

HIKIKOMORI SINDROM: KRIZA PRIPADANJA I FENOMENOLOGIJA USAMLJENOSTI U SAVREMENOM SVIJETU

Autor: NIKOLA AĆIMOVIĆ

e-mail: nikola.acimovic@student.ff.unibl.org

Mentor: prof. dr Strahinja Dimitrijević

Filozofski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci

Uvod: Hikikomori sindrom, stanje ekstremnog i prolongiranog socijalnog povlačenja, prepoznat je kao globalni javnozdravstveni izazov. U svojoj suštini, on nije samo fizička izolacija već duboko psihološko stanje ukorijenjeno u bolnom doživljaju usamljenosti, otuđenosti i nepripadanja, što psihologiju usamljenosti čini ključnom perspektivom za njegovo razumijevanje.

Cilj: Cilj ovog preglednog rada je da pruži sveobuhvatnu analizu hikikomori sindroma iz perspektive psihologije usamljenosti, koristeći bio-psiho-socijalnu paradigmu kao vodeći integrativni okvir za razumijevanje njegove kompleksne etiologije, manifestacija i posljedica.

Materijal i metode: Rad je koncipiran kao integrativni pregled literature zasnovan na narativnoj sintezi. Pretraga relevantnih naučnih radova sprovedena je korišćenjem elektronskih baza podataka (Google Scholar, PsycINFO, Scopus, PubMed), sa ciljem da se obuhvate metodološki i geografski raznolike studije i pruži globalna perspektiva fenomena.

Rezultati: Analiza je potvrdila da je etiologija hikikomorija multifaktorijalna i da proizlazi iz interakcije bioloških (npr. neurorazvojne predispozicije), psiholoških (npr. kriza identiteta, trauma, usamljenost) i socio-kulturnih faktora (npr. porodični i društveni pritisci). U polju mjerenja, ostvaren je značajan napredak razvojem validiranih instrumenata (npr. HQ-25, HiDE), koji omogućavaju precizniju dijagnostiku i razlikovanje patološkog od nepatološkog povlačenja.

Zaključak: Hikikomori sindrom je manifestacija duboke krize pripadanja u savremenom svijetu. Njegovo rješavanje zahtijeva multidimenzionalni, individualizovani terapijski pristup usmjeren na poboljšanje kvaliteta života, ali i šire društvene promjene, koje će promovisati mentalno zdravlje i smanjiti pritiske koji vode ka izolaciji.

Ključne riječi: hikikomori, socijalno povlačenje, usamljenost, bio-psiho-socijalni model, mentalno zdravlje.

UVOD

Hikikomori sindrom, fenomen koji doslovno znači „povlačenje unutra”, opisuje stanje ekstremne i produžene socijalne izolacije u kojem pojedinac prekida sve značajne interpersonalne odnose i povlači se iz društvenog života, često mjesecima ili čak godinama. Iako je inicijalno prepoznat i opisan u Japanu od strane psihijatra Tamakija Saita (Kato et al., 2019), ovaj kompleksni oblik socijalnog povlačenja danas predstavlja globalni javnozdravstveni izazov (Kato, Kanba, & Teo, 2018). U svojoj suštini, hikikomori nije samo fizička izolacija, već duboko psihološko stanje ukorijenjeno u bolnom i subjektivnom doživljaju usamljenosti, otuđenosti i nepripadanja (Yong & Kaneko, 2016). Upravo zbog toga, psihologija usamljenosti nudi ključni teorijski okvir za razumijevanje unutrašnje borbe i motivacionih faktora koji leže u osnovi ovog ponašanja.

Jedan od centralnih izazova u proučavanju hikikomorija jeste nedostatak univerzalno

prihvaćene definicije i standardizovanih dijagnostičkih kriterijuma, što značajno otežava istraživanja i kliničku praksu (Li & Wong, 2015). Paralelno sa ovim konceptualnim nejasnoćama, napredak u polju je dugo bio ometen i nedostatkom psihometrijski pouzdanih i validnih mjernih instrumenata, što je problem koji je tek nedavno počeo sistematski da se rješava. Rane definicije su često isključivale slučajeve sa postojećim psihijatrijskim poremećajima, ali su noviji pristupi prepoznali da se socijalno povlačenje često javlja kao sekundarna manifestacija depresije, anksioznih poremećaja ili neurorazvojnih stanja, uvodeći time klinički korisnu podjelu na primarni i sekundarni hikikomori (Frankova, 2019). Fleksibilniji kriterijumi danas prepoznaju i ulogu interneta, pa održavanje onlajn kontakata više ne isključuje dijagnozu, kao i važnost subjektivnog distresa koji povlačenje uzrokuje kod pojedinca (Kato et al., 2019).

Iako se dugo smatrao kulturološki specifičnim sindromom vezanim za Japan, brojna istraživanja su nedvosmisleno pokazala da je hikikomori transkulturalni fenomen. Slučajevi su dokumentovani širom svijeta, od istočnoazijskih zemalja poput Kine (Hu et al., 2022) i Singapura (Bowker et al., 2019), preko Turske (Kaşak et al., 2022) i Evrope, do Sjedinjenih Američkih Država (Teo et al., 2015). Ova globalna rasprostranjenost sugerise da hikikomori nije isključivo posljedica japanskih kulturnih normi, već prije odgovor na univerzalne pritiske modernih, visoko kompetitivnih i digitalizovanih društava (Martinotti et al., 2021). Ti isti pritisci doprinose i drugim oblicima socijalne isključenosti, poput fenomena socijalne marginalizacije. Ovaj proces opisuje sistemsko potiskivanje pojedinaca ili čitavih grupa na margine društva, čime im se faktički ograničava pristup ključnim resursima, gube se priznate društvene uloge (poput uloge radnika ili studenta) i postepeno se kida osjećaj pripadnosti široj zajednici. Jedna od takvih posebno ranjivih grupa, koja se nalazi na presjeku ovih pritisaka, jeste i rastuća *NEET* populacija (osobe koje nisu zaposlene, ne obrazuju se, niti su na obuci – engl. *Not in Employment, Education, or Training*), a čija će se veza sa rizikom od povlačenja detaljnije razmotriti u kasnijim poglavljima.

Cilj ovog preglednog rada je da pruži sveobuhvatnu analizu hikikomori sindroma iz perspektive psihologije usamljenosti, koristeći bio-psiho-socijalnu paradigmu kao vodeći integrativni okvir. Važno je naglasiti da ovaj uticajni metateorijski pristup, koji je američki psihijatar Džordž Engel (*George Engel*) predložio još 1977. godine kao sveobuhvatnu alternativu tada dominantnom, redukcionističkom biomedicinskom modelu, nije vezan za jednog autora u kontekstu proučavanja hikikomorija, već predstavlja opšteprihvaćeni okvir u savremenoj psihologiji i psihijatriji. Ovaj model je odabran jer omogućava holističko razumijevanje fenomena, uzimajući u obzir međusobnu interakciju bioloških predispozicija (npr. genetski faktori, neurorazvojne osnove), psiholoških dimenzija (npr. usamljenost, komorbiditeti, kriza identiteta) i socio-kulturnih faktora (npr. porodična dinamika, društveni pritisci). Kroz pregled metodološki raznovrsne literature iz različitih dijelova svijeta, rad će se baviti definicijom i dijagnostičkim kriterijumima, etiologijom, simptomima i posljedicama, kao i potencijalnim terapijskim pristupima i intervencijama za ovaj savremeni fenomen.

MATERIJAL I METODE

Ovaj rad je koncipiran kao integrativni pregled literature čiji je cilj da pruži sveobuhvatnu sintezu postojećih naučnih saznanja o hikikomori sindromu. Za razliku od sistematskih pregleda koji primjenjuju stroge inkluzione i ekskluzione kriterijume, ovaj pristup je namjerno odabran kako bi se obuhvatila širina i kompleksnost fenomena. Metodološki pristup se zasnivao na narativnoj sintezi, sa ciljem da se integrišu nalazi iz studija sa različitim dizajnom i iz različitih teorijskih perspektiva, prvenstveno se oslanjajući na

bio-psiho-socijalni model kao vodeći analitički okvir.

Pretraga literature je sprovedena korišćenjem vodećih elektronskih baza podataka, uključujući Google Scholar, PsycINFO, Scopus, Web of Science i PubMed. Korišćeni su ključni termini za pretragu na engleskom i srpskom jeziku: „*hikikomori*”, „*social withdrawal*” (socijalno povlačenje), „*social isolation*” (socijalna izolacija), „*loneliness*” (usamljenost), „*bio-psycho-social model*” (bio-psiho-socijalni model), „*internet addiction*” (zavisnost od interneta) i „*attachment theory*” (teorija privrženosti). Vremenski okvir pretrage je primarno obuhvatao radove objavljene u posljednjih petnaest godina (od 2010. do 2025. godine) kako bi se osigurala relevantnost i obuhvatili najsavremeniji nalazi, ali su uključeni i fundamentalni, ranije objavljeni radovi koji su ključni za istorijsko i teorijsko razumijevanje fenomena.

Kriterijumi za odabir literature bili su usmjereni na relevantnost za temu, metodološku i geografsku raznolikost. U pregled su uključeni radovi koji direktno obrađuju hikikomori sindrom, njegove definicije, dijagnostičke izazove, psihološke korelate sa posebnim fokusom na usamljenost, etiologiju, posljedice i terapijske pristupe. S ciljem dobijanja što potpunije slike, namjerno su uključivane različite vrste studija: kvantitativna istraživanja (kros-sekcione i longitudinalne studije), kvalitativna istraživanja (studije slučaja, fenomenološke analize), kao i postojeći sistematski pregledi i meta-analize. Posebna pažnja je posvećena uključivanju radova iz različitih dijelova svijeta kako bi se potkrijepila teza o hikikomoriju kao globalnom fenomenu i prevazišla njegova pogrešna percepcija kao isključivo japanskog sindroma.

Iako ovaj rad, kao integrativni pregled, nije slijedio strogi protokol sistematske analize, proces odabira je podrazumijevao detaljan pregled naslova i sažetaka identifikovanih radova kako bi se osigurala njihova direktna relevantnost za cilj rada. Radovi koji su zadovoljili ovaj početni kriterijum su zatim u potpunosti pročitani i analizirani. Ovim pristupom, koji je favorizovao teorijsku, metodološku i geografsku širinu umjesto kvantitativne iscrpnosti, u finalnu narativnu sintezu uključene su 82 naučne reference koje čine osnovu za predstavljene rezultate i zaključke. Sinteza prikupljenih podataka izvršena je kroz tematsku analizu. Informacije iz odabranih članaka su grupisane u tri ključne kategorije koje odgovaraju bio-psiho-socijalnom modelu: biološki korelati, psihološke dimenzije i socio-kulturni kontekst. Na osnovu ove strukture, nalazi iz različitih studija su upoređivani i integrisani u koherentnu narativnu cjelinu koja pruža višeslojni uvid u hikikomori sindrom.

REZULTATI

Analiza i sinteza obimne naučne literature otkriva da je hikikomori sindrom višeslojan fenomen čije razumijevanje zahtjeva integraciju bioloških, psiholoških i socio-kulturnih faktora. Rezultati pregleda literature biće predstavljeni kroz sedam tematskih cjelina koje obuhvataju definiciju i opis fenomena, dijagnostičke izazove, operacionalizaciju, kompleksnu etiologiju, kliničku sliku i njenu progresiju, posljedice po pojedinca i društvo, kao i savremene pristupe liječenju.

Definisanje fenomena: Od japanskog porijekla do globalnog koncepta

Hikikomori, termin koji doslovno znači „povlačenje unutra” ili „biti zatvoren”, opisuje stanje ekstremne i produžene socijalne izolacije. Ovaj fenomen, koji je postao predmet kliničke, javnozdravstvene i opšte društvene zabrinutosti, prvi put je sistematski opisan i popularizovan od strane japanskog psihijatra Tamakija Saita krajem devedesetih godina prošlog vijeka. Saito je definisao hikikomori kao stanje u kojem pojedinci, pretežno adoles-

centi i mladići, u potpunosti odustaju od socijalnog učešća poput školovanja ili zaposlenja i povlače se u sigurnost svog doma na period duži od šest mjeseci, često ne napuštajući ni sopstvenu sobu. Ono što je u početku bilo percipirano kao specifičan oblik „studentske apatije”, „neuroze povlačenja” ili čak lijenosti, zahvaljujući kliničkom radu i istraživanjima, postepeno je evoluiralo u prepoznatljiv i ozbiljan socio-psihološki problem. Procjene o rasprostranjenosti fenomena u Japanu variraju, ali ukazuju na alarmantne brojke koje se kreću od više stotina hiljada do čak preko milion pogođenih pojedinaca, što hikikomori čini značajnim javnozdravstvenim pitanjem.

U svojoj suštini, hikikomori prevazilazi puku fizičku odsutnost iz socijalne arene; on predstavlja duboko emocionalno i psihološko povlačenje, gdje osoba prestaje da ostvaruje i održava značajne interpersonalne odnose. Centralni konstrukt koji leži u osnovi ovog bolnog stanja jeste dubok, prožimajući i hroničan osjećaj usamljenosti. Važno je naglasiti da ova usamljenost nije samo objektivno stanje nedostatka socijalnih kontakata, već prije svega subjektivni doživljaj nedostatka emocionalne ispunjenosti, pripadanja, intimnosti i razumijevanja. Pojedinci u stanju hikikomorija često opisuju osjećaj unutrašnje praznine, otuđenosti i nevidljivosti koji se ne može popuniti spoljnim stimulansima, što ih posljedično vodi ka daljem povlačenju kao strategiji izbjegavanja dodatnih emocionalnih povreda i razočaranja. Kvalitativna studija koju je sproveda Katsumata (2014) pruža dubok uvid u unutrašnji svijet ovih adolescenata, otkrivajući da su intenzivan osjećaj srama, strah od neuspjeha i gubitak samopoštovanja centralne teme koje pokreću i održavaju ciklus izolacije.

U tom smislu, klinički je i teorijski neophodno razlikovati samoću, koja može biti dobrovoljan, privremen i čak kreativan izbor za introspekciju, od usamljenosti, koja je u kontekstu hikikomorija prinudno, bolno i mentalno iscrpljujuće stanje. Antropološka perspektiva, koju nude Ozawa-de Silva i Parsons (2020), dodatno obogaćuje ovo razumijevanje, naglašavajući da usamljenost nije isključivo individualni psihološki problem, već i društvena i kulturna stvarnost, duboko ukorijenjena u međuljudskim odnosima, društvenim normama i očekivanjima. Iako se povlačenje na prvi pogled može činiti kao svjestan izbor, ono je često posljedica akumuliranog osjećaja nemoći i doživljava se kao jedini mogući izlaz iz nepodnošljivog socijalnog pritiska, anksioznosti i straha od odbacivanja. Istraživanje Castelpietre i saradnika (2021) ide korak dalje, postavljajući provokativno pitanje da li se povlačenje u hikikomori može shvatiti kao ekstremno oblik voljnog samoograničenja od društva koje pojedinac percipira kao prijeteće, neprijateljsko ili fundamentalno razočaravajuće. Iz ove perspektive, izolacija postaje paradoksalni pokušaj očuvanja sopstvenog identiteta i mentalnog integriteta kroz brisanje socijalnog postojanja.

Neosporno je da se fenomen ne može razumjeti bez uzimanja u obzir specifičnog socio-kulturnog konteksta u kojem je prvobitno identifikovan. U Japanu, brze poslijeratne promjene u porodičnoj strukturi, izuzetno visoka kompetitivnost obrazovnog sistema i urušavanje tradicionalnog modela „doživotnog zaposlenja” nakon ekonomske krize devedesetih godina, stvorili su okruženje koje doprinosi pojavi socijalnog povlačenja kao odgovora na pritisak i neizvjesnost (Suwa & Suzuki, 2013). Furlong (2008) objašnjava ovaj fenomen kroz sociološki koncept anomalije, tvrdeći da mladi ljudi, suočeni sa nesigurnim tržištem rada, razvijaju osjećaj da tradicionalne norme i putevi ka odrasloj dobi više ne funkcionišu, što ih vodi u pasivno povlačenje kao oblik potpunog odustajanja (*retreatism*). Uz to, kulturni faktori poput visokih roditeljskih i društvenih očekivanja, kao i snažan naglasak na kolektizmu, mogu dodatno pojačati osjećaj neuspjeha i srama kod onih koji ne uspijevaju da se uklope u propisane kalupe (Sarchione et al., 2015).

