

HIKIKOMORI SINDROM SA PSIHOSOCIJALNOG I MENTALNO-ZDRAVSTVENOG ASPEKTA

Mladen Cimeša¹, Miroslav Komlenić², Dževdeta Hukić³

Apstrakt

Koncept akutnog socijalnog povlačenja individue, odnosno izolacija, koja traje duže od 6 mjeseci, a prisutna je u ekonomsko razvijenim azijskim zemljama, naročito Japanu, dobija naziv hikikomori. Kao savremeni model ponašanja, hikikomori sindrom frekventniji je među tinejdžerima i mladim ljudima i nalazi se u korelaciji sa internet adikcijom, manga/anime kulturom i igranjem video igara. Karakteriše ga napuštanje škole, posla, povlačenje u sobu, te komuniciranje sa spoljašnjim svijetom, isključivo preko društvenih mreža. Hikikomori je u bliskoj vezi sa japanskom pojmom amae, koji se eksplikuje kao želja da se bude voljen i potreba da se neko brine o vama. Autor se u radu bavi analizom ovog fenomena, pruža uvid u patogenezu hikikomori sindroma i kliničku sliku istog.

Ključne riječi: hikikomori, socijalna izolacija, adolescenti, amae

Uvod

Šta je hikikomori u terminološkoj eksplikaciji i šta on doslovno predstavlja? Hikikomori dolazi od glagola hiki, što znači „vratiti se“ i komoru, što znači „ulaziti“, odnosno, vratiti se unutra (Furuhashi et al., 2013). Sam izraz hikikomori u japanskom shvatanju znači „biti osamljen“ i odnosi se na ljude koji pripadaju toj socijalnoj grupaciji. Hikikomori je postao jedan vid subkulture koji svakim danom postepeno raste širom svijeta (Teo, 2012). Hikikomori u sebi obuhvata *fruiitaa* (osobe koje su izabrale da budu nezaposlene) i *parasaito shinguru* (osobe koje ostaju da žive sa roditeljima i na njihov račun, ne planirajući sklapanje braka – najčešći termin za neudate djevojke/žene) kao modele ponašanja koji u današnjem savremenom Japanu obitavaju kao forma egzistencije mnogih ljudi. Prema prvim podacima iz

¹ Mladen Cimeša, Univerzitet “Bijeljina” Fakultet za psihologiju, Pavlovića put bb, Bijeljina, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina, E-mail: mladen_cimesa@hotmail.com

² Miroslav Komlenić, PhD., profesor, Univerzitet “Bijeljina” Fakultet za psihologiju, Pavlovića put bb, Bijeljina, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

³ Dževdeta Hukić, Univerzitet “Bijeljina” Fakultet za psihologiju, Pavlovića put bb, Bijeljina, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina e-mail: dzevdeta.hukic@gmail.com

2009. godine, u Japanu postoji 1.79% *hikikomorija* od ukupne populacije između 15-39 godina, odnosno 696.000 osoba, koje potpadaju pod klasifikaciju *hikikomori* sindroma (Naikakufu, 2010). Međutim, procjenjuje se da je broj daleko veći, negdje oko 1.65 miliona osoba sa *hikikomori* sindromom danas živi u Japanu (Tajan et al., 2017). Vlasti Japana trude se da zbog pozitivnog odraza u javnosti ublaže sliku i podvlače da je *hikikomori* više trenutno stanje, nego zasebni poremećaj, odnosno upućuju na to da *hikikomori* ima pozadinu u nekom već postojećem poremećaju (MHLW, 2010). Kao psihijatrijski fenomen *hikikomori* sindrom je skorijeg datuma i postoji okvirno oko 30 godina (Shuryhina, 2015). Prvi podaci koji se mogu svrstati u arhaični oblik *hikikomori* sindroma datiraju iz 60-ih i 70-ih godina 20. vijeka, kada su evidentirani prvi slučajevi akutnog odbijanja odlaska u školu (*futoku*) (Furlong, 2008), koji je i danas ostao početno sredstvo prepoznavanja sindroma (Tajan, 2015). Današnja slika *hikikomori* sindroma transfigurirala se u oblik antisocijalnog ponašanja koje na jedan specifičan način endogenizuje prostor u kome se odvija izolacija, tako da prostor (soba-stan) postaje sigurna zona.

