

**FENOMENUL HIKIKOMORI -
de la sindrom la boala clinică**



ARINA CIPRIANA TRIFU

Studentă în anul VI Institutul Medico–Militar

A absolvit **Colegiul Național de Informatică „Tudor Vianu”** – 2016.

Absolventă a **Facultății de Limbi Străine, Secția Japoneză–Engleză, Universitatea București** – 2019.

Master în Studii Est–Asiatice – Facultatea de Limbi Străine, Universitatea București – 2021

Master în cadrul Facultății de Psihologie și Științele Educației, Universitatea București – 2021.

Preocupări:

- limba și cultura japoneză, psihiatrie, sisteme de securitate în sănătatea mondială, patologii infecțioase;
- abilități de escaladă (campionă națională de multiple ori și podium balcanic);
- interes avansat în aria psihologiei clinice, psihiatriei și psihodiagnosticului (dezvoltarea modalității de gândire duală – arbore diagnostic, decizie medicală și perspectivă longitudinală psihoterapeutică).
- abilități de psihologie experiențială (participare la grupuri de exerciții în perechi) - pentru autocunoaștere, înțelegerea perspectivei celuilalt, creșterea insight-ului și empatiei, dezvoltarea abilităților de transfer și contratransfer;
- participarea la multiple manifestări științifice din domeniul psihiatriei, focalizare pe anamneză, interviu clinic privind pacienții cu diagnostice majore în psihiatrie, diagnostic diferențial.

ARINA CIPRIANA TRIFU

**FENOMENUL HIKIKOMORI -
de la sindrom la boala clinică**



**EDITURA UNIVERSITARĂ
București**

Colecția MEDICINĂ

Redactor: Gheorghe Iovan
Tehnoredactor: Ameluța Vișan
Coperta: Monica Balaban

Editură recunoscută de Consiliul Național al Cercetării Științifice (C.N.C.S.) și inclusă de Consiliul Național de Atestare a Titlurilor, Diplomelor și Certificatelor Universitare (C.N.A.T.D.C.U.) în categoria editurilor de prestigiu recunoscut.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

TRIFU, ARINA CIPRIANA

**Fenomenul Hikikomori : de la sindrom la boala clinică / Arina
Cipriana Trifu. - București : Editura Universitară, 2021**

Conține bibliografie
ISBN 978-606-28-1329-1

61

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/9786062813291

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate, nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul Editurii Universitare

Copyright © 2021
Editura Universitară
Editor: Vasile Muscalu
B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, București
Tel.: 021.315.32.47
www.editurauniversitara.ro
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

Distribuție: tel.: 021.315.32.47 / 0745 200 718/ 0745 200 357
comenzi@editurauniversitara.ro
www.editurauniversitara.ro

CUPRINS

PREFAȚĂ LA O CARTE CU UN CONȚINUT NEOBIȘNUIT.....	7
PREAMBUL.....	13
CAPITOLUL 1	
NOȚIUNI INTRODUCTIVE	15
CAPITOLUL 2	
NIVELURI DE FUNCȚIONARE PSIHICĂ A PACIENȚILOR ÎN PSIHIATRIA OCCIDENTALĂ	32
CAPITOLUL 3	
TEORII PSIHANALITICE SUBIACENTE NEUTILIZATE EXPLICATIV ÎN PSIROPATOLOGIA ORIENTALĂ	79
CAPITOLUL 4	
PSIROPATOLOGIE ȘI TULBURĂRI PSIHATRICE OCCIDENTALE NEREGĂSITE (NEGATE) ÎN EXPRIMAREA CONCEPTULUI DE HIKIKOMORI.....	89
CAPITOLUL 5	
PARALELE EVALUATIVE	97
CAPITOLUL 6	
CONCLUZII LEGATE DE CONCEPTUL DE HIKIKOMORI.....	116
ANEXA 1	144
ANEXA 2	149
ANEXA 3	152
ANEXA 4	158

ANEXA 5	162
POSTFAȚĂ	165
BIBLIOGRAFIE	166

PREFAȚĂ LA O CARTE CU UN CONȚINUT NEOBIȘNUIT

Ce să spun despre această carte, pe care am primit-o pentru prefațare? Cum să fac primul pas pentru introducerea ei? Dacă aș fi fost rugat să scriu despre o lucrare care descosea secretele unui crater marțian, nu m-aș fi simțit mai debusolat. Hikikomori? Ce ar putea să ascundă acest cuvânt cu veleități japoneze? Rezonând cu limba shogunilor? Apoi, cu chiu, cu vai m-am pus pe brânci ca să mă dumiresc cu ce se mănâncă, dacă se mănâncă acel ceva?

