Il rapporto degli adolescenti con il vissuto di solitudine. Come questo interagisce con il rischio di strutturare un ritiro sociale.

- MICHELE PROCACCI
- PSICHIATRA, PSICOTERAPEUTA
- MICHELE.PROCACCI@ASLROMA1.IT

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 1

TERZOCENTRO

Questa foto di Autore sconosciuto è concesso in licenza da CC BY-NC-ND

Questa foto di Autore sconosciuto è concesso in licenza da CC BY-NC-ND

La Solitudine: definizioni

- La solitudine è l'anima nascosta e segreta della vita, ma come non avere la sensazione che oggi, nel mondo della modernità esasperata e della comunicazione digitale, sia grande il rischio di naufragare nell'isolamento?
(In dialogo con la Solitudine E. Borgna, 2021)

- La solitudine corrispondente al concetto di loneliness descrive uno stato emotivo negativo sperimentato quando c'è una differenza tra le relazioni che si desidererebbero avere e quelle che uno percepisce di avere in realtà
(Cacioppo & Cacioppo, 2014)

OPEN ACCESS

Check for updates

The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis

Daniel L Surkalim,[1,2] Mengyun Luo,[1,2] Robert Eres,[3,4] Klaus Gebel,[5] Joseph van Buskirk,[1] Adrian Bauman,[1,2] Ding Ding[1,2]

[1]Sydney School of Public Health, Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney, Camperdown, NSW, Australia

[2]Charles Perkins Centre (D17), The University of Sydney, Camperdown, NSW, 2006, Australia

[3]Neurodisability and Rehabilitation, Murdoch Children's Research Institute, Royal Children's Hospital, Parkville, VIC, Australia

[4]Department of Paediatrics, The University of Melbourne, Parkville, VIC, Australia

[5]Australian Centre for Public and Population Health Research, School of Public Health, Faculty of Health, University of Technology Sydney, Ultimo, NSW, Australia

Correspondence to: D Ding melody.ding@sydney.edu.au (ORCID 0000-0001-9850-9224)

Additional material is published online only. To view please visit the journal online.

Cite this as: *BMJ* 2022;376:e067068 http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2021-067068

Accepted: 15 December 2021

ABSTRACT

OBJECTIVES

To identify data availability, gaps, and patterns for population level prevalence of loneliness globally, to summarise prevalence estimates within World Health Organization regions when feasible through meta-analysis, and to examine temporal trends of loneliness in countries where data exist.

DESIGN

Systematic review and meta-analysis.

DATA SOURCES

Embase, Medline, PsycINFO, and Scopus for peer reviewed literature, and Google Scholar and Open Grey for grey literature, supplemented by backward reference searching (to 1 September 2021)

ELIGIBILITY CRITERIA FOR SELECTING STUDIES

Observational studies based on nationally representative samples (n≥292), validated instruments, and prevalence data for 2000-19. Two researchers independently extracted data and assessed the risk of bias using the Joanna Briggs Institute checklist. Random effects meta-analysis was conducted in the subset of studies with relatively homogeneous research methods by measurement instrument, age group, and WHO region.

RESULTS

Prevalence data were available for 113 countries or territories, according to official WHO nomenclature for regions, from 57 studies. Data were available for adolescents (12-17 years) in 77 countries or territories, young adults (18-29 years) in 30 countries, middle aged adults (30-59 years) in 32 countries, and older adults (≥60 years) in 40 countries. Data for all age groups except adolescents were lacking outside of Europe. Overall, 212 estimates for 106 countries from 24 studies were included in meta-analyses. The pooled prevalence of loneliness for adolescents ranged from 9.2% (95% confidence interval 6.8% to 12.4%) in South-East Asia to 14.4% (12.2% to 17.1%) in the Eastern Mediterranean region. For adults, meta-analysis was conducted for the European region only, and a consistent geographical pattern was shown for all adult age groups. The lowest prevalence of loneliness was consistently observed in northern European countries (2.9%, 1.8% to 4.5% for young adults; 2.7%, 2.4% to 3.0% for middle aged adults; and 5.2%, 4.2% to 6.5% for older adults) and the highest in eastern European countries (7.5%, 5.9% to 9.4% for young adults; 9.6%, 7.7% to 12.0% for middle aged adults; and 21.3%, 18.7% to 24.2% for older adults).

CONCLUSION

Problematic levels of loneliness are experienced by a substantial proportion of the population in many countries. The substantial difference in data coverage between high income countries (particularly Europe) and low and middle income countries raised an important equity issue. Evidence on the temporal trends of loneliness is insufficient. The findings of this meta-analysis are limited by data scarcity and methodological heterogeneity. Loneliness should be incorporated into general health surveillance with broader geographical and age coverage, using standardised and validated measurement tools.

