

Il fenomeno dell'hikikomori: *cultural bound* o quadro psicopatologico emergente?

Hikikomori phenomenon: cultural bound or emergent psychopathology?

E. Aguglia, M.S. Signorelli,
C. Pollicino, E. Arcidiacono,
A. Petralia

Dipartimento di Chimica Biologica,
Chimica Medica e Biologia
Molecolare, U.O.P.I. di Psichiatria,
A.U.O Policlinico Catania

Key words

Hikikomori • Adolescents • *Cultural bound syndrome* • Japan • *Social withdrawal*

Summary

Hikikomori is a unique and exclusive phenomenon, characterized by severe social withdrawal, which typically occurs in Japan. Hikikomorian patients are mostly teenagers and young adults who confine themselves inside their parents' homes for months or even years. They withdraw themselves avoiding any contact with the family, rarely have friends, and do not attend school lessons or perform any work

activity. The current nosology of the DSM fails to adequately capture the concept of hikikomori. Differential diagnosis includes anxiety disorders, personality disorders and schizophrenia. Treatment strategies include rehabilitation, family and cognitive behavioral psychotherapy, but their effectiveness is still not supported by sufficient research data. We have studied the phenomenon in relation to socio-cultural japan aspects but hikikomori may also be found in other contexts.

Introduzione

La psichiatria si confronta sempre più spesso con quadri clinici non inquadrabili nelle ordinarie categorie con caratteristiche diagnostiche transnosografiche. In determinati contesti si manifestano quadri sindromici legati a processi socioculturali, che danno luogo a patologie specifiche di una popolazione, in quanto determinate dalla tradizione e dalla cultura di una particolare nazione. Contribuiscono all'evidenza di questi nuovi quadri sindromici gli effetti di un contagio transculturale legato all'ampia diffusione dei mezzi di comunicazione globale.

Tra i paesi in cui la tradizione culturale coesiste con tecnologia e comunicazione di massa, il Giappone ha sicuramente un posto di rilievo ed in questo connubio tra antico e moderno vive una profonda crisi socioculturale che colpisce in particolar modo gli adolescenti.

Possiamo definire *hikikomori* una sindrome culturale (*cultural bound*), diffusa prevalentemente in Giappone, ma anche presente in Corea e Taiwan.

La cultura non va considerata come qualcosa di esterno all'individuo, ma come una struttura specifica di origine sociale che contiene e rende possibile il funzionamento dell'apparato psichico; Beguin già nel 1952 affermava che "si è folli in rapporto a una data società" ¹. Non può esistere alcun processo psichico senza l'esistenza di un filtro culturale che ordini e fornisca gli strumenti necessari per l'interazione della persona

Corrispondenza

E. Aguglia, A.U.O. Policlinico "Vittorio Emanuele", via S. Sofia 78, 95100 Catania, Italia • Tel. +39 095 3782470 • Fax +39 095 3782470 • E-mail: eugenio.aguglia@unict.it

con il mondo². Le sindromi culturali comprendono un insieme eterogeneo di malattie, l'importanza e l'attualità delle quali è stata riconosciuta anche nel DSM-IV TR³; nell'appendice è infatti presente una classificazione delle *cultural bound syndrome* che ha lo scopo di integrare l'inquadramento diagnostico multiassiale e di delineare le difficoltà che si possono incontrare applicando i criteri del DSM-IV in un contesto multiculturale. Il DSM-IV TR le definisce come: "Modalità ricorrenti, caratteristiche di certe regioni, di comportamento aberrante e di esperienza disturbante che possono essere o meno collegabili a qualche particolare categoria diagnostica del DSM-IV". Si potrebbe dire che queste sindromi siano un modo specifico di una determinata cultura per esprimere una condizione di disagio psichico. Mentre le basi scientifiche della cultura occidentale permettono di classificare i sintomi psichiatrici in quadri ben precisi, nei luoghi in cui le sindromi culturali si verificano, vengono spesso accettate come eventi non patologici. Inoltre, il sistema medico occidentale opera una netta distinzione fra mali di ordine fisico e mali d'ordine psichico; nelle culture tradizionali invece questa distinzione si perde, sia per quanto riguarda le procedure terapeutiche, che spesso non si differenziano, sia per quanto attiene alla ricerca delle cause della patologia.

Lo scopo della psichiatria transculturale è quello di individuare il rapporto esistente tra psicopatologia e manifestazioni culturali, in modo tale da poter individuare gli stressors sociali che in un soggetto vulnerabile determinano il manifestarsi del quadro patologico.

In tal senso, studiare il fenomeno dell'*hikikomori* comporta un approfondimento della dimensione socio-culturale nipponica, estremamente differente da quella occidentale.

