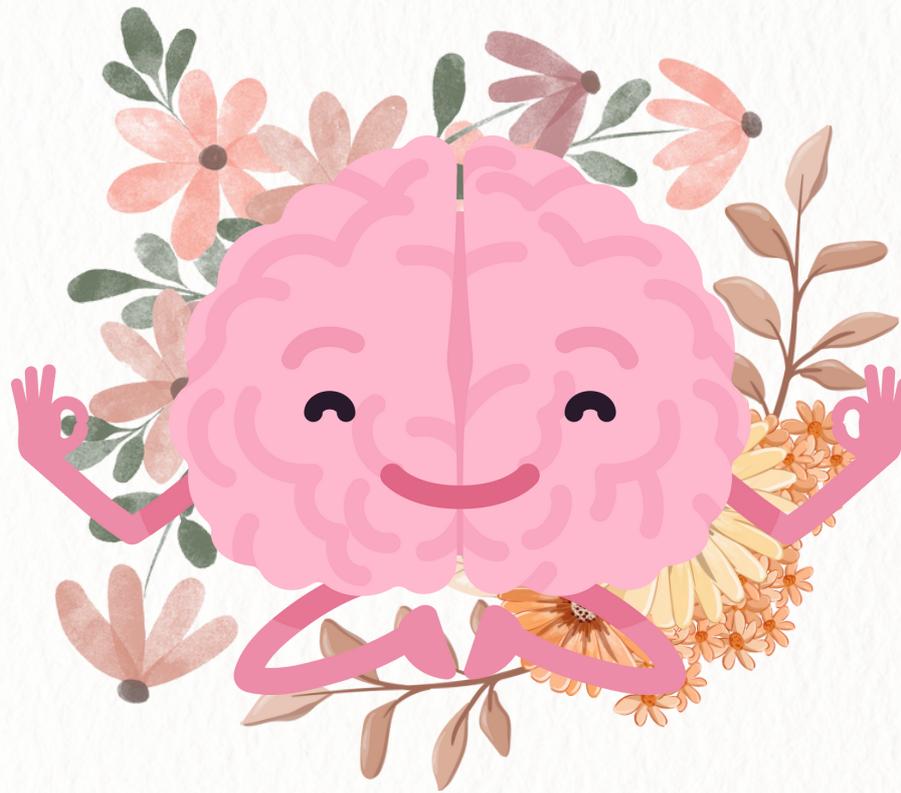




Co-funded by
the European Union



KIT DI RISORSE DEL
PROGETTO

BEYOND THE DOORSTEP



Erasmus+

Enriching lives, opening minds.

CONTENUTI:

1. Il progetto	2
2. Introduzione al fenomeno Hikikomori	3
3. Il ruolo delle scuole	10
4. Strumenti educativi per giovani lavoratori	17
5. Casi	26
6. Metodi d'intervento e approccio multidimensionale	29
7. Lista di organizzazioni utili	32
8. Riflessione finale	36

Finanziato dall'Unione europea. Le opinioni espresse appartengono, tuttavia, al solo o ai soli autori e non riflettono necessariamente le opinioni dell'Unione europea o dell'Agenzia esecutiva europea per l'istruzione e la cultura (EACEA). Né l'Unione europea né l'EACEA possono esserne ritenute responsabili.



1. Il progetto

“Beyond the Doorstep”

“Il progetto “Beyond the doorstep” (letteralmente: “Oltre la soglia”) si propone di sensibilizzare e lavorare sulla prevenzione circa il tema Hikikomori nei 4 Paesi coinvolti. Attraverso metodi informali in seminari internazionali, laboratori locali nelle scuole e formazione locale per educatori, insegnanti, e operatori per i giovani, il consorzio intende lavorare sulla prevenzione, sulla sensibilizzazione e sulla corretta rappresentazione e narrazione degli Hikikomori. Gli stakeholder, le associazioni e le istituzioni che lavorano sul tema arricchiranno la discussione e porteranno casi e pratiche reali, che saranno raccolti in un Toolkit open access e in un OER tradotto in tutte le lingue.

Il progetto è di Capacity Building ed è finanziato dal programma Erasmus+. Questo toolkit è stato sviluppato in accordo alle politiche del progetto.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Sensibilizzare i giovani, le famiglie, le associazioni giovanili, le scuole e le istituzioni sul fenomeno dell'Hikikomori, tramite una corretta narrazione del fenomeno, delle sue possibili cause e dinamiche;
2. Formare operatori giovanili, educatori e insegnanti per lavorare sulla prevenzione e identificare i segnali di ritiro sociale, fornendo conoscenze, tecniche e materiali per il loro lavoro locale;
3. Creare una rete a livello locale e internazionale per favorire il riconoscimento dell'Hikikomori e il suo integrazione tra le priorità locali e nazionali;
4. Contribuire all'attuazione della strategia e degli obiettivi dell'UE per la gioventù e sostenere lo sviluppo del lavoro giovanile, soprattutto nei Paesi partner.

Il partenariato

Il progetto è stato implementato e gestito da quattro organizzazioni:



YouNet
(Italia, Capofila)
info@you-net.eu



İSTANBUL VALİLİĞİ
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER
İL MÜDÜRLÜĞÜ
IFSS
(Turchia)
aile.abprojeler@gmail.com



People in Focus
(Albania)
peopleinfocusalbania@gmail.com



Udruženje za kvalitetu mentalnog zdravlja
Menssana
(Bosnia e Erzegovina)
udruzenjemenssana@gmail.com



2. Introduzione al fenomeno

Hikikomori

Primi segnali

Il concetto di eremiti e reclusi esiste da tempo immemorabile in molte culture. Tuttavia, negli ultimi anni una manifestazione particolarmente grave di ritiro sociale, identificata per la prima volta in Giappone, ha suscitato l'interesse dei ricercatori e del pubblico profano. Chiamata hikikomori, è stata definita come "un fenomeno in cui le persone si recludono nelle loro case, evitando varie situazioni sociali (come andare a scuola, lavorare, avere interazioni sociali al di fuori della casa, ecc.) per almeno sei mesi (Saito, 2010). Gli individui affetti da hikikomori spesso hanno interazioni sociali per lo più su Internet e alcuni report suggeriscono una correlazione tra il suddetto fenomeno e uno spropositato utilizzo di Internet (De Michele, Caredda, Delle Chiaie, Salviati, & Biondi, 2013; Lee, Lee, Choi, & Choi, 2013). Si stima che attualmente 232.000 giapponesi soffrano di hikikomori e che l'1,2% dei residenti in Giappone tra i 20 e i 49 anni abbia una storia personale di hikikomori (Koyama et al., 2010). Un mix fra personalità timida, stile di attaccamento ambivalente ed esperienze come il rifiuto da parte di coetanei e genitori - tra gli altri fattori - può favorire lo sviluppo di hikikomori (Krieg & Dickie, 2013). Inoltre, studi scientifici indicano influenze genetiche e biologiche sulla socialità che, sebbene non siano specifiche dell'hikikomori, possono essere rilevanti per lo studio dell'eziologia dell'hikikomori (Meyer-Lindenberg & Tost, 2012). Mentre i ricercatori discutono se inserire l'hikikomori nelle diagnosi psichiatriche (Teo & Gaw, 2010), i clinici praticanti in Giappone indicano di considerare l'hikikomori un "disturbo" (Tateno, Park, Kato, Umene-Nakano, & Saito, 2012). Report precedenti suggeriscono che ci siano hikikomori anche al di fuori del Giappone. Ad esempio, alcuni casi hanno descritto la presenza di hikikomori in diversi altri Paesi (Furuhashi et al., 2012; Garcia-Campayo, Alda, Sobradie, & Sanz Abos, 2007; Sakamoto, Martin, Kumano, Kuboki, & Al-Adawi, 2005; Teo, 2013). Quando sono state presentate le caratteristiche degli hikikomori, gli psichiatri di nove Paesi hanno indicato l'esistenza di questi casi nelle loro pratiche cliniche (Kato et al., 2012). Tuttavia, non ci sono stati studi transnazionali volti a identificare gli hikikomori. Tra i motivi del mancato riconoscimento ci sono l'ambiguità sulle caratteristiche degli hikikomori (Tateno et al., 2012; Watts, 2002) e le definizioni incoerenti o non sufficientemente dettagliate sugli hikikomori (Furuhashi et al., 2011; Garcia-Campayo et al., 2007; Sakamoto et al., 2005).



Ciò ha suscitato il timore che i ricercatori non si riferiscano allo stesso fenomeno. In precedenza abbiamo proposto una definizione per una classe di ricerca sugli hikikomori, tuttavia non è stata empiricamente testata (Teo & Gaw, 2010). Inoltre, i rapporti precedenti sull'hikikomori si sono concentrati sulla valutazione psicopatologica (Lee et al., 2013; Nagata et al., 2013), mentre un minor numero di studi - soprattutto al di fuori del Giappone - ha esaminato le caratteristiche psicosociali in modo più ampio, nonostante la convinzione comune che i fattori socioculturali siano importanti per l'hikikomori (Kato et al., 2012). Infine, ricerche precedenti hanno esaminato le raccomandazioni di trattamento per l'hikikomori da parte degli psichiatri, ma non siamo a conoscenza di studi che abbiano esplorato le preferenze di trattamento dei pazienti (Kato et al., 2012). In recenti revisioni sistematiche, l'hikikomori è stato definito come un periodo di 6 o più mesi in cui si vive a casa e si evitano le situazioni e le relazioni sociali, insieme a un grande disagio e angoscia. Quasi la metà dei pazienti con hikikomori che si rivolgono ai centri sanitari riceve una diagnosi di disturbi dell'umore e d'ansia, disturbi di personalità, disturbi del sonno, disturbi pervasivi dello sviluppo o schizofrenia. I risultati della nostra analisi di regressione multipla trasversale hanno rivelato che le seguenti variabili indipendenti erano correlate alla gravità dell'hikikomori: "disturbi somatici", "ansia/depressione", "uso eccessivo di Internet" e "mancanza di comunicazione tra i genitori". È interessante notare che la "mancanza di comunicazione tra i genitori" era correlata, mentre il "conflitto tra i genitori" non lo era. Ciò potrebbe forse indicare che, indipendentemente dal fatto che i genitori litighino spesso, una maggiore comunicazione tra i genitori potrebbe essere un fattore protettivo per gli adolescenti con una tendenza all'hikikomori. Un'iniziativa più attenta alla qualità della comunicazione, come il Family Assessment Device [60], potrebbe approfondire questo aspetto. Anche la relazione tra disturbi somatici e hikikomori non è chiara. La somatizzazione potrebbe essere correlata alle vulnerabilità genetiche non specifiche menzionate in precedenza (come una bassa tolleranza allo stress). Come conseguenza della somatizzazione, i soggetti con hikikomori precoce possono recarsi spesso dal pediatra per disturbi non ben definiti, il che rappresenta un'opportunità per la diagnosi precoce. Sebbene lo screening precoce dell'hikikomori possa essere difficile, il sintomo del "rifiutarsi di andare a scuola" sembra essere altamente indicativo [34,35,36]. Bisogna tenere presente però anche altri soggetti dello spettro hikikomori, che possono non avere problemi a frequentare la scuola ma che comunicano molto poco con persone che non siano membri della propria famiglia (il "gruppo di affinità hikikomori").