Psihosocijalni uslovi za nastanak *hikikomorija*

Japan je u eri postindustrijalizacije, posle Drugog svjetskog rata, doživio veliki tehnološki razvoj i ekonomski prosperitet (Suwa et al., 2003). Taj veliki ekonomski uspjeh ima za posledicu da japanski radnik na poslu provede preko 10 sati dnevno, u deficitu je sa vremenom za svoju porodicu i za najosnovnije socijalne aktivnosti. Zbog kodeksa časti i sramote, koja ima duboku tradiciju u Japanu, svaki pojedinac potpada pod moralnu lupu samokritičnosti i samoanalize. Pojedinac bilo kog uzrasta ima kolektivnu odgovornost prema društvu, ali i prema porodici, da ih ne osramoti na bilo koji način. Zbog visokih standarda koje je društvo nametnulo, počev od upisa u predškolske ustanove do prijemnog ispita za pohađanje univerziteta, na mlade ljude je stavljena prevelika odgovornost (Kelly, 2002). Prema Rohlenu (Rohlen, 1989) „Japan vrši veliki pritisak na adolescente da postanu uspješni i da održavaju postojeći društveni status“ (p.15). Zbog specifičnog tržišta rada koje postoji u Japanu i raznih oscilacija na tom polju, kao i visokog stepena konkurentnosti, potrebne su godine napornog školovanja i odricanja kako bi se dobio dobro plaćen posao, tako da se mnogima to čini previse teško, pa čak i besmisleno (Okano et al., 1999). Kao produkt prestrogih normativnih postulata društva pojavljuje se jedna nova generacija ili subkultura, koja se ne uklapa u norme koje diktira poredak. Postoji jasna korelacija između *hikikomorija*, japanske kulture i strukture društva (Teo & Gaw, 2010). Akutno socijalno povlačenje u Japanu pogađa oba pola, ali je veći procenat zastupljen kod populacije muškog pola i on svakako prednjači i na drugim kontinentima (Lyons, 2001). Iako zahvata sva tri društvena sloja, sa epidemiološke strane, *hikikomori* uglavnom pogađa tinejdžere i mlade ljude koji potiču iz srednjih ili viših klasa, jer adolescenti iz višeg

društvenog sloja mogu da se oslone na podršku roditelja u vidu izdržavanja, dok to nije tako čest slučaj kod porodica koje imaju niži ekonomski status (Kudo, 2001). Uglavnom se dešava da se lice posle traumatskog iskustva, nasilja od strane vršnjaka, targetirane agresije, konflikta, školskog ili akademskog neuspjeha, povlači u izolaciju (Teo et al., 2014). Atrofija oca kao figure od autoriteta je od kraja 80-ih godina 20. vijeka u porastu, jer otac je u većini slučajeva postavljen u pasivnu ulogu u odnosu na majku, tako da *pater* porodice više ne predstavlja ključni oslonac pedagoškog oblikovanja djeteta u razvoju. Zbog neadekvatnog roditeljstva, loše interne komunikacije roditelj-dijete, otac-sin, ali i uzajamne zavisnosti između majke i sina (*amae*), stvaraju se povoljni uslovi za antisocijalno ponašanje. Prema Doi (Doi, 1981) „Psihološki prototip *amaea* leži u psihologiji novorođenčeta u odnosu prema svojoj majci“ (p.142), odnosno, *amae* u širokoj upotrebi predstavlja oblik nezrelog sebičnog ponašanja kojim se pokušava uticati na roditelje, vaspitače, profesore ili jednostavno društvo da se brine o vama. *Amae* se definiše kao polimorfnost bespomoćnosti i potreba da se bude voljen (Miike, 2003). Emotivni atačment za roditelje, ali u isto vrijeme disonanca u komunikaciji, vulnerabilnost, repulsija društvenih normi te abnormalna senzitivnost u interakciji sa drugima, *hikikomorije* čini savremenim heremitima, čija izolacija traje po nekoliko godina (Rizzo and Flavio, 2016).