Circa due milioni di adolescenti nipponici sono afflitti da questa patologia che si configura come espressione di un totale rifiuto del sistema socio-culturale giapponese.

Il fenomeno dell'*hikikomori* può essere considerato una volontaria reclusione, una ribellione della gioventù giapponese alla cultura tradizionale e all'intero apparato sociale da parte di adolescenti che vivono reclusi nella loro casa, nella loro stanza, con le finestre serrate, senza alcun contatto con l'esterno, né con i familiari, né con gli amici. Il Sol Levante racchiude in sé il passato e il futuro: i precetti morali che tutt'oggi vengono impartiti

derivano dal Bushido e si scontrano con la tecnologia, la comunicazione di massa e l'invasione occidentale. Nelle moderne società orientali, fattori socio-culturali come la nuclearizzazione della famiglia, gli stress culturali, le rapide modificazioni culturali volte alla occidentalizzazione di una società semplice hanno esercitato effetti patogenetici dando vita a patologie psicosociali.

Il recente interesse in Italia per questa patologia si è manifestato in seguito alla scoperta di alcuni casi di possibili *hikikomori* nel Sud del paese, dove la struttura familiare di tipo matriarcale ripropone quella familiare giapponese.

Secondo gli studiosi giapponesi vi è un aspetto che avvicina la cultura giapponese a quella italiana, consistente nella tendenza dei genitori a "trattenere" in casa i figli oltre una certa età, fenomeno che favorirebbe l'espressione del disagio giovanile attraverso l'autoreclusione caratteristica dell'*hikikomori*, piuttosto che attraverso modalità maggiormente aggressive come il bullismo o i "comportamenti di branco"⁴.

Epidemiologia

Il termine *hikikomori*, è stato coniato dallo psichiatra Tamaki Saito⁵ e tradotto dallo stesso in "social withdrawal" (ritiro sociale), anche se le prime manifestazioni in Giappone di questa forma di ritiro sociale vennero descritte nel 1978 da Y. Kasahara⁶ e chiamate *tajkyaku shinkeishou* cioè *reatreat neurosis*, riferendosi a soggetti che abbandonano la scuola o il lavoro per lunghi periodi e che non erano altrimenti diagnosticati come depressi o schizofrenici.

Inamura⁷ interpretava tali comportamenti come fobie scolastiche e lavorative, cui ha dato il nome di *adolescent setback symptom*, ritenendo tale fenomeno una malattia nazionale tipicamente giapponese.

Hikikomori è una patologia diagnosticabile in persone che hanno trascorso almeno sei mesi in una condizione di isolamento sociale, di ritiro dalle attività scolastiche e/o lavorative, senza alcuna relazione al di fuori della famiglia. Il periodo medio di isolamento sociale è di circa 39 mesi, ma può variare da pochi mesi a parecchi anni⁵.

Solitamente sono giovani di età compresa tra 19 e 30 anni, maschi primogeniti nella maggioranza dei casi, che decidono di rinchiudersi volontariamente in una stanza, evitando qualunque contatto

con il mondo esterno, familiari inclusi. Solo il 10% dei soggetti interessati è di sesso femminile e di solito il periodo di reclusione è limitato.

Il fenomeno si può paragonare ad una epidemia; infatti, secondo alcuni, il numero degli adolescenti *hikikomori* riconosciuti è di circa 2 milioni (1% della popolazione, percentuale simile all'incidenza della schizofrenia) e il dato è in continua crescita nonostante i casi dichiarati siano inferiori rispetto alle stime⁸.

Ma l'attendibilità dei dati che descrivono la prevalenza e l'incidenza di *hikikomori* appare limitata da diversi bias; da una parte, la reticenza delle famiglie a denunciare i casi, dall'altra talora la sovrastima del fenomeno dovuta ad una scarsa conoscenza dello stesso. Forse una delle stime più attendibili è stata fornita da Furlong⁹ che riferendosi ai dati dell'Università di Okinawa parla di 410.000 soggetti, ma secondo i dati riferiti da Saito la prevalenza di *hikikomori* sarebbe di due milioni di soggetti, dato confermato anche dalle stime di Takatsuka¹⁰.

Uno studio condotto dal Ministero della Salute, del Lavoro e delle Politiche Sociali del Giappone nel 2003 in tutti i centri di salute mentale del Paese ha dimostrato che vi sono state oltre 14.000 consultazioni per *hikikomori* in un anno, non includendo il numero di consultazioni dei genitori¹¹.