SYSTEMATIC REVIEW REGISTRATION

PROSPERO CRD42019131448.

Introduction

Humans thrive on meaningful social connections. Feelings of loneliness set in when a discrepancy exists

Adolescents
Young adults
Middle aged adults
Older adults

OPEN

Self-isolation of adolescents after Covid-19 pandemic between social withdrawal and Hikikomori risk in Italy

Loredana Cerbara[1], Giulia Ciancimino[1], Gianni Corsetti[2] & Antonio Tintori[1]

La prevalenza della solitudine in Italia: studi dopo la pandemia e vulnerabilità in età evolutiva

	Leisure time alone		Lack of meetings with friends		Lack of sincere relationships	
	2019 (%)	2022 (%)	2019 (%)	2022 (%)	2019 (%)	2022 (%)
Sex						
Male	16.7	21.2	5.0	8.8	10.7	10.5
Female	16.4	23.0	6.3	10.9	13.6	12.1
Geographical area						
South	9.9	19.0	5.7	10.3	11.7	11.1
Centre	15.0	17.5	5.6	7.5	13.2	12.9
North East	21.7	30.6	5.2	11.0	11.1	10.1
North West	18.6	23.4	6.0	9.1	12.1	10.4
Citizenship						
Italian	15.9	21.5	5.1	8.9	12.5	11.2
Foreign	22.9	27.2	10.4	19.8	7.7	10.6
Type of school						
Lyceum	20.6	28.5	3.8	7.1	13.7	12.8
Technical institute	16.2	18.5	6.0	10.1	11.6	10.8
Vocational school	11.8	16.9	7.4	12.6	10.5	9.3

	Social butterflies		Friendship-centric		Lone wolves	
	2019 (35.2%) n 1152 (%)	2022 (38.5%) n 1651 (%)	2019 (49.0%) n 1605 (%)	2022 (22.1%) n 948 (%)	2019 (15.8%) n 516 (%)	2022 (39.4%) n 1689 (%)
Sex						
Male	33.5	39.7	53.2	24.2	13.3	36.1
Female	37.1	36.8	44.3	19.1	18.6	44.1
Geographical area						
South	36.4	37.3	49.7	23.3	14.0	39.4
Centre	37.2	40.5	47.7	24.5	15.1	35.0
North East	32.2	36.5	51.0	19.2	16.8	44.3
North West	35.3	40.9	47.8	20.3	16.9	38.7
Citizenship						
Italian	35.2	38.9	49.7	22.8	15.1	38.3
Foreign	34.8	33.9	42.8	12.8	22.4	53.4
Type of school						
Lyceum	38.8	41.3	43.8	17.3	17.4	41.4
Technical institute	35.0	40.0	50.5	24.2	14.5	35.8
Vocational school	31.1	33.1	53.9	26.2	15.1	40.7

Table 5. Clusters' composition across socio-demographic variables (years 2019 and 2022).

La prevalenza della solitudine in Italia: studi dopo la pandemia e vulnerabilità in età evolutiva

Low relational trust				
Father	2019	10.0	16.0	19.7
	2022	12.5	16.4	22.6
Mother	2019	2.4	9.0	8.9
	2022	6.6	9.9	15.0
Other family members	2019	8.5	17.5	21.8
	2022	14.8	21.9	28.5
Friends	2019	7.7	11.1	29.1
	2022	14.2	15.3	29.1
School teachers	2019	46.8	56.0	47.6
	2022	53.7	62.6	57.3

Individual well being				
Low self-esteem	2019	18.6	25.3	36.2
	2022	28.3	27.6	43.3
Time on social media				
Hyperconnection	2019	19.9	25.2	23.8
	2022	40.7	40.1	37.8
Sport practice				
Yes	2019	69.4	68.2	52.9
	2022	67.2	63.7	52.2
(Cyber)bullying victims				
Yes	2019	49.9	47.0	63.0
	2022	58.8	51.4	66.9

Definizione fenomeno NEET

- Not in Education, Employement or Training / NEET La condizione di persona non coinvolta in percorsi educativi, formativi e lavorativi.
- Nel contesto europeo la categoria NEET comprende le e i giovani non inserite/i in percorsi di formazione o di lavoro tra i 15 e i 29 anni, mentre in Italia la fascia d'età si estende fino ai 34 anni(ActionAid e CGIL, 2022).
- Nel 2010 l'Unione Europea ha introdotto l'indicatore tasso dei NEET che rappresenta le energie e le intelligenze non utilizzate delle nuove generazioni dai 15 ai 29 anni all'interno di un territorio.
- L'Italia nel 2023 presenta tra le percentuali maggiori in Europa di/delle giovani NEET (16,1%), seconda solo alla Romania (19,3%) e seguita da Grecia (15,9%) e Bulgaria (13,8%) (Eurostat, 2024).

