014 | Case report | 1 hikikomori, spagnolo | Psicoterapeuti Psichiatri | Counseling familiare Terapia farmacologica e ricovero ospedaliero |
| Nishida et al., 2016 | Case report | 1 hikikomori, giapponese | Psichiatri | Jogging terapia Terapia farmacologica |
| Tateno et al., 2016 | Opinione di esperti | - | - | <i>Pokemon Go</i> |

Tabella 1: Principali caratteristiche degli articoli inclusi nella revisione sistematica

Ogino, 2004 ²¹

L'autore propone l'approccio "free space", una tipologia alternativa di scuola che può essere frequentata dai ragazzi che fanno fatica a frequentare la scuola normale. In questo ambiente protetto il giovane hikikomoro ha l'opportunità di stabilire interazioni sociali con i pari. Si è osservato che inizialmente questi ragazzi fanno fatica a partecipare attivamente alle attività di gruppo, mentre esibiscono un atteggiamento reticente e si limitano ad osservare e ascoltare attentamente gli altri. Sono dopo un periodo di tempo variabilmente lungo iniziano ad interagire con gli insegnanti e compagni e prendere parte alle attività.

Deve essere posta particolare attenzione da parte dei supervisori a non instaurare un clima autoritario e competitivo, che favorirebbe il confronto e il conflitto tra i ragazzi e quindi il rischio di abbandono precoce. Le attività dovrebbero essere organizzate in maniera informale, ritagliate su misura caso per caso, adattabili alle situazioni, costruite al bisogno. L'autore parla anche della necessità di un training specifico per l'inserimento nel mondo del lavoro. Questi ragazzi, infatti, hanno grandi difficoltà a cercare ed accettare proposte di lavoro, in quanto sopraffatti dall'ansia e dalla paura.

Kaneko, 2006 ²²

Il trattamento analizzato in questo articolo per i ragazzi hikikomori sono i gruppi di supporto. In queste comunità i ragazzi si possono sentire liberi di condividere le loro esperienze, e lo stesso raccontare diventa per loro terapeutico. L'autore osserva che molti di loro, soprattutto quelli che sono già usciti dalla fase acuta e in via di guarigione, amano raccontare di sé e della propria esperienza all'interno dei gruppi di supporto, ma anche nei mass media (TV, giornali). Il gruppo di supporto rappresenta un microcosmo in cui il ragazzo si sente libero da ogni vincolo o preconetto sociale, e si sente a suo agio ad esprimere le proprie emozioni e paure. L'autore ha inoltre osservato che tra le variabili che influenzano l'aderenza e la buona riuscita delle sedute vi sono anche il tempo atmosferico e il periodo dell'anno: all'inizio dell'anno l'umore è molto più depresso, i giovani sentono una forte pressione da parte della famiglia. Negli ultimi mesi dell'anno, invece, in concomitanza con le feste (Halloween e Natale), l'atmosfera è molto più allegra e anche l'efficacia delle sessioni di gruppo è maggiore.

Hattori, 2006 ¹²

Per il gruppo di 35 hikikomori descritti in questo articolo, sono stati realizzati colloqui terapeutici, incentrati sui temi della fiducia e della sicurezza. I ragazzi hanno dimostrato scarsa fiducia nei confronti degli psicoterapeuti, impiegando dai 6 ai 12 mesi per instaurare un rapporto positivo e costruttivo con loro. L'autore interpreta questa difficoltà come una perdita di fiducia nei confronti di chi si occupa di loro, la stessa che hanno nei confronti dei genitori.

I colloqui hanno affrontato eventuali traumi pregressi subiti dai ragazzi in ambiente scolastico o domestico.

Gli psicoterapeuti hanno inoltre affrontato i ragazzi con disturbo dissociativo di identità cercando di recuperare e far riemergere la loro "personalità originale", nascosta dietro la nuova "personalità di facciata", costruita per adattarsi alla distanza emotiva dei genitori. Il lavoro realizzato sull'espressione delle emozioni, a detta dell'autore, si è rivelato utile per risvegliare in questi ragazzi la voglia di vivere e di intrecciare relazioni sociali, la capacità di prendere decisioni e di crescere e maturare.