Il Governo Giapponese, vista la rilevanza sociale del problema, ha individuato alcuni criteri diagnostici specifici di *hikikomori*:

- *hikikomori* non è una sindrome;
- ritiro completo dalla società per più di sei mesi;
- presenza di rifiuto scolastico e/o lavorativo;
- al momento di insorgenza di *hikikomori* non erano state diagnosticate schizofrenia, ritardo mentale o altre patologie psichiatriche rilevanti;
- tra i soggetti con ritiro o perdita di interesse per la scuola o il lavoro sono esclusi i soggetti che continuano a mantenere relazioni sociali¹¹.

In base alle caratteristiche demografiche degli *hikikomori* sono stati identificati diversi fattori di rischio:

- sesso: la prevalenza di *hikikomori* è di quattro volte superiore negli uomini rispetto alle donne, nelle quali il periodo di reclusione è limitato¹²;
- fratria: la maggior parte sono primogeniti maschi. La primogenitura in Giappone assume un ruolo socioculturale fondamentale per il nucleo familiare. È il primogenito che deve sostenere il

buon nome della famiglia attraverso i suoi successi scolastici e lavorativi⁵;

- età: l'età di esordio del disturbo si colloca tra 19 e 27 anni, con la prima manifestazione del disagio psico-relazionale nel 23% dei casi già al primo anno delle scuole medie inferiori¹¹;
- classe sociale: è stato osservato che il disturbo compare in famiglie di ceto sociale medio-alto, ambedue i genitori sono spesso laureati⁵.
- *ijimè*: forma di bullismo nipponica. L'aver subito fenomeni di bullismo durante il periodo scolastico è un fattore predisponente allo sviluppo di *hikikomori*.

Sintomatologia

I sintomi della sindrome dell'*hikikomori* descritti da Saito⁵ sono: ritiro sociale, fobia scolare e ritiro scolastico, antropofobia, automisofobia, agorafobia, manie di persecuzione, sintomi ossessivi e compulsivi, comportamento regressivo, evitamento sociale, apatia, letargia, umore depresso, pensieri di morte e tentato suicidio, inversione del ritmo circadiano di sonno veglia e comportamento violento contro la famiglia, in particolare verso la madre.

Il ritiro sociale è il sintomo principale che può manifestarsi con uno spettro di possibilità: da comportamento isolato a soggetti che non abbandonano la loro stanza per mesi o anni. Nei casi più gravi l'*hikikomori* non esce dalla sua stanza né per lavarsi, né per alimentarsi chiedendo che il cibo sia lasciato dinanzi alla porta di accesso alla stanza, che può assumere significati contrapposti, o luogo di rifugio, una sorta di "isola protetta", o luogo di "prigione"⁸.

Il rifiuto scolastico è una delle più frequenti problematiche dei bambini e ragazzi giapponesi, ed è spesso il primo manifestarsi del ritiro sociale.

La percentuale di incidenza dell'antropofobia è di circa il 67%⁵. L'antropofobia è un sintomo che si sviluppa secondariamente rispetto al ritiro sociale comportando un peggioramento del quadro clinico del paziente creando un circolo vizioso: al momento dell'esordio si manifesta una disfunzione sociale che viene accresciuta dall'antropofobia per cui il soggetto tende ad isolarsi maggiormente.

Il soggetto con antropofobia di grado lieve è in grado di uscire da casa, ma dichiara di avere paura degli altri studenti, delle persone anziane e di non

poter prendere l'autobus o il treno. In casa non risponde al telefono, non riesce a partecipare alle attività sociali. Se invece presenta un'antropofobia di grado elevato il soggetto manifesta auto-misofobia, eritrofobia, ideazione ossessiva. L'antropofobia scompare durante il ricovero in ospedale.

L'automisofobia cioè la paura di sporcarsi, è un sintomo che caratterizza la fase iniziale della malattia, sostituito con il trascorrere del tempo da idee di persecuzione, idee ossessive e condotte compulsive. A tal proposito Zielenziger¹³ cita il "modello coinvolgente" proposto da Yoshiro Morita, in quanto è soprattutto la madre che deve confrontarsi con le richieste ossessive del figlio che reagisce con estrema violenza in caso di rifiuto.

Uno su cinque ammette di avere comportamenti violenti¹¹, quali colpire con i pugni il muro o aggredire un membro della propria famiglia⁸.

Il ritmo sonno veglia è alterato, dormono per ore durante la giornata e si svegliano prevalente la sera per giocare con i videogiochi, navigare in rete, o leggere manga. L'iniziativa per altre attività o il desiderio di esse è totalmente assente.