30 ottobre 2024

ANALISI QUANTITATIVA DEL FENOMENO

I **NEET** in **Italia** nel **2023** nella fascia 15-34 anni sono complessivamente **più di 2 milioni** (18,8%), con una prevalenza femminile pari a 1,2 milioni. Numeri in calo rispetto al 2020, dove i NEET erano più di 3 milioni, raggiungendo una percentuale del 25,5% (Istat, 2024).

FOCUS REGIONE MARCHE

Nel **2023** le Marche hanno una incidenza Neet pari all'**11,5%** nella fascia 15–34 anni.

Marche	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	*2023*
tasso NEET (15-34 anni)	15,8%	18,6%	17,2%	14,3%	11,5%

Fig.1 Incidenza dei NEET (15-34 anni) sul totale dei giovani per regione % - anno 2023 (Istat, 2024).

DESK RESEARCH

- Siamo bisognosi di connnessioni sociali?

FIGURE 1: The Three Vital Components of Social Connection

FIGURE 4: Lacking social connection is as dangerous as smoking up to 15 cigarettes a day.

Effetti negativi della loneliness

How Does Social Connection Influence Health?

Social connection influences health through **three principal pathways:** biology, psychology, and behavior.

Source: Holt-Lunstad J. The Major Health Implications of Social Connection. *Current Directions in Psychological Science.* 2021;30(3):251-259.

Office *of the* U.S. Surgeon General

E il ritiro sociale ?

Alessio: il beneficio di stare da solo

- Alessio ha sedici anni, una sorella più piccola, i genitori sono liberi professionisti. Frequenta il liceo scientifico, ha un buon rendimento scolastico. Partecipa alle attività scolastiche e a uscite con amici con cui condivide interessi adolescenziali (musica, mostre, cinema, ecc.)
- **Passa però molto tempo da solo**, ha molte attività solitarie (suona la chitarra, legge libri, segue serie televisive, ecc.) e questo non gli crea nessun disagio. La sua stanza è il luogo della casa che abita maggiormente, usa lo smartphone per inviare messaggi, stare sui social.
- Ma poi si interrompe per studiare e preparare i compiti che trova sul registro elettronico della classe. Le interazioni con i genitori sono ai pasti, soprattutto la cena, dove parla volentieri della sua giornata, gli impegni e i propositi.
- **Lo stare "solo" non lo disturba affatto, proprio perché è organizzato nel gestire il suo tempo e organizzare le attività**, se non fa niente è perché cerca di rilassarsi, ma se riceve una telefonata per un invito che reputa interessante, certo non esita nel prepararsi e uscire.
- Alessio ha avuto momenti in cui si è un po' "chiuso in sé stesso" ma sono durati per periodi limitati e comunque e successivamente ha saputo comunicare su di essi con i genitori (ad es. una delusione in una amicizia).
- Il fatto che, contrariamente a suoi coetanei, cerchi il confronto né lo tema con altri è segnale di una strutturazione della sua personalità, con buona confidenza sulle sue capacità, determinazione nell'avere e perseguire obiettivi e capacità di comunicare e condividere con altri quando trova aspetti in commune
- **Seppure non cerchi costantemente gli altri, ha buoni amici con cui parlare e interessi di legami affettivi in fase di costruzione**.
- **La solitudine, cercata e ottenuta, non è per Alessio ostacolo a creare interessi e a condividerli con altri, anzi, sembra sia un momento dove Alessio organizza la sua persona, articola i suoi obiettivi poi da perseguire, in un buon equilibrio tra lo stare da solo e ottenere successivamente momenti relazionali e/o sociali.**

Alice: Gli altri mi agitano!

- Problema presentato:
- "*sono preoccupata di dover affrontare la giornata scolastica e di dover essere costantemente messa alla prova dai prof e dai compagni*".
- ***"mi agito quando vedo che gli altri iniziano a parlare di argomenti su cui non sono informata penso che sono stupida, che non sono adeguata come gli altri e mi vergogno***".