Le tecniche che sono state usate sono:

1. Contatto visivo tra lo psicoterapeuta e la "personalità originale" del ragazzo, che permette di stabilire un'intima connessione tra i due;
2. Comunicazione verbale tra lo psicoterapeuta e la "personalità originale" del ragazzo, che permette di liberare la sua volontà di esprimersi;
3. Rievocazione dei traumi pregressi, soprattutto traumi affettivi.

Nella fase di riabilitazione lo psicoterapeuta ha cercato di sviluppare la capacità del ragazzo di prendere decisioni, dire "no", confrontarsi con gli altri senza esplosioni d'ira ed esprimere più frequentemente i propri pensieri ed emozioni.

Lo psicoterapeuta accompagnava il ragazzo nelle sue attività quotidiane, così come nei luoghi pubblici e negli incontri che riteneva potessero essere benefici per il paziente.

Il tasso di abbandono della terapia si attestava intorno al 50%, principalmente dovuto alla resistenza del paziente nell'esprimere le sue emozioni e alla mancanza di fiducia nello psicoterapeuta.

Borovoy, 2008 ²³

In questo articolo l'autore fa una riflessione critica sull'opportunità di trattare questo disturbo come una patologia psichiatrica. Afferma che andrebbe considerata una deviazione comportamentale cui ogni adolescente può andare incontro. Per questo, il trattamento più efficace sarebbe la promozione dell'integrazione sociale grazie all'intervento di assistenti sociali ed educatori professionali.

Gli obiettivi principali, secondo l'autore, sarebbero la promozione di resistenza, pazienza e perseveranza nei giovani hikikomori, che permetterebbero loro di riaffacciarsi efficacemente al mondo della scuola e del lavoro. L'autore inoltre accenna alla terapia "Naikan", una particolare forma di psicoterapia che prevede tecniche di meditazione che aiuterebbero questi ragazzi a ristabilire una connessione con gli altri.

Furlong, 2008 ¹⁵

In questo articolo l'autore passa in rassegna vari approcci che sono stati usati con i ragazzi hikikomori in Giappone.

Mette in guardia su vari servizi alternativi a quelli governativi che vengono offerti alle famiglie di questi ragazzi. Si riferisce a gruppi di supporto privati che forniscono counseling a prezzi molto elevati. Menziona inoltre un'organizzazione con base a Nagoya, che ha attuato un regime di "prelievo forzato e confinamento". I ragazzi venivano trasportati a forza in un istituto, dove venivano rinchiusi e sottoposti a brutali punizioni. Dopo la morte di uno di questi ragazzi l'associazione è stata denunciata e messa allo scoperto.

Parla poi dell'associazione New Start e del suo approccio ai giovani hikikomori. Questo prevede la partecipazione di un "rental onesan", o fratello in affitto, un giovane lavoratore che regolarmente va a visitare l'hikikomori a casa, lo sprona ad uscire e a frequentare ambienti scolastici o lavorativi. La fiducia nei confronti di questo sconosciuto si instaura generalmente entro 6 mesi. Questa associazione inoltre mette a disposizione anche dei dormitori dove i giovani hikikomori possono provare l'esperienza di dormire fuori dalle mura domestiche insieme ad altri pazienti affetti dallo stesso disturbo. Vengono anche organizzate gite ed escursioni per incoraggiare le relazioni sociali.

Gli psichiatri giapponesi sono poco fiduciosi dell'efficacia di questi approcci, in quanto ritengono che il personale che lavora in organizzazioni come la New Start sia troppo poco

preparato per affrontare simili problematiche. D'altronde essi ritengono che sia imprescindibile per un hikikomori ricevere cure mediche.

Wong, 2009²⁴

I dati di questo studio sono stati raccolti dal progetto LETS (Life Engagement Training Scheme), un gruppo di assistenti sociali di Hong Kong che si occupa di giovani ragazzi hikikomori. Dal 2004 al 2008 sono stati seguiti da questo team 252 hikikomori, dai 13 ai 24 anni.

Quello che si è osservato è che risultava efficace iniziare la terapia nel luogo dove il ragazzo si sentiva più al sicuro, ovvero la propria casa. Solo in un momento successivo l'assistente sociale poteva accompagnare il ragazzo anche in altre attività al di fuori della casa, così come al parco o a fare la spesa. La creazione di rapporti sociali è risultata cruciale, e deve essere realizzata con persone diverse dall'assistente sociale, il cui ruolo è esterno da questo processo e formale.