Ce am aflat citind paginile?

Fenomenul de *hikikomori* acoperă un larg areal psihopatologic, și cultural, al claselor sociale medii și suspuse. El poate fi întâlnit, deopotrivă, în cultura orientală, și în cea occidentală, chiar dacă definițiile se circumscriu, prin raportări la repere cu punct de plecare în patologii sau în cutumele transculturale. Nu se poate omite nici dimensiunea ancestrală a unui inconștient trans-generațional bântuit de sindroame psihopatologice culturale sau de pattern-uri care se activează atipic la triggeri pe care familia sau mediul îi pot sesiza sau ei se situează numai implicit. Este vorba în definitiv de un sindrom care se descrie în cultura orientală de la vârsta adolescenței până la circa 30 de ani, unele studii mai recente urcând limita superioară chiar până la vârsta de 50 de ani. Totuși, filonul personalității este „scena turnantă” pe care sindromul hikikomori se mulează, urmând filonul eredității, mediului și educației, împletindu-se cu temperamentul, iar caracterul și aptitudinile – cu inteligența și creativitatea subiectului.

În adolescență, personalitatea se dezvoltă *zbuciumat*, uneori ambivalent, chiar dramatic, în frământările dintre un comportament impregnat de atitudinile copilărești, de cerințele de protecție generate de anxietatea specifică vârstelor mici în fața situațiilor complexe și solicitante. Apar atitudini și conduite noi, formate sub impulsul cerințelor interne de autonomie sau impuse vârstei de către societate. Este perioada în care modelele parentale sunt doborâte de pe pedestalele pe care s-au cățarat părinții lor.

Integrarea socială legată de dialectica identității și identificării, alături de rolul ei în reconstrucția personalității adolescentului, presupune o restruc-turare profundă a Eu-lui, atât în relațiile cu sinele, cât și cu alții, fiind strâns legat de formarea conștiinței individuale și de înțelegerea propriei persoane, ca subiect al activităților sociale. Se caută echilibrul prin noi identificări și se descoperă o nouă identitate coerentă, ajungându-se la percepția de sine, mulându-se pe expectanțele celorlalți.

O formă de egocentrism adolescentin numită „audiența imaginată”, este un fenomen în care cei în cauză percep senzitiv referențial cum *toată lumea îi urmărește* (Elkind). Din fericire, publicul imaginat este o fază a adolescenței mijlocii și devine mai puțin proeminent pe măsură ce tinerii se maturizează (Harter), reprezentând doar **o etapă intermediară a unui narcisism sanogen, în încercarea de desprindere dintr-un sindrom hikikomori**. Timpul echilibrează, vindecă deraierile diferitelor vârste? Nu este altceva decât situația în care sinele social al adolescentului are nevoie de un **sine oglindă**, care să îl reflecte așa cum el însuși are nevoie să se perceapă pentru o desprindere reușită din *hikikomori*.

Ce cotitură poate să apară în absența unui travaliu reușit de ieșire din adolescență? Autoarea cărții ne dă câteva variante, în cazul cărora, sindromul *hikikomori*, ar putea fi definit astfel:

- o realizare de sine *alternativă*, în care adolescentul are o lipsă de interes în a-și defini rolul din viața de zi cu zi și preferă să își aleagă un loc în lumea digitală, unde valorile și principiile sunt diferite;
- conduita amânării (incapacitatea unui adolescent de a veni cu o idee clară a lucrurilor pe care și le dorește);
- replierea narcisică (adolescentul așteaptă soluții și rezultate de la alții, indiferent că este vorba de prieteni sau de societate);
- dispersarea (adolescentului îi este greu să se accepte pe sine și să accepte comunitatea din care face parte).