- "*quando mi capita di uscire il sabato sera cerco sempre di non intervenire, stare in silenzio sulle mie*",
- "***ho paura di dire qualcosa che potrebbe essere considerata dagli altri come stupida e non opportuna, questo aumenterebbe la mia poca efficacia e quindi preferisco solo ascoltare***"

- "*ci sono persone che fanno ginnastica artistica da molti anni in meno di me e sono più lo sono limitata*»
- *A casa però: "mi sento al sicuro da tutto quello che potrebbe accadere"*

- Questa condizione mi fa soffrire e mi fa arrabbiare, ma non riesce a dirlo, infatti:
- "*credo che non riesco a fare vedere quello che so e che non sono così ignorante come pensano gli altri*"
- ***"mi blocco, resto in silenzio e penso che non sono in grado di spiegarmi***".
- *Ma: "mordo le labbra, lancio oggetti, do le testate al muro*".

- MMPI A

Indice psicopatologia			**4,72**	
Asse timico (D/Ma)	72	50	**1,44**	Tendenza alla depressione
Plasticità sociale (Hy/Pa)	64	66	**0,97**	-
Attività/Impulsività (Pt/Pd)	78	63	**1,24**	Tendenza incertezza psicoastenica
Modalità contatto interpers. (Hs/Sc)	52	68	**0,76**	Tendenza alla rielaborazione interiore delle esperien
Autovalutazione (D+Pt/Ma+Pd)	150	113	**1,33**	Tendenza alla autosvalutazione
Rapporto col reale (Pa+Sc/Hy+Hs)	134	116	**1,16**	Tendenza alla fantasticheria
Aggressività sociale (Hs+Hy+D+Pt/Ma+Pd+Sc+Pa)	266	247	**1,08**	-
Distacco autistico (F e Sc)	71	68	**1,04**	Tendenza al distacco autistico
Strumentalizzazione Nevrotica (Hs e Hy)	52	64	**0,81**	-
Difese (K/F)	44	71	**0,62**	Difese deboli
Attegg. verso il Test (L)	43			
Socializzazione (Si/Pd)	75	63	**1,19**	Passività nell'inserimento nel gruppo
Indice toll. frustraz. (Ma+Pd/Hy+D)	113	136	**0,83**	Scarsa capacità di tollerare le frustrazioni
Internaliz. Ratio (Hs+D+Pt/Hy+Pd+Ma)	202	177	**1,14**	Tendenza ad internalizzare risposte emotive
Indice d'ansia			**96,7**	Elevato

PD 5

Grafico dei Domini
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
1,250
1,180
0,332
1,228
0,785
Affettività Negativa
Distacco
Antagonismo
Disinibizione
Psicoticismo

PD 5
Sottodomini

Maria: non posso stare con gli altri!

- Problema presentato:
- *"Grandi difficoltà in situazioni sociali, stanchezza persistente, pesante inattenzione verso tutto"*
- ***"Non riesco ad uscire per andare all'università: mi preoccupa l'idea di dover incontrare altre persone e di dover entrare in aula, non saprei dove sedermi, resterei bloccato. Riesco ad uscire solo se sono accompagnato dal mio amico, lo stesso che mi ha accompagnato qui oggi. Dopo il colloquio devo tornare a casa da solo e già mi sento agitato per questo"***

- In casa con i coinquilini:
- *"Avevo paura di incontrarli: loro sono in quattro e si conoscono già da tanto, sono una specie di famiglia. Adesso esco dalla stanza, ma ho sempre molta ansia all'idea di incontrarli»*
- ***"Quando cucino chiudo la porta della cucina perché temo che loro vedano quanto sono impacciato nel fare le cose: se mentre cucino mi cade una padella, mi giudicherebbero un imbranato ed avrebbero ragione a pensare questo di me perché non sono una sveglia".***
- Il contatto fisico con le persone la infastidisce:
- ***"Non riesco a stare a contatto con le persone**: provo forte disagio in quelle situazioni in cui devo stringere la mano a qualcuno o salutare con i baci sulle guance, anche in questi casi mi blocco, risultando strano agli occhi degli altri"*
- Non riesce a parlare direttamente con una persona:
- *"Se sono accompagnata dal mio amico e devo dire una cosa ad un terzo, parlo ad alta voce con il mio amico, sperando che mi senta anche l'altro"*

SCID II
Criteri soddisfatti
Disturbi
0
1
2
3
4
5
7
5
0
2
4
0
2
2
0
0
2
0
0
Evitante
Dipendente
Oss.-Comp.
Passivo-Aggr.
Depressivo
Paranoide
Schizotipico
Schizoide
Istrionico
Narcisistico
Borderline
Condotta
Antisociale
Diagnosi Assente
Diagnosi Sottosoglia
Diagnosi Soddisfatta

PD 5

Grafico dei Domini
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
1,356
1,635
0,017
1,058
0,754
Affettività Negativa
Distacco
Antagonismo
Disinibizione
Psicoticismo

PD 5 Sottodomini

Lucio: non mi interessa stare con gli altri!