Alcuni esempi di ritiro sociale comprendono:

- a) Evitare le attività sociali che in precedenza piacevano a una persona
- b) rifiutare gli inviti a trascorrere del tempo con gli altri
- c) inventare scuse per isolarsi
- d) essere silenziosi in dinamiche di gruppo
- e) evitare le situazioni che implicano l'incontro con nuove persone
- f) non iniziare conversazioni ed evitare domande aperte quando si parla con gli altri
- g) non voler provare cose nuove
- h) evitare qualsiasi ambiente o situazione non familiare
- i) accettare lavori o mansioni che richiedono un lavoro solitario
- j) Preferire stare a casa e dedicarsi ad attività solitarie.

La sindrome da ritiro sociale, descritta per la prima volta in Giappone con il termine "hikikomori", comporta il confinamento in casa per sei mesi o più, limitando fortemente la comunicazione con le altre persone. Il fenomeno è stato poi osservato anche in altri Paesi e culture. Sebbene siano necessarie ulteriori ricerche per comprendere meglio le cause e i trattamenti per l'hikikomori, uno studio del 2022 ha identificato diversi biomarcatori metabolici della sindrome da ritiro sociale. Tali scoperte possono contribuire a una migliore identificazione e a un migliore trattamento.

È inoltre essenziale parlare con un professionista della salute mentale, soprattutto se si manifestano altri sintomi come ansia, perdita di interesse, stanchezza, essere giù di tono, uso di sostanze o pensieri suicidi. Un terapeuta può valutare i sintomi, fare una diagnosi e consigliare trattamenti che possono aiutare a combattere i comportamenti del ritiro (sociale). L'hikikomori è stato visto dalla maggior parte degli intervistati come una reazione alle difficoltà incontrate nella vita quotidiana, alle persone, alle richieste lavorative, alle sfide personali, alla disabilità, alle delusioni, alle situazioni spiacevoli, alla paura e alla sfiducia e così via. Il tema delle difficoltà di reazione si articola in due categorie: stasi e manifestazione. A causa di esigenze contrastanti e della ridotta autonomia, gli intervistati hanno sperimentato la stasi, che ha impedito loro di andare avanti; non riuscendo ad andare avanti, il "nascondersi" o l'"evitare" hanno accentuato l'espressione dei loro comportamenti. Essi sentivano di aver smesso di andare avanti e, andando online, esprimevano i loro tentativi di mantenere la situazione di stasi.



Questo è il primo studio che esplora approfonditamente le esperienze di persone che attualmente soffrono o hanno avuto esperienze passate di sindrome di hikikomori. È anche il primo tentativo di analizzare dati non clinici. Sosteniamo che la sindrome di hikikomori non è il risultato di tendenze asociali, ma piuttosto una risposta anomica a una situazione che le persone si sentono impossibilitate a cambiare e da cui non vedono via d'uscita. I sentimenti di disperazione e di stanchezza sociale possono essere superati creando un ambiente sociale rilassato che le persone possono controllare durante la riabilitazione da hikikomori. Esporre chi ne soffre a idee nuove e interessanti e permettere loro di provare (e fallire) può ampliare le loro prospettive e aiutarli a superare la paura. I rimedi terapeutici dovrebbero concentrarsi sul recupero della fiducia e sul controllo dei sintomi d'ansia che impediscono di provare cose nuove.

Fattori di rischio

I fattori di rischio più noti per l'hikikomori sono la presenza di un disturbo psichiatrico, di un disturbo dello sviluppo, di disturbi da dipendenza da sostanze o comportamentali (compreso l'abuso di Internet e di giochi) e di contesti psicosociali inadeguati. Diversi fattori di rischio che emergono dalla letteratura sono universali tra le regioni dell'Asia orientale, tra cui essere di sesso maschile, avere un attaccamento insicuro e patologie psichiatriche. Di contro, altri fattori di rischio riscuotono meno consenso. La famiglia può svolgere un ruolo importante all'origine, nel trattamento e nel mantenimento delle persone affette da ritiro sociale. Gli studi sugli hikikomori clinicamente rilevati in Giappone, ad esempio, dimostrano che un elevato livello di istruzione delle famiglie, in particolare dei padri, aumenta il rischio di hikikomori. Tuttavia, è stato suggerito che questi studi sugli hikikomori clinicamente rilevati potrebbero escludere gli hikikomori che ricevono assistenza da organizzazioni non profit o che non ricevono alcuna assistenza.

Gli Hikikomori individuati a Hong Kong attraverso le piattaforme dei servizi sociali, ad esempio, vengono da diversi contesti, tra cui famiglie di basso status socioeconomico con genitori single. Tuttavia, l'80% dei casi a Hong Kong emerge da famiglie di status socioeconomico medio-alto, rispecchiando le tendenze osservate in Giappone. Nei Paesi con un elevato costo della vita, come Hong Kong e Singapore, una famiglia di alto rango può sostenere l'onere finanziario per il soggetto hikikomori. Per quanto riguarda le anomalie del ceto basso, diversi clinici dell'HRTRS hanno ipotizzato dei modelli che possano possedere attributi specifici, come un'elevata funzione cognitiva o possibilità di guadagnare a distanza. Inoltre, anche il basso supporto familiare e un disturbo mentale della madre sono stati associati al fenomeno dell'hikikomori.



Fattori come l'alta incidenza di anamnesi psichiatrica familiare, dinamiche familiari disfunzionali ed eventi traumatici nell'infanzia (maltrattamento familiare) sono strettamente correlati, evidenziando il ruolo cruciale della famiglia nello sviluppo e nel consolidamento del ritiro sociale. Inoltre, la scarsa comunicazione tra i partner e tra genitori e figlio può giocare un ruolo molto importante nello sviluppo dell'hikikomori. Alcune ricerche sui fattori ambientali che possono essere associati all'insorgenza dell'hikikomori hanno rilevato che la prevalenza di disturbi psichiatrici tra i genitori era significativamente più alta nel gruppo degli hikikomori. Ciò indica che potrebbe esserci una predisposizione genetica, forse legata alla tolleranza allo stress, alla capacità di adattamento o alla resilienza, che impedisce agli adolescenti con hikikomori di affrontare adeguatamente fattori di stress come i problemi interpersonali a scuola o lo scarso rendimento scolastico. Uno studio preliminare ha dimostrato che i biomarcatori ematici dell'acido urico e del colesterolo lipoproteico ad alta densità potrebbero essere correlati a una patologia biologica sottostante l'hikikomori. È stato dimostrato che i fattori psicologici individuali, tra cui i problemi interpersonali, le difficoltà di gestione, le richieste conflittuali, la ridotta autonomia, la bassa autostima e una personalità introversa, svolgono un ruolo nella propensione all'hikikomori.

Si è ipotizzato che il comportamento di dipendenza descritto come "amae" nelle relazioni genitori-figli in Giappone svolga un ruolo nello sviluppo del ritiro sociale, normalizzando e incoraggiando l'accettazione della permanenza a casa del figlio socialmente ritirato (HRTRS). Questi meccanismi devono essere ulteriormente studiati nelle varie regioni. Gli stili genitoriali dell'Asia orientale tendono a incarnare la relazione madre-figlio come cooperazione interdipendente, in contrasto con l'attenzione all'indipendenza e all'autonomia in evoluzione nelle regioni occidentali. In Corea, la cultura giovanile è caratterizzata da un forte senso di coesione e impegno attraverso gli incontri sociali. Quando gli individui rimangono isolati per più di 6 mesi, questo viene percepito come un segno di malattia mentale. Infine, gli studi preliminari condotti in Giappone e i parametri di salute fisica potrebbero contribuire a un'identificazione precoce.

Inoltre, gli studi evidenziano la sovrapposizione tra il ritiro sociale e la dipendenza da Internet e dal gioco. L'evitamento e il ritiro sociale come reazione disadattiva persistente in un paziente con un attaccamento insicuro ansioso-evitante gioca un ruolo chiave nell'emergere e nel persistere dell'abuso di gioco su Internet. L'uso eccessivo di Internet potrebbe essere un importante fattore di rischio per l'hikikomori, ma potrebbe anche essere una conseguenza dell'hikikomori stesso. Infine, lo stigma che circonda le diagnosi di malattia mentale potrebbe far propendere per l'etichettatura di hikikomori per mascherare altre condizioni psichiatriche.



Profilo di un potenziale Hikikomori

Il profilo di una persona hikikomori è complesso da riconoscere, a causa delle somiglianze con altre malattie mentali. L'hikikomori non è la stessa cosa della depressione, tuttavia presenta episodi molto simili. L'elevata sensibilità emotiva presente quotidianamente interferisce con il funzionamento della persona, ma è importante capire che l'hikikomori è una condizione complessa che comprende diversi aspetti, tra cui l'isolamento sociale, il ritiro dalla società e spesso il rifiuto di partecipare alla vita sociale in senso lato.

Una valanga di emozioni intense: le persone con un'elevata sensibilità emotiva provano emozioni più intense degli altri. Ciò può includere profondi sentimenti di vergogna, tristezza, ansia o paura. Le emozioni forti rendono difficile affrontare le situazioni sociali, il che porta al ritiro. L'elevata sensibilità emotiva porta a sperimentare un livello di stress più elevato nelle potenziali situazioni sociali, che sono molto rare in questa condizione. Anche la ricerca del perfezionismo e il desiderio di soddisfare standard elevati è uno dei criteri che rientrano nell'hikikomori. È importante capire che non esiste un'unica causa per l'hikikomori, ma si tratta piuttosto di una condizione complessa che coinvolge diversi fattori. Il perfezionismo spesso comporta l'imposizione di standard elevati per sé stessi e la paura del fallimento. Se una persona con la sindrome di hikikomori ha un approccio perfezionista alla vita, può avere difficoltà ad affrontare la realtà del fallimento o del non raggiungimento di quegli standard elevati, il che può contribuire al ritiro e all'isolamento. Gli individui sentono spesso la pressione di avere una buona immagine pubblica. La paura di fallire di fronte agli altri e il timore di non essere accettati possono portare all'ansia sociale. La sindrome di Hikikomori può rappresentare l'evitamento delle situazioni sociali per evitare l'ansia: a causa di ciò, gli individui perdono l'immagine reale della vita che vivono e si ritirano in uno spazio virtuale che sembra fornire maggiore sicurezza rispetto all'ambiente sociale reale.