Međutim, jedna od najznačajnijih spoznaja u posljednjoj deceniji istraživanja jeste da hikikomori nije kulturološki vezan sindrom (*culture-bound syndrome*) ograničen isključivo na Japan. Preliminarna međunarodna istraga koju su sprovedi Kato i saradnici (2012) prva je postavila ključno pitanje: „Da li hikikomori sindrom postoji van Japana?”. Odgovor

koji je proizašao iz brojnih kasnijih studija bio je nedvosmisleno potvrđan. Fenomen je dokumentovan u različitim dijelovima svijeta, potvrđujući njegovu globalnu relevantnost. Istraživanja su potvrdila postojanje sličnih obrazaca teškog socijalnog povlačenja u drugim visoko razvijenim istočnoazijskim društvima poput Kine (Hu et al., 2022), Singapura (Lin et al., 2022) i Hong Konga (Yuen et al., 2019). Pored Azije, slučajevi su detaljno opisani i analizirani širom Evrope, uključujući Italiju (Orsolini et al., 2023; Esposito et al., 2021; Coppola, 2022), Francusku (Hamasaki et al., 2022) i Poljsku (Adamski, 2018). Istraživanja su se proširila i na druge kontinente, sa studijama u Turskoj (Kaşak et al., 2022), na Bliskom Istoku (Shah et al., 2024), u Sjedinjenim Američkim Državama (Bowker et al., 2019; Taku et al., 2023) i čak u Nigeriji (Bowker et al., 2019). Multicentrična studija koju su sproveli Teo i saradnici (2015) u četiri zemlje dodatno je potkrijepila ovu tezu, pokazavši da pogođeni pojedinci dijele slične psihosocijalne karakteristike bez obzira na kulturno porijeklo. Ova globalna rasprostranjenost dovela je do konceptualnog pomaka – umjesto da se posmatra kao kulturološki, hikikomori se sve više shvata kao „društveno vezan” (*society-bound*) sindrom, odnosno kao odgovor na univerzalne pritiske modernih, globalizovanih, visoko kompetitivnih i digitalizovanih društava (Martinotti et al., 2021).

Izazovi dijagnostike: Evolucija kriterijuma i kliničke dileme

Jedan od najvećih i najupornijih izazova u kliničkoj i istraživačkoj praksi jeste nedostatak univerzalno prihvaćene, konsenzusom usvojene definicije i standardizovanih dijagnostičkih kriterijuma za hikikomori (Li & Wong, 2015; Teo et al., 2018). Ova fundamentalna terminološka i konceptualna neusaglašenost stvara značajne prepreke za napredak u razumijevanju fenomena. Prije svega, ona direktno otežava sprovođenje pouzdanih epidemioloških studija, što dovodi do velikih varijacija u procjenama prevalencije širom svijeta (Bowker et al., 2019). Bez jasnih kriterijuma, poređenje rezultata između različitih studija i kultura postaje gotovo nemoguće, jer istraživači u suštini ne mjere istu pojavu. Sistematski pregledi literature konstantno ističu ovu heterogenost kao ključno ograničenje (Li & Wong, 2015). Dalje, nedostatak dijagnostičkog standarda usporava razvoj i testiranje efikasnih terapijskih intervencija, jer je teško procijeniti uspješnost tretmana ako početno stanje nije jasno definisano. Stoga, debata o tome da li je hikikomori novi, zasebni mentalni poremećaj, kulturološki specifičan sindrom, ili ekstremni bihevioralni ishod različitih psihopatoloških stanja, i dalje je u centru akademske i kliničke diskusije (Amendola, 2020; Kato et al., 2019).

Istorijski, definicije su značajno evoluirale kako se i razumijevanje fenomena produbljivalo i širilo izvan granica Japana. Prve formalne smjernice, koje je uspostavilo Japansko ministarstvo zdravlja, rada i blagostanja (MHLW) 2003. i 2010. godine, bile su pionirski pokušaj da se fenomen operacionalizuje. One su definisale hikikomori kroz nekoliko ključnih bihevioralnih markera: 1) način života koji je primarno centriran oko kuće; 2) potpuno ili skoro potpuno izbjegavanje socijalnog učešća (poput školovanja, zaposlenja ili druženja van kuće); 3) trajanje stanja od najmanje šest mjeseci; i 4) utvrđivanje da stanje nije bolje objašnjeno drugim psihijatrijskim poremećajem, poput shizofrenije, ili mentalnom retardacijom (Kato et al., 2019). Iako su ove smjernice bile koristan početni okvir, njihova rigidnost se brzo pokazala kao problematična. Kriterijum isključivanja drugih mentalnih poremećaja bio je posebno ograničavajući, jer je klinička praksa pokazivala da ogroman broj osoba u stanju hikikomorija pati i od komorbidne depresije, anksioznosti ili drugih stanja (Ranieri et al., 2024). Kao odgovor na potrebu za formalnijim prepoznavanjem, Teo i Gaw (2010) predložili su set kriterijuma za potencijalno uključivanje hikikomorija u Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM-5). Njihov prijedlog je zadržao osnovne komponente (boravak kod kuće, izbjegavanje socijalnih situacija, tra-

janje od šest mjeseci), ali je, što je veoma važno, eksplicitno dodao kriterijum značajnog kliničkog distresa ili funkcionalnog oštećenja, čime se patološko povlačenje razlikuje od nepatološkog izbora životnog stila. Ipak, i ovaj prijedlog je zadržao princip isključivanja drugih mentalnih poremećaja kao uzroka povlačenja (Teo & Gaw, 2010).

Najznačajniji pomak i svojevrsna promjena paradigme u dijagnostičkom razumijevanju hikikomorija nastupili su sa novijim, klinički orijentisanim kriterijumima koje su predložili Kato i saradnici (2019). Njihov prijedlog je uveo nekoliko ključnih modifikacija koje su odražavale savremeno shvatanje kompleksnosti fenomena. Prvo, fokus je pomjeren sa potpunog izbjegavanja socijalnih odnosa na izraženu fizičku socijalnu izolaciju u sopstvenom domu. Ova suptilna, ali važna promjena, prepoznala je realnost digitalnog doba, u kojem mnogi pojedinci u stanju hikikomorija održavaju aktivne, pa čak i intenzivne, socijalne kontakte isključivo putem interneta (Uchiyama et al., 2025). Drugo, i najvažnije, odbačen je rigidni princip isključivanja drugih psihijatrijskih poremećaja. Ovaj korak je bio od fundamentalnog značaja jer je omogućio konceptualizaciju hikikomorija kao stanja koje može biti i primarno i sekundarno. Primarni (idiopatski) hikikomori se odnosi na slučajeve gdje socijalno povlačenje predstavlja osnovni problem, bez prisustva drugog psihijatrijskog poremećaja koji bi ga mogao u potpunosti objasniti (Frankova, 2019). S druge strane, sekundarni (komorbidni) hikikomori se posmatra kao manifestacija, simptom ili finalna zajednička putanja već postojećeg stanja, kao što su veliki depresivni poremećaj, socijalna anksioznost, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), ili poremećaji iz autističnog spektra (Dell’Osso et al., 2025; Frankova, 2019). Ova podjela se pokazala izuzetno korisnom u kliničkoj praksi, jer usmerava dijagnostiku i planiranje tretmana. Treće, kriterijum značajnog kliničkog distresa ili funkcionalnog oštećenja je zadržan i dodatno naglašen. Najzad, predložen je i spektar težine (blag, umjeren, težak) zasnovan na učestalosti napuštanja doma (npr. izlazi 2–3 puta nedeljno, jednom nedeljno, ili nikada ne napušta ni sobu), što omogućava precizniju i dinamičniju kliničku procjenu stanja (Kato et al., 2019).

Kriterijum	Definicija MHLW (2010)	Prijedlog Teo & Gaw (2010)	Prijedlog Kato et al. (2019)
Osnovni kriterijum	Način života centriran oko kuće	Provođenje većine dana i skoro svakog dana zatvoren u kući	Izražena fizička socijalna izolacija u sopstvenom domu
Trajanje	Duže od 6 mjeseci	Najmanje 6 mjeseci	Kontinuirana izolacija u trajanju od najmanje 6 mjeseci
Socijalno izbjegavanje	Izbjegavanje socijalnog učešća (škola, posao, prijatelji)	Uporno izbjegavanje socijalnih situacija i odnosa	Ne specifikuje izbjegavanje odnosa, već fizičku izolaciju (onlajn kontakti su mogući)
Isključujući kriterijumi	Stanje nije bolje objašnjeno shizofrenijom ili drugim psihotičnim stanjem	Shizofrenija, mentalna zaostalost ili drugi mentalni poremećaji su isključeni	Drugi mentalni ili medicinski poremećaji se ne isključuju; mogu biti komorbidni (razlika primarni/sekundarni)
Distres / Funkcionalno oštećenje	Implicitno, kroz izbjegavanje učešća	Eksplicitno naveden kao kriterijum: značajan distres ili oštećenje	Eksplicitno naveden kao ključni kriterijum, uz mogućnost da „zabrinutost drugih” bude indikator oštećenja

Tabela br. 1 – Uporedni prikaz dijagnostičkih kriterijuma za hikikomori

Uprkos ovom napretku, debata o dijagnostičkom statusu hikikomorija i dalje traje, prije svega, jer on još uvijek nije formalno priznat kao zaseban entitet u glavnim dijagnostičkim klasifikacijama poput DSM-5 ili ICD-11. Amendola (2020) u svom pregledu literature sistematski istražuje argumente za i protiv njegove klasifikacije kao novog poremećaja. Klinička dilema se ogleda u pitanju da li je hikikomori zaista jedinstven entitet, ili samo teška manifestacija već poznatih stanja, poput socijalnog anksioznog poremećaja, agorafobije, izbjegavajućeg poremećaja ličnosti, ili oblika „moderne depresije” prilagođene savremenom dobu (Martinotti et al., 2021; Kato & Kanba, 2017). Diferencijalna dijagnoza je stoga od presudnog značaja, jer ispravno razumijevanje uzroka povlačenja direktno utiče na izbor tretmana. U nedostatku formalnih kriterijuma, kliničari se oslanjaju na polustrukturisane dijagnostičke intervjuje, poput onog korišćenog u studiji validacije *HQ-25* upitnika, koji se smatraju trenutnim „zlatnim standardom” za istraživačke svrhe (Teo et al., 2018). Potreba za daljim međunarodnim istraživanjem i saradnjom, kako bi se ovi dijagnostički izazovi razriješili, ostaje imperativ, što naglašavaju brojni autori koji se bave ovom temom (Liu & Kato, 2020).

Operacionalizacija fenomena: Od bihejvioralnih markera do spektra povlačenja

Operacionalizacija hikikomorija, odnosno proces prevođenja apstraktnog i kompleksnog kliničkog koncepta u mjerljive i provjerljive varijable, od suštinskog je značaja za sprovođenje naučnih istraživanja i validaciju terapijskih pristupa. Istorijski, prve operacionalizacije bile su pretežno bihejvioralne, fokusirane na jedan, lako uočljiv kriterijum: vrijeme provedeno unutar kuće i odsustvo sa posla ili iz škole. Međutim, ovakav pristup se pokazao nedovoljno senzitivnim, jer nije uspijevao da obuhvati psihološku suštinu fenomena, prije svega subjektivni doživljaj patnje i kvalitet socijalnih odnosa. Kao odgovor na ova ograničenja, u novijim istraživanjima došlo je do značajnog konceptualnog pomaka, odnosno prelaska sa stroge, binarne kategorizacije (osoba ili jeste ili nije hikikomori) na sofisticiraniji pristup koji posmatra socijalno povlačenje kao spektar. Koncept „hikikomori spektra”, koji su detaljno istraživali autori poput Nonake i Sakajia (2021) kao i Hamasakija i saradnika (2021), sugerise da socijalno povlačenje postoji na kontinuumu, od blažih, subkliničkih oblika izbjegavanja određenih socijalnih situacija, do teških, hroničnih stanja potpune fizičke i emocionalne izolacije. Razumijevanje ovog spektra je posebno važno kod adolescenata, gdje se mogu identifikovati rani faktori rizika prije nego što se stanje u potpunosti razvije (Hamasaki et al., 2021). Ovakav dimenzionalni pristup je klinički izuzetno koristan, jer omogućava identifikaciju osoba u riziku i primjenu ranih, preventivnih intervencija prije nego što se razvije potpuna klinička slika.

Hikikomori Upitnik (*HQ-25*): Zlatni Standard u Samoprocjeni

Razvoj i validacija 25-članog Hikikomori upitnika (*HQ-25*) od strane Tea i saradnika (2018) predstavlja prekretnicu i zlatni standard u samoprocjeni ovog fenomena. Razvijen je kao odgovor na izražen nedostatak pouzdanih alata, sa ajtemima teorijski utemeljenim u ključnim psihosocijalnim temama iz literature: nedostatak socijalne povezanosti, aktivno povlačenje, izbjegavanje kontakta i osjećaj otuđenosti (Teo et al., 2018). Originalna validacija na uzorku od 399 učesnika u Japanu otkrila je jasnu trofaktorsku strukturu koja obuhvata tri ključne dimenzije iskustva: (1) Socijalizaciju (nelagodnost u društvu drugih), (2) Izolaciju (fizički boravak kod kuće) i (3) Emocionalnu podršku (nedostatak osoba od povjerenja) (Teo et al., 2018). Upitnik je pokazao izvanredne psihometrijske karakteristike, uključujući visoku internu konzistentnost (*Cronbach α = 0,96*) i snažnu konvergentnu validnost, sa visokim korelacijama sa mjerama usamljenosti i niskim sa mjerama socijalne

podrške (Teo et al., 2018).

U poređenju sa polustrukturisanim kliničkim intervjuom, *HQ-25* je pokazao dobru dijagnostičku tačnost ($AUC = 0,86$), a predložena je granična vrijednost (*cut-off*) od 42 (na skali od 0 do 100). Ova vrijednost je povezana sa veoma visokom osjetljivošću od 94% (uspješno identifikuje skoro sve stvarne slučajeve), ali umjerenom specifičnošću (61%) i niskom pozitivnom prediktivnom vrijednošću (PPV) od 17% (Teo et al., 2018). Nizak PPV znači da će značajan broj „pozitivnih” rezultata biti lažno pozitivan, što sugerise da je *HQ-25* izvrstan alat za skrining (isključivanje stanja), ali nedovoljno precizan za postavljanje definitivne dijagnoze. Upravo je ovo ograničenje poslužilo kao podsticaj za dalji razvoj preciznijih, klinički administriranih alata (Teo et al., 2018).

Globalno širenje fenomena podstaklo je i kros-kulturalne adaptacije *HQ-25*. Italijanska verzija je potvrdila originalnu trofaktorsku strukturu i pokazala dobru pouzdanost i validnost kako kod odraslih, tako i kod adolescenata. Turska validacija je takođe bila uspješna, a razvijena je i skraćena verzija sa osam ajtema (*HQ-8*) koja je pokazala jednofaktorsku strukturu, sugerisući da je samo jezgro socijalnog povlačenja univerzalno, dok druge dimenzije mogu biti kulturno specifične.