Teo, 2010⁵

In questo articolo l'autore afferma che in Giappone ci si avvale di una combinazione di psicoterapia e psicofarmacologia. Le alternative sono:

- Terapia familiare che include sia il paziente che i suoi genitori;
- Terapia di esposizione a contatti sociali crescenti;
- Psicoterapia focalizzata sui traumi infantili;
- Riabilitazione vocazionale (che ha l'obiettivo di preparare le persone ad affrontare le esigenze del lavoro e considerare quest'ultimo come un'attività importante da cui trarre beneficio)

Per i ragazzi con i sintomi più severi i primi approcci prevedono ripetute visite domiciliari. Gli approcci che hanno dato i migliori risultati sono, secondo l'autore, quelli che non prevedono un trattamento individuale, bensì una terapia di gruppo. In un gruppo controllato il ragazzo infatti impara a recuperare fiducia nei rapporti sociali.

Uchida, 2010²⁵

Questo studio aveva l'obiettivo di valutare quanti studenti avessero sintomi di reclusione e apatia tra quelli che avevano abbandonato la scuola o che dovevano ripetere anni

scolastici, in modo da poter offrire loro le adeguate cure. Il trattamento offerto a questi studenti era il counseling psicologico, con programmi anche molto brevi (anche solo 5 sedute), che si sono però rivelati efficaci.

Chong e Chan, 2012 ²⁶

Anche in questo articolo si pone l'attenzione sulla terapia non farmacologica; gli autori sostengono infatti che la psicoterapia possa essere utile nella misura che aumenti l'autoconsapevolezza di sé e l'autostima del ragazzo. Inoltre, pone l'attenzione sull'entourage familiare, che spesso è il primo ostacolo nella risoluzione del problema. È frequente che i genitori si vergognino e temano di perdere credibilità agli occhi della società nel rivelare il problema del figlio, e per questo la diagnosi e la terapia vengono spesso rimandate. Anche la natura stessa della patologia determina un ritardo nella ricerca di aiuto, il che comporta una maggiore gravità alla presentazione e difficoltà ad ottenere risultati.

Il caso specifico trattato in questo articolo, un giovane ragazzo hikikomoro giapponese che viveva in Canada, è stato approcciato tramite corrispondenza e-mail. Dal 2004 al 2011 il ragazzo ha costantemente inviato e-mail all'autore dell'articolo, aiutato da alcune domande guida sulla sua esperienza come hikikomoro.

Itoh, 2012 ²⁷

L'autore analizza autobiografia e documenti privati di 5 ragazzi hikikomori per puntualizzare le loro difficoltà maggiori. Emerge in particolare che esiste una certa ansia e preoccupazione per i "periodi vuoti" nel momento del reinserimento nel mondo della scuola o del lavoro: i ragazzi hanno difficoltà a spiegare l'assenza causata dal loro disturbo e questo mette loro molta ansia e preoccupazione. Altre problematiche riscontrate sono nella sfera dell'amore e della sessualità.

Kato et al., 2012 ²⁸

In questo studio sono stati coinvolti 247 psichiatri (123 giapponesi, e 124 di altri paesi), che hanno risposto ad un questionario riguardo prevalenza, eziologia, diagnosi e trattamento degli hikikomori nei rispettivi Paesi. È stata notata una differenza

nell'approccio da parte degli psichiatri giapponesi, che suggerivano soprattutto interventi al di fuori degli ospedali e alcuni addirittura non proponevano nemmeno un trattamento psichiatrico, rispetto agli psichiatri in altri Paesi, che erano molto più interventisti. In Corea, ad esempio, gli psichiatri propendevano per il ricovero coatto in ospedale.

La psicoterapia era preferita dagli psichiatri giapponesi, soprattutto per i casi giovani. La farmacoterapia, invece, era preferita in Bangladesh, Iran e Corea. La terapia ambientale era raccomandata soprattutto in Giappone e in Australia. In Taiwan, invece, i gruppi di auto-aiuto erano la modalità terapeutica di scelta. Altre terapie alternative che sono state usate sono la medicina tradizionale cinese e la yoga-terapia, soprattutto per gli hikikomori adolescenti.

