

FENOMENO DEL RITIRO SOCIALE

Adele Minutillo

Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Definizione

Dagli anni '70 del secolo scorso in poi in Giappone è emersa una peculiare forma di ritiro sociale chiamata *hikikomori*; una parola nipponica che deriva dal verbo *hiki*, che significa tornare indietro, e *komoru* che significa entrare (Furuhashi *et al.*, 2013).

Il disturbo colpisce principalmente quegli adolescenti o giovani adulti che vivono a casa dei genitori, isolati dal mondo. Chiusi nelle loro camere da letto per giorni, mesi o addirittura anni, questi ragazzi rifiutano la comunicazione con l'esterno e addirittura anche con la loro famiglia; usano Internet in maniera compulsiva e si attivano solo per affrontare i loro bisogni fisici primari. Molti giovani che presentano sintomi di *hikikomori*, trascorrendo più di 12 ore al giorno davanti al computer sono soggetti a rischio di assuefazione da Internet e fra essi circa il 10% risponde ai criteri diagnostici per lo sviluppo di una dipendenza (Stip *et al.*, 2016).

Il concetto di *hikikomori* presenta una serie di criticità, prime fra tutte l'assenza di una definizione chiara del problema e un consenso condiviso sui criteri diagnostici rappresentato nei diversi studi (Li *et al.*, 2015).

L'*hikikomori* sembrerebbe una risposta specifica del contesto giapponese al cambiamento sociale, ma allo stesso tempo appare come un fenomeno emergente anche in altre culture (Stip, 2016). Diversi ricercatori hanno proposto una distinzione fra giovani con sintomi di *hikikomori* primario e giovani con sintomi di *hikikomori* secondario (Suwa & Suzuki, 2013; Li & Wong, 2015), anche se emergono solo poche evidenze rispetto a questa distinzione (Stip *et al.*, 2016). L'*hikikomori* primario non presenterebbe palesi disturbi psichiatrici, al contrario, l'*hikikomori* secondario mostrerebbe uno di questi. La letteratura di riferimento indica un numero sostanziale di *hikikomori* secondari nelle rispettive popolazioni studiate, probabilmente a causa dei punti di reclutamento dei soggetti (servizi di salute mentale, ecc.). Al contrario, l'*hikikomori* primario può essere identificato principalmente attraverso nuovi studi dedicati rivolti verso questo target (Wong, *et al.*, 2019). Inoltre, il concetto principale di *hikikomori* rimane scarsamente definito e non standardizzato nei diversi studi e fra i Paesi.

Un altro quadro teorico (Li *et al.*, 2015) descrive i giovani che adottano tale pratica in funzione delle diverse interazioni: fattori individuali, familiari, scolastici e sociali. Ciò avviene attraverso differenti processi di ritiro sociale. Alcuni giovani possono mancare di autonomia a causa della genitorialità iperprotettiva e/o dell'eccessiva dipendenza finanziaria. Altri possono sperimentare incertezza esistenziale a causa della discrepanza tra le aspettative dei genitori per il successo e i reali risultati ottenuti. Tuttavia, finora nessuno studio ha esaminato questi meccanismi sottostanti.

Per arginare la confusione semantica che circonda la definizione di *hikikomori*, è stato recentemente proposto un nuovo criterio diagnostico internazionale (Kato *et al.*, 2020a), secondo il quale *hikikomori* è una forma di ritiro sociale patologico o distacco sociale la cui caratteristica essenziale è l'isolamento fisico nella propria casa. Dunque, la persona deve soddisfare i seguenti criteri: 1) marcato isolamento sociale nella propria abitazione; 2) isolamento sociale continuo per almeno 6 mesi; 3) significativa compromissione funzionale o disagio associato all'isolamento sociale. Gli individui con una durata di ritiro sociale continuo di almeno 3 (ma non 6) mesi

dovrebbero essere identificati come “pre-*hikikomori*”. Inoltre, è possibile classificare l’*hikikomori* come *lieve* se l’individuo lascia la stanza 2-3 giorni a settimana, *moderato* se lascia la stanza 1 giorno a settimana o meno, o *grave* se i tempi rispecchiano quanto precedentemente descritto.