Prepoznajući važnost rane intervencije, razvijena je i Jednomjesečna Verzija (*HQ-25M*), koja procjenjuje simptome u prethodnih mjesec dana (Kato et al., 2022). Cilj ovog instrumenta je identifikacija osoba u „*pre-hikikomori*” fazi. Ključni nalaz inicijalne validacije jeste da je subskala izolacije bila jedini faktor koji je značajno razlikovao *pre-hikikomori* grupu od kontrolne, sugerisući da je ponašanje izolacije najraniji i najspecifičniji marker rizika (Kato et al., 2022).

Instrumenti za Procjenu Rizika i Povezanih Konstrukata

Pored mjerenja postojećih simptoma, razvijeni su i alati koji se fokusiraju na faktore rizika i specifične aspekte iskustva. Povezanost između socijalne marginalizacije i rizika od povlačenja, koja je ranije pomenuta, postaje jasnija kroz instrumente za procjenu rizika. Skala rizika za *NEET/Hikikomori* (*NHR*) ne mjeri povlačenje kao takvo, već psihološke tendencije koje mu prethode, posmatrajući i *NEET* populaciju (osobe koje nisu zaposlene, ne obrazuju se, niti su na obuci) i hikikomori kao ishode socijalne marginalizacije (Uchida & Norasakkunkit, 2015). Skala mjeri tri ključna faktora rizika: (1) preferenciju za nestabilan, honorarni rad, (2) nedostatak samokompetentnosti i (3) nejasne ambicije za budućnost. Nalaz da skorovi na ovoj skali progresivno rastu od grupe zaposlenih, preko *NEET* grupe, do hikikomori grupe, sugerise da ova stanja dijele zajedničke faktore rizika i da se povlačenje često razvija postepeno kao kulminacija socijalne isključenosti (Uchida & Norasakkunkit, 2015).

Noviji skrining alat, Inventar Rizika za Hikikomori (*HRI-24*), koji su originalno razvili Loscalzo i saradnici (2022) sa ciljem evaluacije rizika u istočnim i zapadnim zemljama, specifično je dizajniran za adolescente, a naknadno je validiran i u drugim kulturama, poput Turske (Kašak et al., 2024). Njegova petofaktorska struktura (antropofobija, agorafobija, paranoja, letargija, depresivno raspoloženje) pruža uvid u različite psihopatološke puteve koji mogu voditi ka povlačenju, naglašavajući potrebu za individualizovanom pristupom u prevenciji (Kašak et al., 2024).

Konačno, Skala Kvaliteta Života za Hikikomori (*QOL-H*) predstavlja važan paradigmatški pomak (Nonaka & Sakai, 2022). Razvijena je kao odgovor na činjenicu da tradicionalne mjere kvaliteta života nisu adekvatne za ovu populaciju. Ovaj instrument od 20 ajtema omogućava mjerenje subjektivnog blagostanja kao ishoda tretmana, nezavisno od toga da li je došlo do bihevioralne promjene (npr. povratka na posao). Time se fokus pomjera sa modela socijalne normalizacije na humaniji, individualizovano usmjeren model unapređenja individualnog blagostanja (Nonaka & Sakai, 2022).

Klinički Intervjui: Ka Zlatnom Standardu u Dijagnostici

Kako bi se prevazišla ograničenja samoprocjenskih skala, razvijeni su strukturisani klinički intervjui. Dijagnostička Evaluacija za Hikikomori (*HiDE*) je klinički administriran intervju dizajniran da standardizuje proces procjene i obezbijedi visoku dijagnostičku preciznost (Teo et al., 2023). Intervju sistematski procjenjuje suštinske karakteristike, kao što su učestalost, trajanje i svrha izlazaka iz kuće, hroničnost povlačenja, kao i prisustvo distresa ili funkcionalnog oštećenja. Ključna inovacija je uključivanje „zabrinutosti drugih” (npr. porodice) kao validnog indikatora oštećenja, prepoznajući da pacijenti često imaju ograničen uvid u svoje stanje (Teo et al., 2023).

Iz ovog intervjua izvedena je i Skrining Forma (*HiDE-S*), samoprocjenski upitnik od 12 ajtema za brzu trijažu (Reina et al., 2025). Najznačajnija inovacija koju *HiDE-S* donosi jeste operacionalizacija razlike između patološkog hikikomorija (praćenog distresom/ oštećenjem) i nepatološkog hikikomorija (fizička izolacija bez patnje, npr. rad od kuće). Preliminarna validacija je pokazala da je *HiDE-S* pouzdan i validan alat za skrining, sposoban da napravi ovu ključnu distinkciju (Reina et al., 2025). Uvođenje koncepta nepatološkog povlačenja predstavlja najsavremeniji teorijski napredak, koji sprečava pretjeranu patologizaciju modernih stilova života i usmjerava kliničku pažnju na one kojima je pomoć zaista potrebna.

Naziv Instrumenta (Skraćenica)	Tip	Broj Ajtema	Primarna Svrha	Literatura
Hikikomori upitnik (<i>HQ-25</i>)	Samoprocjena	25	Skrining i procjena težine simptoma	Teo et al. (2018); Pozza et al. (2019); Fino et al. (2023); Amendola et al. (2021)
Jednomjesečna Verzija <i>HQ-25</i> (<i>HQ-25M</i>)	Samoprocjena	25	Rana detekcija i skrining rizika („pre-hikikomori”)	Kato et al. (2023)
Skala Rizika za <i>NEET</i> / Hikikomori (<i>NHR</i>)	Samoprocjena	27	Procjena psihosocijalnih faktora rizika (ne simptoma)	Uchida & Norasakkunkit (2015)
Inventar Rizika za Hikikomori (<i>HRI-24</i>)	Samoprocjena	24	Skrining rizika i dominantnih psihopatoloških puteva kod adolescenata	Loscalzo et al. (2022); Kaşak et al. (2024)
Skala Kvaliteta Života za Hikikomori (<i>QOL-H</i>)	Samoprocjena	20	Procjena subjektivnog kvaliteta života kao ishoda tretmana	Nonaka & Sakai (2022)
Dijagnostička Evaluacija za Hikikomori (<i>HiDE</i>)	Klinički intervju	N/A	Standardizovana, precizna klinička dijagnostika	Teo et al. (2023); Kato et al. (2020)
Skrining Forma <i>HiDE</i> (<i>HiDE-S</i>)	Samoprocjena	12	Brza trijaža i razlikovanje patološkog od nepatološkog povlačenja	Reina et al. (2025)

Tabela br. 2 - Usporedni prikaz ključnih instrumenata za procjenu hikikomori sindroma

Etiologija socijalnog povlačenja: Bio-psiho-socijalna sinteza

Razumijevanje kompleksnih uzroka koji dovode do stanja hikikomorija zahtijeva integrativni pristup koji prevazilazi jednodimenzionalna i redukcionistička objašnjenja. Nijedan pojedinačni faktor, bilo biološki, psihološki ili socijalni, nije dovoljan da objasni zašto se pojedinac povlači u stanje ekstremne izolacije. Umjesto toga, hikikomori se najbolje može shvatiti kao emergentno stanje koje nastaje iz složene i dinamične interakcije između predisponirajućih faktora vulnerabilnosti i precipitirajućih faktora stresa. U tom smislu, bio-psiho-socijalni model se pokazao kao najadekvatniji teorijski i klinički okvir. On omogućava sistematsku analizu međusobno povezanih nivoa: bioloških predispozicija i korelata koji čine pojedinca osjetljivijim, psiholoških dimenzija koje oblikuju unutrašnji svijet, iskustva i mehanizme suočavanja i uticaja šireg socio-kulturnog okruženja koje stvara pritiske i, u nekim slučajevima, omogućava i održava stanje povlačenja (Berman & Rizzo, 2019). Ovaj interdisciplinarni pristup je ključan za otključavanje razumijevanja fenomena i razvoj holističkih intervencija.

Biološki faktori: Predispozicije i korelati

Iako je istraživanje biološke osnove hikikomorija relativno nova oblast, dostupni nalazi ukazuju na postojanje mjerljivih neurobioloških, biohemijskih i genetskih faktora koji mogu doprinijeti razvoju ili održavanju ovog stanja.

Neurobiološke i neurorazvojne osnove: Sve veći broj kliničkih opservacija i empirijskih studija ukazuje na snažnu i klinički značajnu vezu između hikikomorija i neurorazvojnih poremećaja, prije svega poremećaja iz autističnog spektra (ASD). Postoji značajno preklapanje u kliničkoj slici, koje obuhvata dugotrajne teškoće u socijalnoj komunikaciji i interakciji, socijalnu anksioznost, senzorne preosjetljivosti i sklonost ka repetitivnim ponašanjima i suženim interesovanjima (Dell'Osso et al., 2025). Mnogi pojedinci sa subkliničkim ili nedijagnostikovanim autističnim crtama mogu funkcionisati relativno dobro tokom djetinjstva, ali sa porastom socijalnih zahtijeva u adolescenciji i odraslom dobu, njihovi kapaciteti za socijalnu adaptaciju postaju preplavljeni. U tom kontekstu, povlačenje u hikikomori može predstavljati ekstremni mehanizam suočavanja (*coping mechanism*), odnosno pokušaj da se izbjegne bolno i iscrpljujuće socijalno okruženje koje nije prilagođeno njihovom neurokognitivnom profilu. Studija Dell'Osso i saradnika (2025) je kvantitativno potvrdila ovu vezu, pokazujući da komorbiditet između hikikomorija i klinički značajnih autističnih crta predstavlja poseban fenotip sa izraženijom težinom simptoma u oba domena. Ova veza sugerise postojanje zajedničke neurobiološke podloge u regionima mozga koji su ključni za socijalno funkcionisanje, poznatim kao „socijalni mozak” (*social brain network*), a koji obuhvataju strukture poput amigdale, prefrontalnog korteksa i gornjeg temporalnog sulka.

Biohemijski i metabolički markeri: Pionirska studija Hayakawe i saradnika (2018) bila je prva koja je sistematski istražila potencijalne krvne biomarkere povezane sa hikikomorijem. Istraživanje je otkrilo polno specifične razlike: kod muškaraca, viši skorovi na skalama socijalnog povlačenja bili su povezani sa nižim nivoima mokraćne kiseline (urata), koja ima antioksidativna svojstva, i holesterola visoke gustine (HDL-C), poznatog kao „dobar holesterol”. Kod žena, viši skorovi su takođe bili povezani sa nižim nivoima HDL-C, ali i sa višim nivoima inflamatornih markera poput C-reaktivnog proteina visoke osjetljivosti (*hsCRP*) (Hayakawa et al., 2018). Ovi nalazi otvaraju vrata za hipoteze o ulozi hronične upale niskog stepena i oksidativnog stresa u biološkoj podlozi sindroma. Pitanje kauzalnosti, međutim, ostaje otvoreno o tome da li ovi biohemijski disbalansi predstavljaju primarni faktor rizika koji doprinosi povlačenju ili su oni sekundarna fiziološka posljedica

dugotrajnog sedentarnog načina života, nezdrave ishrane, poremećenog cirkadijalnog ritma i hroničnog psihološkog stresa koji karakterišu život u hikikomori stanju. Nadovezujući se na ovo, istraživanje Setoyame i saradnika (2022) je korišćenjem metabolomike identifikovalo specifične metaboličke potpise u krvi kod osoba sa hikikomorijem, dodatno jačajući dokaze o postojanju mjerljivih fizioloških korelata ovog stanja i otvarajući put ka potencijalnoj objektivnoj dijagnostici.

Genetska vulnerabilnost: Direktna istraživanja specifičnih „hikikomori gena” su izuzetno rijetka i malo vjerovatno je da takvi geni postoje. Međutim, postojanje genetske vulnerabilnosti može se pretpostaviti posredno, kroz analizu visoke heritabilnosti komorbidnih psihijatrijskih stanja i crta ličnosti. Poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaji i crte ličnosti poput neuroticizma i introverzije, koji su snažni prediktori za razvoj hikikomorija, imaju značajnu genetsku komponentu. Stoga je razumno pretpostaviti postojanje poligenskog rizika, gdje kombinacija različitih genetskih varijacija predisponira osobu za anksioznost, depresiju, teškoće u socijalnoj interakciji ili preosjetljivost na stres. Ovaj genetski rizik, međutim, ne djeluje u vakuumu. On se manifestuje kroz složenu interakciju gena i okruženja ($G \times E$), gdje genetski vulnerabilna osoba, kada je izložena specifičnim nepovoljnim faktorima okruženja (npr. vršnjačko nasilje, porodični pritisak), ima značajno veći rizik da razvije hikikomori nego osoba bez takve predispozicije.

Psihološki faktori: Unutrašnji svijet izolacije

Psihološka dimenzija je apsolutno centralna za razumijevanje unutrašnjeg svijeta osobe u izolaciji, obuhvatajući bolno iskustvo usamljenosti, složenu mrežu komorbidne psihopatologije, maladaptivne kognitivne obrasce i neriješene razvojne zadatke.

Usamljenost kao centralno iskustvo: Iako je hikikomori definisan ponašanjem (povlačenjem), njegovo psihološko jezgro je iskustvo usamljenosti. Studije konzistentno pokazuju da osobe sa hikikomorijem imaju značajno viši nivo percipirane usamljenosti i niži nivo socijalne podrške (Yong, 2024). Istraživanje Borisove i Molonove (2017) pravi važnu distinkciju između emocionalne i socijalne usamljenosti, zaključujući da je nedostatak bliskih, intimnih i povjerljivih odnosa (emocionalna usamljenost) daleko snažniji pokretač povlačenja od nedostatka osjećaja pripadnosti široj društvenoj grupi (socijalna usamljenost). Studija na Bliskom istoku je potvrdila da usamljenost djeluje kao ključni medijator između problematične upotrebe interneta i socijalnog povlačenja, što znači da prekomjerno korišćenje interneta ne vodi direktno u izolaciju, već to čini tako što produbljuje osjećaj usamljenosti (Shah et al., 2024). Kvalitativne studije pružaju neprocjenjiv uvid u fenomenologiju ovog iskustva. Yong i Kaneko (2016) opisuju povlačenje kao anomičan odgovor na poteškoće i stanje „zamora od odnosa” (*relationship fatigue*), gdje pojedinac bira fizičku usamljenost kako bi se zaštitio od dublje, egzistencijalne usamljenosti koju osjeća čak i kada je okružen ljudima. Slično, studija Katsumate (2014) sa japanskim adolescentima otkriva da su duboko ukorijenjeni osjećaj srama, neadekvatnosti i strah od negativne evaluacije ključni pokretači povlačenja u siguran, ali bolno usamljen svijet sopstvene sobe.

Komorbidna psihopatologija i crte ličnosti: Hikikomori se rijetko javlja kao izolovan fenomen; on je skoro uvijek isprepleten sa drugim psihopatološkim stanjima (Martinotti et al., 2021). Ovu vezu potvrđuju i specifične studije iz različitih kulturnih konteksta, poput istraživanja u Italiji koje je pokazalo značajne korelacije između tendencija ka hikikomoriju, problematične upotrebe interneta i opšte psihopatologije kako u kliničkim, tako i u nekliničkim uzorcima mladih (Amendola et al., 2021). Sveobuhvatni pregled literature Ranierija i saradnika (2024) potvrdio je izuzetno visoku stopu preklapanja sa širokim spektrom poremećaja, uključujući anksiozne poremećaje (posebno socijalnu anksioznost

i agorafobiju), depresivne poremećaje, opsesivno-kompulsivni poremećaj i poremećaje ličnosti. Istraživanje Tea i saradnika (2020) je pokazalo da pacijenti sa velikim depresivnim poremećajem koji se socijalno izoluju ispoljavaju znatno teže simptome od onih koji ostaju socijalno aktivni, sugerišući dvosmjernu vezu gdje depresija vodi ka izolaciji, a izolacija produbljuje depresiju. Izbjegavajući poremećaj ličnosti se u literaturi često navodi kao najbliži dijagnostički srodnik, zbog preklapanja u simptomima socijalne inhibicije i preosjetljivosti na kritiku. Pored formalnih dijagnoza, određene crte ličnosti predstavljaju značajan faktor rizika. Istraživanje koje su sproveli Bonnaire i Roignot (2023) pokazalo je da su visok neuroticizam (sklonost ka doživljavanju negativnih emocija) i disfunkcionalne strategije suočavanja poput samooptuživanja pozitivno povezani sa tendencijama ka povlačenju, dok ekstraverzija i socijalna podrška djeluju kao zaštitni faktori.