Taijin kiofu, la paura degli altri o l'ansia dei rapporti con gli altri, è un termine introdotto dagli psichiatri giapponesi, non presente in Occidente, che indica alcune paure nei rapporti con gli altri, quali l'ansia relativa agli odori del proprio corpo e del proprio aspetto, paura di arrossire e di sostenere lo sguardo altrui. Benché non caratteristico del quadro sintomatologico può essere talora presente.

Altri sintomi riscontrati da Saito⁵ sono umore depresso, pensieri ricorrenti di morte, propositi di suicidio, sentimenti di autosvalutazione e colpa.

Psicopatologia

I ricercatori giapponesi hanno formulato varie ipotesi sulla patogenesi dell'*hikikomori*, riconducibili al sistema familiare (dal legame simbiotico con la madre, concetto di *Amae* elaborato da Takeo Doi, all'assenza della figura paterna) al sistema scolastico (dal bullismo, all'eccessiva competitività nelle scuole e nel lavoro) ed alla struttura della società giapponese *tout court*.

Struttura familiare giapponese e *Amae*

La famiglia di un soggetto *hikikomori* è una famiglia "normale", cioè normocostituita, solitamente senza separazioni, divorzi o altre problematiche familiari anche se "disfunzionale" nel preparare

i propri figli per il moderno contesto sociale ed economico.

Subito dopo la Seconda Guerra Mondiale si verificarono in Giappone profondi e significativi cambiamenti che rivoluzionarono i valori sociali del paese: la tradizionale famiglia allargata giapponese (*sistema dello ie*) venne rimpiazzata da un sistema familiare di tipo occidentale, con il padre sempre più assente perché totalmente assorbito dal lavoro, e la madre incoraggiata, anche attraverso forti pressioni sociali, a perseguire uno stile educativo che la identificava come la prima e più significativa responsabile della "formazione" di un bambino giapponese collaborativo e compiacente. L'eccessivo attaccamento alla madre può derivare dallo smisurato accrescimento nel bambino di un sentimento di dipendenza, definito in Giappone con il termine di *amae*¹⁴. La parola *amae* è il sostantivo del verbo transitivo *ameru* che significa "dipendere da e presumere la benevolenza dell'altro". L'*amae* è un'emozione che il lattante esperisce nei confronti della madre tra il primo e il secondo anno di vita, quando comincia a differenziare sé stesso dalla madre, ma al tempo stesso emerge la necessità della stessa per la sua sopravvivenza, paragonabile al concetto freudiano di "scelta d'oggetto primaria" o di "amore passivo d'oggetto" di Balint¹⁴. L'interazione madre-bambino è tradizionalmente disciplinata dall'espressione non verbale dell'*amae*. I bambini, per soddisfare i loro bisogni, devono affidarsi all'intuizione materna. Fin dai primi anni di vita il modello educativo sottolinea l'importanza dell'empatia, dell'armonia nei rapporti interpersonali e del senso del dovere. L'educazione è permissiva, tollerante e la madre piuttosto che rimproverare o punire, mostra dispiacere e vergogna a seguito di un comportamento sbagliato del figlio mantenuto nel tempo per l'eccessiva indulgenza materna.

Le famiglie giapponesi sono caratterizzate da una madre psicologicamente e fisicamente vicina ai figli e da un padre piuttosto marginale che non riesce ad inserirsi come terzo elemento e ad allentare il legame esistente tra madre e bambino.

La simbiosi tra madre e figlio è comune nello stile di vita degli *Hikikomori*: con un atteggiamento esageratamente iperprotettivo la madre tende a gestire in maniera eccessiva la vita del figlio, spesso idealizzato e depositario di molte aspettative. Questo legame simbiotico, spiega il motivo della violenza dell'*Hikikomori* nei confronti della madre.

Il sistema scolastico, School refusal Syndrome e Ijime

La scuola giapponese è da anni considerata un potenziale fattore causale nell'insorgenza del fenomeno *hikikomori*; la società giapponese considera il curriculum scolastico uno dei principali criteri di valutazione delle abilità individuali e dell'importanza sociale; per tale ragione gli studenti percepiscono una pressione fortissima fin dai primi anni scolastici, essendo consapevoli che i risultati ottenuti saranno determinanti per entrare in un'università prestigiosa¹⁵. Nel sistema scolastico nipponico gli esami sono molto difficili tanto che i giapponesi chiamano il loro sistema scolastico *shinken jigoku*, inferno degli esami. Per riuscire a superare queste prove sono state istituite speciali scuole serali private (*juku*) molto costose, inoltre, in caso di non ammissione all'Università la possibilità di ripetere l'esame è condizionata alla frequenza di particolari scuole, *youbiko*. L'assenza di una seconda possibilità determina un definitivo scollamento col mondo universitario vanificando la prospettiva di intraprendere una carriera prestigiosa; questo può spiegare i lunghi periodi d'isolamento degli *hikikomori*, che possono durare anni. Gli *hikikomori* sono restii a rientrare in società non avendo idee chiare rispetto al ruolo che potranno avere dopo un prolungato ritiro sociale.