Gli individui che escono di casa frequentemente (4 o più giorni/settimana), per definizione, non soddisfano i criteri per l’*hikikomori*. L’età di comparsa di questa problematica è solitamente nel corso dell’adolescenza o la prima età adulta. Tuttavia, non è raro che avvenga dopo la terza decade di vita, con la diagnosi che si estende anche a casalinghe e anziani (figure che soddisfano i criteri appena esposti).

In questa nuova definizione, viene posta al centro, come caratteristica distintiva dell’*hikikomori*, l’abitudine a rimanere confinati in casa e vengono eliminati due tratti ritenuti non più caratterizzanti quali l’evitare le relazioni sociali e il criterio di esclusività rispetto ad altri disturbi psichiatrici. Secondo gli autori infatti, il requisito “evitare relazioni sociali” è poco utile, poiché nelle interviste somministrate, gli individui riferiscono di avere pochi incontri (significativi) e poca interazione col prossimo, ma non affermano di evitare l’interazione sociale. Kato *et al.* (2020a) eliminano gli altri disturbi psichiatrici come criterio di esclusione per l’*hikikomori*, sottolineando che è possibile che l’*hikikomori* coesista con una varietà di disturbi psichiatrici. Infine, suggeriscono di valutare attentamente il disagio o la compromissione funzionale considerando che l’assenza di relazioni dell’individuo sia necessaria affinché l’*hikikomori* sia una condizione patologica, il disagio soggettivo potrebbe essere un elemento non presente. Infatti, le persone con *hikikomori* potrebbero sentirsi soddisfatte del loro ritiro sociale, in particolare nella fase iniziale della condizione, usata come via di fuga da realtà dolorose. Il disagio, legato soprattutto a vissuti di solitudine, sembrerebbe comparire nelle fasi successive (Kato *et al.*, 2020a).

Cenni epidemiologici

Il primo studio (Koyana *et al.*, 2010) a riportare la prevalenza nel corso della vita di *hikikomori* ha mostrato che la prevalenza un tantum di *hikikomori* era di circa l’1% tra i residenti della comunità di età compresa tra 20 e 49 anni. In particolare, la prevalenza nel corso della vita di *hikikomori* tra gli intervistati ventenni era alta, circa il 2%, che è molto simile alla prevalenza riportata da un precedente studio su studenti delle scuole superiori e persone di età compresa tra 20 e 29 anni in una zona rurale (Kim *et al.*, 2002).

Una recente revisione sistematica ha sottolineato una mancanza di dati robusti sulla prevalenza della sindrome di *hikikomori* sia nella popolazione generale sia e nella popolazione psichiatrica (Pozza *et al.*, 2019).

Sono disponibili dati di prevalenza per il Giappone e pochissimi casi studio in altri Paesi asiatici ed europei (Yong *et al.*, 2019). In questi casi studio (ad eccezione del caso italiano) tutti gli individui erano uomini di età compresa tra 14 e 30 anni, con età di esordio del ritiro sociale patologico compresa tra 11 e 25 anni. Le ricerche condotte su popolazione psichiatrica in diversi Paesi (Spagna, Francia, Ucraina, USA) mostrano evidenze simili (Wu *et al.*, 2019).

Diagnosi

La diagnosi differenziale tra *hikikomori* e altri disturbi psichiatrici potrebbe essere difficoltosa soprattutto nelle fasi iniziali, poiché molti dei sintomi possono essere presenti in diverse

condizioni, come per esempio l'isolamento, il deterioramento sociale, la perdita di impulso, l'umore disforico, i disturbi del sonno e la riduzione della concentrazione (Stip *et al.*, 2016). Gli studi osservazionali disponibili e i recenti rapporti in letteratura sembrano concordare su un'elevata percentuale di comorbidità con schizofrenia, altri disturbi psicotici e disturbi dell'umore o d'ansia, come la depressione maggiore e la fobia sociale (Kato *et al.*, 2011; Koyama *et al.*, 2010; Kondo *et al.*, 2013; Nagata *et al.*, 2013). Altri hanno suggerito disturbi dello spettro autistico, disturbi della personalità, come disturbi schizoidi o evitanti, o abuso di cannabis con sindrome amotivazionale e dipendenza da Internet (Li *et al.*, 2015; Kato *et al.*, 2012).

