

# Hikikomori: revisão sobre um grave fenômeno de isolamento social

*Hikikomori: review on a severe phenomenon of social withdrawal*

Mariana S. Domingues-Castro<sup>1</sup>, Albina R. Torres<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivos:** Expandir os conhecimentos sobre o fenômeno de isolamento social prolongado, voluntário e grave denominado *hikikomori* e facilitar a identificação e o acompanhamento terapêutico desses indivíduos. **Métodos:** Foi realizada uma revisão da literatura de 2000 a 2017, sendo utilizadas várias bases de dados como instrumentos de busca usando as palavras-chave: "*hikikomori*", "*youth social withdrawal*" e "isolamento social prolongado". **Resultados:** O *hikikomori* foi descrito inicialmente no Japão, sendo considerado uma síndrome ligada à cultura nipônica. Porém, nos últimos anos foi descrito em diversos países, inclusive no ocidente. Afeta principalmente adolescentes e adultos jovens do sexo masculino, os quais vivem espontaneamente reclusos em seus quartos por pelo menos seis meses. São pessoas solitárias, tímidas, com um suporte social deficiente e que, frequentemente, tiveram alguma experiência traumática na infância. A maioria dos indivíduos apresenta algum transtorno psiquiátrico associado. O fenômeno acarreta terríveis prejuízos para o indivíduo, familiares e para a sociedade como um todo. **Conclusão:** O *hikikomori* é subdiagnosticado e subtratado fora do Japão, pelo desconhecimento dos profissionais da saúde e pela recusa dos portadores em buscar ajuda. O fenômeno ainda não foi incluído numa categoria de diagnóstico psiquiátrico, o que dificulta a padronização e a realização de pesquisas ao redor do mundo.

## Palavras-chave

*Hikikomori, youth social withdrawal, isolamento social prolongado.*

## ABSTRACT

**Objectives:** To expand the current knowledge on the phenomenon of severe, voluntary and prolonged social withdrawal called *hikikomori*, and to facilitate the identification and treatment of these individuals. **Methods:** A comprehensive review of the literature from 2000 to 2017 has been conducted, using several data bases as search instruments using the keywords "*hikikomori*", "*youth social withdrawal*" and "prolonged social isolation". **Results:** *Hikikomori* was firstly described in Japan and was considered a culture-bound syndrome. However, in the last years, it has been described in several other countries, including western countries. It affects mainly male adolescents and young adults, who spontaneously live recluse in their rooms, for at least six months. They are lonely and shy people, with insufficient social support, who frequently had some traumatic experience in childhood. Most of them present some associated psychiatric disorder. The phenomenon leads to terrible losses to the individuals, their families and to society. **Conclusion:** *Hikikomori* is an underdiagnosed and undertrea-

Recebido em  
9/7/2018  
Aprovado em  
12/7/2018

<sup>1</sup> Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria, Botucatu, SP, Brasil.

Endereço para correspondência: Mariana S. Domingues-Castro  
Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria  
Av. Prof. Mário Rubens G. Montenegro, s/n, Distrito de Rubião Jr. – 18618-687 – Botucatu, SP, Brasil  
Telefone: (+55 14) 3880-1220/Telefax: (+55 14) 3880-1671  
E-mail: msdomingues@uol.com.br

DOI: 10.1590/0047-2085000000214



## Keywords

*Hikikomori*, youth social withdrawal, prolonged social isolation.

ted condition outside Japan, due to the lack of knowledge of health professionals, and for the sufferers' refusal to seek help. The phenomenon was not yet included as a psychiatric disorder in the classifications, what difficults the standardization and conduction of research around the world.

## INTRODUÇÃO

*Hikikomori* é um fenômeno que foi descrito no Japão, na década de 1980, por Tomita Fujiya<sup>1</sup>, que se caracteriza pelo grave isolamento social voluntário de adolescentes e adultos jovens por pelo menos seis meses. Tem chamado a atenção de pesquisadores, pois é uma epidemia silenciosa que afeta mais de 1 milhão de jovens japoneses, os quais se fecham em seus quartos, geralmente na casa dos pais, na companhia de um computador ou *videogame*<sup>2,3</sup>.