Il problema presentato:

"avevo iniziato a frequentare con grande entusiasmo che però sin da subito è iniziato a venire meno. L'ambiente mi aveva deluso, non avevo trovato persone con cui instaurare dei rapporti, eravamo poco e l'ambiente troppo intimi per i miei gusti, mi sentivo a disagio e sotto stress e non ho retto perché mi sentivo costantemente sotto provo e che dovevo costantemente essere all'altezza»

"***stavo sempre solo nella mia stanza, ero più cupo e chiuso***"

"***ho ridotto sempre di più le relazioni, ora mi mette l'ansia anche fare cose piccole come stare in un negozio o ritirare delle cose dal corriere.*** *Mi sento a disagio e percepisco di essere sempre sotto giudizio*".

- **SCID II**

8
7
6
5
4
3
2
1
0
3
0
5
1
3
1
1
4
0
2
1
0
0
EVITANTE
DIPENDENTE
OSSESSIVO-COMPULSIVO
PASSIVO-AGGRESSIVO
DEPRESSIVO
PARANOIDE
SCHIZOTIPICO
SCHIZOIDE
ISTRIONICO
NARCISISTA
BORDERLINE
CONDOTTA
ANTISOCIALE

PD 5

DOMINI
1,328
1,826
1,219
1,203
1,271
Affettività Negativa
Distacco
Antagonismo
Disinibizione
Psicoticismo

Il Ritiro Sociale: Costrutto Multi-dimensionale: Approcciare, ignorare o evitare gli altri

Asendorpf, 1986, 1993

Ritiro Sociale in adolescenza
Il ruolo del clinico

Dati Epidemiologici

- Japan: La stima numerica, promossa da Governo Giapponese, conta circa 540.000 persone tra i 15 e 39 anni (2016) che poi sono aumentate a circa 610.000 includendo la fascia di età dai 40 ai 60 (Prevalenza del 1,2% nella popolazione generale)
- Nazioni Asiatiche: Hong Kong (1,9%) Corea del Sud (2,3%)
- Italia: si stima una prevalenza tra i 50.000 e 100.000 casi nella popolazione delle superiori (CNR, Gruppo Abele, 2023)

Quali caratteristiche hanno giovani che si ritirano? (In Italia)

- Aspetti in comune con i ragazzi giapponesi: dipendenza affettiva dalla madre, timori e paure nel confronto sociale, l'uso smodato di Internet e serie TV.
- Esordio più tardi: 13-15 anni, paura nel fallimenti rispetto alle richieste competitive (studio, lavoro) e le aspettative familiari (status sociale, successo) abbandono scolastico
- Esperienze fallimentari con il gruppo dei pari (ad es. cyberbullismo)
- Difficoltà occupazionali: secondo i dati diffusi dall'ISTAT a giugno 2023, il tasso di disoccupazione è del 7,4% e riguarda 21,3% tra i giovani, uno dei più alti in Europa.
- Fenomeni concomitanti: Internet Addiction Disorder, NEET, ecc.

Una definizione operativa

Tabella 1. Criteri diagnostici dell'hikikomori proposti da Teo e Gaw[27].
1. Trascorrere la maggior parte della giornata in casa, quasi ogni giorno.
2. Messa in atto di un marcato e persistente evitamento di situazioni sociali (per es., frequentare la scuola o recarsi al lavoro) e relazioni sociali.
3. Il ritiro e l'evitamento sociale interferiscono significativamente con la routine quotidiana, con il funzionamento lavorativo o accademico, con le attività sociali o le relazioni.
4. Percezione del ritiro come ego-sintonico.
5. La durata del ritiro è di almeno 6 mesi.
6. Il ritiro sociale e l'evitamento non sono meglio spiegati dalla presenza di altri disturbi mentali (per es., fobia sociale, disturbo depressivo maggiore, schizofrenia e disturbo evitante di personalità).

Alcune domande per accorgersi

- Attualmente passi la maggior parte della giornata e quasi ogni giorno a casa?
- Attualmente eviti le situazioni sociali, come andare a scuola o sul posto di lavoro?
- Attualmente evita le relazioni sociali, come le amicizie o i contatti con i membri della famiglia?
- Da quanto tempo dura questa situazione?