L'autocritica costante complica ulteriormente la vita quotidiana delle persone hikikomori: molto spesso sentono voci interiori autocritiche che gli ricordano i loro presunti fallimenti. Il costante monologo interiore autocritico contribuisce a creare sentimenti di disperazione e di riduzione della fiducia in sé stessi, che possono portare al ritiro. La sindrome di Hikikomori può essere difficile da riconoscere in generale, ma ci sono diverse "red flags" (letteralmente: bandiere rosse) o segnali che possono indicare che una persona può soffrire di questa condizione.

Questi segnali possono variare di intensità e non sono univoci per ogni individuo.



Estrema ansia sociale: assenza o contatti minimi con amici, familiari o altre persone; evitamento di incontri e attività sociali.

Ritiro prolungato nel proprio spazio: trascorrere lunghi periodi di tempo in casa, di solito nella propria abitazione, preferendo una stanza che funge da isolamento dagli altri; rifiutarsi di uscire di casa, anche per esigenze di base come la scuola, il lavoro o altri obblighi.

Perdita di interesse per il mondo esterno: riduzione o totale perdita di interesse per il lavoro, la scuola, gli hobby o altre attività un tempo importanti; sensazione di indifferenza o apatia verso il mondo esterno.

Difficoltà di comunicazione: assenza o limitazione delle capacità di comunicazione; se una comunica con gli altri, ciò avviene attraverso Internet o altri supporti virtuali.

Cambiamenti comportamentali: cambiamenti nel sonno che includono dormite irregolari, perdita o aumento di peso e altri cambiamenti nel comportamento e nelle abitudini.

Sintomi di depressione o ansia: Comparsa di sintomi di depressione, ansia o altri problemi di salute mentale; sensazione di impotenza, inutilità o tristezza.

Assenza da scuola o dal lavoro: incapacità di avviare o mantenere responsabilità sociali o professionali.

Utilizzo della realtà virtuale: uso eccessivo di Internet, videogiochi o altre attività virtuali; utilizzo del mondo virtuale come sostituto delle interazioni sociali reali.

Accenniamo brevemente ai trattamenti per curare e aiutare le persone hikikomori.

Il trattamento della sindrome richiede solitamente un approccio multidisciplinare che può includere diversi tipi di interventi. Ecco alcune fasi del trattamento: consulenza e terapia psicologica, che comprende consulenza individuale e terapia familiare; trattamento farmacologico, rafforzamento delle abilità sociali e ambiente amichevole, fornitura di risorse educative e professionali, approccio graduale al reinserimento, sostegno alla comunità, lavoro sulla fiducia in sé stessi e sull'autosufficienza.



3. Il ruolo delle scuole

Cosa si può fare?

Negli ultimi decenni, l'hikikomori ha attirato l'attenzione degli esperti di salute, scatenando dibattiti sulla sua classificazione come malattia mentale o fenomeno sociale[1].

Attualmente non esistono criteri standardizzati per la diagnosi di hikikomori[2]. Ciò è dovuto al fatto che la ricerca internazionale è ancora in fase iniziale e i quadri di riferimento sono diversi.

Da un lato, secondo alcuni studi, i casi di hikikomori corrispondono ai criteri diagnostici di vari disturbi psichiatrici come il disturbo ossessivo-compulsivo e la fobia sociale[3]. D'altra parte, questo approccio psichiatrico rigoroso ha mostrato molti limiti. Per questo motivo, è stata ritenuta necessaria la distinzione tra hikikomori "primario" e "secondario"[4]: l'hikikomori "secondario" comporta il ritiro sociale legato a gravi disturbi mentali, mentre l'hikikomori "primario" si concentra su una significativa compromissione della qualità di vita dovuta al non attenersi alle norme sociali e all'isolamento sociale.

Kato, Kanba e Teo (2019)[5] propongono una prospettiva dinamica con il loro modello bio-psico-socioculturale, considerando l'hikikomori su un continuum. Questo include problemi psichiatrici (ad esempio ansia sociale, depressione, disturbi della personalità) e fattori non psichiatrici (come la solitudine). L'identificazione dei casi di hikikomori richiede una valutazione globale.

In generale, l'hikikomori è spesso definito una "sindrome culturale"[6], ovvero una condizione che dipende dal contesto culturale di appartenenza dei soggetti.

I fattori sociali, politici e culturali influenzano la percezione del problema, il ruolo del comportamento problematico e il suo impatto sugli individui[7].

In sostanza, il contesto socio-culturale:

- i) determina ciò che viene visto come "problematico" quando il ritiro sociale coinvolge le famiglie, gli operatori sanitari e i media.
- ii) definisce il significato di comportamento problematico e vede il ritiro sociale come una strategia di "coping" estrema in un ambiente privo di opportunità.

[1] Caresta, 2018; Chan & Lo, 2014; Ricci, 2015; Saitō, 1998 in: Ferrante, L., & D'Elia, V. (2022). Quando la "malattia" riguarda i legami sociali: il caso della sindrome di hikikomori nel contesto giapponese e italiano. *International Journal of Psychoanalysis and Education: Subject, Action & Society*, 2(1), 85–103. <https://doi.org/10.32111/SAS.2022.2.1.6>

[2] Aguglia, 2016; Nonaka, Shimada & Sakai, 2018 in: Ferrante, L., & D'Elia, V. (2022). Quando la "malattia" riguarda i legami sociali: il caso della sindrome di hikikomori nel contesto giapponese e italiano. *International Journal of Psychoanalysis and Education: Subject, Action & Society*, 2(1), 85–103. <https://doi.org/10.32111/SAS.2022.2.1.6>

[3] Koyama et al., 2010; Teo & Gaw, 2010 in: Ferrante, L., & D'Elia, V. (2022). Quando la "malattia" riguarda i legami sociali: il caso della sindrome di hikikomori nel contesto giapponese e italiano. *International Journal of Psychoanalysis and Education: Subject, Action & Society*, 2(1), 85–103. <https://doi.org/10.32111/SAS.2022.2.1.6>

[4] Suwa & Suzuki, 2013 in: Ferrante, L., & D'Elia, V. (2022). Quando la "malattia" riguarda i legami sociali: il caso della sindrome di hikikomori nel contesto giapponese e italiano. *International Journal of Psychoanalysis and Education: Subject, Action & Society*, 2(1), 85–103. <https://doi.org/10.32111/SAS.2022.2.1.6>

[5] Kato, Kanba, and Teo (2019) in: Ferrante, L., & D'Elia, V. (2022). Quando la "malattia" riguarda i legami sociali: il caso della sindrome di hikikomori nel contesto giapponese e italiano. *International Journal of Psychoanalysis and Education: Subject, Action & Society*, 2(1), 85–103. <https://doi.org/10.32111/SAS.2022.2.1.6>

[6] Kato and colleagues (2020) in: Ferrante, L., & D'Elia, V. (2022). Quando la "malattia" riguarda i legami sociali: il caso della sindrome di hikikomori nel contesto giapponese e italiano. *International Journal of Psychoanalysis and Education: Subject, Action & Society*, 2(1), 85–103. <https://doi.org/10.32111/SAS.2022.2.1.6>

[7] Venuleo & Salvatore, 2008 in: Ferrante, L., & D'Elia, V. (2022). Quando la "malattia" riguarda i legami sociali: il caso della sindrome di hikikomori nel contesto giapponese e italiano. *International Journal of Psychoanalysis and Education: Subject, Action & Society*, 2(1), 85–103. <https://doi.org/10.32111/SAS.2022.2.1.6>



iii) ha un impatto sul funzionamento individuale, considerando anche un ambiente inadeguato esacerba il disagio psicosociale associato all'hikikomori.

Un importante tema di ricerca sull'hikikomori esamina la connessione tra il ritiro sociale e l'uso estensivo di Internet, che spesso porta a idee distorte e ad allarmismi occasionali. Kato e colleghi (2020)[1] descrivono questa relazione come un "dilemma dell'uovo e della gallina", chiedendosi se il ritiro sociale patologico causi l'uso eccessivo di Internet (o persino dipendenza) o se l'uso eccessivo di Internet porti all'hikikomori. Secondo gli autori, entrambi gli scenari sono possibili. Eventi di vita stressanti possono innescare comportamenti di allontanamento come il ritiro sociale e un maggiore utilizzo di Internet. In più, gli hikikomori possono ricorrere a Internet per compensare il loro isolamento sociale.

Questa prospettiva sostiene due concetti:

1) La "natura polisemica" di alcuni comportamenti, come l'uso di Internet per gli hikikomori[2]. Se da un lato può avere un impatto negativo sulla loro vita, dall'altro può servire come meccanismo di coping per alleviare la solitudine e la disconnessione.

2) Il riconoscimento delle conseguenze di un comportamento dipende dal contesto storico, culturale e sociale in cui si verifica[3]. I discorsi sociali, compresi i media, tendono a enfatizzare il "lato oscuro" di Internet, ipotizzando che provochi direttamente risultati negativi come l'estremo ritiro sociale. Tuttavia, ciò trascura il ruolo dell'ambiente sociale e culturale nel plasmare i comportamenti e le valutazioni del rischio. La capacità degli individui di adattarsi alle richieste sociali riflette la loro interpretazione delle esperienze sociali.

In sintesi, l'Hikikomori può essere visto come un processo disadattivo influenzato dagli individui, dalle loro circostanze di vita e dalla cultura circostante.

COSA NON È IL RITIRO SOCIALE VOLONTARIO:

- Non è fobia sociale;
- Non è un disturbo d'ansia;
- Non è depressione;
- Non è dipendenza da internet;

[1] Venuleo et al., 2016; Venuleo, Salvatore, & Mossi, 2015 in: Ferrante, L., & D'Elia, V. (2022). Quando la "malattia" riguarda i legami sociali: il caso della sindrome di hikikomori nel contesto giapponese e italiano. *International Journal of Psychoanalysis and Education: Subject, Action & Society*, 2(1), 85–103. <https://doi.org/10.32111/SAS.2022.2.1.6>.

[2] Venuleo et al., 2020a in: Ferrante, L., & D'Elia, V. (2022). Quando la "malattia" riguarda i legami sociali: il caso della sindrome di hikikomori nel contesto giapponese e italiano. *International Journal of Psychoanalysis and Education: Subject, Action & Society*, 2(1), 85–103. <https://doi.org/10.32111/SAS.2022.2.1.6>.

[3] Venuleo et al., 2016; Venuleo, Salvatore, & Mossi, 2015 in: Ferrante, L., & D'Elia, V. (2022). When the "disease" concerns the social bond: the case of hikikomori syndrome in the Japanese and Italian context. *International Journal of Psychoanalysis and Education: Subject, Action & Society*, 2(1), 85–103. <https://doi.org/10.32111/SAS.2022.2.1.6>.