Psihopatologija i klinička slika sindroma

Neki japanski psihijatri, poput Saita, smatraju da je *hikikomori*, odnosno, jedno određeno stanje duha/bića (*jotai*), a ne simptom iz domena psihopatologije (Saito, 2012; Kinugasa, 1998). *Hikikomori* u DSM-5 nije klasifikovan kao poremećaj, ali se tretira u skladu sa već postojećim patologijama sa kojima je u bliskoj vezi. Prema psihijatrijskoj evaluaciji, sindrom se dijeli na primarni i sekundarni *hikikomori* (Kato et al., 2012). Primarni se definiše kao sindrom koji nije u komorbiditetu, dok se u sekundarni ubraja i određena psihopatologija (Ito et al., 2003). Potrebne su godine prije nego što osoba, koja je *hikikomori*, potraži stručnu pomoć. Obraćanje za pomoć varira u većini slučajeva, ali se okvirno proteže od 1 do 10 godina (Takahata, 2003). U velikom procentu, *hikikomori* subjekt uopšte se ne obraća za stručnu pomoć, nego nastavlja da živi socijalno povučen. Tipičan *hikikomori* pacijent je osoba muškog pola (ratio 4:1 muško-žensko) proksimalno najstariji sin iz porodice sa višim socioekonomskim statusom (Kondo, 1997). Starosna dob pacijenta varira u rasponu od 20 do 47 godina starosti sa referencom na to da je socijalno povlačenje počelo još u adolescenciji (Furlong, 2008). Prema istraživanjima vezanim za sindrom, u 60% slučajeva pacijent živi sa oba roditelja, 18% živi sa majkom, dok samo 3% živi sa ocem (Kondo, 1997). Što se tiče kliničke slike roditelja, zabilježeno je da su majke pacijenata imale pozitivnu psihijatrijsku anamnezu za panični poremećaj (Umeda & Kawakami, 2012). Treba istaći

da je kod *hikikomorija* zabilježena prevalencija ambivalentnog atačmenta, kao i genetska predispozicija za takvo ponašanje (Krieg & Dickei, 2013), (Sapolsky, 2017). Prema Teo and Gaw (2010) „Osnovna karakteristika *hikikomorija* je društveno povlačenje ili izolacija. Ovo, po sebi, naravno ima široku diferencijalnu dijagnozu: psihotične bolesti kao što je šizofrenija, anksiozni poremećaji, zatim posttraumatski stresni poremećaj ili poremećaj socijalne anksioznosti, potom depresivni poremećaj ili drugi poremećaji raspoloženja te poremećaji ličnosti, kao što je šizoidni poremećaj“ (p.4) U uzorku od 125 subjekata koji su zahvaćeni *hikikomori* sindromom, komorbiditet je uključen u poremećaj anksioznosti (22%), poremećaj ličnosti (18%), poremećaji raspoloženja (14%) i psihoze (8%) (Tateno et al., 2012). Internet adikcija takođe ulazi u segment *hikikomori* sindroma. Skoro svaki subjekt *hikikomorija* zavisnik je od interneta, gdje prosječno provede i do 12 sati dnevno često preskačući obroke, dok internet za neke od njih predstavlja jedino sredstvo komunikacije sa spoljašnjim svijetom (Lee et al., 2013). Pored internet adikcije, prisutna je ostrašćenost *manga/anime* kulturom, igranje video igara (Stip et al., 2016), prepuštanje virtualnoj realnosti, što ukazuje na očigledan bijeg u razne imaginarne svijetove koje video igre i *anime* kultura nude kao substituciju za sivu i tuobnu realnost kakvom je *hikikomori* doživljavaju. U procesu liječenja *hikikomori* sindroma u komorbiditetu, pacijenti sa dijagnozama kao što su šizofrenija, poremećaji raspoloženja i poremećaji anksioznosti, mogu dobro reagovati na biološke intervencije (tj. psihofarmakoterapiju). Pacijenti sa poremećajima u razvoju, kao što je PDD ili mentalna retardacija, koja za pristup i adekvatno funkcionisanje uključuje socijalne vještine, potrebno je obučavanje, stručno osposobljavanje i korišćenje socijalnih resursa. Dok pacijentima sa poremećajem ličnosti ili problemima sa identitetom, poremećajima raspoloženja ili anksioznim poremećajem treba izvoditi psihoterapiju i pružiti svaki vid socijalne i stručne pomoći (Kim et al., 2002). U Japanu su se u skorije vrijeme razvila tri programa za rehabilitaciju osoba koji su identifikovani kao *hikikomori*. Prvi od njih su centri za mentalno zdravlje, koji pružaju psihološke/pihoterapijske usluge, odnosno klinički centri. Postoje društvene zajednice koje se služe psihosocijalnim, ali i nekliničkim pristupom, dok treći program predstavlja jedan aalternativni seting koji uključuje boravak u prirodi sa životinjama, uključeni su konji u psihoterapijske svrhe koji se jašu, te pokušaj ponovne socijalizacije kroz zajedničko kvanje i pored svega toga postoje online platforme koje pružaju pomoć (Chan & Lo, 2014). Takođe, postoje mobilni medicinski timovi koji obilaze *hikikomorije* donoseći im hranu i u isto vrijeme pokušavaju da sa njima uspostave neki vid komunikacije.