Strumenti per valutare il ritiro sociale

- Child Social Preference Scale (CSPS; Coplan et al., 2004)
- Cheek & Buss Shyness Scale (Cheek e Buss, 1981; adattamento italiano a cura di Ponti e Tani, 2009)
- Social Interaction Anxiety Scale e Social Phobia Scale (Mattick e Clark, 1998)
- UCLA Loneliness Scale (Russell, Peplau, e Ferguson, 1978)
- Beck Depression Inventory (Beck et al., 1996)
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory nella forma per Adolescenti (MMPI-A, Butcher, J. N. et al., 1992)
- 25-item Hikikomori Questionnaire (HQ-25, Teo A. et al., 2018)

HIKIKOMORI PRIMARIO e SECONDARIO

Le diverse forme di ritiro sociale nell’adolescenza

Ritiro Primario

Riguarda una situazione di isolamento attivo del ragazzo dovuta principalmente:

a) Disagi dello stesso nel aderire ad un modello educativo familiare e scolastico basato sulla affermazione di sé e del ruolo scolastico

b) Disagi prodotti da scarso adattamento e inserimento nel gruppo di pari

c) Aspetti di preferenza per le attività solitarie o di conflittualità interna nell'inserimento scolastico e/o sociale

Ritiro Secondario

Comorbilità con diversi disturbi mentali che rendono limitata o assente il grado di partecipazione e inserimento dell'individuo nel contesto relazionale e sociale.

Si tratta di comorbilità diffusa a vari disturbi compresi quelli psicotici

Esiste una comorbilità psichiatrica?

Box 1 Coding of broad diagnostic psychiatric categories pooled across classification systems.

- Psychosis/bipolar disorders and related disorders.
- (eg, schizoaffective disorder, schizophreniform disorder, psychotic episode).
- Unipolar depressive disorders and related mood disorders.
- (eg, single episode/recurrent depressive disorder, dysthymic disorder).
- Social anxiety disorder.
- Post-traumatic stress disorder and related disorders.
- Obsessive compulsive disorder and related disorders.
- (eg, hoarding disorder, body dysmorphic disorder, skin picking disorder/trichotillomania).
- Generalised anxiety disorder.
- Panic disorder/agoraphobia.
- Eating disorders (eg, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder).
- Substance/alcohol/drug addiction.
- Internet/game addiction.
- Schizoid/schizotypal personality disorder.
- Paranoid personality disorder.
- Antisocial personality disorder.
- Borderline personality disorder.
- Hystrionic personality disorder.
- Narcissistic personality disorder.
- Obsessive compulsive personality disorder.
- Avoidant personality disorder.

Fig.1 Location of *hikikomori* in psychiatry: Bio-psycho-socio-cultural model. IT, information technology; PTSD, post-traumatic stress disorder.

Psychiatry and Clinical Neurosciences 73: 427–440, 2019

Come accorgersi che qualcosa non va?

Chi valuta come si pone?
Bias possibili

Clinici: pensano che hanno bisogno di cura, per depressione, disturbi di personalità, esordio psicotico, disturbo grave di ansia sociale, dipendenza da internet. I ritirati sociali sono in piccola parte responsabili di scoppi di ira o di reazioni aggressive verso i famigliari

Educatori, Assistenti sociali: cercano di individuare il problema sociale e non «patologizzare» il comportamento asociale. Favoriscono attivi di integrazione e socializzazione, uscendo dalle loro stanze per tornare a scuola o trovare un attività

Le famiglie: spesso sono preda di vergogna e sensi di colpa per la condizione del loro figlio, considerano la sua condotta meno «pericolosa» finché non provoca conflitti o reazioni aggressive. Spesso non comprende il ritiro sociale come espressione di malessere psichico ma come stile di vita.

RegioneEmilia-Romagna
REGIONE DEI DIRITTI E DEI DOVERI
Linee di indirizzo
su ritiro sociale
Prevenzione, rilevazione precoce
ed attivazione di interventi di primo e secondo livello
sociale.regione.emilia-romagna.it
Emilia-Romagna. Il futuro lo facciamo insieme.

AMBITO DI INTERVENTO:
SCUOLA

NUMERO DI ASSENZE rilevate dal coordinatore della classe

BASSO: intervento precoce, gravità minore

ALTO: intervento tardivo, gravità maggiore

OSSERVAZIONE di comportamenti pregressi che alludono a difficoltà relazionali con i pari

Insegnante coordinatore della classe:

- avvisa il Dirigente Scolastico
- consulta l'operatore dello sportello ascolto (se presente)
- convoca i genitori e il ragazzo per capire quale impedimento alla frequenza
- in accordo con la famiglia il Dirigente comunica ai servizi territoriali del Comune per un supporto alla situazione

AZIONI.