Trauma, privrženost i razvojna kriza: Iskustvo traume, posebno hroničnog i teškog vršnjačkog nasilja u školi (poznatog kao *ijime* u Japanu), jedan je od najčešće navođenih precipitirajućih faktora u narativima osoba sa hikikomorijem. Takva iskustva mogu uništiti samopoštovanje, stvoriti hroničnu anksioznost i naučiti osobu da su socijalne interakcije opasne, što vodi ka generalizovanom izbjegavanju. Istraživanje Frankove (2019) je otkrilo visoku prevalenciju traumatskih događaja i aleksitimije (teškoće u prepoznavanju i izražavanju emocija) i kod primarnog i kod sekundarnog hikikomorija. Na dubljem, razvojnom nivou, teorija privrženosti nudi moćan okvir za razumijevanje predispozicija za povlačenje. Krieg i Dickie (2013) sugerišu da nesigurni obrasci privrženosti (ambivalentni ili izbjegavajući), formirani u ranom djetinjstvu kroz nekonzistentne ili odbacujuće interakcije sa roditeljima, stvaraju unutrašnje radne modele o sebi kao nevoljenom i o drugima kao nepouzdanima. Ovi obrasci, kada se u adolescenciji suoče sa odbacivanjem od strane vršnjaka, stvaraju trajektoriju ka potpunom socijalnom povlačenju. Centralni psihološki faktor je i kriza identiteta. Longitudinalna studija Hihare i saradnika (2022) pružila je snažne dokaze da je distres povezan sa identitetom (konfuzija oko sopstvenih vrijednosti, ciljeva i mjesta u svijetu) snažan i nezavisan prediktor razvoja najtežih simptoma hikikomorija tokom stresnog perioda tranzicije u odraslo doba, kao što je traženje posla. Ovo sugerise da povlačenje nije samo pasivna posljedica lošeg raspoloženja, već aktivan, iako maladaptivan, odgovor na fundamentalni egzistencijalni neuspjeh u formiranju koherentnog identiteta. Ovaj zastoj u razvoju opisuju i De Luca i saradnici (2020), dok Muris i Ollendick (2023) i Li i Wong (2015) takođe ističu hikikomori kao ishod neuspješnog savladavanja ključnih razvojnih zadataka, u skladu sa Eriksonovom teorijom, gdje se ističe faza formiranja identiteta naspram konfuzije uloga.

Socio-kulturni faktori: Okruženje koje oblikuje povlačenje

Hikikomori je duboko ukorijenjen u širi socio-kulturni kontekst koji obuhvata porodičnu dinamiku, pritiske obrazovnog i radnog sistema, kulturne vrijednosti i uticaj modernih tehnologija.

Mikrosistem: Porodica i vršnjaci: Porodica predstavlja primarno okruženje u kojem se hikikomori razvija i često nenamjerno održava. Istraživanja su identifikovala nekoliko specifičnih karakteristika porodične dinamike. Studija Umede i Kawakamija (2012) u Japanu otkrila je da su visoko obrazovanje oca (što implicira visoka očekivanja) i prisustvo mentalnih poremećaja kod majke značajni faktori rizika. Malagón-Amor i saradnici (2020) su takođe otkrili visoku stopu psihopatologije kod roditelja i disfunkcionalne stilove komunikacije u porodicama osoba sa hikikomorijem. U literaturi se često pominju specifični stilovi roditeljstva, kao što je prezaštićivanje i kulturno-specifični koncept *amae*, kao oblik zavisnosti i popustljivosti u odnosu majke i djeteta, koji može otežati proces separacije i individuacije (Sarchione et al., 2015). Kao što je već pomenuto, vršnjačko nasilje

predstavlja ključni faktor stresa u mikrosistemu koji može direktno inicirati povlačenje (Muris & Ollendick, 2023).

Makrosistem: Društveni pritisci i ekonomska anomija: Na makro nivou, hikikomori se može posmatrati kao simptomatičan odgovor na intenzivne pritiske modernog, kompetitivnog društva. U mnogim istočnoazijskim, ali i zapadnim društvima, postoji ogroman pritisak za akademskim i profesionalnim uspjehom. Neuspjeh u ispunjavanju ovih rigidnih očekivanja može dovesti do dubokog osjećaja sramote (poznatog kao *haji* u japanskoj kulturi) i ličnog poraza, nakon čega povlačenje postaje mehanizam odbrane od dalje socijalne evaluacije (Katsumata, 2014). Istraživanje u Finskoj, koristeći Burdijeovu teoriju, povezano je socijalno povlačenje sa sličnim pritiscima, kao što su nezaposlenost i inflacija visokoobrazovanog kadra, što ukazuje na univerzalnost ovog problema (Husu & Välimäki, 2017). Promjene na globalnom tržištu rada, porast prekarnih i nesigurnih poslova i ekonomska neizvjesnost stvaraju osjećaj beznadežnosti i kulturne marginalizacije. U ovom kontekstu, Furlong (2008) tumači hikikomori kroz sociološku teoriju anomalije kao oblik „potpunog odustajanja” (*retreatism*) tj. odbacivanja i dominantnih kulturnih ciljeva i institucionalizovanih sredstava za njihovo postizanje. Korelaciona studija Fujite i saradnika (2021) pružila je empirijsku podršku ovoj tezi, pokazavši vezu između socioekonomskih faktora, poput stope nezaposlenosti mladih, i prevalence hikikomorija u Japanu.

Kategorija faktora	Grupisani podfaktori	Sažeti opis i primjeri	Ključne interakcije i literatura
Biološki faktori	Genetska predispozicija, neurobiološke promjene, biomarkeri, poremećaji sna/metabolizma	Nasljedna vulnerabilnost (npr. autistični spektar); disfunkcije stresa/nagrade; niski <i>HDL</i> , povišeni <i>CRP</i> ; metaboličke disfunkcije od sedentarnog života	Pojačavaju psihološku patnju u socijalnim kontekstima; dovode do hroničnog stresa i izolacije (Dell’Osso et al., 2025; Hayakawa et al., 2018; Muris & Ollendick, 2023)
Psihološki faktori	Usamljenost/otuđenost, sram/strah, kriza identiteta, komorbiditeti	Subjektivna praznina i nedostatak pripadanja; strah od neuspjeha i sram; egzistencijalna patnja; depresija, anksioznost, PTSP	Stvaraju začarani krug izolacije, pojačan socijalnim pritiscima; vode ka suicidalnosti (Ozawa-de Silva & Parsons, 2020; Hihara et al., 2022; Yong & Nomura, 2019)
Socijalni i kulturni faktori	Porodična dinamika, društveni pritisci, kulturne norme, savremeni trendovi	Prezaštitničko roditeljstvo; akademski/ekonomski stres, anomalija; kolektivizam i stigma; zavisnost od interneta, pandemijski efekti	Održavaju izolaciju kao adaptaciju; interagiraju sa psihološkim faktorima (Furlong, 2008; Suwa & Suzuki, 2013; Kato et al., 2020)

Tabela br. 3 – Bio-psiho-socijalni model etiologije hikikomori sindroma

Tehnosistem: Paradoksalna uloga interneta: Uloga interneta i modernih tehnologija u etiologiji hikikomorija je duboko paradoksalna i ne može se posmatrati kao isključivo negativna. S jedne strane, tehnologija djeluje kao moćan „omogućivač” (*enabler*) izolacije. Prekomjerna upotreba interneta, zavisnost od video igara i pasivno skrolovanje po društvenim mrežama često služe kao sredstvo za bjekstvo od bolne stvarnosti (*escapism*)

i mehanizam koji omogućava i održava stanje socijalnog povlačenja (Cueto Florido, 2023; Adamski, 2018). Istraživanja potvrđuju visoku stopu koegzistencije zavisnosti od interneta i hikikomorija, pri čemu jedna pojava može pojačavati drugu u „začaranom krugu” ili dilemi „kokoške i jajeta” (Kato et al., 2020). S druge strane, za mnoge izolovane pojedince, internet predstavlja jedini prozor u svijet i jedini „konektor”, odnosno arenu za socijalnu interakciju koja ne izaziva paralizujuću anksioznost. Analiza objava na Twitteru pokazala je da osobe koje se identifikuju kao hikikomori aktivno koriste onlajn platforme za traženje socijalne podrške, dijeljenje iskustava, borbu protiv stigme i stvaranje zajednice (Uchiyama et al., 2025). Netnografska studija u Italiji takođe je otkrila kako onlajn zajednice omogućavaju redefinisane socijalne odnose i sublimaciju (Coppola, 2022). Stoga, tehnologija posjeduje dvojaku prirodu: ona može biti i kavez koji osobu drži u izolaciji, ali i most koji može voditi ka postepenoj reintegraciji (Park & Yap, 2022).

Manifestacije i trajektorije: Razlikovanje primarnog i sekundarnog hikikomorija

Klinička slika hikikomorija nije monolitna. Ona predstavlja heterogen spektar ponašanja i iskustava koji variraju u svojoj težini, trajanju, pratećoj psihopatologiji i razvojnim putevima. Razumijevanje ovih različitih manifestacija je od presudnog značaja za adekvatnu dijagnostičku procjenu i, posljedično, za planiranje efikasnog i individualizovanog tretmana. Najvažnija i najčešće korišćena klinička podjela koja pomaže u razumijevanju ove heterogenosti jeste razlikovanje između primarnog (idiopatskog) i sekundarnog (komorbidnog) hikikomorija (Frankova, 2019). Ova distinkcija, omogućena modernijim dijagnostičkim pristupcima koji ne isključuju automatski druge mentalne poremećaje, postala je kamen temeljac u kliničkoj konceptualizaciji fenomena.

Primarni hikikomori se definiše kao stanje u kojem je dugotrajno i teško socijalno povlačenje osnovni, centralni problem, koji se ne može u potpunosti objasniti simptomima nekog drugog postojećeg psihijatrijskog poremećaja (Frankova, 2019). Iako ovi pojedinci mogu ispoljavati simptome anksioznosti ili depresije, oni se smatraju sekundarnim u odnosu na samo povlačenje, odnosno njegovom direktnom posljedicom. Klinička slika primarnog oblika često odražava duboke unutrašnje konflikte, neriješene razvojne zadatke i egzistencijalnu krizu. Ovi pojedinci često ispoljavaju teškoće u regulaciji i izražavanju emocija, preplavljujući osjećaj neprihvaćenosti, stida i ličnog neuspjeha, kao i duboko ukorijenjenu bespomoćnost (Katsumata, 2014; Yong & Kaneko, 2016). Interpersonalna dinamika kod primarnog hikikomorija često je obilježena pasivnom agresijom ili otvorenim hostilnošću koja je gotovo isključivo usmjerena ka članovima porodice, najčešće roditeljima. Ova hostilnost se može tumačiti kao ambivalentan izraz ekstremne frustracije, s jedne strane, i duboke zavisnosti od porodice koja im omogućava opstanak u izolaciji, s druge (Frankova, 2019). Smatra se da ovaj oblik hikikomorija često ima korijene u problematičnim obrascima privrženosti formiranim u djetinjstvu i predstavlja manifestaciju zastoja u psihosocijalnom razvoju (Krieg & Dickie, 2013).

S druge strane, sekundarni hikikomori se shvata kao bihevioralna manifestacija ili „finalna zajednička putanja” za širok spektar već postojećih, teških mentalnih poremećaja. U ovim slučajevima, socijalno povlačenje nije primarni problem, već simptom koji proizlazi iz osnovne psihopatologije. Diferencijalna dijagnoza je stoga ključna. Na primjer, teška socijalna anksioznost ili agorafobija mogu učiniti svaki izlazak iz kuće i socijalnu interakciju toliko zastrašujućim da potpuna izolacija postaje jedina strategija za izbjegavanje nepodnošljive anksioznosti. Kod teškog depresivnog poremećaja, simptomi poput apatije, anhedonije, gubitka energije i motivacije mogu u potpunosti paralisati osobu i onemogućiti joj bilo kakvo socijalno funkcionisanje (Teo et al., 2020). Negativni simptomi šizofrenije, kao što su avolucija i asocijalnost, takođe mogu dovesti do kliničke slike

koja je na površini identična hikikomoriju. Kao što je već pomenuto, osobe iz autističnog spektra, zbog fundamentalnih teškoća u socijalnoj komunikaciji i senzorne preosjetljivosti, mogu se povući kao odgovor na preplavljujuće socijalno okruženje (Dell’Osso et al., 2025). Takođe, kod osoba sa posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP), izbjegavanje okidača povezanih sa traumom može se generalizovati do te mjere da dovodi do potpunog prekida kontakta sa spoljnim svijetom. Sveobuhvatni pregled koji su sproveli Ranieri i saradnici (2024) potvrđuje izuzetno visoku prevalenciju ovih komorbiditeta, naglašavajući da je sekundarni hikikomori vjerovatno češći u kliničkoj praksi. Martinotti i saradnici (2021) dodatno povezuju sekundarni oblik sa „depresijom modernog tipa” i zavisnošću od interneta, sugerišući da savremeni uslovi života stvaraju nove načine ispoljavanja tradicionalnih poremećaja. Ova klinička slika, kao specifična transkulturalna manifestacija, detaljnije je okarakterisana i u novijoj studiji slučaja iz Italije koja opisuje ovaj fenotip (Orsolini et al., 2022).

Iako je ova podjela konceptualno jasna, u praksi su granice često zamagljene. Istraživanje koje je sprovela Frankova (2019) u Ukrajini, prvo sistematsko ispitivanje fenomena u istočnoevropskom kontekstu, donijelo je iznenađujuće, ali važne nalaze. Upoređujući grupe sa primarnim i sekundarnim hikikomorijem, studija je otkrila da su njihovi psihopatološki profili bili veoma slični. Jedina statistički značajna razlika pronađena je u višem nivou hostilnosti kod sekundarne grupe, što se može objasniti time da je hostilnost često simptom osnovnog poremećaja (npr. iritabilnost kod depresije). Međutim, obe grupe su pokazivale podjednako povišene nivoe aleksitimije (teškoće u prepoznavanju i verbalizaciji emocija) i imale su podjednako visoku prevalenciju traumatskih događaja u životnoj istoriji. Ovaj nalaz je izuzetno važan jer sugerise da, bez obzira na to da li je povlačenje primarni ili sekundarni problem, fenomenološko iskustvo i prateće psihološke teškoće mogu biti gotovo identične. Ovo dovodi u pitanje jednostavnu binarnu podjelu i ukazuje na složenu, dvosmijernu interakciju između povlačenja i psihopatologije.