La scuola ¹

La scuola è l'ambiente in cui l'adolescente inizia a sperimentare simbolizzazioni affettive quali:

- Nascita sociale
- Ruolo di separazione dal modello familiare e interiorizzazione di nuovi modelli
- Sperimentazione delle proprie risorse e capacità al di fuori del nido protetto
- Funzione di costruzione del proprio futuro
- Prima sperimentazione delle dinamiche fuori/dentro al gruppo
- Confronto sociale con i modelli interiorizzati da internet

L'ambiente scolastico è un luogo vissuto con particolare sofferenza dagli Hikikomori. Non è un caso che la maggior parte di loro inizi il proprio isolamento durante gli anni della scuola media e superiore. Per gli Hikikomori, abbandonare la scuola simboleggia il bisogno di allontanarsi dal dolore causato dallo sguardo degli altri e dalla paura del fallimento e dalla vergogna.

Il disagio e la sofferenza che gli Hikikomori provano nei confronti dell'ambiente scolastico sono aggravati da sentimenti di valutazione più complessi come il disgusto, la sfiducia e la delusione. I sentimenti di tristezza sono rivolti a un luogo e alle persone che lo abitano, i cui valori sembrano molto distanti da quelli dell'Hikikomori. L'hikikomori ritiene che la scuola sia un ambiente competitivo in cui si perde l'individualità, quindi in un certo senso l'hikikomori mira a riconquistarla attraverso l'autoisolamento a casa. Passano rapidamente dal rifiuto della scuola all'isolamento, non solo perché la scuola rappresenta per loro la quasi totalità della vita sociale, ma anche perché finiscono per allargare le sofferenze e gli aspetti negativi sperimentati nell'ambiente scolastico alla società nel suo complesso, pensando che tali sentimenti si sperimentino ovunque e che quindi non ci sia alcun ambiente alternativo in cui sentirsi bene e accettati. Se nel corso dello sviluppo è stato possibile strutturare solide basi narcisistiche e il processo adolescenziale non è vissuto come troppo minaccioso, allora le nuove conoscenze possono essere investite positivamente nell'auto-ristrutturazione. Però è anche possibile che le idee rischiano di non svilupparsi in modo adeguato e di rimanere agganciate ai vecchi metodi pratici acquisiti. La realtà esterna diventa una cornice in cui esternare i conflitti che non possono essere concepiti, con particolare attenzione al fallimento del processo di separazione tra l'individuo e la sua nascita sociale.

"Se mi separo dalla mia famiglia, ce la farò nel mondo?", è il classico pensiero di uno studente. La scuola può essere un rinforzo narcisistico o un oggetto persecutorio. Una mente che non riesce a pensare e a cristallizzare le paure le manifesta con il corpo.

1. Tutti i materiali da cui sono state prese queste informazioni ci sono stati forniti dagli esperti dell'associazione Hikikomori Italia, <https://www.hikikomoriitalia.it/>



Interruzione del corso delle idee, balbuzie, scena muta, vuoti di memoria, mal di stomaco, attacchi di panico si configurano come difese estreme di protezione dalle aspettative interiori e dal contesto di riferimento. La tipologia più drammatica è la fobia scolare, cioè la paura o l'avversione verso la scuola che genera grandi ansie che il soggetto cerca di gestire con comportamenti di evitamento. Si tratta di emozioni che sfuggono al controllo dell'adolescente e che lo proteggono inconsciamente dalla paura del fallimento, soprattutto in un contesto sociale caratterizzato da popolarità e successo.

Gli insegnanti

Quando un hikikomori si sente deriso e minacciato dai suoi coetanei, si aspetta consciamente o inconsciamente che l'adulto di riferimento lo sostenga. Se il bambino non si sente protetto dall'insegnante, la sua sfiducia nelle persone, nelle relazioni e, di conseguenza, nella società, diventa tale da provocare una grave perdita di motivazione nel perseguire qualsiasi carriera scolastica, lavorativa o sociale. Pertanto, il ruolo degli insegnanti nell'affrontare e comprendere l'hikikomori è importante, poiché spesso hanno una prospettiva unica sul comportamento e sul benessere dei loro studenti. In particolare, possono avere un ruolo importante nel rilevare/identificare i casi di hikikomori o, meglio, nel supportare e nel prevenire che qualche studente diventi un hikikomori.

In particolare, devono osservare:

- Postura
- Relazioni con i compagni
- Relazioni con gli insegnanti
- Momenti di aggregazione (ricreazione, educazione fisica)
- Eccessivo perfezionismo
- Assenze ripetute, entrata posticipata, uscita anticipata
- Disagio fisico
- Reazione alle situazioni sociali

Se rilevano particolari anomalie, devono aiutare gli studenti.

Oltre ad aiutare coloro che sono già considerati hikikomori, è importante anche formare ed educare gli studenti su questa abitudine. Gli insegnanti possono infatti fornire alcuni programmi di formazione e sensibilizzazione, anche per comprendere meglio i problemi di salute mentale. Inoltre, gli insegnanti possono essere coinvolti negli sforzi di prevenzione promuovendo un ambiente di classe positivo e inclusivo. L'incoraggiare il sostegno tra compagni, fronteggiare il bullismo e ridurre la pressione scolastica possono contribuire a prevenire il ritiro sociale.



Il ruolo delle scuole riguardo gli Hikikomori

Ecco alcuni modi in cui le scuole possono contribuire ad affrontare il problema dell'hikikomori:

Individuazione e intervento precoci: Le scuole possono svolgere un ruolo nell'identificare gli studenti che potrebbero essere a rischio di diventare hikikomori. Gli educatori e i consulenti dovrebbero ricevere una formazione per riconoscere i segnali di ritiro, ansia sociale o altri problemi psicologici. Intervenendo precocemente, le scuole possono contribuire a prevenire l'aggravarsi del problema.

Promuovere un ambiente favorevole: Le scuole dovrebbero sforzarsi di creare un ambiente inclusivo e solidale in cui gli studenti si sentano accettati e a proprio agio. Ciò può comportare la promozione di una dinamica scolastica positiva, la creazione di relazioni solide tra studenti e insegnanti e l'attuazione di misure di prevenzione del bullismo.

Educazione alla salute mentale e risorse: Le scuole possono integrare l'educazione alla salute mentale nel loro curriculum per sensibilizzare gli studenti sull'hikikomori e su altri problemi di salute mentale. Fornendo informazioni e risorse sui servizi di salute mentale, le scuole possono aiutare gli studenti e le loro famiglie a cercare un aiuto adeguato quando necessario.

Servizi di consulenza: Le scuole possono offrire servizi di consulenza con personale specializzato in grado di fornire supporto agli studenti che si trovano ad affrontare il ritiro sociale o altre difficoltà di salute mentale. Questi consulenti possono lavorare a stretto contatto con gli studenti, le famiglie e i professionisti esterni della salute mentale per affrontare i problemi di fondo e sviluppare strategie di reinserimento.

Collaborazione con organizzazioni esterne: Le scuole dovrebbero collaborare con agenzie esterne come cliniche di salute mentale, assistenti sociali, operatori giovanili o organizzazioni comunitarie per garantire un approccio globale all'hikikomori. Attraverso questi partenariati, le scuole possono facilitare i riferimenti, accedere a risorse aggiuntive e coordinare gli sforzi per sostenere gli studenti affetti.

Programmi di reinserimento: Le scuole possono sviluppare programmi di reintegrazione per aiutare gli studenti hikikomori a reintegrarsi gradualmente nella società. Questi programmi possono prevedere piani personalizzati, l'esposizione graduale a situazioni sociali e il sostegno nello sviluppo di competenze essenziali per la vita e di competenze trasversali.



Inoltre, le scuole potrebbero anche essere capaci di:

- Ottenere informazioni approfondite sull'argomento e sulla situazione familiare dello studente a rischio (non superando però il limite della discrezione e della privacy della famiglia).
- Agire tempestivamente nel sostenere i ragazzi e le loro famiglie mettendo a disposizione le proprie risorse.
- Non spingere l'hikikomori a tornare subito a scuola, ma attivare strumenti per sostenerlo, ad esempio con deroghe alle assenze e metodi di istruzione alternativa.
- Schierarsi risolutamente dalla parte della vittima nei casi di bullismo, anche psicologico o velato.
- Creare occasioni di dialogo con lo studente per cogliere i suoi bisogni e aiutarlo a esprimerli.
- Condividere con lo studente obiettivi e azioni per la realizzazione del suo benessere e del suo percorso formativo.
- Co-progettare obiettivi e strategie di lavoro, di verifica e di valutazione personalizzati; personalizzare orari, luoghi e strategie di insegnamento e di valutazione (ad esempio: a distanza; a casa; in "spazi scolastici protetti"...).
- Uso di tecnologie e metodologie digitali ai fini dell'inclusione: Piattaforme di e-learning; collegamenti via Skype; video lezioni.
- Presenza di insegnanti a domicilio, ore di insegnamento extracurricolari.
- Monitoraggio delle risposte e delle reazioni degli studenti, nonché dei loro riscontri e delle loro interazioni con l'ambiente circostante.
- Mettere a loro disposizione le proprie risorse.

Tuttavia, le scuole non possono risolvere da sole il problema, ma possono contribuire in modo significativo attraverso la creazione di un ambiente favorevole, l'identificazione degli studenti a rischio, la fornitura di risorse e la collaborazione con altri professionisti per affrontare efficacemente l'hikikomori.



Specifiche misure del governo: IL CASO ITALIANO

L'abbandono scolastico è strettamente legato al fenomeno, pertanto le scuole devono sicuramente adottare misure speciali per prevenire il problema o per sostenere gli studenti a rischio. In questo capitolo, ci occuperemo delle normative specifiche che i governi dei Paesi partner prevedono per stabilire una strategia comune di intervento.

Il governo italiano considera il fenomeno dell'hikikomori all'interno della categoria dei **BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI B.E.S.**: "ogni alunno, in modo continuativo o per determinati periodi, può presentare Bisogni Educativi Speciali: sia per motivi fisici, biologici, fisiologici, sia per motivi psicologici o sociali, rispetto ai quali la scuola deve fornire una risposta adeguata e personalizzata". Per B.E.S. si intende "qualsiasi difficoltà evolutiva di funzionamento, permanente o transitoria, in ambito educativo e/o di apprendimento, dovuta all'interazione di vari fattori di salute secondo il modello ICF dell'OMS, e che richiede un'educazione speciale personalizzata".

Un bambino hikikomori potrebbe infatti manifestare un disagio esistenziale, relazionale e sociale, per cui ci troviamo di fronte a un B.E.S.. La presenza di espressioni di fragilità emotiva e psicologica che incidono negativamente sul suo rapporto con l'ambiente e le persone, impedisce un'effettiva partecipazione al processo di apprendimento. La normativa consolida quindi condizioni di effettiva marginalità, che finiscono per portare a insuccessi e abbandoni scolastici. Fondamentalmente, in Italia, esistono già alcune misure che possono essere intraprese per affrontare il problema dell'hikikomori nei soggetti più vulnerabili.