Mulți adolescenți își consideră identități online, care sunt diferite de identitățile reale, iar acest lucru poate fi „rețeta” pentru eșec. Astfel de tineri văd identitatea reală și identitatea digitală ca fiind identice, când, de fapt, ele nu sunt. În plus, în mediul digital ești doar la un gest digital distanță de orice, nu există întârziere între dorința de a face și abilitatea de a transmite instantaneu nevoia. Cei în cauză fac și spun lucruri online, pe care, de obicei, nu le-ar face, deoarece nu se simt real pregătiți pentru ele. Ceea ce se întâmplă în spațiul cibernetic este că în permanență se proiectează o

identitate dorită în exterior, fără dezvoltarea unei auto-reflexii potrivite dorinței.

Care ar fi *formele identității digitale* trăite de adolescenții cu *hikikomori*?

- o manifestare a competiției;
- prăpastie între trecut, prezent și viitor;
- distorsiune a credințelor și valorilor reale;
- sentiment superficial de împlinire;
- proiecția dorințelor despre care s-ar vrea să rămână nemărturisite și tainice;
- un conflict interior care slăbește și încetinește procesul de formare a identității de sine cu o intensificare a preocupărilor de auto-cunoaștere;
- vidul lăuntric;
- pârție către eșec, neputință și nemulțumire;
- calorii pentru un sine fals;
- slăbire a sentimentului de putere;
- potență supremă în condițiile unei identități slab conturate;
- oglindă a trăirilor dureroase;
- debusolare;
- spațiu tranzițional;
- mască;
- test al coerenței interioare.

Direct legat de conceptul de *hikikomori*, rămân două întrebări de bază: *Ce este identitatea digitală?* și *Care este rolul ei în procesul de formare al identității de sine?* Mulți adolescenți devin prizonierii unei nevoi copleșitoare de a fi conectați în online mai tot timpul, nevoie care îi lasă pe mulți dintre ei expulzați din lumea înconjurătoare. Pentru adolescentul de astăzi, tehnologia reprezintă un fâgaș de intrare în realitatea pe care mulți din cei cu *hikikomori* par hotărâți să o ignore. În cotidianul nostru, o droaie de oameni pierd mai mult timp în fața ecranelor, decât interacționând cu oameni tête-a-tête. Separarea lor de realitate le creează o *nesiguranță* a mediului înconjurător, dezvoltând o nouă posibilă perspectivă asupra identității digitale: *o formă de separare de realitate*. Una distinctă, ținându-i prizonieri captivi în ea însăși, orbindu-i și făcându-i incapabili de un contact real și autentic cu grupul social căruia îi aparțin.

Vor percepe lumea virtuală ca pe una care trebuie (!) să fie *perfectă*, fapt ce le schimbă percepția asupra celor mai intime relații, făcându-i să experimenteze un sine ideal în mediul virtual, în vreme ce sinele lor autentic pare că iese din ce în ce mai greu la suprafață, în interacțiunile *per se* (față în față). *Identitatea digitală devine astfel una supremă*, care în condițiile

unei identități slab conturate, va reprezenta unica sa funcție, aceea de sursă de hrană pentru un sine fals.

Mediul virtual poate provoca dependență. Un mediu tranzacțional, în care „bitcoin-ul social” va deveni valuta obținerii aprecierii sociale: „*Apreciază-mi perfecțiunea!*”; „*Apreciază-mă pentru cine pot fi!*” Paradoxuri surprinzătoare, dar care devin perfuzii energizante pentru sufletele dornice de validare, secătuite de afecțiune și atenție. Însă înlăuntrul lor, rămân cu niveluri ridicate ale sentimentului de singurătate. Izolați, retrași, aplatizați sentimental. Intensitatea utilizării rețelelor de socializare poate deveni un barometru pentru nivelul sentimentului de singurătate, al stimei de sine.

Ne apasă un întreg cortegiu (funerar?) de întrebări, cu referire directă la *hikikomori*:

- care sunt efectele rețelelor de socializare asupra funcționării creierului?
- ce este cyberbullying-ul și care ar fi modalitățile de prevenție?
- cum poate fi combătută penuria responsabilităților în cazul tinerilor cu *hikikomori*?
- nevoia de validare, de compararea socială și teama de a nu rata oportunități (*fear of missing out*) pot fi împlinite în online?
- cum afectează informațiile publice deformate și știrile false construcția personalității în formare?

Rețelele de socializare, cu foarte puțin efort depus, oferă o recompensă imediată, stimulând astfel creierul, ajungând ca cei în cauză să prezinte un sevraj după această excitare neuronală, fiecare logare activându-i eliberarea de dopamină, controlându-i centrii plăcerii și recompensei din creierul său.