Possibili cause

Come accennato nei precedenti paragrafi, l'*hikikomori* è un fenomeno multidimensionale ad etiologia multifattoriale derivando da fattori individuali (es. esperienze traumatiche precoci, personalità introversa) e dal contesto in cui si vive (relazioni con i genitori, basso rendimento scolastico, ecc.), senza dimenticare possibili spiegazioni socioculturali tra cui il progresso tecnologico, i cambiamenti nel modo di comunicare tra persone dovuti all'avvento di Internet potrebbero tutti avere un ruolo nell'emergenza dell'*hikikomori* (Koyama *et al.*, 2010; Harding, 2018),

Secondo alcuni (Suwa & Suzuki, 2002), l'*hikikomori* è più frequente nei maschi e si verifica soprattutto durante la pubertà e l'adolescenza.

Fattori di rischio

I fattori di rischio più noti per l'*hikikomori* sono la presenza di un disturbo psichiatrico, disturbo dello sviluppo, disturbi legati alla dipendenza da sostanze o comportamentali (incluso l'abuso di Internet e del gioco) e contesti psicosociali poveri. Vari fattori di rischio che emergono dalla letteratura sono universali tra le regioni dell'Asia orientale, incluso il genere maschile, l'attaccamento insicuro e le condizioni psichiatriche (Wong *et al.*, 2019).

Trattamento e prevenzione

In generale, l'obiettivo di un intervento terapeutico è quello di rompere l'isolamento e spingere la persona a adottare un ruolo attivo nella società (frequenza a scuola o integrazione nel mondo del lavoro).

La presa in carico dell'*hikikomori* deve prevedere l'accoglienza, una visita medica iniziale per verificare se siano presenti malattie psichiatriche. In questo caso, vengono proposti trattamenti clinici differenziati in funzione della situazione clinica, che vanno dal ricovero in ospedale al trattamento ambulatoriale integrando le cure farmacologiche con percorsi di psicoterapia, quando necessario. Ciò può avvenire in caso di gravi disturbi concomitanti quali depressione, schizofrenia e fobia sociale. Interventi psicologici e psicosociali sono necessari nel caso di disturbi dello sviluppo o della personalità. Anche se molte persone descritte come *hikikomori* hanno altre malattie psichiatriche, riconoscere e trattare solo questi disturbi potrebbe non essere sufficiente.

Servizi di ascolto e supporto, psicoterapia individuale o di gruppo (terapia comportamentale e familiare) volti alla risoluzione delle difficoltà della persona nei rapporti con i membri della

famiglia, i compagni di scuola e i colleghi hanno mostrato risultati promettenti, seppur non ancora definitivi. Una delle maggiori difficoltà risiede nella bassa aderenza al trattamento. Considerando che in molti casi è necessario un intervento di lunga durata, è infatti difficile riuscire a ottenere dal paziente una adesione continua alle cure e, quindi, il ripristino di una piena partecipazione alla vita sociale. Altri tipi di servizi offerti a giovani con, o a rischio di, *hikikomori* in Giappone sono rappresentati da terapie-assistite con gli animali (*pet therapy*), agricoltura sociale e terapie online (Wong *et al.*, 2019).

Molti genitori di ragazzi che si autoescludono dalla vita sociale non cercano l'aiuto del medico, rendendo così difficile anche il censimento delle persone in questa condizione e ritardando l'inizio delle cure. Poiché l'*hikikomori* deriva da un malfunzionamento della comunicazione tra società, famiglia, scuola e individuo, le azioni di prevenzione dovrebbero riguardare non solo la persona malata ma anche tutti i contesti di vita in cui è inserita. Famiglia e scuola soprattutto dovrebbero educare i ragazzi a essere socialmente competenti, ossia in possesso di quelle capacità di ragionamento, linguaggio ed emotive necessarie per instaurare relazioni con gli altri e con l'ambiente circostante.

Un approccio educativo (es. corsi alla genitorialità, training sull'intelligenza emotiva) indirizzato sia ai giovani malati che ai loro genitori, nelle fasi iniziali del comportamento di ritiro, è considerato da alcuni la chiave per affrontare questa condizione. Un maggiore supporto sociale (incluse visite a casa) dovrebbe essere fornito nel caso di abbandono scolastico, così come nel delicato momento della transizione scuola-lavoro.

Similitudini e differenze con la dipendenza da Internet

L'avvento di Internet con le conseguenti modifiche al modo in cui le persone interagiscono con e all'interno della società possono anche essere fattori importanti che contribuiscono all'*hikikomori*. Una preferenza per la comunicazione online può svolgere un ruolo nello sviluppo del ritiro sociale in alcuni individui (Suwa & Sukuzi, 2013).