4. Strumenti educativi per youth workers

L'Hikikomori è un concetto relativamente nuovo, ancora poco conosciuto da studenti, insegnanti, istituzioni pubbliche e persino da professionisti come assistenti sociali o psicologi. Il primo passo da compiere è aumentare la consapevolezza su questo tema e diffondere la conoscenza degli effetti e dell'impatto a partire dalle scuole primarie e secondarie, dove si avvertono e si sviluppano i primi segnali.

L'obiettivo principale di questo capitolo è quello di introdurre la competenza, i metodi di educazione informale, i suggerimenti su come sensibilizzare l'opinione pubblica per promuovere a scuola la consapevolezza sul tema del ritiro sociale e dell'hikikomori. Questa metodologia può essere utilizzata da insegnanti, assistenti sociali, operatori giovanili, ecc. nelle attività con i giovani.

Cosa è essenziale in questo capitolo?

- Sensibilizzare sui rischi del ritiro sociale e dell'hikikomori.
- Offrire indicazioni per prevenire il ritiro sociale degli studenti
- Creare un impatto sugli studenti
- Incoraggiare la comunicazione all'interno della classe

Il gruppo di riferimento è costituito da studenti delle scuole elementari e medie. Verranno informati sull'esistenza e sulle prime manifestazioni della sindrome di Hikikomori e verrà creato un ambiente adeguato per parlare della salute mentale e delle loro preoccupazioni.

I metodi proposti in questo capitolo sono interattivi, dialogici e si basano principalmente sul modello dell'"imparare facendo".

Come affrontare il problema nelle scuole primarie e secondarie?

L'educazione informale è particolarmente importante per migliorare l'informazione dei giovani nel riconoscere gli hikikomori e sensibilizzarli su questo tema. Ha un ruolo significativo nel ridurre la stigmatizzazione dei problemi di salute mentale e nel cercare aiuto quando necessario. Creare uno spazio che offra l'opportunità di promuovere una salute mentale positiva ai giovani, soprattutto ai gruppi più svantaggiati, è un grande passo per svolgere un ruolo nella società.

Benefici dell'educazione informale per i giovani:

- Sviluppare una migliore comprensione del fenomeno Hikikomori e delle sue cause;
- Migliorare le proprie conoscenze e competenze in materia;
- Integrare le conoscenze acquisite nella loro comunità, nella famiglia, con i loro coetanei, ecc. ;
- Rompere gli stereotipi sulla salute mentale e far valere le proprie esigenze;
- Creare una rete di contatti con i coetanei.



È essenziale utilizzare il più possibile approcci partecipativi. Si possono utilizzare diverse metodologie, tra cui lezioni/presentazioni, discussioni, lavori di gruppo, domande e risposte, dimostrazioni, studi di casi e sessioni pratiche (esercitazioni dirette). Queste metodologie possono essere utilizzate in attività quali corsi di formazione e workshop.

PRIMA DI INIZIARE RICORDATEVI DI:

- **Creare un ambiente sicuro**

La sicurezza fisica ed emotiva dei giovani è una base fondamentale per qualsiasi ambiente giovanile. Gli ambienti sicuri offrono un clima emotivo positivo e privo di pregiudizi, in cui tutti i giovani si sentono sostenuti, rispettati e a proprio agio.

- **Creare un ambiente supportivo**

Un ambiente favorevole è quello in cui i giovani si sentono accolti, incoraggiati e sostenuti nell'apprendimento e nella crescita. Assicuratevi di offrire ai giovani opportunità di apprendimento attivo, di sviluppo di nuove competenze e di costruzione di relazioni sane.

- **Interazione e coinvolgimento**

Una buona interazione con gli altri è fondamentale per lo sviluppo sociale ed emotivo dei giovani. Le interazioni offrono ai giovani l'opportunità di condividere idee, dare e ricevere critiche costruttive e partecipare a discussioni.

Il coinvolgimento dei giovani è un principio fondamentale delle attività scelte. Coinvolgendo i giovani come partecipanti attivi al loro sviluppo, le competenze sociali ed emotive diventano più ricche di senso e i giovani sono più motivati ad adottarle nella loro vita quotidiana.

- **Gestire i limiti**

Stabilire dei limiti è essenziale per costruire relazioni sane, stabilendo confini chiari su ciò che è consentito o meno.

Ciò contribuisce a creare uno spazio sicuro e a favorire un clima di rispetto e libertà all'interno del gruppo.

- **Ascoltare senza giudicare**

È essenziale ascoltare con attenzione ciò che i giovani hanno da dire, cercare di capire il loro punto di vista ed essere aperti a ciò che potrebbero condividere.

- **Essere sicuri che tutti abbiano chiaro lo scopo dell'attività**

- **Assicurarsi che ognuno abbia il tempo sufficiente per comprendere i compiti e per esprimersi.**

- **Assicurarsi che ogni attività preveda una sessione di riflessione e valutazione.**





STRUMENTI PER LA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA'

GIOCO DEI NOMI

- Formare un cerchio con tutti i partecipanti;
- Il mediatore può iniziare l'attività ed essere la prima persona ad andare al centro del cerchio;
- Chiedere di presentarsi con il proprio nome di battesimo, ma invitare a fare anche un movimento o un'azione che rappresenti la persona.
- Ogni persona del gruppo ripete il nome della persona che la precede, mimando anche le azioni che ha compiuto;



ENERGIZERS

• **GIOCO DELLA SEDIA**

- Disporre le sedie in cerchio in base al numero dei partecipanti (si dovrebbe iniziare con una sedia in meno rispetto al numero dei giocatori);
- Rivolgete lo schienale della sedia verso l'esterno del cerchio;
- Scegliete una canzone e fate camminare i partecipanti intorno alle sedie quando inizia la musica; dovete indicare ai partecipanti di trovare una sedia su cui sedersi quando la musica si ferma.
- Quando la musica si ferma, ogni giocatore deve trovare una sedia su cui sedersi. Rimarrà un giocatore senza sedia perché c'è una sedia in meno rispetto al numero di giocatori; il partecipante che non ha trovato una sedia per sedersi è fuori dal gioco.

• **LE STATUINE**

- I partecipanti si dispongono in cerchio
- Al vostro battito di mani si immobilizzano come statue, cioè, rimangono fermi in una posizione che riproduce uno slogan che avete dato voi.
- Gli slogan possono essere i seguenti (potete sceglierne altri a seconda delle esigenze del gruppo target):
 - entusiasmo
 - sfida
 - sostegno
 - successo
 - equilibrio
 - stress

Ogni volta che i partecipanti si bloccano in rappresentazioni dite loro di guardarsi intorno con la cosa dell'occhio e di controllare come gli altri partecipanti hanno rappresentato lo slogan dato.



SUPPORTO PRATICO: DISEGNA LA TUA MENTE

TITOLO DELL'ATTIVITA' - DISEGNA LA TUA MENTE

OBIETTIVO DELL'ATTIVITA'

L'obiettivo principale dell'attività è quello di consentire al moderatore di capire quanto i partecipanti sappiano di determinati fenomeni e quindi permetter loro di sensibilizzarsi/imparare a conoscere il problema.

DURATA DELL'ATTIVITA'

Circa 45 min

NUMERO DI PARTECIPANTI

15-25

MATERIALI

3 fogli di carta per partecipante (un formato piccolo va bene) e matite/pennarelli colorati

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

L'attività consiste in 3 turni. Ogni turno è caratterizzato da un argomento specifico. Questi 3 argomenti sono scelti dai mediatori che devono avere una conoscenza approfondita dei temi.

Gli argomenti potrebbero essere:

- Ritiro sociale - Hikikomori - Bullismo e così via.

Ogni partecipante riceve un foglio di carta e pennarelli e/o penne colorate su cui deve rappresentare nel modo che preferisce (disegnando, scrivendo una parola, ecc.) la prima associazione che gli viene in mente sull'argomento.

Durante la parte di spiegazione i facilitatori devono sottolineare che il partecipante può anche lasciare il foglio in bianco nel caso in cui non abbia alcuna associazione rispetto all'argomento dato. Dopodiché ognuno di loro deve mostrare il proprio elaborato agli altri. Se alcuni partecipanti vogliono condividere il motivo per cui hanno rappresentato l'argomento in un modo specifico, sono i benvenuti, perché questo permetterà di parlare dell'argomento e di discutere ulteriormente su idee, stereotipi o qualsiasi altra cosa sia nella mente dei partecipanti. Alla fine, il moderatore spiegherà brevemente ai partecipanti che cos'è questo fenomeno sociale.



SUPPORTO PRATICO: WORLD CAFE'

NOME DELL'ATTIVITA' - WORLD CAFE'

SCOPO DELL'ATTIVITA'

I partecipanti analizzano gli argomenti dati e ci pensano su.

DURATA DELL'ATTIVITA'

60 min +

NUMERO DI PARTECIPANTI

10-30 partecipanti (divisi in 4 gruppi)

MATERIALI

Fogli per lavagna a fogli mobili; pennarelli.

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

- 1) Ambientazione: Creare un ambiente "speciale", il più delle volte ispirato a un caffè, ossia con piccoli tavoli rotondi con fogli per lavagna a fogli mobili, penne e pennarelli colorati. Ci dovrebbero essere quattro sedie per ogni tavolo (idealmente) - comunque non più di sette.
- 2) Accoglienza e presentazione: Il conduttore inizia con un caloroso benvenuto e un'introduzione al procedimento del World Café, definendo il contesto, condividendo il codice di comportamento del Café e mettendo i partecipanti a proprio agio.
- 3) Cicli di conversazione per piccoli gruppi: Il processo inizia con il primo turno di conversazione di venti minuti per piccoli gruppi seduti attorno a un tavolo. I tavoli sono quattro e ognuno ha un argomento di discussione: Sfide emotive, Resilienza, Integrazione sociale, Gratitudine. I partecipanti devono scrivere sulla lavagna a fogli mobili i loro pensieri sull'argomento.
- 4) Domande: Alla fine dei 10 minuti, ogni gruppo si sposta a un altro tavolo. I membri del gruppo devono leggere attentamente il foglio del tavolo, discutere l'argomento, riassumere le risposte e scriverle sulla lavagna a fogli mobili.
- 5) Raccolta: le squadre a rotazione possono scegliere una persona come "capitano". "Ogni gruppo deve visitare tutti e 4 i tavoli e discutere tutti e 4 gli argomenti. Alla fine dell'attività i capitani dei gruppi presenteranno ciò che i partecipanti hanno scritto sulle lavagne a fogli mobili.
- 6) Dare ai partecipanti l'opportunità di discutere ciò che hanno scritto e se sono d'accordo o meno con le opinioni degli altri.