Krieg e Dickie, 2013 ²⁹

In questo articolo vengono studiati 24 hikikomori, 14 maschi e 10 femmine dai 14 ai 32 anni, reclutati a Tokyo e Kanagawa da tre programmi per hikikomori: un centro di terapia di gruppo, un centro diurno per ragazzi hikikomori e un gruppo spirituale di aiuto. 9 di questi 24 ragazzi e ragazze hikikomori avevano un disturbo d'ansia, 3 avevano un disturbo dello sviluppo e 2 avevano un disturbo dell'umore. Per i restanti 10 partecipanti non si sapevano la comorbidità. Inoltre, un gruppo di controllo di 27 maschi e 32 femmine tra i 18 e i 24 anni è stato reclutato da 3 università (2 a Tokyo e una a Tanagawa).

La tesi che i due autori volevano dimostrare era che ci fosse una più alta prevalenza di attaccamento ambivalente, rifiuto da parte dei genitori e dei coetanei, episodi di bullismo subiti e timidezza comportamentale tra i ragazzi hikikomori rispetto ai controlli sani.

La dimostrazione di questa tesi ha portato gli autori ad ipotizzare che nella prevenzione e trattamento di questo fenomeno sia necessario puntare nella prima infanzia sulle insicurezze e difficoltà di attaccamento, mentre in età adolescenziale sia più utile intervenire sulle relazioni con i coetanei. L'approccio proposto è quindi un rivolto principalmente alla correzione dell'attaccamento ambivalente nell'infanzia. Inoltre si propone un intervento nelle scuole, di inclusione del ragazzo predisposto e di particolare attenzione nei confronti dei possibili episodi di bullismo e rifiuto da parte dei coetanei.

Heinze e Thomas, 2014 ³⁰

Gli autori espongono in questo articolo la visione teorica e popolare che emerge dei giovani hikikomori in Giappone. Rilevano come negli ultimi anni figure di questo tipo

siano addirittura diventate eroi dei famosi manga (per esempio in *Welcome to the NHK* di Takimoto Tatsuhiko e in *Meteru no kimochi* di Oku Hirota). Per quanto riguarda l'approccio terapeutico e il reinserimento di questi giovani nel mondo del lavoro, gli autori sostengono che sia necessario dare l'opportunità di provare lavori part-time, flessibili e adattabili alle esigenze. Solo così questi ragazzi potranno ristabilire il loro ruolo nella società.

Ovejero et al., 2014³¹

Gli autori descrivono un caso di ragazzo hikikomori, il secondo riportato in Spagna, che viveva recluso da 4 anni. L'intervento offerto ha incluso: counseling terapeutico ai genitori, affinché ricreassero in casa un ambiente accogliente e positivo e terapia farmacologica a lungo termine con Sertralina 50 mg/die e Lorazepam 1 mg al bisogno per la fobia di questo paziente. Un mese dopo la dimissione il paziente si presenta a controllo riferendo miglioramento della sintomatologia, ha iniziato ad uscire di casa e a partecipare alla vita di comunità.

Nishida et al., 2016³²

In questo articolo è presentato il caso di un giovane hikikomori affetto anche da disturbi d'ansia sociale, che è stato sottoposto ad un trattamento che prevedeva un esercizio regolare con jogging per 3 mesi, 30 minuti al giorno per 3 volte alla settimana. Tale intervento si è manifestato efficace per i sintomi di ansia sociale e il giovane ha aumentato la fiducia in sé stesso.

In concomitanza, il giovane ha assunto Sertralina, che è risultata efficace per i sintomi depressivo-ansiosi. Gli autori suggeriscono che l'esercizio-terapia possa essere integrata con successo agli approcci multidisciplinari che coinvolgano metodi farmacologici, psicologici ed occupazionali.

Tateno et al., 2016³³

In questo studio l'autore propone un nuovo approccio al fenomeno hikikomori. Si tratta del famoso gioco *Pokemon Go*: a differenza degli altri video game che mantengono il giocatore nella propria stanza costantemente davanti allo schermo, questo prevede che il giocatore esca e si rechi in vari luoghi della città e interagisca quindi con altri giocatori. È stato proposto come un metodo alternativo per promuovere la graduale fuoriuscita di casa degli hikikomori.