Una sindrome denominata *Futouko*, rifiuto scolastico, è spesso il primo stadio del ritiro. Il Ministero dell'Educazione Giapponese (MOE) definisce *school refusal syndrome* (*tōkōkyōhi*) "il fenomeno nel quale gli studenti non vanno o non possono andare a scuola a dispetto del proprio desiderio di andarci; ciò è dovuto a motivi psicologici, emozionali, sociali o ambientali, fanno eccezione i motivi di salute od economici"¹⁶. Secondo quanto riportato da Ishikida¹⁶, molti studenti che soffrono di *school refusal syndrome* vorrebbero andare a scuola ma sono impossibilitati a farlo per la presenza di gravi sintomi ansiosi e di disturbi del sonno. È possibile identificare le cause principali della *school refusal syndrome* nella relazione disfunzionale con i coetanei e nel bullismo.

In Giappone il termine bullismo viene tradotto con *ijimè*, sostantivo del verbo *ijimereru*, letteralmente "tormentare", "perseguitare", ed è utilizzato per descrivere un gruppo più o meno ampio di studenti, che identificato un compagno di scuola solitamente incapace di reagire, lo sottopone sistematicamente a pratiche vessatorie per periodi

prolungati di mesi o anche di anni, con il silenzio complice dell'intera classe ed in qualche caso anche degli insegnanti: in particolare danneggiamento, distruzione di materiale scolastico o di oggetti personali, mancato coinvolgimento nelle attività di gruppo, sino al disinteresse ostentato del gruppo verso la vittima, trattata come se non esistesse¹⁷. Nei casi più gravi si arriva a violenze fisiche, estorsioni di denaro, minacce, fino a tentativi di uccidere la vittima.

Taki¹⁷ sostiene che il fenomeno del bullismo in Occidente è più esteso e le violenze assumo maggiormente forma fisica più che psichica. L'*ijime* viene considerato un marchio di infamia: da parte della vittima ammettere l'*ijime* significa dichiarare il proprio fallimento sociale con il rischio di ulteriori colpevolizzazioni. In un sondaggio pubblicato nel 2003 dal Ministero della Pubblica Istruzione Giapponese si evidenzia che gli studenti che si rifiutavano di andare a scuola dopo aver subito atti di bullismo manchino poi dalle lezioni in media dai diciotto mesi ai due anni¹³. Uno studente che decida di allontanarsi da scuola per un anno o più può facilmente fare il passo successivo e rifiutarsi di uscire dalla propria stanza, diventando così un *hikikomori*.

Il sistema sociale ed i suoi fenomeni

Negli ultimi quarant'anni il sistema sociale giapponese è stato oggetto di numerosi mutamenti che hanno determinato la comparsa di alcuni fenomeni sociali (*NEETs*, *Otaku* e *parasite singles*). Esiste confusione riguardo la relazione esistente tra *hikikomori* e queste nuove categorie sociali utilizzate per descrivere la disoccupazione e le incertezze rispetto ad opportunità lavorative.

Gli *hikikomori* sono spesso erroneamente sovrapposti dalla popolazione giapponese con i *Not in Employment, Education or Training* (*NEETs*). In Giappone il termine viene utilizzato per indicare persone di età compresa tra i 15 e i 34 anni che sono disoccupati, celibi, non iscritti a scuola, e non in cerca di lavoro o in formazione tecnica necessaria per trovare impiego; questi soggetti vivono con il sostegno della famiglia, tendenzialmente amano la comunicazione, fanno uso di internet e del cellulare e trascorrono la maggior parte della giornata fuori casa, insieme a gruppi di giovani con cui condividono lo stesso stile di vita¹⁸.

La figura del *NEETs*, di solito non ha alla base una problematicità relazionale, mentre si evidenzia in

maniera chiara la radice psichica dell'*hikikomori* e la necessità di una riabilitazione non esclusivamente sociale e lavorativa, ma primariamente psicologica⁵.

Gli *hikikomori* vanno distinti da un altro fenomeno sociale quello degli *Otaku*: soggetti ossessivamente interessati a qualcosa, in particolare *manga* e videogiochi.