Dintre argumentele pro- și contra comunicării în online, cu directă trimitere la potențarea fenomenologiei negative din *hikikomori*, amintim: multi-tasking-ul, excluderea, hărțuirea, outing-ul (umilirea prin postări), urmărirea (stalking), fraping (când cineva se dă drept altcineva), profilurile false, insultele, înșelătoria, trolling-ul (a provoca un răspuns din partea cuiva folosind insulte), catfishing (a fura identitatea on line a altcuiva), sexting-ul.

Nu sunt de omis extremele psihiatrice ale fenomenului *hikikomori*, care sunt explicitate pe larg în materialul clinic expus, cu particularizări atât în literatura orientală de profil, cât și în cea occidentală și europeană, în care majore sunt: depresia, anxietatea, schizofrenia simplă sau cea cu fenomenologie negativă, suicidul cu trimitere la jocul Balenei Albastre.

Ce am mai găsit pe fundul sacului curiozității mele, cu care am parcurs într-o doară volumul? Cu ce păreri am rămas încărcat? Convingerea că am ținut în mână o carte cu un conținut exhaustiv, în explicarea unei noțiuni necunoscute multora (doar multora?) dintre noi. Conceput și scris într-o manieră care ar predestina-o pentru un manual profitabil studenților și rezidenților în medicină, psihologie, psihiatrie. Dacă ar vorbi acum profetul din mine – și de ce să nu fie așa? – aș prevesti cărții o soartă norocoasă. Una, care să nu îi confere doar rostul unui depozit de praf pe etajerele bibliotecilor noastre.

**Dr. Veress Albert, Sc. D.
medic primar psihiatru**

PREAMBUL

Lucrarea de față face trimitere la analiza conceptului de *hikikomori*. În lexiconul de zi cu zi japonez ne referim la sindromul retragerii.

Din punct de vedere al metodologiei utilizate, am realizat analiza studiilor de specialitate din baze de date internaționale tip Web of Science, Plubons, EBSCO, Morrersier, Scopus, Google Scholar, din care am ales meta-analize efectuate asupra conceptului de *hikikomori*, cu referire la țări orientale, în principal Japonia și Coreea. În paralel, au existat studii cu meta-analize desfășurate în peste 9 țări, inclusiv occidentale, care au avut ca scop sublinierea – atât a asemănărilor, care sunt de ordin transcultural, cât și a deosebirilor și a particularităților regionale.

Studiile de specialitate găsite au făcut diferența între *hikikomori* primar, care nu este legat de o tulburare psihiatrică și nu reprezintă un sindrom adiacent al acesteia (și unde sunt importanți factorii culturali și de mediu) și *hikikomori* secundar, care presupune comorbidități psihiatrice dovedite.

De asemenea, lucrarea a încercat o trecere în revistă, prin prisma celor mai importante nosografii psihiatrice în vigoare – DSM-5 și ICD-11 – cu încercarea de a stabili similitudini între *hikikomori* ca sindrom și anumite entități nosografice valide în psihiatria occidentală.

Din punct de vedere psihologic, s-a făcut apel la conceptele de: inhibiție a gândirii, inhibiție a relaționării, inhibiție a fantasmării, cu trimitere la clasică nevroză; la patologia adolescenței, la Eul rigid, ascetic ce își propune autolimitări într-un moment critic de dezvoltare și salt în maturizare, la conceptul de depresivitate a lui Braconnier, la alexitimie și la incapacitatea de exprimare a sentimentelor.

De asemenea, a fost prezentată depresia, cu particularitățile specifice adolescenței, de: iritabilitate, irascibilitate și nervozitate.

Ca un ultim diagnostic diferențial – după tulburările de spectru anxios și fobic–obsesiv (inclusiv cu particularități referitoare la dismorfofobie) – rămân în discuție varii forme de schizofrenie, în principal, schizofrenia simplă, caracterizată prin retragere socială și scăderea nivelului de funcționare.

Diferențele majore între gândirea orientală și cea occidentală sunt referitoare la importanța acordată de zona estică a factorilor de mediu și a celor de întreținere a sindromului de *hikikomori*, precum și intervențiilor sociale, pedagogice, de consiliere și de psihoterapie individuală și familială, în vreme ce psihiatria occidentală deplasează arealul incapacității funcționale spre domeniul psihiatriei, cu necesitatea implicării precoce în vederea găsirii de soluții – dacă este nevoie inclusiv farmacologice – pentru a nu se pierde prea mult din achizițiile cognitive în stadiul piagetian al dezvoltării inteligenței și pentru a augmenta plenar potențialul funcțional al tânărului în cauză.