4. DISCUSSIONE

Il fenomeno Hikikomori è stato descritto e studiato in anni relativamente recenti, anche fuori del Giappone. Per questo motivo non sono ancora disponibili molti studi sistematici, soprattutto per quanto riguarda l'approccio terapeutico.

In particolare, in letteratura si trovano pochi accenni alla figura dell'Educatore Professionale e al suo possibile ruolo nella gestione dei ragazzi hikikomori. In base alla ricerca della letteratura effettuata, gli Educatori Professionali vengono citati solo in Giappone e in Italia.

Secondo il Decreto Ministero Sanità n. 520 del 1998, l'Educatore Professionale è "l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana curando il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà". Egli "programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia" con l'obiettivo di "favorire il reinserimento nella comunità". Con i ragazzi hikikomori, quindi, è una figura che può avere un ruolo centrale nel miglioramento della loro condizione e qualità di vita. Questi obiettivi potranno essere raggiunti attraverso il lavoro continuo dell'Educatore che collabora "[...] in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture e con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi e della collettività. Egli opera, infatti, sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti."

In Giappone e in Italia la figura dell'Educatore Professionale ha già acquisito un ruolo chiave nel trattamento dei ragazzi hikikomori. Il suo compito principale consiste nell'interagire con loro, anche attraverso la tecnologia (e-mail o sms), cercando di farli uscire di casa al fine di renderli attivi nella società, facendoli interagire con altre persone e partecipare alla vita sociale.

Gli hikikomori sono ragazzi molto fragili dal punto di vista emotivo quindi gli Educatori fin dal primo incontro con il ragazzo devono dimostrare di avere carattere, cercando però

di non fargli pesare la loro superiorità perché l'hikikomoro vuole dettare le regole del gioco e vuole vivere secondo il proprio stile di vita.

In Giappone vengono spesso coinvolti due Educatori: uno giovane con la funzione di comunicare con il ragazzo (è più facile che il ragazzo accetti di parlare con il “pari” che con un adulto) e uno anziano con il compito di mediare il rapporto tra i due. È stato verificato che il trattamento deve durare per molti mesi per risultare efficace. Per comunicare con il ragazzo, l'Educatore deve dimostrare di avere carattere e molta pazienza. Inoltre, deve stare al gioco del ragazzo senza dimostrargli la sua superiorità, perché altrimenti sarà difficile agganciarlo ed ottenere la sua fiducia.

In Italia si è recentemente verificato un grande interesse per questo disturbo in seguito alla scoperta di alcuni casi nel Sud Italia. Diversi servizi pubblici hanno quindi iniziato a proporre trattamenti per questi ragazzi. A Milano ad esempio sono previsti colloqui con i genitori, interventi domiciliari (l'Educatore si reca a casa di questi ragazzi al fine di mediare e promuovere i contatti con il mondo esterno, con l'intento di farli uscire dalla loro stanza), laboratori e psicoterapia individuale. A Napoli invece è stato adottato un approccio tecnologico mediante l'uso del telefono cellulare (l'Educatore all'inizio comunica con il ragazzo attraverso sms o messaggi Whatsapp) oppure tramite il pc (e-mail o social network).

In altri Paesi invece troviamo altre figure, come psichiatri, psicoterapeuti ed assistenti sociali. Vengono usati svariati approcci ed interventi come farmacoterapia, gruppi di supporto, terapia familiare e psicoterapia. Oltre a questi trattamenti tradizionali ce ne sono anche di più particolari come il “rental onesan” (fratelli e sorelle in affitto), il “free space” e la jogging-terapia.

Il “rental onesan”, o fratello in affitto, prevede che un giovane operatore vada regolarmente a visitare il ragazzo hikikomoro a casa, spronandolo ad uscire e a ricominciare a frequentare gli ambienti scolastici o lavorativi. Generalmente entro sei mesi l'operatore riesce ad instaurare un rapporto di fiducia con questo ragazzo.