È importante che tutte le azioni siano attuate in alleanza con la famiglia

1. Attivazione interna alla scuola di strategie per favorire la frequenza

2 Progetto di intervento educativo

3. Se già attivi i servizi sanitari, i servizi territoriali/li contattano e informano di ciò che si sta facendo

4. I servizi territoriali attivano una nuova presa in carico sanitaria se:
   - alto numero di assenze e/o
   - riduzione Socialità extrascuola e/o
   - problemi familiari
   - eventi traumatici

NOTE:

RILEVAZIONE PRECOCE: PRIMI SEGNALI DI RITIRO SOCIALE a casa

- Il primo segnale che qualcosa di anomalo sta accadendo è la crescente preoccupazione del ragazzo/a nell'accingersi ad andare a scuola: **spesso all'inizio i genitori danno il permesso di assentarsi, ma quando le assenze iniziano ad accumularsi interrogano il figlio sulla motivazione di queste frequenti richieste, lo portano dal medico per accertamenti, lo rimproverano per il tempo perso in attività diverse da quelle scolastiche, iniziano ad osteggiare il tempo passato on line**.

- **Generalmente la richiesta di aiuto da parte dei genitori e l'apertura della crisi scatta quando il figlio abbandona anche le attività extrascolastiche prima gradite, si isola anche all'interno della propria casa, tende a saltare i pasti o a consumarli nella propria camera. In taluni casi è possibile osservare anche un'inversione del ritmo sonno-veglia**, con la tendenza a restare sveglio durante la notte e a dormire fino a tarda mattina. Il momento di stallo è ratificato dalla richiesta di colloquio da parte della scuola, a causa delle reiterate assenze che stanno mettendo a rischio l'anno scolastico.

- **I tentativi da parte del genitore di riaffermare la propria autorevolezza e obbligare il figlio al rientro a scuola ottengono reazioni di panico o rabbiose**: è a questo punto che i genitori cercano un aiuto specialistico o forme di supporto alle competenze genitoriali come quelle offerte dai centri per le famiglie.

RILEVAZIONE PRECOCE: PRIMI SEGNALI DI RITIRO SOCIALE a studio medico (MMG o PLS)

- **I primi sintomi conclamati sono di tipo somatico: mal di testa, problemi gastrointestinali e dolori articolari di vario tipo che rendono impossibile o imbarazzante stare in mezzo agli altri a scuola**

- **Situazioni ricorrenti**: alimentazione non equilibrata: sovrappeso o inappetenza; sintomi persistenti come male alla pancia, mal di testa, senso di nausea, non giustificabili
clinicamente; difficoltà nell'addormentamento o nel risveglio.

- Quando i servizi che si occupano di adolescenza ricevono la visita dei genitori e ascoltano la natura del problema si trovano di fronte ad una difficoltà che a volte mette in stallo il sistema curante:
il ragazzo non viene alle visite oppure viene ed è mutacico o ritiene di non avere niente che non vada. A volte lo psicologo constata che è effettivamente assente un esordio psicopatologico e che lo stallo è evolutivo

AMBITO DI INTERVENTO:
SERVIZI SANITARI

Attivati da:

Scuola | Servizi Educativi | PLS o MMG | Genitori

RITIRO PRIMARIO o MENO GRAVE

BASSO	**NUMERO DI ASSENZE**	ALTO
PRESENTE	**SOCIALITA' EXTRASCUOLA**	ASSENTE
RECENTI	**SINTOMI SOMATIZZAZIONI**	RADICATE/PREGRESSE
EUTONICO	**TONO DELL'UMORE**	DEFLESSO
ASSENTE	**DISTURBO ALIMENTARE**	PRESENTE
ASSENTE	**AUTOLESIONISMO/DIST COMPORTAMENTO**	PRESENTE
INTERAZIONE	**UTILIZZO WEB**	SOLITARIO

INTERVENTO in situazioni non gravi:

Lavoro di rete

- educativo sul ragazzo
- consulenziale /psicoeducativo con i genitori
- supervisione psicologica al lavoro di rete
- psicoterapia breve (anche Spazio Giovani/ Centro Adolescenza)

INTERVENTO in situazioni gravi:

Regia intervento NPIA
Il lavoro di rete è fatto attraverso UVM

RITIRO PIÙ GRAVE o SECONDARIO

Gli interventi: valutare il livello di gravità

Alcune avvertenze

- Ritiro sociale primario: raccogliere le segnalazioni dai contesti di appartenenza (Vedi Raccomandazioni Reg. E.R.)
- Ritiro sociale secondario: valutare le comorbilità e le disponibilità alle cure
- In entrambi i casi, valutare l'accessibilità alle cure e la gravità del caso
- Il clinico deve pensare ad un intervento integrato in base alle caratteristiche di complessità del caso e dalla analisi del contesto di appartenenza.