Zaključak

Problem *hikikomorija* je još nedovoljno zapažen u javnosti. Slična je situacija i širom ostalih zemalja u kojima se javlja ovaj sindrom kao

problem među mladim ljudima i adolescentima. *Hikikomori* se, pored Japana, gdje je najveća gustina i epicentar sindroma, javlja još u i u drugim zemljama svijeta. Kao motive i uzroke *hikikomori* sindroma, kao što smo ranije naveli, možemo izdvojiti samu psihopatologiju subjekta, disfunkcionalnu porodičnu dinamiku, porodičnu psihopatologiju, previše zaštite od roditelja ili odbacivanje, introvertnost, stidljivost, progresivnu urbanizaciju, tehnološki progres i globalizaciju. Problem predstavlja reintegracija osobe koja je bila *hikikomori* u društvo zbog godina izolovanosti, nedostatka obrazovanja, a samim tim je upitno i pronalaženje adekvatnog zaposlenja. *Hikikomoriji* posle izolacije i pokušaja socijalizacije u velikoj mjeri biraju ponovno vraćanje u svijet samoće. U disonanci sa društvom i društvenim normama, *hikikomori* ostaju nevidljivo okrenuti porodici, koja opet prolongira njihovo stanje i rasteže ga. Kao dobar pokazatelj treba istaći da *hikikomoriji* imaju nizak procenat samoubistava izazvano njihovom tzv. „narcisoidnosti“. Iako veoma daroviti i kreativni, mnogi nekada uspješni studenti, *hikikomoriji* ostaju zatvoreni u svom svijetu, svoje probleme transponujući u samoću bez pokušaja rješavanja istih. Oni premošćuju generacijski jaz stvarajući dismorfiju kolektivizma, okrećući se individualnosti. *Hikikomoriji* bježe od sebe i drugih u jedan virtuelni svijet igara i *animea*, te se opet vraćaju na početak, bez ideje i jasnog cilja za prevazilaženje problema svoje sporo tempirane autodestrukcije. *Hikikomoriji* danas, možemo slobodno reći, predstavljaju jednu novu digitalnu generaciju.