Il ritiro sociale patologico può creare dipendenza da Internet così come l'uso di Internet può causare l'*hikikomori* (Kato *et al.*, 2020).

Hikikomori e dipendenza da Internet sono entrambi costrutti di recente studio da parte della comunità scientifica le cui caratteristiche sono ancora in via di definizione.

L'uso problematico di Internet potrebbe esordire prima dell'adolescenza mentre *hikikomori* sembra manifestarsi in adolescenza avanzata o in giovane età adulta.

Nella dipendenza da Internet, i fattori soggettivi (es. autostima, difficoltà emotive, controllo degli impulsi, ecc.) sembrano essere fattori di rischio maggiori di quelli interpersonali (es. ansia sociale, relazioni problematiche con i coetanei, difficoltà nella relazione con i genitori, funzionamento familiare, ecc.) (Koo *et al.*, 2014). Di contro, i fattori interpersonali sono stati riportati in modo più coerente nell'*hikikomori* (Stip *et al.*, 2016).

È stato suggerito che entrambe le condizioni rappresentino una risposta dissociativa a stati emotivi dolorosi (Tao *et al.*, 2010, Taylor, 2006).

I due costrutti condividono una perdita di interesse per la scuola o il lavoro e difficoltà nei rapporti interpersonali. Una differenza tra *hikikomori* e dipendenza da Internet, indipendentemente dalla definizione, sarebbe l'insistenza sulla tolleranza e sui sintomi di astinenza in quest'ultimo e la presunzione che il danno funzionale derivi dal problema della dipendenza e non viceversa. Le due sindromi si sovrappongono certamente in alcuni casi, come la perdita di interesse per altre attività, l'uso di Internet per sfuggire all'umore disforico e la compromissione funzionale (Stip *et al.*, 2016).

Nel caso della dipendenza da Internet, i criteri suggeriscono che i comportamenti sono egodistonici e quindi portano alla sofferenza, il che non è necessariamente il caso degli *hikikomori* che possono vedere il loro comportamento come parte della loro identità (egosintonico). È possibile in molti casi di *hikikomori* diagnosticare in comorbilità il disturbo da dipendenza da Internet. Tuttavia, come accennato in precedenza, molti *hikikomori* utilizzano effettivamente Internet in modo adattivo per le interazioni sociali poiché consente loro di identificarsi con altri in situazioni simili e quindi di mantenersi in qualche modo collegati al mondo esterno.

In un recente studio giapponese (Tateno *et al.*, 2020), a 478 studenti universitari è stato chiesto di completare un questionario che consisteva in domande su dati demografici, sull'uso di Internet compresi gli aspetti problematici, misurati con lo IAT (*Internet Addiction Test*) e il SAS-SV (*Smartphone Addiction Scale-Short Version*) e sul ritiro sociale misurato con l'HQ-25 (*Hikikomori Questionnaire*). Gli autori hanno studiato la differenza e la correlazione dei risultati tra due gruppi in base allo scopo dell'uso di Internet o al punteggio totale di ciascuna scala di autovalutazione, come screening positivo o negativo per il rischio di dipendenza da Internet, dipendenza da smartphone, o *hikikomori*. I risultati hanno mostrato una tendenza secondo cui i maschi preferivano utilizzare Internet per giocare, mentre le femmine utilizzavano Internet principalmente per i *social network* tramite smartphone e il punteggio SAS-SV medio era più alto nelle femmine. I confronti tra giocatori e utenti di *social media*, in base allo scopo principale dell'uso di Internet, hanno mostrato che i giocatori utilizzavano Internet più a lungo e avevano punteggi IAT e HQ-25 medi significativamente più alti. Per quanto riguarda il tratto *hikikomori*, i soggetti ad alto rischio di *hikikomori* su HQ-25 avevano avuto un tempo di utilizzo di Internet più lungo e punteggi più alti sia su IAT che su SAS-SV. Le analisi di correlazione hanno rivelato che i punteggi HQ-25 e IAT avevano una relazione relativamente forte, sebbene HQ-25 e SAS-SV ne avessero uno moderatamente debole.

In conclusione, la letteratura scientifica di riferimento mostra che la dipendenza da Internet e l'*hikikomori* sono due costrutti che necessitano sicuramente di ulteriori studi per comprendere al meglio le eventuali correlazioni.