Il “free space”, invece, è una scuola alternativa per quei ragazzi che fanno fatica a frequentare la scuola normale. In questa scuola “protetta” il giovane ha la possibilità di interagire liberamente con i suoi compagni. Anche in questo caso è solo dopo un periodo relativamente lungo che questi ragazzi iniziano a partecipare alle attività di gruppo, in quanto all'inizio tendono a guardare ed ascoltare quello che fanno gli altri.

La jogging-terapia, in un caso osservato, si è rilevata efficace soprattutto per i sintomi di ansia sociale in un ragazzo hikikomori ospedalizzato e in psicoterapia. L'esercizio consisteva nel correre nei pressi dell'ospedale 3 volte a settimana per 30 min.

La prima difficoltà che si incontra nell'affrontare il fenomeno hikikomori è la diagnosi precoce, quindi la possibilità di intervenire efficacemente quando il disturbo è ancora limitato e modificabile. In questo senso, in Giappone si sta discutendo di modificare il range temporale di reclusione che definisce i giovani hikikomori: stabilendolo a 3 mesi invece che a 6 sarebbe possibile individuare prima il problema e possibilmente intervenire più tempestivamente ²⁴.

Sarebbe importante puntare sulla sensibilizzazione delle famiglie, facendo conoscere il problema attraverso i social-media, ad esempio con campagne pubblicitarie ministeriali. Dovrebbero essere ben conosciuti i sintomi di esordio: ritiro in casa per la maggior parte del tempo, rifiuto di andare a scuola, abuso della tecnologia e dei videogiochi. È possibile svolgere anche un'opera di prevenzione data da un sensibile ascolto da parte dei genitori nei confronti dei bisogni e delle richieste dei figli e un attento monitoraggio dei piccoli segnali che precedono l'isolamento (che è sempre graduale) e che se adeguatamente letti, sono latenti richieste d'aiuto da parte dell'adolescente ⁸.

Anche la scuola, come sottolineato nell'articolo del Dott. Ranieri ²⁰, avrebbe un ruolo importante. Gli insegnanti dovrebbero essere istruiti sia sul riconoscimento precoce dei sintomi (ragazzi che non si presentano a scuola per lunghi periodi di tempo per motivi ingiustificati), sia nel contrastare uno dei fattori di rischio riconosciuti più importanti per il fenomeno, ossia il bullismo. Un'importante campagna di sensibilizzazione in questo senso ritengo possa essere particolarmente utile a fini preventivi, in Giappone così come in tutti i Paesi, essendo il bullismo un fenomeno sempre più diffuso.

Ritengo particolarmente interessante anche l'approccio innovativo proposto da Tatenò et al. ³³. *Pokemon Go* è un gioco che coniuga la caratteristica di essere molto apprezzato e popolare tra i giovani, con la necessità di uscire di casa, incontrare altri giocatori e intessere relazioni sociali. Sul modello di *Pokemon Go* ritengo sarebbe interessante studiare e realizzare altri giochi che prevedano l'interazione sociale, e che incontrino i gusti e le preferenze di tutti.

Dal momento che una delle caratteristiche di questi ragazzi è l'ipertecnologizzazione, ritengo particolarmente utili anche gli approcci terapeutici che prevedano l'utilizzo della

tecnologia, almeno nel momento iniziale. La diffidenza e la scarsa fiducia nel prossimo sono infatti problemi che qualunque figura professionale si interfacci con un hikikomori deve affrontare. Spesso questi ragazzi rifuggono le relazioni sociali faccia a faccia, ma sono anzi inclini ad intrecciarne di virtuali attraverso le chat online. Per questo motivo ritengo utile che l'Educatore, lo psicoterapeuta o qualunque figura che si debba affacciare al mondo degli hikikomori, lo faccia anche utilizzando la tecnologia: whatsapp, e-mail, social networks, chat per fare alcuni esempi. Gli autori che hanno descritto questo tipo di approccio ne hanno messo in luce notevoli effetti benefici ²⁶.

È emerso da molteplici studi che le terapie di gruppo fossero le più efficaci. In particolare, è risultato utile stabilire un contatto con i pari affetti dallo stesso problema ^{21,22}. La mancanza di relazioni sociali e il ritiro sono, infatti, spesso dovuti alla mancanza di fiducia nell'altro, per aver subito qualche trauma o episodi di bullismo in infanzia/adolescenza. Per questo si ritiene utile cercare di ristabilire gradualmente un certo grado di fiducia nel prossimo, anche grazie a sessioni guidate di terapia di gruppo.