SUPPORTO PRATICO: RECITA TEATRALE

TITOLO DELL'ATTIVITA' - RECITA TEATRALE

SCOPO DELL'ATTIVITA'

- Sensibilizzare le persone sui modi di comunicazione con gli altri per farli sentire a proprio agio.
- Migliorare le loro abilità sociali
- Sviluppare la loro consapevolezza sull'Hikikomori

DURATA DELL'ATTIVITA'

60 min +

NUMERO DI PARTECIPANTI O

Fino a 30 partecipanti (divisi in 4 gruppi)

MATERIALI

fogli A4 con 4 scenari scritti per ognuno dei 4 gruppi

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

I partecipanti vengono divisi in 4 gruppi. I mediatori consegnano a ciascun gruppo un foglio con uno scenario e i partecipanti devono preparare una rappresentazione teatrale basata su di esso. I mediatori dicono ai partecipanti di concentrarsi sulla salute mentale delle persone presenti nella scena e sulle abilità sociali che hanno o non hanno sviluppato a sufficienza. Dopo 15 minuti, i gruppi iniziano a presentare le loro improvvisazioni. Ogni volta il gruppo recita la propria scena e deve recitarla poi una seconda volta; qualcuno del pubblico può dire "stop" ed entrare in scena, per cambiare la trama secondo il proprio punto di vista.

Gli scenari proposti sono:

1. Un nuovo studente vuole conoscere altra gente, ci esce insieme per un caffè e uno di loro dice di essere depresso.
2. Uno studente costantemente vittima di bullismo da parte dei suoi compagni e che non trova il sostegno degli insegnanti.
3. Uno studente in sedia a rotelle che comunica poco in classe e non partecipa alle attività ricreative con i suoi amici.
4. Un giovane che comunica solo attraverso i social media e che sta attraversando un periodo difficile in famiglia.



Una volta completata questa fase, i partecipanti si mettono in cerchio e i mediatori li rivolgono queste domande:

- Com'è stato per voi?
- Cosa avete osservato?
- Come vi siete sentiti?
- Cambiereste qualcosa nel vostro modo di comportamento?
- Cosa ricorderete di questa esperienza?

SUPPORTO PRATICO: LA LINEA DEL TEMPO

TITOLO DELL'ATTIVITA' - LA LINEA DEL TEMPO

OBIETTIVO DELL'ATTIVITA'

L'obiettivo principale dell'attività è riflettere sul periodo passato e porre l'attenzione sul tema del benessere.

DURATA DELL'ATTIVITA'

Dipende dal numero di partecipanti

NUMERO DI PARTECIPANTI

-

MATERIALI

Fogli e matite

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Ogni partecipante disegna una linea del tempo, mostrando il tempo trascorso negli ultimi tre mesi (potrebbe essere un periodo di tempo più lungo). Vengono quindi incoraggiati a trovare i momenti chiave in cui hanno sentito che il loro benessere è stato compromesso durante questo periodo e a registrarli sulla linea del tempo.

Poi discutono di questi momenti e di come si sono sentiti all'epoca e ora. Le cose sono cambiate? Come questi momenti hanno influenzato la loro vita?



SUPPORTO PRATICO: LETTERA A ME STESS*

TITOLO DELL'ATTIVITA' - LETTERA A ME STESS*

OBIETTIVI:

L'obiettivo primario è riflettere sul proprio benessere.

DURATA DELL'ATTIVITA':

Dipende dal numero di partecipanti

NUMERO DI PARTECIPANTI

-

MATERIALI

Carta e matite

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Ai partecipanti viene chiesto di pensare al proprio benessere e di scrivere una lettera a sé stessi. Cosa vorrebbero per sé stessi un anno dopo, come potrebbero prendersi cura di sé. Dite loro di scrivere 5 cose su questo argomento e, se si sentono a loro agio, di leggere ad alta voce davanti a tutti i partecipanti.

Sitografia:

https://www.salto-youth.net/downloads/toolbox_tool_download-file-1792/Booklet-compressed.pdf

https://www.salto-youth.net/downloads/toolbox_tool_download-file-2910/Toolkit_DEVELOPING%20MENTAL%20HEALTH%20THROUGH%20YOUTH%20WORK%20AND%20NON-FORMAL%20EDUCATION.pdf?

<http://peopleinfocus.org/en/drama-and-theatre-in-education/>

<https://fondationdaniellemitterrand.org/wp-content/uploads/2022/07/facilitators-guidebook.pdf>



5. Casi

CASO N.1

Un paziente di 24 anni viveva con i genitori, il fratello maggiore e la sorella minore. Aveva avuto un normale sviluppo e conservava ricordi piacevoli della sua infanzia. La madre era un po' iperprotettiva, mentre il padre era piuttosto rilassato. Gli piaceva passare molto più tempo con la sorella che con il fratello. Non ha avuto problemi con gli amici durante gli anni della scuola materna ed elementare. Riusciva a fare amicizia e a partecipare agli eventi sociali. Tuttavia, dopo l'adolescenza ha iniziato a balbettare. A causa di ciò, i suoi compagni di classe alle superiori hanno iniziato a prenderlo in giro e a bullizzarlo. Si è sentito in difetto e ha iniziato a ritirarsi dalla scuola e dalle relazioni sociali. Ha iniziato a trascorrere più tempo a casa, giocando ai videogiochi e comunicando poco con gli amici. Pensava che la scuola fosse un luogo infernale. Dopo il diploma, ha continuato a rimanere a casa e non ha cercato di frequentare l'università.

Per due anni è rimasto nella sua stanza navigando su Internet e giocando, ad eccezione delle volte in cui aveva bisogno di andare in bagno. Poiché ha iniziato ad avere problemi con i suoi familiari a causa del suo uso eccessivo del computer, ha iniziato a chiudersi in camera mettendo dei mobili dietro la porta per impedire a chiunque di entrare nella stanza. Alla fine la sorella ha chiamato l'ambulanza e lui è stato portato al pronto soccorso. Per almeno tre anni ha mangiato, bevuto, dormito e giocato nella sua stanza e non ne è uscito se non per necessità. Dopo l'arrivo al pronto soccorso, è stato sottoposto ad alcune procedure come la scala Clinical Global Impression (CGI), l'elettroencefalogramma (EEG), la tomografia computerizzata (TC), esami di laboratorio e test di valutazione psicologica. Secondo i risultati dei test, non c'erano anomalie cerebrali, aveva un punteggio medio con un QI di 105 punti. Presentava un aumento dell'aggressività e della depressione, bassi punteggi di socievolezza e incontrollabilità. Per quanto riguarda il trattamento, ha iniziato a utilizzare la farmacoterapia con basse dosi di olanzapina e basse dosi di lorazepam per abbassare il livello di ansia e aumentare l'autoregolazione. Ha seguito anche sedute di psicoeducazione (una volta alla settimana), CBT (terapia cognitivo-comportamentale), terapia comunitaria, terapia psicodinamica individuale e di gruppo. Anche uno dei membri della sua famiglia partecipava alle sedute e a volte gli venivano assegnati dei compiti, come tenere un diario, uscire invece di usare il computer. Dopo qualche tempo, Internet è stato utilizzato come ricompensa per la socializzazione e per l'adempimento delle sue responsabilità. È emerso che provava rabbia per essere stato escluso dalla società e preferiva rimanere a casa per sentirsi al sicuro prima del trattamento. Continuando le sedute, è migliorato e si è anche fatto degli amici in ospedale e ha iniziato a incontrarli fuori dall'ospedale.



CASO N.2

L'altro caso è quello di un ragazzo di 15 anni proveniente dalla Turchia. Viveva con la sorella, la madre ingegnere e il padre insegnante. Ha vissuto un'infanzia normale, ma quando ha iniziato la scuola ha diminuito la comunicazione con i suoi amici e ha avuto difficoltà a fare amicizia. Nei primi anni di scuola i suoi risultati scolastici sono stati superiori alla media, ma quando è entrato alle superiori non è riuscito a ottenere buoni voti. Poiché i genitori avevano aspettative più alte nei suoi confronti, si è sentito un fallimento e si è ritirato dalla scuola e dalla vita sociale. Non andava a scuola e usciva raramente dalla sua stanza. All'inizio usciva solo per i suoi bisogni fisici, come mangiare, fare il bagno e andare in bagno. Passava la maggior parte del tempo a giocare e a navigare su Internet nella sua stanza. Dopo un po', poiché i suoi genitori hanno iniziato a litigare per i suoi comportamenti, è diventato aggressivo e ha smesso di uscire dalla sua stanza. Così la sua famiglia ha iniziato a mettere il cibo davanti alla porta della sua stanza. Teneva le tende chiuse e metteva i mobili dietro la porta per non far entrare i genitori nella sua stanza. Ha persino iniziato a urinare nelle bottiglie e a non uscire dalla sua stanza per mangiare a causa delle liti dei genitori. Dopo che i genitori hanno interrotto la connessione a Internet e portato via computer e dispositivi tecnologici, si è comunque rifiutato di uscire dalla sua stanza. Dopo qualche tempo, poiché i genitori erano preoccupati per lui, è stato portato in una clinica per essere curato.

In primo luogo, ha sostenuto alcuni test di valutazione psicologica come WISC-R (scala di intelligenza Wechsler per bambini - rivista), SAPS (scala per la valutazione dei sintomi positivi), SANS (scala per la valutazione dei sintomi negativi), K-SADS (programma per disordini affettivi e schizofrenia per bambini in età scolare), CDRS (Scala di misura della depressione infantile) e SCARED (Screen per ansia infantile collegata a disordini). Dai risultati è emerso che il bambino non presentava alcun disturbo del neurosviluppo, psicotico o affettivo.

Non aveva una malattia psicotica come la schizofrenia perché non mostrava sintomi come allucinazioni e deliri.

Non aveva un disturbo d'ansia sociale perché non si sentiva ansioso in un ambiente nuovo.

Non aveva un disturbo dello spettro autistico perché era in grado di comunicare e di avere un contatto visivo con le altre persone durante la conversazione.



Di conseguenza, i suoi sintomi erano più simili a quelli dell'Hikikomori. Si è allontanato dalle persone che lo circondavano e non è uscito dalla sua stanza nemmeno per i suoi bisogni per più di 6 mesi. Dormiva di giorno e rimaneva sveglio di notte giocando ai videogiochi. Si rifiutava di uscire dalla sua stanza anche dopo che i genitori gli avevano tolto i dispositivi elettronici. Dopo gli esami, ha iniziato a prendere Risperidone 0,5 mg/die e ad andare in terapia. All'inizio non pensava che ci fosse un problema. Sembrava che non volesse parlare, ma dopo qualche tempo ha iniziato a comunicare. Anche la famiglia ha ricevuto una consulenza su come comportarsi con il paziente e ha migliorato le proprie capacità genitoriali. Dopo qualche tempo, il paziente ha trascorso più tempo fuori dalla stanza con la famiglia ed è migliorato.