Karakteristika	Primarni (idiopatski) hikikomori	Sekundarni (komorbidni) hikikomori
Osnovni uzrok	Socijalno povlačenje je primarni problem; nema drugog poremećaja koji ga objašnjava	Socijalno povlačenje je simptom ili posljedica drugog postojećeg mentalnog poremećaja (npr. depresija, anksioznost, ASD)
Prisustvo komorbiditeta	Mogu postojati simptomi (npr. anksioznost), ali ne ispunjavaju kriterijume za pun poremećaj	Prisutan je najmanje jedan jasan komorbidni psihijatrijski poremećaj
Nivo hostilnosti	Umjeren, često usmjeren isključivo na porodicu kao izraz frustracije i zavisnosti	Statistički značajno viši nivo hostilnosti, često kao simptom osnovnog poremećaja (npr. iritabilnost)
Istorija traume	Visoka prevalencija (npr. vršnjačko nasilje)	Podjednako visoka prevalencija kao kod primarnog oblika
Nivo aleksitimije	Visok (teškoće u prepoznavanju i izražavanju emocija)	Podjednako visok kao kod primarnog oblika
Primarni terapijski fokus	Rad na traumi, razvojnim zadacima, krizi identiteta, interpersonalnim vještinama	Liječenje osnovnog mentalnog poremećaja, uz rad na socijalnoj reintegraciji

Tabela 4 – Ključne razlike i sličnosti između primarnog i sekundarnog hikikomorija

Demografski profil osoba sa hikikomorijem dodatno osvjetljava kliničku sliku i pomaže u odgovoru na pitanje: „Ko su hikikomori?”. Sistematski pregled koji su sproveli Nonaka,

Takeda i Sakai (2022) pruža sveobuhvatan odgovor sumirajući nalaze iz brojnih studija. Demografski pogođeni pojedinci su pretežno muškarci, sa tipičnim početkom problema u kasnoj adolescenciji ili ranom odraslom dobu (između 15. i 39. godine). Često imaju istoriju prethodnog psihijatrijskog liječenja, probleme sa pohađanjem škole (npr. izostajanje, prekid školovanja usled vršnjačkog nasilja ili akademskog neuspjeha) i dugotrajnu nezaposlenost. Istraživanje u Singapuru je, takođe, identifikovalo interpersonalne teškoće, nisko samopoštovanje i zavisnost od interneta kao ključne faktore rizika (Lin, Wong, & Lo, 2022; Lin, Koh, & Liew, 2022). Međutim, slika nije u potpunosti homogena. Studija iz ruralnih dijelova Japana otkrila je važne rodne razlike u manifestaciji (Yong et al., 2020). Kod muškaraca, hikikomori je bio češće povezan sa neuspjehom u ispunjavanju tradicionalnih uloga (obrazovanje, posao) i bio je praćen težim mentalnim problemima, uključujući i pasivne suicidalne ideje. Kod žena, ključni faktori su češće bili vezani za neuspjeh u interpersonalnim odnosima i nedostatak socijalne podrške (Yong et al., 2020).

Progresija stanja, odnosno njegov tok tokom vremena, nije nužno linearna ili statična. Longitudinalno istraživanje Hihare i saradnika (2022) pružilo je rijedak uvid u dinamičke trajektorije simptoma. Prateći mlade ljude tokom izuzetno stresnog perioda traženja posla u Japanu, istraživači su identifikovali različite razvojne puteve: kod nekih pojedinaca, simptomi socijalnog povlačenja su se značajno pogoršavali tokom vremena, dok su kod drugih ostajali stabilni ili se čak poboljšavali. Ključni psihološki faktor koji je predviđao ove različite ishode bio je distres povezan sa identitetom. Pojedinci koji su iskusili dublju krizu identiteta i konfuziju oko svog mjesta u svijetu imali su značajno veći rizik od pogoršanja simptoma, nezavisno od nivoa depresije. Konačno, važno je napomenuti da, iako je osnovni fenomen globalan, kulturni kontekst može modifikovati njegovu manifestaciju. Preliminarna studija koja je poredila adolescente u Francuskoj i Japanu otkrila je suptilne, ali značajne razlike u pratećoj patologiji i faktorima rizika, ukazujući na to da specifični društveni pritisci (npr. akademski pritisak u Japanu naspram interpersonalnih konflikata u Francuskoj) oblikuju način na koji se hikikomori ispoljava (Hamasaki et al., 2022).

Cijena izolacije: Posljedice po mentalno, fizičko i socijalno zdravlje

Produžena socijalna izolacija, koja predstavlja srž hikikomori sindroma, ostavlja duboke, višestruke i često dugotrajne posljedice na sve aspekte života pojedinca. Ove posljedice nisu ograničene samo na psihološku patnju, već se manifestuju kao kaskadna negativna spirala koja zahvata mentalno, fizičko, socijalno i ekonomsko funkcionisanje. „Cijena izolacije” se, stoga, ne mjeri samo u terminima individualne patnje, već i kroz ogroman teret koji pada na porodicu i, u sve većoj mjeri, na širu društvenu zajednicu. Razumijevanje punog obima ovih posljedica ključno je za shvatanje hitnosti i važnosti razvoja efikasnih strategija za prevenciju i intervenciju.

Posljedice po mentalno zdravlje

Produbljivanje psihopatologije i začarani krug izolacije: Jedna od najočiglednijih i najtežih posljedica hikikomorija jeste značajno pogoršanje postojećih i razvoj novih mentalnih poremećaja. Odnos između socijalne izolacije i psihopatologije je dvosmjernan i stvara opasan začarani krug. Simptomi poput depresije i anksioznosti vode ka povlačenju, dok samo povlačenje, kroz mehanizme poput ruminacije, nedostatka socijalne podrške i pozitivnog potkrepljenja, dodatno produbljuje i učvršćuje te iste simptome. Istraživanje koje su sveli Teo i saradnici (2020) jasno je pokazalo da pacijenti sa velikim depresivnim poremećajem koji se socijalno izoluju ispoljavaju znatno teže i dugotrajnije simptome u poređenju sa onima koji, uprkos depresiji, ostaju socijalno aktivni. Slično, kod osoba sa

anksioznim poremećajima, hikikomori predstavlja ultimativnu formu izbjegavanja. Dok kratkoročno donosi olakšanje od anksioznosti, dugoročno dovodi do potpune atrofije mehanizama suočavanja i čini povratak u socijalni svijet gotovo nemogućim podvigom. Pored toga, ograničeno i monotono okruženje može postati plodno tlo za razvoj opsesivno-kompulsivnih ponašanja, dok prekomjerna upotreba interneta i video igara kao jedinih preostalih aktivnosti često prerasta u klinički značajnu zavisnost, koja dodatno učvršćuje izolaciju (Muris et al., 2023; Yong & Nomura, 2019).

Suicidalnost i egzistencijalna patnja: Najtragičnija posljedica teške i produžene socijalne izolacije jeste značajno povećan rizik od suicidalnosti. Istraživanje koje su sproveli Yong i Nomura (2019) otkrilo je da je hikikomori snažno povezan sa suicidalnim ideacijama i rizičnim ponašanjem. Ovu vezu detaljno objašnjava studija koju su sproveli Taku i saradnici (2023) kroz prizmu Interpersonalne teorije suicida Tomasa Džojnera. Prema ovoj teoriji, želja za samoubistvom proizlazi iz interakcije dva ključna psihološka stanja: osujećene pripadnosti (*thwarted belongingness*) i percipiranog tereta (*perceived burdensomeness*). Hikikomori predstavlja gotovo savršeno okruženje za razvoj oba ova stanja do ekstremnog nivoa. Osujećena pripadnost je u suštini ekstremni oblik usamljenosti i socijalne otuđenosti, gdje osoba gubi sve značajne veze sa drugima i osjeća se potpuno isključeno. Percipirani teret, s druge strane, predstavlja duboko uvjerenje pojedinca da je postao teret svojoj porodici i društvu, da njegovo postojanje donosi samo bol i trošak, i da bi svima bilo bolje bez njega. Dugo trajanje nezaposlenosti i potpuna finansijska i emocionalna zavisnost od roditelja čine da se ovo uvjerenje kod osoba sa hikikomorijem razvije do nepodnošljivog nivoa. Studija je pokazala da je ova veza između izolacije, osujećene pripadnosti, percipiranog tereta i suicidalnosti prisutna i u Japanu i u Sjedinjenim Američkim Državama, ukazujući na univerzalnost ovog psihološkog mehanizma (Taku et al., 2023).

Paradoksalni uticaj pandemije COVID-19: Globalna pandemija COVID-19 i mjere socijalnog distanciranja imale su jedinstven i paradoksalan uticaj na osobe sa hikikomorijem (Kato et al., 2022). S jedne strane, kako primjećuje Coppola (2022) u svojoj netnografskoj studiji u Italiji, pandemija je na neki način „normalizovala” i legitimizovala životni stil socijalnog povlačenja i digitalne komunikacije. Ovo je kod nekih pojedinaca dovelo do privremenog smanjenja osjećaja stigme i stida, jer je njihov način života odjednom postao globalna norma. Međutim, istraživanje Ogave i saradnika (2023) otkrilo je i tamniju stranu ovog fenomena. Ista studija je pokazala da je, uprkos smanjenju stigme, kod osoba sa hikikomorijem došlo do statistički značajnog pogoršanja simptoma depresije i anksioznosti. Razlozi za ovo su višestruki: globalna neizvjesnost je dodatno pojačala njihov osjećaj bespomoćnosti, a prekid čak i minimalnih rutina (poput noćnih odlazaka u prodavnicu) dodatno ih je zatvorio u četiri zida, pogoršavajući opšte mentalno stanje.

Posljedice po fizičko zdravlje

Iako se primarno posmatra kao mentalni i socijalni problem, hikikomori ostavlja i ozbiljne i mjerljive posljedice po fizičko zdravlje. Hronični sedentarni način života, često praćen nezdravom ishranom (prekomjeren unos prerađene hrane i šećera), potpunim odsustvom fizičke aktivnosti i poremećenim ciklusom spavanja i budnosti, direktno doprinosi razvoju niza zdravstvenih problema. Prospektivna, longitudinalna studija sprovedena u Hong Kongu od strane Yuen i saradnika (2019) pružila je snažne empirijske dokaze o ovome. Prateći zdravstveni profil osoba sa hikikomorijem tokom jedne godine, istraživači su otkrili da ova grupa ima značajno lošije fizičko zdravlje u poređenju sa kontrolnom grupom, uključujući povišen krvni pritisak, lošiji kvalitet sna i opšti pad fizičke kondicije. Ovi nalazi su u skladu sa biohemijskim istraživanjima. Sedentarni način života i hronični

stres mogu direktno doprinijeti metaboličkoj disfunkciji (što se ogleda u niskim nivoima HDL holesterola) i hroničnoj upali niskog stepena (povišenim nivoima C-reaktivnog proteina), markerima koje su identifikovali Hayakawa i saradnici (2018). Druge potencijalne posljedice uključuju tešku deficijenciju vitamina D usljed nedostatka izlaganja sunčevoj svjetlosti, povećan rizik od gojaznosti i dijabetesa tipa 2, kao i gubitak kardiovaskularne kondicije. Ovi nalazi nedvosmisleno pokazuju da hikikomori nije benigno stanje, već ozbiljan problem koji zahtijeva integrativnu medicinsku i psihološku pažnju.

Socijalne i ekonomske posljedice

Atrofija socijalnih vještina i gubitak ljudskog kapitala: Socijalne vještine, kao i sve druge vještine, zahtijevaju redovnu praksu kako bi se održale i razvijale. Dugotrajna i potpuna izolacija dovodi do njihove progresivne „atrofije”. Pojedinaac gubi sposobnost vođenja neformalnog razgovora, tumačenja socijalnih signala, upravljanja konfliktima i generalno se osjeća sve nesigurnije i anksioznije u socijalnim situacijama. Ovo stvara dodatnu prepreku za reintegraciju, jer čak i ako se pojavi želja za povratkom u društvo, nedostatak vještina čini taj proces zastrašujućim i često neuspješnim. Pored toga, hikikomori dovodi do katastrofalnog gubitka ljudskog kapitala. Period adolescencije i ranog odraslog doba ključan je za sticanje obrazovanja, radnog iskustva i formiranje profesionalnog identiteta. Godine provedene u izolaciji predstavljaju nenadoknativ prekid u ovom razvoju, čineći pojedinca dugoročno nekonkurentnim na tržištu rada i onemogućavajući mu da ostvari finansijsku nezavisnost.

Teret za porodicu i širu zajednicu: Neposredne posljedice hikikomorija najteže pogađaju porodicu. Teret koji porodice nose je višestruk. Na finansijskom planu, roditelji su često primorani da u potpunosti izdržavaju svoju odraslu djecu decenijama, što može dovesti do siromaštva, posebno u starosti. Emocionalni teret je ogroman i uključuje hroničan stres, osjećaj krivice, srama, besa, bespomoćnosti i duboke tuge. Roditelji se često i sami socijalno izoluju kako bi sakrili „porodičnu tajnu” od komšija i rodbine. Posljedice se prenose i na širu zajednicu. Istraživanje Esposito i saradnika (2021) u južnoj Italiji posmatra hikikomori kao problem održivosti zajednice. Oni tvrde da rastući broj mladih koji se povlače iz društva predstavlja „novu socijalnu ranjivost” koja ugrožava socijalnu i ekonomsku budućnost regiona, jer dovodi do gubitka vitalnog dijela populacije.

Stigma i javni diskurs: Način na koji društvo i mediji govore o hikikomoriju često dodatno pogoršava problem. Kako ističu Berman i Rizzo (2019), dominantni javni i institucionalni narativi imaju tendenciju da stigmatizuju i individualizuju problem, pripisujući krivicu ili lijenosti i slabosti karaktera pojedinca, ili neadekvatnom vaspitanju roditelja. Ovakav diskurs potpuno zanemaruje šire strukturne i socio-ekonomske faktore (poput ekonomske neizvjesnosti, pritiska u obrazovanju, itd.) koji doprinose fenomenu. Posljedica ovakvog narativa je stvaranje atmosfere srama i straha, koja sprečava pogođene pojedince i njihove porodice da potraže pomoć, čime se ciklus izolacije dodatno učvršćuje i produžava.

Putevi ka reintegraciji: Multidimenzionalni terapijski pristupi

Liječenje hikikomorija predstavlja jedan od najvećih izazova u savremenoj kliničkoj praksi. To je složen, mukotrpan i dugotrajan proces koji zahtijeva izuzetno strpljenje, kreativnost, fleksibilnost i prije svega, multidimenzionalni pristup prilagođen jedinstvenim potrebama svakog pojedinca. Ne postoji jedno, univerzalno rešenje ili „magična formula” koja odgovara svima. Efikasna intervencija gotovo uvijek podrazumijeva pažljivo orkestriranu kombinaciju različitih terapijskih strategija koje ciljaju biološke, psihološke i socijalne aspekte problema (Lo et al., 2023). Osnovni principi uspješne intervencije

uključuju postepenost, uspostavljanje snažnog i neosuđujućeg terapijskog saveza, i rad ne samo sa individuom, već i sa cjelokupnim porodičnim sistemom. Ključni početni izazov leži u samoj prirodi poremećaja, kako angažovati u tretman nekoga čija je suštinska karakteristika potpuno izbjegavanje kontakta sa spoljnim svijetom.

Prvi i često najteži korak jeste uspostavljanje kontakta i sveobuhvatna procjena. S obzirom na to da osobe sa hikikomorijem po definiciji odbijaju direktan kontakt i napuštanje doma, inicijalne intervencije se skoro uvijek sprovode posredno, kroz rad sa porodicom. Roditelji su ti koji najčešće traže pomoć, i prvi koraci su usmjereni na njihovu psioedukaciju i osnaživanje. U Japanu i nekim drugim zemljama razvijeni su specifični programi podrške koji uključuju kućne posjete od strane socijalnih radnika ili obučanih mentora (tzv. „rental sisters/brothers”), čiji je cilj da postepeno, kroz nedjelje ili mjesece, izgrade odnos povjerenja sa izolovanom osobom. Zanimljivo je da, uprkos ekstremnoj izolaciji, istraživanje koje su sproveli Teo i saradnici (2015) otkrilo je da većina ispitanika sa hikikomorijem, kada im se ponudi izbor, preferira direktan, „licem u lice” kontakt sa terapeutom u odnosu na onlajn tretman. Ovaj naizgled paradoksalan nalaz ukazuje na duboku, iako često potisnutu, ljudsku potrebu za autentičnim kontaktom i sugerise da je primarni zadatak terapeuta da stvori dovoljno sigurno okruženje u kojem bi taj prvi, zastrašujući korak postao moguć. Kada se kontakt uspostavi, neophodna je sveobuhvatna procjena koja uključuje razlikovanje primarnog od sekundarnog hikikomorija, detaljnu dijagnostiku svih komorbidnih stanja, procjenu porodične dinamike, socijalne mreže (ili njenog odsustva) i, što je najvažnije, procjenu rizika od suicida.