Literatura

1. Chan, GH-Y., Lo, T. (2014): *Hidden youth services: what Hong Kong can learn from Japan*. Child Youth Serv Rev, 42:118–26. doi:10.1016/j.chilyouth.2014.03.021
2. Doi Takeo. (1981): „*The Anatomy of Dependence: The Key Analysis of Japanese Behavior. English trans. John Bester*“. (2nd ed.). Tokyo: Kodansha International, Kindle edition.
3. Furlong A. (2008): „*The japanese hikikomori phenomenon: acute social withdrawal among young people*“. Sociol Rev. 2008;56:309-325.
4. Furuhashi, T., Tsuda, H., Ogawa, T., Suzuki, K., Shimizu, M., Teruyama, J., et al.(2013): *État des lieux, points communs et différences entre des jeunes adultes retirants sociaux en France et au Japon (Hikikomori)*. L'Evolution Psychiatrique, 78(2):249–66. doi:10.1016/j.evopsy.2013.01.016
5. Ito, J., Yoshida, M., Kobayashi, K., et al. (2003): *Report of investigation into the actual condition among consultations about social withdrawal (hikikomori)*. Guideline from the Ministry of

Health and Labor (in Japanese).

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/07/tp0728-1f.htm>.

6. Kato, T., Tateno, M., Shinfuku, N., Fujisawa, D., Teo, A., Sartorius, N., et al. (2012): *Does the “hikikomori” syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1061-1075.
7. Kelly, William, W. (2002): *At the Limits of New Middle Class Japan: Beyond ‘Mainstream Consciousness’*. In *Social Contracts Under Stress: The Middle Classes of America, Europe, and Japan at the Turn of the Century*. O. Zunz, L.J. Schoppa, and N. Hiwatari, eds., pp. 232–254. New York: Russell Sage Foundation.
8. Kim Y, Horiguchi I, Mori M. (2002): *A preliminary study about prevalence of “hikikomori” in young adults*. In: Ito, J. (Ed.), *Heisei13A Study on Intervention in Community Mental Health Activity—2001 research report*. National Institute of Mental Health, Ichikawa, Japan, pp. 13-17.
9. Kinugasa, T. (1998): *Young adults and withdrawing*. *Rinsho Seishin Igaku*, 147–152.
10. Kondo, N. (1997): *The present conditions of non-psychotic psychosocial withdrawal cases*. *Japanese Journal of Clinical Psychiatry*, 26(9):1159-1167.
11. Krieg, A., Dickie, J.R. (2013): *Attachment of hikikomori: A psychosocial developmental model*. *International Journal of Social Psychiatry*, 59-72.
12. Kudo, Sadatsugu. (2001): „*Hey Hikikomori! It's Time, Let's Go Out*“. Tokyo: Studio Pot. "Nagatomi Natsu Megumi". "Hot discourse! Hikikomori" Tokyo: Pot publication, September, 2001. ISBN 4939015378
13. Lee, YS., Lee, JY., Choi, TY., Choi, JT. (2013): *Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea*. *Psychiatry Clin Neurosci*, 67(4):193–202. doi:10.1111/pcn.12043
14. Lyons, Horace B. (2001): February. „*Hikikomori and Youth Crime*“. *Crime and Justice International* . Vol. 17. Num: 49, 9-10.
15. Miike Yoshitaka (2003): *"Japanese Enryo–Sasshi Communication and the Psychology of Amae: Reconsideration and Reconceptualization"* (PDF). *Keio Communication Review*. 25: 93–115.