Era considerado um problema ligado à cultura nipônica (*Japanese culture-bound syndrome*), porém, nos últimos anos, têm sido descritos casos de *hikikomori* em vários países orientais<sup>4</sup>, como Hong Kong e Austrália<sup>5</sup>, Omã<sup>6</sup>, Coreia do Sul<sup>7</sup>, China<sup>8</sup> e Índia<sup>9</sup>. Há relatos também no ocidente, como na Espanha<sup>10-13</sup>, Canadá<sup>14</sup>, EUA<sup>9</sup>, França<sup>15</sup>, Reino Unido<sup>5</sup>, Itália<sup>16</sup> e Portugal<sup>17</sup>. Do Brasil, há um único relato de caso, publicado recentemente como carta ao editor<sup>18</sup>. Isso sugere que essa condição não é específica da cultura japonesa, mas talvez reflita os resultados de diversas interações entre os indivíduos e a cultura<sup>19</sup>. Resulta, no entanto, em terríveis prejuízos tanto para os portadores e seus familiares quanto para a sociedade como um todo<sup>20</sup>.

Não há consenso entre os profissionais, principalmente os japoneses, sobre a natureza do fenômeno, a qual é descrita como multifatorial; entretanto, há pesquisas que demonstram forte associação com eventos traumáticos na infância, principalmente o *bullying*<sup>3,21</sup>. No Japão, o termo *hikikomori* ("to pull away" ou "afastar") se refere tanto ao fenômeno quanto aos portadores do problema<sup>20</sup>. De acordo com esses autores, o comportamento de *hikikomori* envolve elementos de retraimento social (não participação na sociedade por pelo menos seis meses) e de isolamento social (descontinuação de relacionamentos fora da família durante o período de retraimento).

A falta de engajamento social, fenômeno semelhante, mas não análogo ao *hikikomori*, tem recebido diferentes nomes ao redor do mundo. No Reino Unido é descrito como "NEET" (*not in employment, education or training*) e nos EUA como "*adultolescent*"<sup>22</sup>. Esses termos descrevem pessoas jovens que moram com os pais e não abraçam a vida independente, típica da idade adulta.

O número de artigos específicos sobre *hikikomori* cresceu muito nos últimos 17 anos, como demonstrado na figura 1, pois o fenômeno entre adolescentes e adultos jovens tornou-se uma nova área de interesse na psiquiatria<sup>23</sup>. Porém, o retraimento social grave e prolongado ainda é subdiagnosti-

cado e subtratado fora do Japão, principalmente nos países do ocidente. Isso ocorre tanto pelo desconhecimento do fenômeno pelos profissionais da área de saúde, como pela relutância dos sujeitos acometidos de buscar ajuda. Há na literatura poucos artigos de revisão sobre o tema e nenhum na língua portuguesa. Este artigo tem como objetivos, portanto, expandir os conhecimentos sobre esse fenômeno em nosso meio e facilitar a identificação e o acompanhamento terapêutico desses indivíduos, quando necessário.

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão extensa da literatura nacional e internacional de 2000 a 2017, sendo utilizadas como instrumentos de busca as bases de dados PubMed, Bireme, Scopus, Embase e Web of Science. O período delimitado da revisão se deve ao considerável aumento do número de publicações a partir do ano 2000 (*vide* figura 1). O levantamento dos estudos foi feito usando as palavras-chave: "*hikikomori*", "*youth social withdrawal*" e "isolamento social prolongado". Foram encontrados 356 artigos; desses, foram excluídos 31 artigos que não estavam em inglês ou espanhol e 190 artigos duplicados. Foram incluídos 41 estudos que abordavam aspectos epidemiológicos, etiológicos, nosológicos, clínicos, de comorbidade e de tratamento do fenômeno. Não foi encontrado nenhum artigo na língua portuguesa. Além disso, foi acrescentado um artigo citado nas publicações encontradas, anterior ao período estabelecido<sup>19</sup> e que descreve aspectos epidemiológicos e etiológicos do tema.