Individualna psihoterapija predstavlja srž tretmana, ali njen modalitet mora biti pažljivo prilagođen osnovnom problemu koji leži u pozadini povlačenja. U slučajevima gdje je socijalna anksioznost dominantna, kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) se pokazala kao obećavajuća opcija. Studija slučaja koju su objavili Sakai i saradnici (2024) demonstrirala je uspješnu primjenu kognitivno-bihevioralne terapije za socijalni anksiozni poremećaj isporučene putem interneta (*iCT-SAD*). Terapija je uključivala tehnike kognitivnog restrukturiranja iracionalnih socijalnih strahova (npr. „svi će me osuđivati”) i postepene bihevioralne eksperimente izlaganja, koji su se odvijali tempom koji je klijent mogao da podnese. U drugim slučajevima, gdje su dominantni dublji emocionalni konflikti, psihodinamski i na emocije usmereni pristupi mogu biti adekvatniji. Iwakabe (2021) je u svom kliničkom prikazu slučaja detaljno opisao terapijski rad sa osjećanjem srama, koje se smatra jednim od ključnih afekata u osnovi hikikomorija. Terapijski cilj u ovom pristupu je pomoći klijentu da se suoči sa bolnim emocionalnim povredama iz prošlosti, da transformiše toksični sram u zdraviji osjećaj samoprihvatanja i ponosa, i da kroz korektivno emocionalno iskustvo u terapijskom odnosu ponovo izgradi povjerenje u druge ljude. Kada je u osnovi povlačenja razvojna kriza, terapija mora imati razvojni i egzistencijalni fokus. Ako je, kako su pokazali Hihara i saradnici (2022), kriza identiteta ključni pokretač, onda se terapijski rad mora usmeriti na istraživanje ličnih vrijednosti, ciljeva i pronalaženje smisla izvan rigidnih društvenih definicija uspjeha. Sistemski pregled koji su sproveli Yung i saradnici (2021) predlaže korišćenje *CHIME* (*Connectedness, Hope, Identity, Meaning in life, and Empowerment*) okvira oporavka (koji obuhvata Povezanost, Nadu, Identitet, Smisao i Osnaživanje) kao korisnog vodiča za strukturisanje i evaluaciju psihosocijalnih intervencija.

S obzirom na to da se hikikomori skoro uvijek razvija i održava unutar porodičnog sistema, porodična terapija nije samo preporučljiva, već se često smatra neophodnom komponentom liječenja. Istraživanje Malagón-Amor i saradnika (2020) je identifikovalo specifične disfunkcionalne karakteristike ovih porodica, uključujući visoku stopu psihopatologije kod roditelja, prezaštićujući stil roditeljstva i nezdrave obrasce komunikacije. Cilj porodične terapije je višestruk: smanjenje visokog nivoa „izražene emocionalnosti” (kritike, hostilnosti i pretjerane upletenosti), poboljšanje komunikacije, postavljanje zdra-

vih granica i, što je najvažnije, osnaživanje roditelja da prekinu obrasce koji nenamjerno omogućavaju i održavaju stanje povlačenja (tzv. *enabling*). Kroz psihoedukaciju i savjetovanje, roditelji uče kako da pruže podršku na konstruktivan način, postavljajući jasna, ali saosjećajna očekivanja, i postaju aktivni saveznici u terapijskom procesu.

Pored psihoterapije, farmakoterapija može imati važnu, iako pomoćnu ulogu. Važno je naglasiti da ne postoji specifičan lijek „za hikikomori”. Farmakološke intervencije su usmjerene na liječenje osnovnih ili komorbidnih psihijatrijskih poremećaja. Na primjer, primjena antidepresiva iz grupe selektivnih inhibitora ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI) može biti veoma efikasna u smanjenju simptoma teške depresije ili socijalne anksioznosti, čime se stvara mogućnost i povećava motivacija klijenta da se uključi u psihoterapiju i bihevioralnu aktivaciju. Takođe, u slučajevima gdje postoji komorbidna zavisnost, bilo od supstanci ili interneta, neophodan je integrisani pristup tretmanu. Kako su pokazali Muris i saradnici (2023), zavisnost i socijalno povlačenje se međusobno pojačavaju, te liječenje samo jednog problema, dok se drugi ignoriše, najčešće dovodi do neuspjeha i relapsa.

Krajnji cilj svih intervencija jeste postepena socijalna reintegracija. Ovaj proces mora biti spor, pažljivo planiran i u potpunosti prilagođen tempu i kapacitetima klijenta. Agresivni pritisci da se osoba „samo trgne” su kontraproduktivni i mogu dovesti do potpunog prekida saradnje. Studije slučaja iz Italije naglašavaju važnost holističkog i stepenastog pristupa (Orsolini et al., 2023). Ovaj model se može zamisliti kao serija koncentričnih krugova koje osoba postepeno osvaja: od terapije unutar kuće (često onlajn na početku), preko kratkih izlazaka u pratnji terapeuta ili člana porodice, do uključivanja u specijalizovane dnevne centre ili grupe za podršku gdje mogu da vježbaju socijalne vještine u sigurnom okruženju. Uloga tehnologije u ovom procesu je, kao i u etiologiji, dvojaka. Dok je u početku dio problema, u tretmanu može postati dio rješenja. Park i Yap (2022) opisuju kako tehnologija može poslužiti kao prenosnica ka reintegraciji, na primjer, kroz korišćenje virtualne realnosti za vježbanje izlaganja socijalnim situacijama, ili korišćenje onlajn platformi za prve korake u komunikaciji.

Konačno, važno je prepoznati da efikasan odgovor na hikikomori prevazilazi individualni i porodični nivo i zahtijeva šire društvene i sistemske odgovore. Kako ističu Wong i saradnici (2019) u svom pregledu situacije u Istočnoj Aziji, neophodna je koordinacija između sektora za mentalno zdravlje, socijalnu zaštitu i obrazovanje. To uključuje stvaranje kulturno-senzitivnih i nestigmatizujućih centara za podršku u zajednici, kao i rad na prevenciji kroz smanjenje prekomjernog pritiska u školama i promovisanje emocionalne pismenosti. Dok su individualna i porodična terapija ključne za pomoć onima koji su već pogođeni, dugoročno rješenje leži u stvaranju društva koje je tolerantnije na različitosti i pruža više puteva ka ostvarenju smislenog života, čime se smanjuju sami pritisci koji dovode do potrebe za povlačenjem.

Faza	Opis intervencija	Ciljevi	Kriterijumi prelaska na sljedeću fazu	Podržavajuća literatura
Faza 1: Uspostavljanje kontakta	Rad sa porodicom (psihoedukacija, osnaživanje); Onlajn komunikacija (<i>e-mail</i> , <i>chat</i>); Kućne posjete (mentori ili “ <i>rental siblings</i> ”); Postepena izgradnja povjerenja	Smanjenje otpora, uspostavljanje sigurnog kontakta, prevazilaženje izbjegavanja	Spremnost za direktan kontakt, smanjen otpor, inicijalna motivacija	Teo et al. (2015); Lo et al. (2023)

Faza	Opis intervencija	Ciljevi	Kriterijumi prelaska na sljedeću fazu	Podržavajuća literatura
Faza 2: Stabilizacija i procjena	Individualna terapija (KBT za anksioznost, psihodinamska za sram); Liječenje komorbiditeta (farmakoterapija, npr. SSRI za depresiju); Porodična terapija (smanjenje omogućavanja (<i>enabling</i>), poboljšanje komunikacije); Procjena rizika (suicid, zavisnost); Integracija tehnologije (<i>iCT-SAD</i> za online tretman)	Stabilizacija simptoma, diferencijalna dijagnoza, identifikacija osnovnih problema	Smanjeni simptomi (npr. depresija, anksioznost), povećana motivacija za aktivaciju, stabilan terapijski savez	Sakai et al. (2024); Iwakabe (2021); Muris et al. (2023)
Faza 3: Aktivacija i socijalizacija	Grupe podrške (vršnjačke grupe za vježbanje vještina); Dnevni centri (sigurno okruženje za socijalizaciju); Bihevioralna aktivacija (kratki izlasci u pratnji); VR (virtuelna realnost) za eksponiranje socijalnim situacijama; Primjena CHIME okvira (povezanost, nada, identitet, smisao, osnaživanje)	Razvoj socijalnih vještina, smanjenje anksioznosti u interakcijama, postepena aktivacija.	Poboljšanje socijalnih vještina, sposobnost za samostalne izlaske, smanjen strah	Yung et al. (2021); Park & Yap (2022); Orsolini et al. (2023)
Faza 4: Reintegracija	Volonterski rad ili obrazovanje (postepeni ulazak); Zaposlenje (sa podrškom); Društvena podrška (centri u zajednici, mentalna pismenost); Praćenje relapsa (mjesečni <i>follow-up</i>); Prevencija na društvenom nivou (smanjenje pritiska u školama)	Postizanje nezavisnosti, pronalaženje smisla, dugoročni oporavak	Nezavisnost u svakodnevnim aktivnostima, stabilna socijalna mreža, odsustvo relapsa	Wong et al. (2019); Kato et al. (2019)

Tabela br. 5 – Stepenasti model terapijske intervencije za Hikikomori sindrom

DISKUSIJA

Sinteza literature predstavljena u rezultatima ovog pregleda izdvaja nekoliko ključnih saznanja koja oblikuju savremeno razumijevanje fenomena. Prvo, i najvažnije, nalazi nedvosmisleno potvrđuju da hikikomori nije kulturološki vezan sindrom ograničen na Japan, već globalni fenomen koji predstavlja odgovor na pritiske modernih, visoko kompetitivnih društava. Drugo, ključni rezultat je evolucija samog koncepta, koja se ogleda u pomaku od

rigidne bihevioralne definicije ka klinički fleksibilnijem shvatanju koje prihvata komorbiditete (tzv. primarni i sekundarni hikikomori) i realnost onlajn komunikacije. Treće, ovaj pregled je potvrdio da je etiologija efektivno objašnjiva kroz bio-psiho-socijalni model, gdje biološka vulnerabilnost (npr. autistične crte), psihološka patnja (trauma, kriza identiteta) i socio-ekonomski pritisci (anomija, porodična dinamika) interaktivno dovode do povlačenja. Konačno, kao četvrti ključni rezultat izdvaja se nedavni metodološki napredak u polju mjerenja (npr. *HiDE*, *QOL-H*), koji pomjera fokus sa puke detekcije na preciznu dijagnostiku i procjenu kvaliteta života kao ishoda tretmana.

Ovaj pregled literature istovremeno zahtijeva i kritički osvrt na samo istraživačko polje. Iako je teorijska adekvatnost bio-psiho-socijalnog modela potkrijepljena ovim pregledom, nalazi u velikoj mjeri počinjavu na metodološki ograničenim studijama. Kao što je istaknuto, dominantan je oslonac na transverzalna (kros-sekciona) istraživanja, što ostavlja otvorenim fundamentalno pitanje kauzalnosti. Ostaje nejasno da li, na primjer, depresija i anksioznost prethode povlačenju, ili su isključivo njegova posljedica. Ova dilema o uzročno-posljedičnom smjeru ostaje centralno neriješeno pitanje. Dalje, kritički osvrt na preporuke za tretman otkriva fundamentalni nedostatak rigoroznih, randomizovanih kontrolisanih studija (*RCT*), što znači da se terapijski pristupi i dalje zasnivaju pretežno na kliničkom iskustvu i studijama slučaja, a ne na empirijskim podacima dobijenim iz sistematskih ispitivanja efikasnosti. Konačno, uprkos napretku u mjerenju, polje i dalje vodi suštinsku debatu o tome da li je hikikomori zaista novi, jedinstveni dijagnostički entitet ili samo teži oblik bihevioralne manifestacije različitih postojećih poremećaja, a ta dilema ima direktne implikacije kako na budući istraživački rad, tako i na kliničku praksu.

Ključni teorijski doprinos ovog pregleda leži u potvrdi izvanredne eksplanatorne moći bio-psiho-socijalnog modela. Nalazi jasno oslikavaju kako se naizgled udaljeni faktori prepliću i stvaraju putanju ka socijalnom povlačenju. Na biološkom nivou, postojanje predispozicija, kao što su subkliničke autistične crte (Dell'Osso et al., 2025) ili potencijalni biohemijski markeri (Hayakawa et al., 2018; Setoyama et al., 2022), ne treba tumačiti kao deterministički uzrok, već kao faktor koji povećava osjetljivost pojedinca na socijalni stres. Ova urođena vulnerabilnost stvara psihološku realnost u kojoj je socijalni svijet inherentno teži za navigaciju, ispunjen potencijalnim prijetnjama i nerazumijevanjem. Upravo se na ovu biološku podlogu nadovezuju psihološki procesi. Intenzivna kriza identiteta tokom tranzicije u odraslo doba, često pogoršana traumatskim iskustvima poput vršnjačkog nasilja (Frankova, 2019; Muris & Ollendick, 2023), djeluje kao katalizator koji ovu biološku osjetljivost pretvara u aktivnu patnju (Hihara et al., 2022). U tom kontekstu se razvija psihološko jezgro hikikomorija, odnosno prožimajući osjećaj usamljenosti, koji nije samo nedostatak kontakata, već dubok doživljaj nepripadanja i nevidljivosti (Yong, 2024). Konačno, socio-kulturni faktori djeluju kao okidač i sistem za održavanje. Intenzivan pritisak za uspjehom u obrazovanju i na poslu (Furlong, 2008), disfunkcionalna porodična dinamika i ekonomska neizvjesnost (Suwa & Suzuki, 2013) stvaraju okruženje u kojem neuspjeh nije samo opcija, već egzistencijalna prijetnja. Hikikomori, posmatran kroz ovu prizmu, predstavlja tragičan ishod u kojem pojedinac, biološki osjetljiv i psihološki ranjen, biva slomljen pod teretom društvenih očekivanja (Katsumata, 2014).

Centralno mjesto usamljenosti kao iskustvenog jezgra hikikomorija zaslužuje posebnu pažnju. Ovaj pregled je pokazao da usamljenost nije samo jedna od posljedica izolacije, već njen primarni pokretač i mehanizam održavanja (cf. Borisova & Molonova, 2017; Shah et al., 2024). Nalazi koji pokazuju da je emocionalna usamljenost (nedostatak intimnosti) značajniji prediktor od socijalne (nedostatak grupe) (Borisova & Molonova, 2017), kao i da usamljenost posreduje vezu između upotrebe interneta i povlačenja (Shah et al., 2024), sugerišu da je hikikomori u svojoj suštini kriza smislenog povezivanja. Kvalitativne studije idu korak dalje, otkrivajući paradoks da je povlačenje u fizičku usamljenost zapravo pokušaj bjekstva od još bolnije egzistencijalne usamljenosti, koja se osjeća u društvu drugih,

ali uz potpuni doživljaj nerazumijevanja i otuđenosti (Katsumata, 2014; Yong & Kaneko, 2016; Castelpietra et al., 2021). Empirijsku potvrdu centralnosti ovog konstrukta pruža i razvoj Hikikomori upitnika (*HQ-25*), čija je konvergentna validnost potvrđena upravo kroz izuzetno visoku korelaciju sa mjerama usamljenosti (Teo et al., 2018).