16. Ministry of Health, Labour and Welfare (2003): Community Mental Health Intervention Guidelines Aimed at Socially Withdrawn Teenagers and Young Adults . Tokyo, Japan: Ministry of Health, Labour and Welfare.
17. Naikakufu. (2010): Survey of Youth Awareness (Hikikomori survey)
http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/pdf_gaiyo_index.html
18. Okano, Kaori., Tsuchiya, Motonori. (1999): „*Education in Contemporary Japan: Inequality and Diversity*“. Contemporary Japanese Society. Cambridge, England: Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-62686-6.
19. Rizzo, Flavio (2016): "*Hikikomori: The Postmodern Hermits of Japan*". Warscapes. Retrieved 17 June 2016.
20. Rohlen, Thomas, P. (1989): "*Order in Japanese Society: Attachment, Authority, and Routine*". Journal of Japanese Studies. 15 (1): 5–40. doi:10.2307/132406. ISSN 0095-6848.
21. Saito (2012): „*Social Withdrawal: Adolescence without End*“. Translated by Angles, Jeffrey. Minneapolis, Minnesota: University of Minnesota Press.
22. Sapolsky, R. (2017): *Biology of Behavior: „Our best and worst“*, Bodley Head NY, Amazon, Kindle edition.
23. Shuryhina Viktoriia (2015): Institute of East Asian Studies University of Duisburg, *Does the current state of Japanese family promote the phenomenon of primary hikikomori?* Research Paper, DS0302410500..
24. Stip Emmanuel, Thibault Alexis, Bauchcham-Chatel Alexis, Kisely Steve (2016): *Internet Addiction, Hikikomori Syndrome, and the Prodromal Phase of Psychosis*, *Frontiers in Psychiatry* 7(9312) Research Paper DOI10.3389
25. Suwa, M., Suzuki, K., Hara, K., Watanabe, H., Takahashi, T. (2003): *Family features in primary social withdrawal among young adults*. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 57:586-594.
26. Tajan, N., Yukiko, H., Pionnié-Dax, N. (2017): Hikikomori: The Japanese Cabinet Office’s 2016 Survey of Acute Social Withdrawal, *Asia Pacific Journal*. (online)
27. Tajan, Nicolas (2015): "*Adolescents’ School Non-Attendance and the Spread of Psychological Counselling in Japan.*" *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy* 6(1/2): 58–69.

28. Takahata, T. (2003): *A survey of withdrawal syndrome in Saitama prefecture*. *Seishin Igaku* 45, 299-310.
29. Tateno, Masaru, Tae Park, Takahiro A Kato, Wakako Umene-Nakano and Toshikazu Saito (2012): "*Hikikomori as a Possible Clinical Term in Psychiatry: a Questionnaire Survey*." *BMC Psychiatry* 12, no. 1, doi:10.1186/1471-244X-12-169.
30. Teo AR, Gaw, AC. (2010): "*Hikikomori, a japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? A proposal for DSM-5*". *J NervMent Dis.* 2010 Jun;198(6), Kindle edition.
31. Teo, Alan R., Stufflebam, Kyle, W., Kato, Takahiro A. (2014): "*The Intersection of Culture and Solitude: The Hikikomori Phenomenon in Japan*". In Coplan, Robert J.; Bowker, Julie C. *The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone*. Wiley-Blackwell. pp. 445–460. ISBN 978-1-118-42736-1.
32. Umeda, M., Kawakami, N. (2012): World Mental Health Japan Survey Group 2002-2006. Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal ('hikikomori') in the community population in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 66(2):121-129.

HIKIKOMORI SYNDROME BASED ON PSYCHOSOCIAL AND MENTAL HEALTH ASPECT

Mladen Cimeša¹, Miroslav Komlenić², Dževdeta Hukić³

Abstract

The concept of acute social withdrawal of an individual, isolation, which lasts longer than 6 months and is present in economically developed Asian countries, especially Japan, is called hikikomori. As a modern model of behavior, hikikomori syndrome is more common among teenagers and young people and is correlated with internet addiction, manga / anime culture and playing video games. It is characterized by dropping out of school, work, retreating to a room, and communicating with the outside world, exclusively through social networks. Hikikomori is closely related to the Japanese term amae, which is expressed as the desire to be loved and the need for someone to take care of you. The author deals with the analysis of this phenomenon, provides insight into the pathogenesis of hikikomori syndrome and its clinical picture.

Keywords: hikikomori, social isolation, adolescents, amae

¹ Mladen Cimeša, Bijeljina University, Fakultet za psihologiju, Pavlovića put bb, Bijeljina, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina, E-mail: mladen_cimesa@hotmail.com

² Miroslav Komlenić, PhD., professor, Univerzitet "Bijeljina" Fakultet za psihologiju, Pavlovića put bb, Bijeljina, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

³ Dževdeta Hukić, Univerzitet "Bijeljina" Fakultet za psihologiju, Pavlovića put bb, Bijeljina, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina e-mail: dzevdeta.hukic@gmail.com