Chi è affetto da *hikikomori* si differenzia dagli *otaku* per la modalità di approccio ai media: mentre l'*otaku* li divora come una forma di sapere sul proprio oggetto d'ossessione e come mezzo per diventare parte di un gruppo, l'*hikikomori* usa, invece, i media come forma di evasione dalla realtà. Da una parte la televisione permette loro di avere notizie dal mondo senza essere osservati o controllati, dall'altra i videogames rappresentano un passatempo che non implica nessun coinvolgimento personale o interazione umana. Va sottolineato che sebbene molti *hikikomori* usino Internet, non strutturano alcun tipo di dipendenza tecnologica.

Infine, vanno citati i *parasite singles*: individui single che finiti gli studi vivono ancora con i propri genitori e dipendono economicamente da loro. Saito considera questo fenomeno come un'ulteriore indicazione dell'emergente tendenza all'asocialità fra i giovani giapponesi (fortemente espressa negli *hikikomori*) e sottolinea l'analogia tra la condizione dei *parasite singles* e i "bamboccioni" italiani¹⁹.

Diagnosi differenziale

Non essendo attualmente disponibili criteri diagnostici universalmente accettati è possibile identificare pazienti *hikikomori* solo mediante l'esclusione di altre patologie psichiatriche (schizofrenia, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e disturbi di personalità).

Spesso erroneamente l'*hikikomori* è stato confuso con la schizofrenia a motivo del ritiro sociale e della bizzarria della sintomatologia, ma le allucinazioni ed i deliri, caratteristici di un disturbo del pensiero sul versante psicotico, non sono presenti. Talora l'*hikikomori* ha pensieri intrusivi e ricorrenti, che tuttavia sono strettamente connessi alla realtà ed alla storia di vita del soggetto. Mentre negli schizofrenici la comunicazione è resa difficoltosa dalla patologia stessa, nell'*hikikomori* è possibile "cogliere ciò che desidera o quello contro cui protesta"⁵ nonostante la chiusura relazionale ed il mutacismo.

La diagnosi di un disturbo dell'umore, come la distimia o un episodio depressivo maggiore, potrebbe essere presa in considerazione per la possibile presenza di deflessione dell'umore, scarsa autostima, apatia, incapacità di infuturazione e alterazioni del ritmo sonno-veglia. Il soggetto *hikikomori*, nonostante Saito riferisca la presenza di tristezza e pensieri di morte, presenta prevalentemente un quadro caratterizzato da apatia, tanto che storicamente veniva utilizzato in Giappone il termine *shinkeishitsu* (*constitutional neurastenia*)²⁰. Tuttavia questi sintomi appaiono aspecifici e poco indicativi in quanto spesso conseguenze del cambiamento dello stile di vita e non elementi eziopatogenetici.

Chi è affetto da *hikikomori* spesso manifesta una sintomatologia ansiosa ed il ritiro sociale è una delle caratteristiche preminenti, per tale motivo si potrebbe diagnosticare una fobia sociale (caratterizzata da paura marcata e persistente di una o più situazioni sociali che il soggetto riconosce come eccessiva o irragionevole). Il soggetto *hikikomori* vive, invece, una condizione prevalente di disinteresse nei confronti del mondo, e le situazioni sociali sono evitate non per la preoccupazione del confronto ma per l'apatia²¹. In Giappone, è necessaria un'altra diagnosi differenziale col *taijin kyofusho*, fobia che comporta un'intensa paura che il proprio corpo, le sue parti e le sue funzioni, risultino spiacevoli, imbarazzanti, od offensivi agli altri a causa dell'aspetto, dell'odore, delle espressioni mimiche, o dei movimenti.

In Giappone molti medici utilizzano la diagnosi di disturbo evitante di personalità per *hikikomori*, il 50% dei casi in uno studio condotto da Kondo¹² su 18 *hikikomori*, in quanto esistono delle analogie tra i due disturbi con un pattern comportamentale di evitamento spesso pervasivo. Il soggetto *hikikomori* non presenta sentimenti di inadeguatezza e paura delle critiche o della disapprovazione, ma soprattutto non ha il desiderio di stabilire relazioni interpersonali significative. La diagnosi differenziale risulta, tuttavia, talora difficoltosa a causa della grande prevalenza del disturbo di personalità evitante in Giappone, considerato da Kondo²² il più comune disturbo di asse II (DSM IV-TR), con la possibilità quindi di comorbidità tra le due patologie. Anche il disturbo schizoide di Personalità potrebbe richiedere l'esigenza di una diagnosi differenziale con *hikikomori*, in cui tuttavia è presente adeguata critica e sensibilità alle gratificazioni.

Terapia e riabilitazione

Non esiste una strategia terapeutica univoca per il trattamento dei soggetti *hikikomori*, né sono reperibili studi clinici sulla terapia di tali pazienti. Simile a molte altre condizioni psichiatriche, l'approccio al trattamento *hikikomori* comporta una combinazione di psicoterapia e di psicofarmacologia.