Najnoviji napredak u razvoju mjernih instrumenata donosi dalekosežne kliničke implikacije i signalizira sazrijevanje čitavog polja. Evolucija od prvog široko prihvaćenog samoprocjenjujućeg alata (*HQ-25*) do razvoja rigoroznog, strukturisanog kliničkog intervjua (*HiDE*) predstavlja ključni pomak (Teo et al., 2018; Teo et al., 2023). Prepoznavanje ograničenja samoprocjene, prije svega niske pozitivne prediktivne vrijednosti (Teo et al., 2018), i razvoj kliničkog alata za preciznu dijagnostiku, omogućava kliničarima da sa većom sigurnošću razlikuju pravi hikikomori od drugih stanja. Još važnije, razvoj skrining forme *HiDE-S* i uvođenje koncepta patološkog naspram nepatološkog hikikomorija predstavlja paradigmatšku promjenu (Reina et al., 2025). Ovaj koncept omogućava razlikovanje osoba čija je fizička izolacija praćena patnjom i funkcionalnim oštećenjem od onih čiji životni stil (npr. rad od kuće) uključuje boravak kod kuće, ali bez subjektivnog distresa. Ovo je od suštinskog značaja u post-pandemijskom svijetu, jer sprečava pretjeranu patologizaciju modernih stilova života i usmjerava ograničene kliničke resurse na one kojima je pomoć zaista potrebna.

Pored toga, diverzifikacija instrumenata otvara vrata za humaniji i individualizovaniji pristup tretmanu. Razvoj Skale kvaliteta života za hikikomori (*QOL-H*) implicitno osporava tradicionalnu definiciju „oporavka” kao isključivog povratka u konvencionalne društvene uloge (Nonaka & Sakai, 2022). Postojanje validnog alata koji mjeri subjektivno blagostanje omogućava kliničarima da, u saradnji sa klijentom, postave realističnije i smislenije ciljeve (Nonaka & Sakai, 2022). Oporavak se tako može definisati i kao poboljšanje porodičnih odnosa, razvoj hobija unutar kuće ili izgradnja sigurnih onlajn zajednica, a *QOL-H* pruža sredstvo za objektivno mjerenje uspjeha takvih intervencija. Slično tome, instrumenti za procjenu rizika poput *HRI-24* i *NHR* pomijeraju fokus sa liječenja na prevenciju (Kašak et al., 2024; Uchida & Norasakkunkit, 2015). Oni omogućavaju identifikaciju adolescenata i mladih u riziku prije nego što se stanje u potpunosti razvije, otvarajući prozor za rane intervencije usmjerene na jačanje samopouzdanja, razvoj vještina i definisanje životnih ciljeva.

Iako je hikikomori potvrđen kao globalni fenomen (Kato et al., 2012; Teo et al., 2015; Bowker et al., 2019), kultura i dalje igra važnu ulogu u njegovom oblikovanju. Nalazi o transkulturalnoj stabilnosti trofaktorske strukture *HQ-25* upitnika (npr. u Japanu i Italiji) pružaju podršku argumentu da su dimenzije socijalizacije, izolacije i nedostatka podrške univerzalni aspekti iskustva (Teo et al., 2018; Fino et al., 2023). Međutim, razlike u manifestaciji patologije između, na primjer, Francuske i Japana, sugerišu da specifični kulturni pritisci oblikuju fenotip (Hamasaki et al., 2022). Ovo naglašava potrebu za daljim kros-kulturalnim istraživanjima i adaptacijama, ne samo instrumenata, već i samih terapijskih pristupa, kako bi bili kulturno senzitivni i relevantni (Wong et al., 2019).

Uprkos značajnom napretku, ovaj pregled je otkrio i jasna ograničenja i praznine u postojećoj literaturi. Prvo, metodološki, polje i dalje pati od prevelikog oslanjanja na kros-sekcionu studiju, što je nedostatak koji su istakli brojni sistematski pregledi (Li & Wong, 2015; Neoh et al., 2022; Neoh et al., 2023). Iako su korisne za identifikaciju korelata, one ne mogu utvrditi kauzalne veze niti pratiti razvojne putanje. Drugo, postoji upadljiv nedostatak randomizovanih kontrolisanih studija (*RCT*) koje bi sistematski procijenile efikasnost različitih terapijskih pristupa, zbog čega se preporuke za tretman i dalje u velikoj mjeri zasnivaju na studijama slučaja i kliničkom iskustvu (Lo et al., 2023). Treće, uprkos dokazima o globalnoj rasprostranjenosti, istraživanja su i dalje geografski neravnomjerno raspoređena, a mnoge studije se oslanjaju na prigodne, kliničke ili onlajn uzorke koji možda nisu reprezentativni za cjelokupnu populaciju sa hikikomorijem. Konačno, postoji

i nekoliko ključnih tematskih praznina. Iskustvo žena sa hikikomorijem je drastično podistraženo (Yong et al., 2020), a dugoročni ishodi i životni tok osoba sa hikikomorijem u srednjem i starijem životnom dobu su gotovo potpuno nepoznati.

Ova ograničenja direktno ukazuju na neophodne pravce za buduća istraživanja. Prioritet bi trebalo da bude sprovođenje longitudinalnih studija radi ispitivanja prediktivne validnosti instrumenata, posebno onih koji mjere rizik (*NHR*, *HRI-24*). Zatim, neophodno je pokrenuti rigorozne *RCT* studije za testiranje različitih intervencija. Na biološkom nivou, potrebna su dalja istraživanja koja koriste neuroimidžing tehnike i genetske analize. Pored kvantitativnih, neophodne su i dalje kvalitativne i etnografske studije kako bi se produbilo razumijevanje proživljenog iskustva (Ozawa-de Silva & Parsons, 2020). Poseban fokus mora biti stavljen na istraživanje specifičnih populacija, kao što su žene, adolescenti i stariji odrasli. Konačno, ključni zadatak za međunarodnu istraživačku zajednicu je dalja kros-kulturalna adaptacija i validacija novorazvijenih alata poput *HiDE* i *QOL-H*, kako bi se stvorila globalna, uporediva baza znanja o ovom rastućem problemu.

ZAKLJUČCI

Hikikomori sindrom predstavlja jedan od najizazovnijih fenomena mentalnog zdravlja 21. vijeka, čije je razumijevanje značajno napredovalo od inicijalnih opisa do danas. Ovaj pregled literature je pokazao da se hikikomori mora posmatrati kao kompleksan, globalno rasprostranjen i suštinski bio-psiho-socijalni fenomen, a ne kao kulturološki kuriozitet. U svom psihološkom jezgru, hikikomori je manifestacija duboke i bolne usamljenosti, odnosno krize pripadanja i smislenog povezivanja u svijetu koji postavlja sve veće zahtjeve pred pojedinca.

Etiologija hikikomorija je multifaktorijalna i proizlazi iz složene interakcije predisponirajućih faktora vulnerabilnosti i precipitirajućih faktora stresa. Biološke osnove, uključujući potencijalne neurorazvojne specifičnosti, stvaraju osjetljivost koja, u sadejstvu sa psihološkim ranjivostima, prije svega neriješenom krizom identiteta, traumatskim iskustvima i nesigurnim obrascima privrženosti, postaje okidač za povlačenje. Socio-kulturni pritisci, kao što su visoka očekivanja porodice i društva, ekonomska neizvjesnost i vršnjačko nasilje, djeluju kao finalni katalizatori koji guraju vulnerabilnu osobu preko ivice u stanje potpune socijalne izolacije.

Nalazi ovog pregleda imaju i značajne praktične implikacije. Za klinički rad, oni naglašavaju imperativ napuštanja rigidnih modela i primjenu multidimenzionalnog, strpljivog i individualizovanog pristupa, koji obavezno uključuje sistemski rad sa porodicom i farmakološki tretman čestih komorbiditeta. U domenu prevencije, ključna je rana detekcija rizika kod adolescenata, posebno onih koji su izloženi traumatskim iskustvima poput vršnjačkog nasilja, kao i razvoj psiholoških alata za jačanje identiteta. Konačno, na nivou socijalne politike, nalazi sugerišu da individualni tretman nije dovoljan bez sistemskih promjena koje za cilj imaju smanjenje ekstremnih akademskih i ekonomskih pritisaka i stvaranje nestigmatizujućih, dostupnih centara za podršku u zajednici.

Iako je polje značajno napredovalo, ovaj pregled je identifikovao i jasne pravce za buduća istraživanja, kao što je detaljnije obrazloženo u diskusiji. Neophodan je metodološki iskorak sa transverzalnih na longitudinalne studije kako bi se pratile razvojne putanje, kao i sprovođenje rigoroznih randomizovanih kontrolisanih studija za provjeru efikasnosti terapijskih intervencija. Dodatno, budući rad treba da se fokusira na nedovoljno istražene populacije, poput žena i starijih osoba, te da nastavi sa kros-kulturalnom adaptacijom novih dijagnostičkih alata.

Iz kliničke perspektive, najnoviji napredak u polju operacionalizacije donosi ključne implikacije. Razvoj validiranih instrumenata, od skrining alata (*HQ-25*, *HRI-24*) do struk-

turisanih kliničkih intervju (HiDE), omogućava precizniju i pouzdaniju dijagnostiku. Uvođenje konceptualne razlike između patološkog (praćenog patnjom) i nepatološkog povlačenja predstavlja fundamentalni iskorak koji sprečava pretjeranu patologizaciju i usmjerava kliničku pažnju tamo gdje je najpotrebnija. Shodno tome, terapijski pristup mora biti multidimenzionalan i visoko individualizovan, a njegov uspjeh se ne mjeri samo bihevioralnom promjenom (izlaskom iz kuće), već i poboljšanjem subjektivnog kvaliteta života, za šta sada postoje i adekvatni mjerni alati (QOL-H).

Konačno, hikikomori sindrom prevazilazi okvire individualne patologije i predstavlja važan društveni indikator koji ukazuje na sistemske probleme modernog života. On je poziv na preispitivanje vrijednosti koje promoviramo kao društvo, od prekomjerne kompeticije do uskih definicija uspjeha. Borba protiv ovog fenomena zahtijeva dvostruki pristup. S jedne strane, razvoj saosjećajnih, dostupnih i na dokazima zasnovanih oblika pomoći za pogođene pojedince i njihove porodice, a sa druge, dugoročan rad na kreiranju inkluzivnijih, tolerantnijih i podržavajućih zajednica u kojima će osjećaj otuđenosti i usamljenosti biti manji, a potreba za ekstremnim povlačenjem svedena na minimum.

LITERATURA

- Adamski, D. (2018). The influence of new technologies on the social withdrawal (Hikikomori syndrome) among developed communities, including Poland. *Social Communication*, 4(1), 58–63. <https://doi.org/10.2478/sc-2018-0007>
- Amendola, S. (2020). Clarifying the position of hikikomori in mental health: Is hikikomori a variant of already-known mental health disorders? A review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 402–409. <https://doi.org/10.1177/0020764020925078>
- Amendola, S., & Hengartner, M. P. (2024). From loneliness to severe social isolation and hikikomori. *Asian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2024.104084>
- Amendola, S., Cerutti, R., Presaghi, F., Spensieri, V., Lucidi, C., Silvestri, E., ... Izzi, G. (2021). Hikikomori, problematic internet use and psychopathology: Correlates in non-clinical and clinical samples of young adults in Italy. *Journal of Psychopathology*, 27(2), 106–114. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-412>
- Berman, N., & Rizzo, F. (2019). Unlocking hikikomori: An interdisciplinary approach. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 387. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00387>
- Bonnaire, C., & Roignot, Z. (2023). Relationship between social withdrawal (Hikikomori), personality, and coping in an adult population. *Psychiatry Investigation*, 20(8), 740–749. <https://doi.org/10.30773/pi.2023.0099>
- Borisova, P. V., & Molonova, D. E. (2017). Emotional and social loneliness as the premise of hikikomori syndrome among IST students of the Saint Petersburg Mining University. *International Research Journal*, (58), 143–150. <https://doi.org/10.23670/IRJ.2017.58.150>
- Bowker, J. C., Bowker, M. H., Santo, J. B., Ojo, A. A., Etkin, R. G., & Raja, R. (2019). Severe social withdrawal: Cultural variation in past hikikomori experiences of university students in Nigeria, Singapore, and the United States. *The Journal of Genetic Psychology*. <https://doi.org/10.1080/00221325.2019.1633618>
- Castel Pietra, G., Nicotra, A., & De Leo, D. (2021). The Hikikomori Phenomenon: Could Loneliness Be a Choice of Self-Restriction from Society? *Open Journal of Psychiatry*, 11(1), 47–62. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2021.111005>
- Coppola, M. (2022). Defining hikikomori between digital migration, ghosting and cyberactivism: A netnographic study on voluntary social self-isolation in Italy. *Italian Sociological Review*, 12(7S), 865–880. <https://doi.org/10.13136/isr.v12i7S.584>
- Cueto Florido, A. (2023). Hikikomori: The syndrome of juvenile social isolation. Analysis, education, technologies. *Educación, Análisis y Socialización*, 2(2). <https://doi.org/10.51896/easc.v2i2.716>
- De Luca, M., Louët, E., Thompson, C., & Verdon, B. (2020). Hikikomori: Contemporary forms of suffering in the transition from adolescence to adulthood. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 8(2). <https://doi.org/10.6092/2282-1619/mjcp-2507>
- Dell'Osso, L., Nardi, B., Muti, D., De Felice, C., Tognini, V., Parri, F., ... Carpita, B. (2025). Comorbidity between Hikikomori and autistic traits may be identified as a phenotypical presentation characterized by greater severity. *Brain Sciences*, 15(5), 496. <https://doi.org/10.3390/brainsci15050496>

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Esposito, V., Addeo, F., D'Auria, V., & Lenzi, F. R. (2021). The sustainability of emerging social vulnerabilities: The hikikomori phenomenon in Southern Italy. *Sustainability*, 13(15), 8263. <https://doi.org/10.3390/su13158263>
- Fino, E., Iliceto, P., Carcione, A., Giovani, E., & Candilera, G. (2023). Validation of the Italian version of the 25-item Hikikomori Questionnaire (HQ-25-I). *Journal of Clinical Psychology*, 79(1), 210–227. <https://doi.org/10.1002/jclp.23404>
- Frankova, I. (2019). Similar but different: Psychological and psychopathological features of primary and secondary hikikomori. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 558. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00558>
- Fujita, H., Shimodaira, S., & Uchida, K. (2021). A correlational study of socioeconomic factors and the prevalence of hikikomori in Japan from 2010 to 2019. *Comprehensive Psychiatry*, 106, Article 152251. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152251>
- Furlong, A. (2008). The Japanese hikikomori phenomenon: Acute social withdrawal among young people. *The Sociological Review*, 56(2), 309–325. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2008.00790.x>
- Hamasaki, Y., Pionnié-Dax, N., Dorard, G., Tajan, N., & Hikida, T. (2021). Identifying social withdrawal (hikikomori) factors in adolescents: Understanding the hikikomori spectrum. *Child Psychiatry and Human Development*, 52(5), 808–817. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01064-8>
- Hamasaki, Y., Pionnié-Dax, N., Dorard, G., Tajan, N., & Hikida, T. (2022). Preliminary study of the social withdrawal (hikikomori) spectrum in French adolescents: Focusing on the differences in pathology and related factors compared with Japanese adolescents. *BMC Psychiatry*, 22(1), Article 477. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04116-6>
- Hayakawa, K., Kato, T. A., Watabe, M., Teo, A. R., Horikawa, H., Kuwano, N., ... Kanba, S. (2018). Blood biomarkers of hikikomori, a severe social withdrawal syndrome. *Scientific Reports*, 8, 2884. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21260-w>
- Hihara, S., Kambara, K., Umemura, T., Handa, K., & Sugimura, K. (2022). Diverse trajectories of hikikomori symptoms during job search and the role of identity distress: Three wave longitudinal research. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 897806. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.897806>
- Hu, X., Fan, D., & Shao, Y. (2022). Social withdrawal (Hikikomori) conditions in China: A cross-sectional online survey. *Frontiers in Psychology*, 13, 826945. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.826945>
- Husu, H.-M., & Välimäki, V. (2017). Staying inside: Social withdrawal of the young, Finnish 'Hikikomori'. *Journal of Youth Studies*, 20(5), 605–621. <https://doi.org/10.1080/13676261.2016.1254167>
- Iwakabe, S. (2021). Working with social withdrawal, or hikikomori, in Japan: From shame to pride. *Journal of Clinical Psychology*, 77(4), 1007–1018. <https://doi.org/10.1002/jclp.23151>
- Kato, T. A., & Kanba, S. (2017). Modern-type depression as an “adjustment” disorder in Japan: The intersection of collectivistic society encountering an individualistic performance-based system. *American Journal of Psychiatry*, 174(11), 1051–1053. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010059>
- Kato, T. A., Kanba, S., & Teo, A. R. (2018). Hikikomori: Experience in Japan and international relevance. *World Psychiatry*, 17(1), 105–106. <https://doi.org/10.1002/wps.20497>
- Kato, T. A., Kanba, S., & Teo, A. R. (2019). Hikikomori: Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73, 427–440. <https://doi.org/10.1111/pcn.12895>
- Kato, T. A., Kanba, S., & Teo, A. R. (2020). Defining pathological social withdrawal: Proposed diagnostic criteria for hikikomori. *World Psychiatry*, 19(1), 116–117. <https://doi.org/10.1002/wps.20705>
- Kato, T. A., Sartorius, N., & Shinfuku, N. (2022). Forced social isolation and mental health: A study on the impact of the COVID-19 pandemic on psychopathological syndromes and isolation-induced distress. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 76(3), 97–104. <https://doi.org/10.1111/pcn.13326>
- Kato, T. A., Shinfuku, N., & Tateno, M. (2020). Internet society, internet addiction, and pathological social withdrawal: The chicken and egg dilemma for internet addiction and hikikomori. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(3), 264–270. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000601>
- Kato, T. A., Suzuki, Y., Horie, K., Teo, A. R., & Sakamoto, S. (2023). One month version of Hikikomori Questionnaire-25 (HQ-25M): Development and initial validation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 77(3), 188–189. <https://doi.org/10.1111/pcn.13499>
- Kato, T. A., Tateno, M., Shinfuku, N., Fujisawa, D., Teo, A. R., Sartorius, N., ... Kanba, S. (2012). Does the 'hikikomori' syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1061–1075. <https://doi.org/10.1007/>