CASO N.3

L'altro caso è un uomo di 38 anni. Durante l'infanzia ha mostrato uno sviluppo coerente con gli stadi evolutivi. Nei primi anni di scuola, riusciva a farsi degli amici e ad avere una cerchia sociale. Tuttavia, poiché voleva imitare un comico, ha fatto della balbuzie un'abitudine. Dopo qualche tempo, i compagni di classe hanno iniziato a prenderlo in giro ed è stato emarginato a causa della balbuzie. Dopo l'ingresso alle scuole superiori, ha socializzato con gli altri, ma all'improvviso ha perso il padre a causa di una grave malattia fisica. Ha iniziato così a passare più tempo con gli amici e a studiare raramente. Dopo il diploma, si è iscritto all'università tranquillamente come i suoi amici. Ha però frequentato raramente le lezioni e al secondo anno ha abbandonato gli studi. A vent'anni ha iniziato a lavorare in un negozio come commesso. A 30 anni ha lasciato il lavoro perché ne voleva uno a tempo pieno. Ha iniziato a cercare un lavoro in linea con le sue aspettative, ma non è riuscito a trovarlo e col tempo ha perso la fiducia in sé stesso. Ha smesso di cercare lavoro e si è allontanato dalla famiglia, rimanendo nella sua stanza e giocando ai videogiochi. Non aveva una routine ma viveva le giornate casualmente e per 5 anni ha giocato fino a mezzanotte. Ha litigato con la sorella e la madre a causa della sua incapacità di lavorare e di avere un matrimonio. Dopo aver saputo che uno dei suoi amici si era suicidato, ha iniziato a preoccuparsi per sé stesso. Si è rivolto al Centro di sostegno Hikikomori con il supporto di sua madre, preoccupata. Ha iniziato a frequentare terapie di gruppo psicodinamiche.



6. Metodi di intervento e approcci multidimensionali

Le ricerche sull'hikikomori suggeriscono un approccio multidimensionale per curare la suddetta sindrome. Poiché il paziente con sindrome di hikikomori può aver bisogno di terapie individuali o di gruppo per superare le ferite del passato, è necessaria la psicoterapia. Poiché la famiglia influisce sul paziente e a sua volta è colpita dalla situazione, anche la famiglia ha bisogno di consulenza e terapia. Inoltre, diversi metodi, come l'attività fisica, si sono rivelati efficaci nella gestione dei sintomi. **Terapia e consulenza familiare:** Gli studi suggeriscono che fattori come la storia psichiatrica della famiglia, le dinamiche familiari disfunzionali, la storia di maltrattamento familiare e la famiglia monoparentale possono avere un effetto sulla comparsa dei sintomi della sindrome di hikikomori. Se un genitore soffre di un disturbo psicotico, questo influisce sui meccanismi di coping, sulla regolazione e sulla socializzazione del bambino. Inoltre, se le aspettative dei genitori nei confronti del figlio sono troppo alte, quando il figlio fallisce avverte una mancanza di fiducia in sé stesso e si ritira dalla scuola. Se uno dei genitori è iperprotettivo, il bambino potrebbe non essere in grado di migliorare le strategie di coping di fronte alle sfide della vita quotidiana. È quindi importante fornire alle famiglie una consulenza su cosa sia l'hikikomori, su come comportarsi con il proprio figlio affetto da sindrome hikikomori e su come sostenere il proprio figlio hikikomori. **Sedute di psicoterapia:** I pazienti possono avere una storia che causa l'hikikomori. Ad esempio, il paziente può essere stato emarginato a causa di disabilità fisiche o di differenze particolari rispetto ai compagni di classe. Questa situazione può far sì che il bambino si senta insicuro e abbia difficoltà nella socializzazione. Ecco perché le sedute settimanali di psicoterapia sono importanti per i pazienti per superare le ferite del passato. Diverse strategie terapeutiche come la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia psicodinamica o le terapie di gruppo possono essere utili per superare la sindrome di hikikomori.

Attività fisica: Una ricerca condotta da Keiko Yokoyama, Tadaaki Furuhashi, Yuji Yamamoto, Maki Rooksby e Hamish J. McLeod suggerisce un approccio diverso, chiamato programma HMC (letteralmente: consultazione sul movimento umano). Poiché lo sport è efficace nel migliorare la salute mentale, il funzionamento cardiopolmonare, la qualità della vita e il benessere, si offrono alle persone affette da hikikomori due tipi di attività fisica: gli allenamenti all'aperto e gli sport di gruppo. Ai pazienti vengono dati compiti come camminare, correre o andare in bicicletta in attività all'aperto. Vengono anche indirizzati a praticare sport di gruppo come il ping-pong, il badminton o il tennis, perché queste attività richiedono un'interazione faccia a faccia.



Il caso A dello studio è uno studente universitario di 19 anni. Quando è stato accettato per la prima volta nel programma, si era ritirato da scuola, la sua routine era stato rovesciata e passava la maggior parte del tempo nella sua stanza a giocare con i videogiochi. In quel periodo frequentava anche una consultazione psichiatrica bisettimanale. Il caso A ha svolto alcune attività durante il trattamento, come camminare, correre, andare in bicicletta, giocare a ping pong, a badminton e a palla prigioniera. All'inizio non aveva confidenza con la scelta delle attività da frequentare. Si è sentito insicuro e preoccupato di non riuscire a svolgerle con successo. Continuando a fare esercizio, la fiducia in sé stesso è aumentata e si è sentito meglio sia fisicamente che psicologicamente. Era più disposto a praticare sport relazionali con i vari membri. Alla fine del percorso, ha deciso di tornare all'università.

Documentari, film e video

I film e i documentari possono esprimere efficacemente i fenomeni sociali attraverso la combinazione di elementi visivi, emotivi e narrativi. Ciò offre agli spettatori un'esperienza di intrattenimento e permette loro di pensare, empatizzare, parlare e agire su questioni sociali. Pertanto, vorremmo darvi alcuni suggerimenti sul fenomeno degli hikikomori:

1. Hikikomori, a deafening silence (Hikikomori, un silenzio assordante)



Un documentario calmo ed empatico sugli hikikomori - per lo più giovani uomini reclusi in Giappone - e sul loro ritorno nella società grazie all'aiuto delle istituzioni.



2. Japan: The Age Of Social Withdrawal | 101 East (Giappone: l'era del ritiro sociale)



Documentario nel quale Al Jazeera English Channel intervista individui Hikikomori.

3. Hikikomori: Japan's Vanishing People (Hikikomori: il popolo giapponese che scompare)



Hikikomori descrive un fenomeno psicopatologico e sociologico giapponese che colpisce fino a 2 milioni di persone che si ritirano dalla società, nascondendosi nelle loro stanze per mesi o anni.
Director: Mandana Mofidi (2017).

4. Film: Tokyo Sonata



Descrive il cambiamento della struttura familiare quando il padre di famiglia perde il lavoro. Sebbene non si vedano chiaramente gli elementi del fenomeno hikikomori, il modo in cui un individuo di sesso maschile che incontra difficoltà economiche in una struttura patriarcale tradizionale viene definito dalla società è reso molto bene nel film. È un buon film che mostra perché gli hikikomori sono molto numerosi in un contesto sociologico, soprattutto in Giappone.



7. Lista di organizzazioni per paese

Italia

- Hikikomori Italia (<https://www.hikikomoriitalia.it/>)
- Amahikikomori (<https://www.amahikikomori.it/>)
- Associazione Italiana per la Salute Sentale AISME (<http://laisme.info/>)
- Associazione Italiana Tutela Salute Mentale AITSAM (0422 710926) (<https://www.aitsam.it/>)
- Telefono Amico Italia (<https://www.telefonoamico.it/>)
- SOS Psiche (<https://www.sospsiche.it/salute-mentale/volontari.html>)
- Telefono verde salute mentale (800.833.833)
- Emilia Romagna, Hikikomori Italia Genitori ONLUS (emiliaromagna@hikikomoriitalia.it), (<https://www.hikikomoriitalia.it/p/gruppo-genitori.html>; <https://www.informafamiglie.it/unione-terre-acqua-casa-isora/servizi-alle-famiglie/corsi-e-gruppi-per-genitori/gruppo-per-genitori-associazione-hikikomori-italia-genitori-onlus>)
- Linee di indirizzo su ritiro sociale Emilia-Romagna. Prevenzione, rilevazione precoce ed attivazione di interventi di primo e secondo livello (<https://www.regione.emilia-romagna.it/notizie/2022/giugno/adolescenza-le-linee-guida-della-regione-contro-disagio-e-ritiro-sociale-formazione-prevenzione-monitoraggi/linee-di-indirizzo-su-ritiro-sociale-rer-1.pdf>)
- Bologna, Associazione Senza Fili (<https://centrosenzafili.it/adolescenti-e-preadolescenti/>)
- Bologna, Nessuno Resti Indietro (348 5660573)
- Progetto Spazio ed Amicizia ODV: spazioamicizia@gmail.com
- Bologna, Cercareoltre Sinergie per la Salute Mentale (0516753917)
- Bologna, Villaggio del Fanciullo (giovanni.mengoli@dehoniani.it) (051 343754, 051 345834)
- Short documentary in Italian, by Hikikomori Italia: (<https://www.youtube.com/watch?v=Q6GjaYwsrlk&pp=ygUTaGhraWtvbW9yaSBmYW5ucGFnZQ%3D%3D>)
- Milano, Centro Hikikomori (02 36 74 27 58), (hikikomori.coop@gmail.com)
- Toscana, Rete Cedro: documentazione sulle dipendenze patologiche (<http://www.retecedro.net/contatti-3/>)
- Centro studi Gruppo Abele (011 3841050), (<http://centrostudi.gruppoabele.org/>)
- Attiva-Mente (<https://www.ciai.it/progettoattiva-mente/>)