In tutti questi interventi ritengo che il lavoro dell'Educatore Professionale possa essere molto utile, insieme a quello dell'equipe multidisciplinare, per stimolare i ragazzi a reinserirsi nella vita sociale. Deve collaborare, quindi, in particolare con Psicologi, Psicoterapeuti, Medici, Psichiatri, Neuropsichiatri infantili, Tecnici della riabilitazione psichiatrica e Terapisti occupazionali per la gestione integrata del trattamento e della presa in carico dei giovani pazienti.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Moretti S. Hikikomori. La solitudine degli adolescenti giapponesi. *Riv di Criminol Vittimologia e Sicur.* 2010;IV(n.3).
http://eprints.bice.rm.cnr.it/3095/1/articolo_moretti_2010-03.pdf. Accessed August 14, 2018.
2. Tajan N. Social withdrawal and psychiatry: A comprehensive review of Hikikomori. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2015;63(5):324-331.
doi:10.1016/j.neurenf.2015.03.008.
3. Kato TA, Kanba S, Alan RT. Hikikomori: experience in Japan and international relevance. *World Psychiatry.* 2018;17(1):104-105. doi:10.1002/wps.20496.
4. Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, Tsuchiya M. Lifetime prevalence , psychiatric comorbidity and demographic correlates of “ hikikomori ” in a community population in Japan. *Psychiatry Res.* 2010;176(1):69-74.
doi:10.1016/j.psychres.2008.10.019.
5. Teo AR. A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori. *Int J Soc Psychiatry.* 2010;56(2):178-185. doi:10.1177/0020764008100629.
6. Aguglia E, Signorelli MS, Pollicino C, Arcidiacono E, Petralia A. Il fenomeno dell'hikikomori: Cultural bound o quadro psicopatologico emergente? *Ital J Psychopathol.* 2010;16(2):157-164.
7. Ranieri F, Andreoli M, Bellagamba E, et al. Early Adolescence in Social Withdrawal: Two Hikikomori in Treatment. *Eur Psychiatry.* 2015;30:1198.
doi:10.1016/S0924-9338(15)30941-X.
8. De Batte A. Hikikomori: mi nascondo per dirti che esisto.
<http://www.massacritica.eu/hikikomori-mi-nascondo-per-dirti-che-esisto/1713/>. Accessed August 14, 2018.
9. Parsi MR, Campanella M. *Generazione H: Comprendere e Riconnettersi Con Gli Adolescenti Sperduti Nel Web Tra Blue Whale, Hikikomori e Sexting.* Piemme; 2017.
https://books.google.co.tz/books/about/GENERAZIONE_H.html?id=YyI_DwA

AQBAJ&source=kp_cover&redir_esc=y. Accessed September 9, 2018.

10. Loscalzo Y, Nannicini C, Giannini M. Hikikomori: sindrome culturale internalizzante o ritiro volontario? *Counseling*. doi:DOI: 10.14605/CS911605.
11. Stip E, Thibault A, Beauchamp-Chatel A, Kisely S. Internet addiction, Hikikomori syndrome, and the prodromal phase of psychosis. *Front Psychiatry*. 2016;7(MAR):3-10. doi:10.3389/fpsy.2016.00006.
12. Hattori Y. Social Withdrawal in Japanese Youth. *J Trauma Pract*. 2006;4(3-4):181-201. doi:10.1300/J189v04n03_01.
13. Nagata T, Yamada H, Teo AR, Yoshimura C, Nakajima T, van Vliet I. Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: Clinical characteristics and treatment response in a case series. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(1):73-78. doi:10.1177/0020764011423184.
14. Kondo N, Sakai M, Kuroda Y, Kiyota Y, Kitabata Y, Kurosawa M. General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(1):79-86. doi:10.1177/0020764011423611.
15. Furlong A. The Japanese Hikikomori Phenomenon: Acute Social Withdrawal among Young People. *Sociol Rev*. 2008;56(2):309-325. doi:10.1111/j.1467-954X.2008.00790.x.
16. Wilson S. Braindance of the Hikikomori: Towards a Return to Speculative Psychoanalysis. *Paragraph*. 2010;33(3):392-409. doi:10.3366/para.2010.0206.
17. Chan GH yee, Lo TW. Hidden youth services: What Hong Kong can learn from Japan. *Child Youth Serv Rev*. 2014;42:118-126. doi:10.1016/j.childyouth.2014.03.021.
18. De Michele F, Caredda M, Delle Chiaie R, Salviati M, Biondi M. Hikikomori (ひきこもり): a culture-bound syndrome in the web 2.0 era. *Riv Psichiatr*. 2013;48(4):354-358. doi:10.1708/1319.14633.
19. Ranieri F, Andreoli M, Bellagamba E, et al. Extreme Social Withdrawal in Early Adolescence: Epidemiological Data On Italian Hikikomori. *Eur Psychiatry*. 2015;30:1199. doi:10.1016/S0924-9338(15)30942-1.