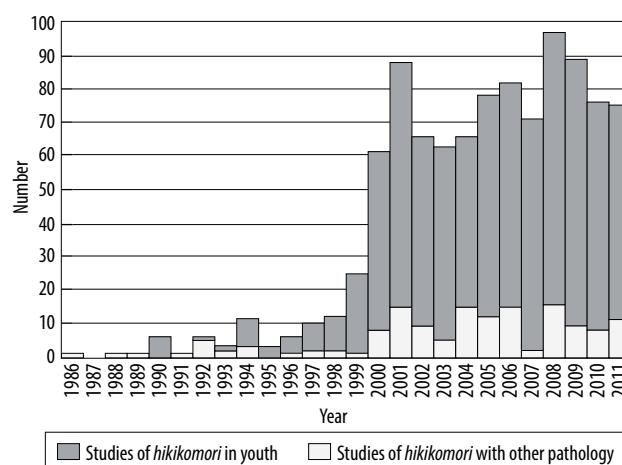


Figura 1. Número de estudos sobre *hikikomori*<sup>23</sup>.

## RESULTADOS

### Epidemiologia

O primeiro estudo realizado no Japão sobre o fenômeno foi em 2001, o qual relatou que 6.151 casos haviam comparecido em centros de saúde pública durante um ano. A maioria dos afetados era composta por jovens. Cerca de 40% tinham entre 16 e 25 anos; outros 21% tinham entre 25 e 30 anos. Um em quatro pacientes tinham apresentado os sintomas por pelo menos cinco anos<sup>2</sup>. Um estudo de base populacional conduzido por Kim *et al.*<sup>24</sup> encontrou que 1,27% de adultos jovens numa área rural do Japão apresentava *hikikomori* e 2,5% já haviam passado por essa experiência de isolamento social intenso.

De acordo com Teo<sup>21</sup>, o paciente típico com *hikikomori* é adulto jovem, do sexo masculino, geralmente o filho mais velho de uma família com condição socioeconômica confortável. A duração média do fenômeno antes da primeira consulta em um serviço de saúde mental é por volta de cinco anos, embora a duração varie de um a 10 anos<sup>4</sup>.

*The World Mental Health Japan Survey (WMH-J)* foi um estudo realizado no Japão, de 2002 a 2006, no qual foram entrevistados, pessoalmente, 4.134 moradores de uma área metropolitana, duas cidades e oito municípios rurais. Foram selecionados 1.660 indivíduos com 20 a 49 anos de idade e foram questionados se já haviam vivenciado o estado de "*hikikomori*" – isolamento social voluntário por mais de seis meses, sem ir à escola ou trabalho e sem comunicação com outras pessoas além dos membros da família. Desses, 1,2% respondeu positivamente à questão, e a prevalência foi maior na terceira década de vida. A idade média de início foi de 22,3 anos e a duração média foi de um ano. Cerca de 80% dos casos tinham estado preocupados ou irritados com sua situação durante o período do fenômeno<sup>4</sup>.

No estudo de Kondo *et al.*<sup>25</sup>, foram avaliados 337 casos de *hikikomori* (74,8% do sexo masculino), sendo a idade média dos indivíduos de 24,2 anos e a idade média de início do fenômeno de 20 anos. A média de anos do início do isolamento social até a busca de ajuda foi de 4,3 anos. Em relação ao nível de escolaridade, 39,5% haviam cursado até o segundo grau e apenas 25,5%, curso superior. Mais de 50% dos participantes relataram história de absenteísmo escolar. Já em relação a trabalho, 50,7% nunca tinham exercido qualquer tipo de atividade laboral.

Um estudo de Teo *et al.*<sup>9</sup> recrutou indivíduos que preenchem os critérios de *hikikomori* em quatro países (EUA, Japão, Coreia do Sul e Índia). Participaram da pesquisa 36 adultos, sendo a maioria do sexo masculino (81%) e adultos jovens (64% entre 18 e 30 anos de idade). Somente 11% moravam sozinhos e o tempo médio de retraimento social foi de dois anos.

Inicialmente vista com uma síndrome ligada à cultura japonesa (*a culture-bound syndrome*), quadros muito semelhantes ao *hikikomori* vêm sendo descritos em outros países

e culturas. De todo modo, os casos identificados são provavelmente apenas a "ponta do *iceberg*", pela relutância dos portadores em procurar tratamento, optando por um estilo de vida recluso, alienado e hermético<sup>2</sup>.