Turchia

- **Linea 112.** In Turchia esiste una linea telefonica 112 per tutte le emergenze e i servizi di consulenza. Le persone possono chiamare questo numero se hanno una condizione legata all'Hikikomori o se sono mentalmente o fisicamente incapaci di affrontare la situazione. Verranno assistiti con un servizio di consulenza d'emergenza.
- **Linea 183.** Attraverso la linea telefonica 183, uno dei Call Center del Ministero della Famiglia e dei Servizi Sociali, vengono valutate le chiamate relative ai servizi per la famiglia, le donne, i bambini, i disabili, gli anziani e i loro parenti e vengono forniti servizi di orientamento e consulenza. Il servizio è attivo 7 giorni su 7 e 24 ore su 24. Sebbene questa linea telefonica sia stata inizialmente istituita come linea per la violenza, i servizi di supporto psicologico del Ministero si possono conoscere chiamando questa linea telefonica.
- **CIMER** Esiste una piattaforma chiamata CIMER che consente l'accesso a tutte le istituzioni pubbliche in Turchia. Ogni individuo può scrivere su questa piattaforma il servizio di cui ha bisogno. Di conseguenza, gli verranno fornite le informazioni che lo aiuteranno.
- **Centri di servizio sociale (SSC)- Consulenza individuale:** Nei Centri di Servizio Sociale (SSC), la consulenza individuale nelle aree dei servizi psicosociali è svolta dal personale professionale competente in base all'area problematica del cliente. La valutazione psicologica viene effettuata da uno psicologo, la valutazione sociale ed economica da un assistente sociale e la valutazione dello sviluppo da uno specialista dello sviluppo infantile. Durante la consulenza individuale, i problemi che rientrano nel campo di competenza di altri operatori di supporto psicosociale del SSC, che riguardano altre unità del SSC, che richiedono diagnosi e trattamento e/o che riguardano altre istituzioni e organizzazioni devono essere riferiti alla persona o alle istituzioni competenti. I casi riferiti alle persone o alle istituzioni competenti e le procedure avviate possono continuare a essere ascoltati dal consulente su loro richiesta. I casi segnalati per la diagnosi e il trattamento psichiatrico possono continuare a incontrare il consulente presso il CSD dopo che la diagnosi è stata fatta e il trattamento è stato organizzato (se possibile, il consulente può continuare a comunicare con il medico).
- Per informazioni sui contatti dei centri in ogni distretto di Istanbul:
<https://www.aile.gov.tr/istanbul/kuruluslarimiz/>



- **Colloqui con le famiglie:**

Tutto il personale di supporto psicosociale (psicologi, assistenti sociali e specialisti dello sviluppo infantile) può condurre colloqui con le famiglie nei casi che rientrano nelle aree di servizio psicosociale degli SHM e in cui la famiglia deve essere gestita come un sistema. L'aspetto principale di questi colloqui è che ogni professionista gestisce la famiglia dal proprio punto di vista professionale. Nei casi in cui la famiglia deve essere gestita in modo sistemico, è più appropriato che a vederla sia il personale formato e attrezzato per la consulenza familiare. In caso di problemi psicologici individuali che possono impedire la consulenza familiare, l'assistente sociale e lo specialista dello sviluppo infantile devono indirizzare il caso a uno psicologo e, se c'è un sospetto di una psicopatologia dopo la valutazione psicologica dello psicologo, il caso deve essere indirizzato a uno psichiatra. In base ai risultati della valutazione psicologica e dell'esame psichiatrico, lo psicologo e gli altri professionisti devono decidere come gestire i colloqui individuali e/o familiari con l'approvazione dei clienti.

<https://www.aile.gov.tr/istanbul/kuruluslarimiz/>

- **Unità di supporto psicologico affiliate alla Municipalità metropolitana di Istanbul**

I servizi di psicomelia, psicoterapia e consulenza per bambini e adolescenti, psicoterapia e consulenza per adulti, psicoterapia di coppia e familiare e consulenza psichiatrica vengono svolti nelle unità affiliate alla Municipalità Metropolitana di Istanbul allo scopo di risolvere i problemi degli individui, aumentare la qualità della loro vita quotidiana, lo sviluppo individuale e mantenere la coesione sociale.

A Istanbul, 28 centri di consulenza psicologica forniscono servizi a cittadini di età compresa tra i 3 e i 65 anni.

Le informazioni di contatto sono disponibili a questo link:

<https://saglik.ibb.istanbul/psikolojik-danismanlik-merkezleri-pdm/>

- **Centri di orientamento e ricerca (GRC)**

I Centri di orientamento e ricerca sono affiliati al Ministero dell'Educazione nazionale svolgono studi per un'efficace implementazione dei servizi di orientamento e consulenza psicologica nelle istituzioni scolastiche e sono responsabili della valutazione educativa, della diagnosi e dei servizi di orientamento per gli individui che necessitano di un'istruzione speciale.

<https://orgm.meb.gov.tr/www/rehberlik-ve-arastirma-merkezi-ram/icerik/1929>

- **Servizi di orientamento delle scuole**

Ogni scuola ha un servizio di consulenza. I consulenti psicologici partecipano a questo servizio. Ogni ragazzo può ricevere il sostegno dei consulenti.



Bosnia- Erzegovina

Associazione Menssana - 061 629 591 - Menssana è la prima associazione in Bosnia-Erzegovina che ha partecipato al progetto dedicato ai fenomeni di Hikikomori con un team di persone competenti che hanno seguito un corso di formazione per essere in grado di aiutare e guidare le persone affette da Hikikomori.

Il Telefono Azzurro - 080 050 305 - è una linea di consulenza per l'aiuto anonimo e gratuito ai giovani e ai bambini della Bosnia-Erzegovina. I motivi più comuni per cui i bambini si rivolgono a loro sono legati alla salute mentale, alla violenza o agli abusi.

La linea rossa SOS - 033 222 000 - è un numero di telefono che permette ai cittadini del Cantone di Sarajevo e non solo di segnalare qualsiasi forma di violenza domestica: fisica, psicologica, sessuale ed economica.

I centri di salute mentale nei centri sanitari della Federazione della Bosnia-Erzegovina hanno adattato il loro lavoro alla nuova situazione e si sono messi a disposizione dei cittadini per il supporto psicologico telefonicamente durante e dopo l'orario di lavoro, e sono stati in grado di fornire supporto 24 ore su 24, compresi i fine settimana.

Ministero Federale della Salute - "Contattateci, i numeri di contatto dei centri di salute mentale per l'area della FBiH sono a vostra disposizione e sono pubblicati sul sito web dello staff di crisi del Ministero Federale della Salute e dell'Associazione XY. Se vedete che una certa situazione di crisi si ripercuote sulla vostra salute mentale, cercate aiuto, chiedete consiglio, si tratta solo di una piccola conversazione professionale", ha dichiarato Irina Puvača, sottolineando come i Centri di salute mentale si siano resi disponibili online, attraverso tutte le loro linee.



ALBANIA

È importante notare che diverse organizzazioni hanno intrapreso iniziative distinte per promuovere la consapevolezza sulla salute mentale tra i giovani. Inoltre, il concetto di Hikikomori è stato recentemente introdotto in Albania e nei Balcani occidentali.

People in Focus Albania NGO - PiF è la prima associazione in Albania che ha partecipato al progetto dedicato al fenomeno dell'Hikikomori, sensibilizzando e sviluppando le competenze dei professionisti psicosociali e degli insegnanti su come identificare, aiutare e guidare i giovani con gravi situazioni di isolamento sociale.

Alo 116 Linea telefonica - La linea telefonica nazionale di consulenza per i bambini in Albania si concentra sui bambini e i giovani, prendendo in considerazione e indirizzando le loro richieste in base alle esigenze che comunicano al servizio ALO 116. È disponibile per tutti i bambini in tutto il paese, 24 ore su 7 giorni alla settimana e ogni giorno dell'anno. <https://alo116.al/>

Linea di aiuto per donne e ragazze 116 117 - La linea di consulenza per ragazze e donne fornisce consulenza telefonica e anche consulenza faccia a faccia per donne e ragazze. Questa linea offre consulenza psicologica e legale gratuita con l'obiettivo di potenziare e sostenere le donne vittime di violenza. <https://hotlinealbania.org/>. Inoltre, è stata istituita una linea di consulenza per ragazzi e uomini. <https://www.cmb.al/>

Istituto Pubblico della Salute - La missione dell'Istituto di Sanità Pubblica (PHI), come Centro Nazionale nel campo della sanità pubblica, consiste nello sviluppo, prevenzione e controllo di malattie, lesioni, disabilità e fattori ambientali dannosi per la salute, nonché nello sviluppo di campagne di promozione della salute in stretta collaborazione con agenzie e organizzazioni nazionali e internazionali.

Servizi Psicosociali nelle Scuole - Ogni scuola dispone di un servizio di consulenza. Consulenti psicologici fanno parte di questo servizio. Ogni giovane può ricevere supporto da parte dei consulenti.

Consulenza Individuale - In Albania, sono disponibili varie cliniche private di consulenza per coloro che cercano supporto per la propria salute mentale. Queste cliniche fungono da spazi accessibili e accoglienti dove le persone possono cercare assistenza professionale per affrontare il loro benessere psicologico.

NB. Se noti che una particolare crisi sta influenzando la tua salute mentale, cerca aiuto, cerca consiglio, è solo una breve conversazione professionale.



8. Riflessioni Finali

Il dolore giovanile come messaggio al mondo: a scuola di Hikikomori.

- *La ribellione e il fallimento dei compiti richiesti, e la conseguente distanza protettiva che i ragazzi innescano rispetto al sistema, sembrano chiedere, anche se in modo disfunzionale, di aprire uno spazio solitario per fermare le richieste della macchina sociale, e di cercare in sé stessi i propri valori e il proprio percorso personale.*
- *I giovani, con i loro comportamenti sconcertanti, mettono in scena ciò che la società adulta nega. In questo caso gli Hikikomori ne sono portavoce, e si fanno carico di una depressione esistenziale che gli adulti non permettono, tutti presi dai loro innumerevoli impegni, e che i ragazzi più sensibili, che non hanno ancora una posizione stabile nella società, intercettano.*
- *Percezione di un vuoto interiore, all'interno del quale sorgono le domande essenziali dell'essere umano: Cosa voglio? Dove voglio andare? Che senso ha la mia vita? Come posso contribuire al miglioramento della società? Che senso ha tutto il male del mondo? Che cos'è l'amore? E l'amicizia? E la guerra?*
- *Lungi dal poter trovare risposte univoche a queste domande, tuttavia, esse necessitano di un tempo di sviluppo, e di una ricerca partecipata insieme a qualcuno che voglia stare con loro nell'esplorazione, senza chiudere subito la discussione con consigli e conclusioni semplicistiche.*
- *Siamo ancora capaci di raccontare piuttosto che di spiegare? Siamo ancora capaci di complicare piuttosto che di etichettare e semplificare?*





Co-funded by
the European Union



YouNet
(Italia, Capofila)
info@you-net.eu



İSTANBUL VALİLİĞİ
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER
İL MÜDÜRLÜĞÜ

IFSS
(Turchia)
aile.abprojeler@gmail.com



People in Focus
(Albania)
peopleinfocusalbania@gmail.com



Udruženje za zaštitu mentalnog zdravlja

Menssana
(Bosnia e Erzegovina)
udruzenjemenssana@gmail.com



Co-funded by
the European Union



Erasmus+
Enriching lives, opening minds.

Finanziato dall'Unione europea. Le opinioni espresse appartengono, tuttavia, al solo o ai soli autori e non riflettono necessariamente le opinioni dell'Unione europea o dell'Agenzia esecutiva europea per l'istruzione e la cultura (EACEA). Né l'Unione europea né l'EACEA possono esserne ritenute responsabili.