CAPITOLUL 1

NOȚIUNI INTRODUCATIVE

1.1. Introducere referitoare la conceptul de *hikikomori*

Termenul *hikikomori* încă nu a obținut o definiție consensuală. Cuvântul, care acum face parte din lexiconul de zi cu zi în japoneză, se poate referi fie la cei afectați (adică, persoana sau oamenii), fie la fenomen (adică, **simptomul retragerii**). Definiții mai specifice și operaționalizate au fost dezvoltate de psihiatri japonezi și sunt prezentate aici.

În primul rând, în 2003, Ministerul Sănătății, Muncii și Bunăstării Japonez a stabilit următoarele criterii pentru *hikikomori*:

- 1) un stil de viață centrat acasă;
- 2) lipsa interesului sau a dorinței de a merge la școală sau la muncă;
- 3) durata simptomelor de cel puțin șase luni;
- 4) schizofrenia, retardul mental sau alte tulburări mintale au fost excluse;
- 5) din grupul subiecților care nu au niciun interes sau dorință de a merge la școală sau la serviciu, dar mențin relații personale (sau, de exemplu, cu prietenii) au fost excluși.

Definiție: „Starea de evitare a angajamentului social (de exemplu, educație, angajare și prietenii), cu retragere persistentă în general, de regulă la domiciliu și cu durată de cel puțin șase luni, și reprezentând o urmare a diferiților factori” (Saito, 2008).

1.1.1. Epidemiologie

Există date fiabile foarte limitate cu privire la epidemiologia *hikikomori*. Cele mai puternice date provin dintr-o revizuire care a rezumat trei studii bazate pe populații care au implicat un total de 12 orașe și 3.951 de persoane. Folosind o definiție standardizată, această meta-analiză a arătat că între 0,9% și 3,8% dintre cei studiați aveau antecedente de *hikikomori* (Kiyota și colab., 2008). Ar fi vorba de 410.000 de cazuri (Furlong, 2008). Deși, fără îndoială, a existat o vastă subestimare datorată unor bias-uri de eșantionare,

incidența a fost examinată printr-un studiu guvernamental de consultări (mai ales cu părinții) cu privire la *hikikomori*, la nivelul tuturor centrelor oficiale de Sănătate Mintală și Bunăstare din Japonia. Astfel, s-au reliefat peste 14.000 cazuri într-o perioadă de un an (Ministerul Sănătății Muncii și Bunăstării, 2003). Debutul simptomului apare de obicei în timpul adolescenței (Kondo, 1997; Takahata, 2003), în timp ce vârsta la prima prezentare într-un serviciu specializat este, de obicei, la 20 de ani (Kondo și colab., 2008; Ministerul Sănătății Muncii și bunăstării, 2003; Saito, 1998; Takahata, 2003).

Descriere

Hikikomori a fost inițial prezentat drept un sindrom aparținând culturii japoneze, deși este din ce în ce mai cunoscut și în alte părți ale lumii, cum ar fi Spania (Ovejero, Caro-Canizares, de, Leon-Martinez, & Baca-Garcia, 2014), Coreea (Lee, Koo, Kim, & Lee, 2001) și SUA (Teo, 2013). Este prezentat frecvent că debutând la finele adolescenței și începutul tinereții, cu creșterea izolării sociale, note de retragere și respingere a tot ceea ce presupune încadrarea într-o echipă. Continuă cu izolarea la nivelul camerei, cu limitarea hobby-urilor și preocupărilor, retragere din prietenii și incapacitatea de a mai face față vieții profesional-academice. Planurile anterior prezente nu mai sunt de actualitate, cel în cauză prezentând preocupări reclusive. Astfel, pentru perioade de ordinul lunilor, un astfel de tânăr se mută singur, preferând, de regulă, case vechi și lăsând în grija părinților tot ceea ce presupune a-i cumpăra hrană. Se adâncește prăpastia dintre stilul de viață proiectat și cel în care subiectul își duce existența, prezintă alexitimie în tot ce presupune verbalizarea stării de spirit, este incapabil să descrie cum și-a petrecut existența, răspunsurile de tipul „Nu știu” fiind frecvente.