Gli unici dati sul trattamento farmacologico fanno riferimento all'uso di antidepressivi; in particolare la paroxetina si è dimostrata efficace in diversi casi nei quali era presente anche una sintomatologia di tipo ossessivo-compulsiva²³. I dati sull'efficacia degli antidepressivi somministrati da soli o in combinazione con la psicoterapia sono scarsi.

Tra le forme di psicoterapia più utilizzate per il trattamento dei soggetti *hikikomori* sono indicate la psicoterapia sistemico-familiare e la psicoterapia cognitivo-comportamentale. In generale un approccio psicoterapico "non individuale" garantisce migliori possibilità di successo, in un'ottica combinata che prevede una terapia di esposizione progressiva e una terapia di gruppo, si crea una sorta di *open membership club*, un luogo percepito come sicuro per dar luogo alle interazioni di gruppo⁸. Uno studio ha documentato con successo la cosiddetta "nidotherapy", che utilizza un approccio "non ostile e accomodante" per incorporare i membri della famiglia in psicoterapia²⁴.

In Giappone, inoltre, si sono sviluppate diverse organizzazioni no-profit, come la New Start e la FSW (*Free Space Wood*), che si occupano di aspetti di tipo riabilitativo finalizzati principalmente al reinserimento sociale e lavorativo.

Il momento più difficile per un *hikikomori* uscito dall'isolamento è quello di assumere un ruolo sociale, fronteggiando l'ansia prestazionale che agisce da fattore inibente; ciò non può avvenire senza un'attenta analisi delle cause che hanno determinato l'isolamento stesso²⁵.

La comunità scientifica esprime perplessità sulla efficacia di tali interventi in quanto non basati su procedure terapeutiche chiare e validate, dall'altra parte i sostenitori di queste organizzazioni propongono soluzioni rapide per un problema che fa sentire spesso le famiglie sole e stigmatizzate nell'affrontare questa problematica.

Conclusioni

In Giappone questa epidemia sociale silente ha portato adolescenti e giovani adulti a ritirarsi dalla

vita sociale per vivere nelle proprie camere. Il ritiro sociale può essere presente in diverse condizioni psichiatriche, tuttavia riferendoci ad *hikikomori* il livello di compromissione che questo determina, la durata dei sintomi, nonché la numerosità dei casi evidenziano la peculiarità di questo comportamento all'interno di questa patologia, che diventa pertanto singolare e necessita di un approfondimento.

Da un punto di vista sociologico si può affermare che sono molte le precondizioni per il fenomeno *hikikomori*: la frammentazione delle strutture sociali, il processo di individualizzazione, la nuclearizzazione della famiglia, gli stress culturali e le rapide modificazioni che il sistema socio-culturale ha subito negli ultimi decenni.

Pur rimanendo la matrice di questo comportamento strettamente connessa con alcune peculiarità dello stile di vita nipponico, la tendenza all'auto reclusione con modalità *hikikomori* sta valicando i limiti geografici che l'hanno fino ad ora contenuta. Si assiste, infatti, ad una certa diffusione dei comportamenti *hikikomori* in altri Paesi quali Corea, Cina, Stati Uniti e Spagna²⁶ e non sarebbe irragionevole sostenere che questo tipo di ritiro sociale come fenomeno emergente potrebbe diffondersi in altre nazioni industrializzate.

Il recente interesse in Italia per tale patologia è motivato dal riscontro di casi di possibili *hikikomori* in particolare nel Sud Italia. Tamaki Saito ha evidenziato delle analogie tra la struttura familiare giapponese e la struttura familiare matriarcale, caratterizzata da un legame simbiotico tra madre e figlio.

Il dibattito riguardante la classificazione nosografica rimane ancora aperto, *hikikomori* è un problema sociologico, una *cultural bound*, una entità clinica da definire all'interno del DSM IV-TR o un nuovo quadro psicopatologico emergente? Molteplici le risposte possibili che creano fascino ed interesse, pochi i dati di letteratura, in quanto mancano studi trasversali e longitudinali sulla popolazione in grado di fornire precise caratteristiche epidemiologiche unanimemente accettate; sono altresì carenti studi prospettici di coorte per tentare di stabilire fattori ambientali e/o genetici come causali.

Anche la terapia risulta approssimativa e legata all'esperienza personale degli psichiatri giapponesi. Sono necessari studi sperimentali randomizzati per provvedere con evidenza scientifica al trattamento di questa condizione.

Ci auguriamo che l'interesse via via crescente per questa patologia anche nel nostro Paese fornisca lo spunto e la volontà ad approfondire con modalità scientifiche tale patologia.