20. Ranieri F. Quando il ritiro sociale degli adolescenti diventa estremo: il fenomeno degli “hikikomori” in Italia. *Academia*. 2016.
https://www.academia.edu/16204726/Quando_il_ritiro_sociale_degli_adolescenti_diventa_estremo_il_fenomeno_degli_hikikomori_in_Italia_-_bozza. Accessed August 23, 2018.
21. Ogino T. Managing Categorization and Social Withdrawal in Japan: Rehabilitation Process in a Private Support Group for Hikikomorians. *Int J Japanese Sociol*. 2004;13(1):120-133. doi:10.1111/j.1475-6781.2004.00057.x.
22. Kaneko S. Japan’s ‘Socially Withdrawn Youths’ and Time Constraints in Japanese Society: Management and conceptualization of time in a support group for ‘hikikomori.’ *Time Soc*. 2006;15(3):233-249.
doi:10.1177/0961463X06067034.
23. Borovoy A. Japan’s hidden youths: Mainstreaming the emotionally distressed in Japan. *Cult Med Psychiatry*. 2008;32(4):552-576. doi:10.1007/s11013-008-9106-2.
24. Wong V. Youth locked in time and space? Defining features of social withdrawal and practice implications. *J Soc Work Pract*. 2009;23(3):337-352.
doi:10.1080/02650530903102692.
25. Uchida C. Original Article Apathetic and Withdrawing Students in Japanese Universities — with Regard to Hikikomori and Student Apathy —. *J Med Dent Sci*. 2010:95-108.
26. Chong SS, Chan K-M. A case study of a Chinese “hikikomorian” in Canada - theorizing the process of hikikomorization. *J Spec Educ Rehabil*. 2012;13((3-4)).
doi:10.2478/v10215-011-0028-0.
27. Itoh K. Difficulties faced by hikikomori: From the life history in autobiographies and private papers. *KG Sociol Rev*. 2012:137-141.
28. Kato TA, Tateno M, Shinfuku N, Fujisawa D, Teo AR, Sartorius N. Does the ‘ hikikomori ’ syndrome of social withdrawal exist outside Japan ? A preliminary international investigation. 2012:1061-1075. doi:10.1007/s00127-011-0411-7.
29. Krieg A, Dickie JR. Attachment and hikikomori : A psychosocial developmental

- model. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(1):61-72. doi:10.1177/0020764011423182.
30. Heinze U, Thomas P. Self and salvation : visions of hikikomori in Japanese manga. *J Ger Inst Japanese Stud*. 2014;26(1):151-169. doi:10.1515/cj-2014-0007.
 31. Ovejero S, Caro-cañizares I, León- V De, Baca-garcia E. Prolonged social withdrawal disorder : A hikikomori case in Spain. 2014:2013-2016. doi:10.1177/0020764013504560.
 32. Nishida M, Kikuchi S, Fukuda K, Kato S. Jogging Therapy for Social Withdrawal and Increased Cerebral Hemodynamics: A Case Report. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal*. 2016;12(1):38-42. doi:10.2174/1745017901612010038.
 33. Tateno M, Skokauskas N, Takahiro A, et al. New game software (Pokémon Go) may help youth with severe social withdrawal, hikikomori. *Psychiatry Res*. 2016. doi:10.1016/j.psychres.2016.10.038.