Ca echivalent în psihiatria occidentală, descrierea mai sus făcută ar aparține **arealului fenomenologiei negative**, vis-à-vis de care, cel în cauză nu prezintă nici măcar anestezie psihică dureroasă. Altfel spus, la interviurile uzuale de tip SCID sau întrebările aferente scalelor PANSS, cel în cauză neagă simptome psihiatrice de tipul depresiei, anxietății sau elementelor psihotice. Vorbim de o situație clinică în care, din punct de vedere psihodinamic, intervine negarea prezenței stării cu note patologice, subiectul nefiind în contact cu ceea ce i se întâmplă. Teo și Gaw (2010) accentuează printre criterii: severitatea retragerii sociale, durata prelungită a acesteia (peste 6 luni), egosintonia cu ceea ce individul trăiește și absența trecutului psihopatologic. Mulți subiecți (Sakamoto et al., 2005) sunt descriși că având o personalitate premorbidă caracterizată de tendința spre

izolare, atașament crescut în relația cu mama, clasa socială superioară. Momentul debutului (Ovejero et al., 2014) este marcat de o apatie profundă.

Un studiu recent efectuat de psihiatri din afara Japoniei (Kato et al., 2012) descoperă subiecți cu *hikikomori* în toate cele 9 țări chestionate, inclusiv Franța, Hawai și California (Conti, 2019; Krieg, 2016). Sindromul a fost mediatizat on-line de cei aflați în suferință, creându-se comunități în acest sens, inclusiv bloguri și întâlniri de chat cu video-camere, fapt ce reprezintă un pol de atracție pentru adolescenții cu structurare dificilă, care în viziunea DSM-5 (APA, 2013) s-ar încadra în tipul de personalitate instabil-impulsiv, iar în viziune extra-psihiatrică, în *curentul Emo*. Psihiatria occidentală este mai înclinată că pentru ceea ce Japonia descrie ca fiind *hikikomori*, să încerce încadrarea categorială în următoarele nosografii: **depresie** de varii intensități și **coloratură noradrenergică, anxietate și / sau fobie socială, personalitate evitantă, debut nevrotiform al unei psihoze**, ce se va instala în circa un an și jumătate și care începe prin retragere și izolare socială și se prelungește prin apatie și athimhormie. Ceea ce diferențiază cultura orientală de cea occidentală sunt nuanțele triggerilor psihologici declanșatori sau ai factorilor sociali și de mediu care întrețin sau agravează sindromul.

Atâta timp cât cele anterior descrise rămân la nivel de sindrom și nu sunt privite ca o tulburare psihiatrică, înseamnă o intervenție precoce (Kato et al., 2018), care se poate limita la o abordare holistică de tip consiliere părinte-copil. Acest fapt este tipic culturii japoneze, spre deosebire de cultura occidentală, în care abordarea exclusiv psihoterapeutică este controversată, considerându-se că neintervenția farmacologică la timpul oportun asupra fenomenologiei negative, va lăsa amprente exact în perioada stadiului piagetian de dezvoltare a inteligenței, împiedicând utilizarea potențialului gnostic la nivel superior. Altfel spus, acești subiecți riscă să rămână cu un deficit de mentalizare și cu o incapacitate de anticipare, planificare, secvențializare, control și feedback retroactiv al judecăților și raționamentelor lor.

Autori japonezi (Kato et al., 2012; Ovejero et al., 2014) accentuează aspectele sociale și de mediu în detrimentul endogeniei, printre acestea încadrându-se: comportamentul dependent al tânărului față de părinți, recentă schimbare culturală a opiniilor față de muncă în genere (provocată la rândul acestora de destabilizarea economică). Într-o categorie mai extinsă ar intra (Uchida et al., 2016) tendințele de globalizare în lumea post-industrială, cum ar fi îndepărtarea de comunicarea fizică de tip face to face, cu creșterea preocupării pentru comunicarea în mediul on-line. Aceasta ar fi

preponderantă în Japonia datorită masivei dezvoltări a unei industrii de acest tip, tinerii riscând să cadă cu mai multă ușurință în comunicări în singurătate, în care își petrec mult timp în screenarea propriului inconștient, în stări de depresivitate, căutarea nevroticismului, pentru a-l scoate la lumina. Atunci când interlocutorul este absent în fața ta și exprimarea se face prin comunicarea on-line, scade cenzura conștientului, riscând ca aspecte patologice să prăbușească granițele unui Eu fragil și ale unei personalități aflate în construcție. Din inconștient se întoarce refutul primar sau derivate ale acestuia, care iau forme disperate de angoasă sau absența pulsionii vitale. În cultura occidentală, acest fenomen este descris cu precădere la tinerii incapabili să se integreze într-un program educațional sau de formare profesională, tineri neinteresați de angajarea lor în activități social-utile.