Bibliografia

- 1 Beguin A. *Qui est fou?* Esprit 1952;20:777-88.
- 2 Aguglia E, Pascolo-Fabrizi E, Riolo A, et al. *Psichiatria transculturale*. In: Cassano G, Pancheri P, Pavan L, et al., a cura di. *Psicopatologia e clinica psichiatrica*. Milano: Masson 2002, pp. 2645-72.
- 3 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th, TR edn. Washington: APA 2000.
- 4 Ricci C. *Hikikomori. Adolescenti in volontaria reclusione*. Milano: Franco Angeli 2008.
- 5 Saito T. *Shakaiteki hikikomori: owaranai shishunki (Social withdrawal: a neverending adolescence)*. Tokio: PHP Shinsho 1998.
- 6 Kasahara Y. *Taikyaku shinkeishou withdrawal neurosis to iu shinkategorii no teishou (Proposal for a new category of withdrawal neurosis)*. In: Nakai H, Yamanaka Y, editors. *Shishunki no seishinbyouri to chiryou (Psychopathology and treatment in the adolescent)*. Tokyo: Iwasaki Gakujutsu, 1978, pp. 287-319.
- 7 Inamura H. *Shishununki zasetu shoukougun: gendai no kokumin byou (Adolescent setback symptom: national epidemic)*. Tokyo: Shin-yo-sha 1983.
- 8 Teo AR. *A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori*. Int J Soc Psychiatry 2009;30:1-8.
- 9 Furlong A. *The Japanese hikikomori phenomenon: acute social withdrawal among young people*. Sociological Review 2008;56:309-25.
- 10 Takatsuka Y. *Opening address, international forum on youth, Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology (MEXT)*. Kyoto 2006.
- 11 Ministry of Health, Labour & Welfare. *Community mental health intervention guidelines aimed at socially withdrawn teenagers and young adults*. Tokyo: Ministry of Health, Labour & Welfare 2003.
- 12 Kondo N, Iwazaki H, Kobayashi M, et al. *Seinenki hikikomori keesu no seishin igakuteki haikai ni tsuite (The psychiatric background of social withdrawal in adolescence)*. Seishin Shinkeigaku. Psychiatria et Neurologia Japonica 2007;109:834-43.
- 13 Zielenziger M. *Non voglio più vivere alla luce del sole*. Roma: Eliott 2006.
- 14 Doi T. *The Anatomy of dependance*. New York: Kodansha International 1973.
- 15 Nakane C. *The Japanese society*. Los Angeles: University of California press 1970.
- 16 Ishikida MY. *Japanese education in the 21st century. School-Related problems* 2005;4:122-5.
- 17 Taki M. *Japanese School bullying: Ijime. A survey analysis and an intervention program in school*. National Institute for Educational Policy Research of Japan communication at Queen's University. Canada 2001.
- 18 Genda Y. *Jobless youth and the NEET problem in Japan*. Social Science Japan J 2007;10:23-40.
- 19 Saito T. *Workshop at 2005 EU-Japan year of people to people exchanges*. London 23-24 November 2005.
- 20 Nabeta Y. *'Hikikomori' to fuzenkei shikeishou: toku ni taijinkyofushou kyohaku shinkeishou wo chuushin ni (Social withdrawal and abortive-types of neurosis: especially on social phobia and obsessive compulsive disorder)*. Seishin Igaku (Clin Psychiatry) 2003;45:247-53.
- 21 Russel JG. *Anxiety disorders in Japan: a review of the Japanese literature on shinkei shitsu and taijinkyofusho*. Cult Med Psychiatr 1989;13:391-403.
- 22 Kondo N. *Hiseishinbyousei hikikomori no genzai (The present conditions of non-psychotic psycho-social withdrawal cases)*. Rinshou Seishin Igaku (Japanese Journal of Clinical Psychiatry) 1997;26:1159-67.
- 23 Shibata I, Niwa S. *Case report of the efficacy of paroxetine in a patient with obsessive compulsive disorder and major depressive episode characterized by ten years unremitting social withdrawal*. Pharma Medica 2003;21:61-4.
- 24 Sakamoto N, Martin RG, Kumano H, et al. *Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette from Oman*. Int J Psych Med 2005;35:191-8.
- 25 Ogino T. *Managing categorization and social withdrawal in Japan: rehabilitation process in a private support group for hikikomorians*. Int J Jpn Sociol 2004;13:120-33.
- 26 Garcia-Campayo J, Alda M, Sobradie N, et al. *A case report of hikikomori in Spain*. Medicina Clinica 2007;129:318-9.