- Katsumata, M. (2014). Hikikomori: A qualitative study on social withdrawal of Japanese adolescents. *Scholar: Human Sciences*, 3(2). <https://assumptionjournal.au.edu/index.php/Scholar/article/view/233>
- Kaşak, M., Hacıosmanoğlu, C. D., Tural Hesapcioğlu, S., & Ceylan, M. F. (2022). Loneliness in the modern world: A case study of hikikomori from Turkey. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 25, 117–122. <https://doi.org/10.5505/kpd.2022.79663>
- Kaşak, M., Oğutlu, H., Doğan, U., Cop, E., & Loscalzo, Y. (2024). Psychometric properties of the Hikikomori Risk Inventory (HRI-24) in Turkish pre-adolescents and adolescents. *Psychiatry, Psychology and Behavioral Sciences*, 8(2), 1–10. <https://www.pbsciences.org/index.php?fulltxt=174626&fulltxtj=8&fulltxtp=8-1698464617.pdf>
- Krieg, A., & Dickie, J. R. (2013). Attachment and hikikomori: A psychosocial developmental model. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 61–72. <https://doi.org/10.1177/0020764011423182>
- Li, T. M. H., & Wong, P. W. C. (2015). Youth social withdrawal behavior (Hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 595–609. <https://doi.org/10.1177/0004867415581179>
- Lin, P. K. F., Koh, A. H. Q., & Liew, K. (2022). The relationship between hikikomori risk factors and social withdrawal tendencies among emerging adults—An exploratory study of hikikomori in Singapore. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 1065304. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1065304>
- Liu, C. C., & Kato, T. A. (2020). International experience of hikikomori (prolonged social withdrawal) and its relevance to psychiatric research. *BJPsych International*, 17(3), 59–62. <https://doi.org/10.1192/bji.2020.20>
- Lo, T. W., Wong, J. C. M., Chan, G. H., & Kato, T. A. (2023). Editorial: Hikikomori: an international perspective on assessment, treatment, and community intervention. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1297898. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1297898>
- Loscalzo, Y., Nannicini, C., Huai-Ching Liu, I.-T., & Giannini, M. (2022). Hikikomori Risk Inventory (HRI-24): A new instrument for evaluating Hikikomori in both Eastern and Western countries. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(1), 90–107. <https://doi.org/10.1177/0020764020975800>
- Malagón-Amor, Á., Martín-López, L. M., Córcoles, D., González, A., Bellsolà, M., Teo, A. R., ... Bergé, D. (2020). Family features of social withdrawal syndrome (hikikomori). *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 138. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00138>
- Martinotti, G., Vannini, C., Di Natale, C., Sociali, A., Stigliano, G., Santacroce, R., & di Giannantonio, M. (2021). Hikikomori: Psychopathology and differential diagnosis of a condition with epidemic diffusion. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 25(2), 187–194. <https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1820524>
- Ministry of Health, Labour and Welfare. (2003). *Hikikomori ni taisuru shien no arikata ni kansuru kenkyū hōkokusho* [Report on research regarding support methods for hikikomori]. <https://www.mhlw.go.jp/houdou/0107/h0724-1.html>
- Ministry of Health, Labour and Welfare. (2010). *Hikikomori no hyōka/shien ni kansuru gaidorain* [Guidelines for evaluation and support for hikikomori]. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyo-Shakai/0000147789.pdf>
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2023). Contemporary hermits: A developmental psychopathology account of extreme social withdrawal (Hikikomori) in young people. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26, 459–481. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00425-8>
- Muris, P., van de Pasch, V., van Kessel, J., & Peet, J. (2023). The relationship between addiction and hikikomori tendencies: A case-control study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, Article 1273865. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1273865>
- Neoh, M. J. Y., Carollo, A., Lim, M., & Esposito, G. (2022). Hikikomori: A scientometric review of 20 years of research. *Frontiers in Psychology*, 13, 840206. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.840206>
- Neoh, M. J. Y., Carollo, A., Lim, M., & Esposito, G. (2023). Hikikomori: A scientometric review of 20 years of research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), Article 5657. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095657>
- Nonaka, S., & Sakai, M. (2022). Measuring the quality of life for individuals with prolonged social withdrawal (hikikomori). *Psychiatry Investigation*, 19(5), 341–347. <https://doi.org/10.30773/pi.2021.0348>
- Nonaka, S., Takeda, T., & Sakai, M. (2022). Who are hikikomori? Demographic and clinical features of hikikomori (prolonged social withdrawal): A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(8), 902–915. <https://doi.org/10.1177/00048674221085917>
- Ogawa, T., Shiratori, Y., Midorikawa, H., Aiba, M., Sugawara, D., Kawakami, N., ... Tachikawa, H. (2023). A

- survey of changes in the psychological state of individuals with social withdrawal (hikikomori) in the context of the COVID pandemic. *COVID*, 3(8), 1158–1172. <https://doi.org/10.3390/covid3080082>
- Orsolini, L., Bellagamba, S., Longo, G., Volpe, U., & Kato, T. A. (2023). Youth hikikomori-like social withdrawal in Italy: Two clinical cases. *Psychiatry Research Case Reports*, 2, 100179. <https://doi.org/10.1016/j.psycr.2023.100179>
- Orsolini, L., Bellagamba, S., Volpe, U., & Kato, T. A. (2022). Hikikomori and modern-type depression in Italy: A new phenotypical trans-cultural characterization? *International Journal of Social Psychiatry*, 68(5), 1010–1017. <https://doi.org/10.1177/00207640221099408>
- Ozawa-de Silva, C., & Parsons, M. (2020). Toward an anthropology of loneliness. *Transcultural Psychiatry*, 57(5), 613–622. <https://doi.org/10.1177/1363461520961627>
- Park, H. E. (G.), & Yap, S.-F. (C.). (2022). Technology affordances and social withdrawal: The rise of hikikomori. *Asian Journal of Social Psychology*, 25(1), 48–60. <https://doi.org/10.1111/ajsp.12475>
- Pozza, A., Coluccia, A., Kato, T., Gaetani, M., & Ferretti, F. (2019). The ‘Hikikomori’ syndrome: Worldwide prevalence and co-occurring major psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*, 9(9), e025213. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025213>
- Ranieri, F., Andreoli, M., Bellagamba, Y., Del Grande, C., Moreira, P., Torrini, G., & Fanò-Illic, G. (2024). Hikikomori (prolonged social withdrawal) and co-occurring psychiatric disorders and symptoms in adolescents and young adults: A scoping review. *Comprehensive Psychiatry*, 132, Article 152573. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152573>
- Reina, C., Katsuki, R., Kurahara, K., Teo, A. R., Iwahara, C., Horie, K., & Kato, T. A. (2025). Hikikomori Diagnostic Evaluation-Screening Form (HiDE-S): A validation study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/pcn.13837>
- Sakai, M., Yoshinaga, N., Thew, G. R., & Clark, D. M. (2024). Successful remote treatment of a client with Hikikomori using internet-delivered cognitive therapy for social anxiety disorder: A case report. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1368722. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1368722>
- Sarchione, F., Santacroce, R., Corbo, M., Lupi, M., Martinotti, G., & Di Giannantonio, M. (2015). Hikikomori: Clinical and psychopathological issues. *European Psychiatry*, 30(S1), 1288. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)31007-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)31007-5)
- Setoyama, D., Matsushima, T., Hayakawa, K., Nakao, T., Kanba, S., Kang, D., & Kato, T. A. (2022). Blood metabolic signatures of hikikomori, pathological social withdrawal. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 24(3), 96–105. <https://doi.org/10.1080/19585969.2022.2046978>
- Shah, H., Helmy, M., & Vally, Z. (2024). Hikikomori in the Middle East: The role of problematic gaming, social media use, and loneliness. *PLOS ONE*, 19(10), e0312818. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312818>
- Suwa, M., & Suzuki, K. (2013). The phenomenon of “hikikomori” (social withdrawal) and the socio-cultural situation in Japan today. *Journal of Psychopathology*, 19(3), 191–198. <https://old.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/07/01b-Suwa1.pdf>
- Taku, K., Rhodes, J. L., & Zeigler-Hill, V. (2023). Associations that hikikomori had with thwarted belongingness and perceived burdensomeness in the United States and Japan. *Personality and Individual Differences*, 215, 105299. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.105299>
- Teo, A. R., & Gaw, A. C. (2010). Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal?: A proposal for DSM-5. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(6), 444–449. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e086b1>
- Teo, A. R., Chen, J. I., Kubo, H., Katsuki, R., Sato-Kasai, M., Shimokawa, N., ... Kato, T. A. (2018). Development and validation of the 25-item Hikikomori Questionnaire (HQ-25). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 72(10), 780–788. <https://doi.org/10.1111/pcn.12691>
- Teo, A. R., Horie, K., Kurahara, K., & Kato, T. A. (2023). The Hikikomori Diagnostic Evaluation (HiDE): A proposal for a structured assessment of pathological social withdrawal. *World Psychiatry*, 22(3), 478–479. <https://doi.org/10.1002/wps.21123>
- Teo, A. R., Nelson, S., Strange, W., Kubo, H., Katsuki, R., Kurahara, K., ... Kato, T. A. (2020). Social withdrawal in major depressive disorder: A case-control study of hikikomori in Japan. *Journal of Affective Disorders*, 274, 1142–1146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.011>
- Teo, A. R., et al. (2015). Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 64–72. <https://doi.org/10.1177/0020764014535758>
- Uchida, Y., & Norasakkunkit, V. (2015). The NEET and Hikikomori spectrum: Assessing the risks and consequences of becoming culturally marginalized. *Frontiers in Psychology*, 6, Article 1117. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00117>

- [org/10.3389/fpsyg.2015.01117](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01117)
- Uchiyama, M. A., Bekki, H., McMann, T., Li, Z., & Luckey, T. (2025). Characterizing experiences with hikikomori syndrome on Twitter among Japanese-language users: Qualitative infodemiology content analysis. *JMIR Infodemiology*, 5, e65610. <https://doi.org/10.2196/65610>
- Umeda, M., & Kawakami, N. (2012). Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal ('hikikomori') in the community population in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(2), 121–129. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02292.x>
- Wong, J. C. M., Wan, M. J. S., Kroneman, L., Kato, T. A., Lo, T. W., Wong, P. W. C., & Chan, C. L. W. (2019). Hikikomori phenomenon in East Asia: Regional perspectives, challenges and opportunities for social health agencies. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 512. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00512>
- Yong, R. (2024). Reevaluating hikikomori and challenging loneliness assumptions in Japan: A cross-sectional analysis of a nationwide internet sample. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1323846. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1323846>
- Yong, R. K. F., & Kaneko, Y. (2016). Hikikomori, a phenomenon of social withdrawal and isolation in young adults marked by an anomic response to coping difficulties: A qualitative study exploring individual experiences from first- and second-person perspectives. *Open Journal of Preventive Medicine*, 6(1), 1-20. <https://doi.org/10.4236/ojpm.2016.61001>
- Yong, R. K. F., Fujita, K., Chau, P. Y. K., & Sasaki, H. (2020). Characteristics of and gender difference factors of hikikomori among the working-age population: A cross-sectional population study in rural Japan. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, 67(4), 237–246. https://doi.org/10.11236/jph.67.4_237
- Yong, R., & Nomura, K. (2019). Hikikomori is most associated with interpersonal relationships, followed by suicide risks: A secondary analysis of a national cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 247. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00247>
- Yuen, J. W. Y., Wong, J. C. M., & Lo, T. W. (2019). A one-year prospective follow-up study on the health profile of hikikomori living in Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(4), 546. <https://doi.org/10.3390/ijerph16040546>
- Yung, J. Y. K., Wong, V., Ho, G. W. K., & Molassiotis, A. (2021). Understanding the experiences of hikikomori through the lens of the CHIME framework: Connectedness, hope and optimism, identity, meaning in life, and empowerment; systematic review. *BMC Psychology*, 9, 104. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00605-7>

HIKIKOMORI SYNDROME: CRISIS OF BELONGING AND PHENOMENOLOGY OF LONELINESS IN THE CONTEMPORARY WORLD

Author: NIKOLA AĆIMOVIĆ

Email: nikola.acimovic@student.ff.unibl.org

Mentor: Full Prof. Strahinja Dimitrijević

Faculty of Philosophy, University of Banja Luka

Introduction: Hikikomori syndrome, a condition of extreme and prolonged social withdrawal, is recognized as a global public health challenge. In its essence, it is not merely physical isolation but a profound psychological state rooted in the painful experience of loneliness, alienation, and a lack of belonging, which makes the psychology of loneliness a key perspective for its understanding.

Aim: The aim of this review paper is to provide a comprehensive analysis of hikikomori syndrome from the perspective of the psychology of loneliness, using the biopsychosocial paradigm as the leading integrative framework for understanding its complex etiology, manifestations, and consequences.

Materials and Methods: The paper is designed as an integrative literature review based on narrative synthesis. A search of relevant scientific papers was conducted using electronic databases (Google Scholar, PsycINFO, Scopus, PubMed), with the goal of including methodologically and geographically diverse studies to provide a global perspective on the phenomenon.

Results: The analysis confirmed that the etiology of hikikomori is multifactorial, arising from the interaction of biological (e.g., neurodevelopmental predispositions), psychological (e.g., identity crisis, trauma, loneliness), and socio-cultural factors (e.g., family and societal pressures). Significant progress has been made in the field of measurement with the development of validated instruments (e.g., HQ-25, HiDE), which allow for more precise diagnostics and differentiation between pathological and non-pathological withdrawal.

Conclusion: Hikikomori syndrome is a manifestation of a deep crisis of belonging in the modern world. Addressing it requires a multidimensional, individualized therapeutic approach focused on improving quality of life, as well as broader societal changes that promote mental health and reduce the pressures that lead to isolation.

Keywords: hikikomori; social withdrawal; loneliness; biopsychosocial model; mental health