Dincolo de diferențele între *est* și *vest*, nu putem să nu vedem existența acestui nou spectru de psihopatologie, care are drept centru indivizi ce încep prin incapacitatea de a urma o muncă vocațională și sfârșesc prin retragere socială. Altfel spus, practica clinică – și occidentală și orientală – recunoaște o tendință globală de acest tip, însă este nevoie de mai multă documentare și studii epidemiologice pentru stabilirea unui limbaj comun și a unor echivalente diagnostice, precum și pentru înțelegerea și reliefația corectă a prevalenței sindromului. O altă diferență între cele două culturi provine din atitudinea mai pasivă a orientului, fapt ce duce la recunoașterea întârziată a tulburării, comparativ cu cultura occidentală ce insistă pe intervențiile timpurii.

De regulă, comunitatea vine în atenția părinților, sesizând momentul de debut al retragerii academice. **Asocializarea din hikikomori** se regăsește într-o varietate de tulburări psihiatrice din DSM-5 sau ICD-11 (World Health Organization, 2018). Cu toate acestea, cercetătorii japonezi propun criterii proprii de diagnostic, deoarece – în viziunea lor – rămâne un subgrup notabil de cazuri *hikikomori* care nu se suprapun în întregime peste nici o entitate nosografică occidentală.

Există și debuturi la sfârșitul pubertății și începutul adolescenței, în jurul vârstei de 14 ani, mai frecvent la băieți, care se plâng că nu mai doresc să urmeze școala, fără să fi avut anterior probleme sau dificultăți semnificative de integrare sau de atingere a standardelor academice impuse și fără a fi identificat nici un factor aparent declanșator. De asemenea, un astfel de adolescent oprește cu desăvârșire orice încercare de studiu, inclusiv școală la domiciliu (cum ar fi în cazul fobiilor sociale). La debutul sindromului *hikikomori*, igiena și îngrijirea sunt normale. În unele cazuri, se regăsește în antecedente o ușoară întârziere a limbajului, în ceea ce privește apariția

primelor cuvinte și folosirea corectă a structurilor gramaticale în primii 6 ani de viață. Mamele acestor subiecți sunt mai frecvent prezentate că având o patologie de spectru anxios, în timp ce testarea neuropsihiatrică a pacientului arată un IQ mediu, atât pe scalele verbale, cât și pe cele non-verbale din WISC-III.

Un astfel de adolescent este incapabil să antameze o relație pe termen lung cu un psihiatru sau psihoterapeut, după evaluarea inițială, de regulă, părinții fiind cei care mențin relația cu specialistul, oferă actualizări despre starea copilului și primesc sugestii referitoare la cum ar trebui să interacționeze cu acesta. S-a încercat schimbarea stilului de interacțiune, din arealul muștrării și ordonării de sarcini în intrarea unui mood de așteptare cu răbdare, că cel în cauza să inițieze conversații. Profesorii angajați la domiciliu au fost sfătuiți, de asemenea, să păstreze același tipar de interacțiune. Uneori, hobby-urile rămân reduse la maximum unul sau două și se desfășoară împreună cu părintele favorit.

Simptomatologia de *hikikomori* a fost descrisă pe cazuri din Japonia în care a persistat retragerea socială, absența preocupărilor pentru viitor, izolarea și sucombarea ambiției pentru circa doi ani, în cele din urmă, prin terapie de familie, existând subiecți care au prezentat – în etape – dorința de a se întoarce către lume și reușită în alegerea unui proces decizional. De asemenea, în cazurile fericite, odată cu finalizarea adolescenței, cei în cauza au devenit capabili să își exprime dorințele. Cu circa 40 de ani în urmă (Kasahara, 1978), chiar și în Japonia, *hikikomori* era asimilat unei **nevroze de surmenaj**, iar în 1986 (Lock, 1986) a fost denumit **sindromul de refuz școlar**. Mass media, atât în Japonia ci și la nivel internațional, aruncă o lumină tenebroasă asupra sindromului *hikikomori* (Jones, 2006; Murakami, 2000; Borovoy, 2008; Furlong, 2008; Teo, 2008).