Gravità del ritiro

a)Sintomi ego-sintonici

b) Il ritiro volontario non è vissuto come irragionevole o eccessivo

c) Il proprio comportamento non è vissuto come imbarazzante o soggetto ad umiliazione

- L'intervento inoltre sarà predisposto prevedendo tre fasi di gravità legate alla differenza rispetto al grado di ritiro sociale (Crepaldi, 2019).
- Ogni fase sarà caratterizzata da obiettivi specifici organizzati in modo gerarchico e saranno previsti setting e tecnologie diverse per intervenire sulla molteplicità di fattori in campo

PRIMO STADIO
Grave difficoltà nel mantenere gli impegni scolastici e lavorativi

OBIETTIVI
1) Generalizzare le abilità
2) Raggiungere senso di connessione e intimità

SECONDO STADIO
Evitamento delle relazioni significative e conflittualità familiare

OBIETTIVI
1) Motivare al trattamento
2) Acquisire nuove abilità
3) Regolazione emotiva
4) Perseguire Valori personali

TERZO STADIO
Grave Ritiro Sociale
Assenza di relazioni

OBIETTIVI
1) Ricominciare ad interagire
2) Motivare al trattamento

Le fasi di intervento: LG nel ritiro sociale grave NMH Japan (2010)

a) Intervento con i familiari

b) Favorire il contatto online con il giovane ritirato

c) Visite domiciliari

d) Interventi ambulatoriali o in studi privati

a) Interventi con i famigliari

La psicoeducazione Mental Health Fist Aid (MH FA) è un intervento che prevede 5 incontri su:

- I)Come comunicare con il ritirato sociale, valutare quotidianamente la sua condizione ed eventuali crisi;
- II) Imparare ad assumere un atteggiamento "non giudicante";
- III) Dare sostegno e informazione ai familiari;
- IV) Incoraggiare il giovane ritirato da parte dei familiari nel ricevere un aiuto specialistico;
- V)Attivare altre forme di sostegno (visite domiciliari, inserimento in lavori protetti, ecc.).

b) Favorire il contatto online con il giovane ritirato

Future perspectives of robot psychiatry: can communication robots assist psychiatric evaluation in the COVID-19 pandemic era?

Yuichiro Yoshikawa[a,*], Hirokazu Kumazaki[b,c,d,*], and Takahiro A. Kato[e,f]

Yoshikawa, Kumazaki, Kato: **Current Opinion in Psychiatry** 2021 (in press)

Pokemon gò

Richiesta di aiuto da parte di:
Familiari con consenso
Familiari senza consenso
Persona Ritirata
Colloqui ambulatoriali con familiari
Primi contatti Online con la persona ritirata

c) Visite domiciliari

Ricapitolando: preparare l'intervento (Engagement)

Ricevere la richiesta dei familiari, ricostruzione della storia del paziente, interventi clinici e livello di adattamento sociale e scolastico

Iniziare intervento psicoeducativo in gruppo dei familiari

Prendere contatto con il paziente, cercando la forma comunicativa più adeguata alla situazione (ad es. mail, skype, Zoom, ecc.)

Preparare l'intervento domiciliare (avviare una relazione in casa, fare uscire il paziente dalla stanza, regolare l'uso di internet e smartphone, aiutarlo a stare bene a casa)

Iniziare la psicoeducazione sul disturbo e motivare alla uscita

What kinds of treatments do individuals with hikikomori want?

(Teo et al. Psychiatry Res 2015)

Attività socializzanti (no stigma)

ATTUARE UN INTERVENTO DI QUALITA'

EQUIPE MULTIPROFESSIONALE E FAMIGLIA
(J. Carpenter, J. Schneider, T. Brandon, D. Woof; 2003)

PSICOTERAPIA DI GRUPPO

SOCIAL SKILL TRAINING
(M. Procacci, A. Semerari; 2019)

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE
(C. Perdighe, F. Mancini; 2008)

d) Fase valutazione e trattamento in ambulatorio

Colloquio clinico e valutazione testologica
Profili clinici compatibili con d. di personalità, ansia sociale, d. depressivi, ecc. NO Psicosi e Spettro Autistico.
Terapia TMI individuale
Terapia TMI di gruppo
Psicoeducazione familiare (modello multifamiliare con familiare esperto e co-conduttore)
Eventuale terapia farmacologica per eventuali difficoltà emotive, rimuginio, ideazioni paranoidi, idee suicidarie del paziente