1.1.3. Echivalențe în psihiatria occidentală

1. **Debut de schizofrenie de tip pseudonevrotic**, prodrom cu durata de 1,5-2 ani, în care predomină retragerea sau izolarea socială, până la instalarea fenomenologiei pozitive (vechiul termen de „schizofrenie avortată”;
2. **Tulburările de spectru anxios** (tulburarea anxios generalizată, fobia socială);
3. **Tulburarea de stres post-traumatică (PTSD-ul) sau Reacția acută sau tardivă la un factor de stres;**
4. **Tulburarea depresivă majoră**, în care coloratura depresiei este una noradrenergică de tip apatoabulie și inhibiție;

5. Alte tulburări ale dispoziției, cum ar fi **distimia** sau depresia întâlnită în rândul adolescenților. în care apatia și abulia sunt dublate de refuz școlar, iritabilitate, irascibilitate și nervozitate, când celui în cauza îi este atacat din afară, de către părinți sau profesori, noul sistem existențial;

6. **Tulburările de personalitate**, în care în prim plan ar fi cea **schizoidă** sau cea **evitantă**, cu diferența că un evitant își dorește contactul cu ceilalți, dar se teme că nu este capabil să îl realizeze, în vreme ce un subiect schizoid nu simte nevoia de contacte sociale.

Un studiu prospectiv relativ mare, de trei luni, realizat de psihiatri japonezi pentru copii, a examinat 463 de cazuri de tineri cu vârsta mai mică de 21 de ani, cu un istoric actual sau trecut al definiției *hikikomori*. Conform criteriilor DSM-IV-TR (APĂ, 2003), primele șase diagnostice (studiul fiind realizat cu posibilitatea codării prin diagnostice multiple) au fost: tulburare pervazivă de dezvoltare (31%), tulburare de anxietate generalizată (10%), tulburare distimică (10%), tulburare de adaptare (9%), tulburare obsesiv-compulsivă (9%), schizofrenie (9%) (Watabe et al, 2008).

Un studiu multicentric, care a examinat cazuri ceva mai vechi de *hikikomori*, a găsit o heterogenitate diagnostică oarecum similară, dar a inclus și cazurile nedagnosticabile (Kondo et al., 2008). Pentru a fi selectați, pacienții trebuiau să aibă vârste cuprinse între 16 și 35 de ani, cu debut de izolare socială înainte de vârsta de 30 de ani și trebuiau să îndeplinească criteriul a cel puțin șase luni de retragere socială și profesională. Dintre cele 181 de cazuri care îndeplineau aceste criterii, 97 (54%) au situații în care pacientul a prezentat efectiv *hikikomori*. Obținerea acestui diagnostic, cu atât mai mult din partea unui psihiatru, este o provocare datorită naturii simptomului primar. Diagnosticul a fost realizat în conformitate cu criteriile DSM-IV-TR, în timpul unui interviu la care a participat cel puțin unu psihiatru și alți trei profesioniști în domeniul sănătății mintale. Pacienții ar putea avea mai multe afecțiuni ale Axei I sau II. Rezultatele au indicat că: 8/97 (8%) au avut schizofrenie; 25/97 (26%) au avut o tulburare de anxietate (inclusiv 11 cu fobie socială, 6 cu tulburare obsesiv-compulsivă și 3 cu tulburare de anxietate generalizată); 8/97 (8%) au avut o tulburare de dispoziție; 7/97 (7%) au avut o tulburare de adaptare; 22/97 (23%) au avut o tulburare de personalitate (inclusiv 6 cu tulburare de personalitate evitantă, 6 cu tulburare de personalitate schizoidă și 4 cu tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă); 27/97 (28%) au avut o tulburare diagnosticată mai întâi în copilărie sau adolescență (inclusiv 10 cu retard mental, 7 cu autism, 5 cu sindrom Asperger, 3 cu tulburare pervazivă de dezvoltare; 6/97 (6%) au avut alte afecțiuni (de exemplu, tulburare disociativă, tulburare alimentară).