### Características clínicas e diagnóstico

De acordo com Teo<sup>21</sup>, o psiquiatra japonês que popularizou o termo "*hikikomori*" foi Saito, em 1998, ao publicar um livro que continha a palavra no título. Ele definiu como portadores os indivíduos que se tornam reclusos em suas próprias casas, por pelo menos seis meses, geralmente a partir da terceira década de vida, e que não apresentam outros transtornos psiquiátricos que melhor explicam o sintoma primário de isolamento.

Em 2003, o governo japonês publicou um *guidelines* estabelecendo os critérios para diagnóstico de *hikikomori*<sup>21</sup>:

- Estilo de vida centrado na casa;
- Ausência de interesse ou disposição para comparecer à escola ou ao trabalho;
- Persistência dos sintomas por pelo menos seis meses;
- Ausência de esquizofrenia, retardo mental ou outro transtorno psiquiátrico;
- Entre aqueles sem interesse ou disposição para comparecer à escola e ao trabalho, devem ser excluídos os que mantêm relacionamentos pessoais.

Segundo Tajan<sup>1</sup>, a mais abrangente e precisa descrição de *hikikomori* veio em 2010 do *Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW)* – Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-estar do Japão: "*Hikikomori* é um fenômeno psicossocial, sendo uma das características estar isolado de atividades sociais e ficar em casa quase todos os dias por mais de meio ano. Isto ocorre entre crianças, adolescentes e adultos abaixo de 30 anos de idade. Embora *hikikomori* seja definido como um estado não psicótico, é melhor considerar que pacientes com esquizofrenia talvez estejam incluídos neste grupo até receberem o diagnóstico de psicose".

O estudo de Teo *et al.*<sup>9</sup>, realizado com 36 indivíduos com *hikikomori*, evidenciou como características desses sujeitos o alto índice de solidão com suporte social deficiente, provavelmente pela incapacidade de manutenção de laços afetivos significativos. Geralmente, são adultos jovens do sexo masculino com pouca ou nenhuma experiência profissional. Essa prevalência maior entre os homens estaria relacionada à pressão da sociedade japonesa para serem sábios, trabalharem pesado e ganharem dinheiro.

Os indivíduos reclusos tendem a inverter o dia pela noite, ou seja, dormem durante o dia após terem assistido TV, lido livros, jogado *videogame* e navegado na internet por longas horas. Nas poucas ocasiões em que saem de casa, geralmente é para fazer compras em lojas de conveniência, limitando a interação com outras pessoas<sup>21</sup>. De acordo com o *Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare*<sup>26</sup>, esses indivíduos são

mais encontrados em cidades com densidade populacional alta no Japão e em outros países<sup>27</sup>.

No estudo de Funakoshi e Miyamoto<sup>28</sup>, com 55 pais e mães de portadores, 54,5% relataram comportamentos problemáticos, incluindo padrão alterado de sono (41,8%), problemas alimentares (23,6%) e comportamentos compulsivos (18,2%), autoritários (10,9%), destrutivos (3,6%) e violentos (1,8%). Recusa escolar esteve presente em 56,6% dos casos. Enquanto 45,5% conseguiam sair de casa livremente, exceto para atividades sociais, 16,4% não saíam de casa e 5,5% não saíam nem do próprio quarto. Segundo Watts<sup>2</sup>, a alienação associada ao quadro se manifestaria bem mais frequentemente como letargia do que como violência. A comunicação verbal com os familiares em geral também é restrita, falando pouco ou mesmo se comunicando apenas por bilhetes, e alguns portadores se recusam a fazer as refeições em família, comendo sozinhos no próprio quarto<sup>29</sup>.

## Etiologia

Há divergências sobre a natureza da reclusão voluntária de adolescentes e adultos jovens entre profissionais japoneses<sup>3</sup>, pois muitos não a consideram um transtorno psiquiátrico, mas uma síndrome ligada à cultura japonesa, um fenômeno psicossocial resultante da interação complexa entre os desafios da adolescência e das rápidas mudanças sociais e familiares ocorridas no Japão<sup>19</sup>.

Entretanto, a maioria dos indivíduos que se isola por tempo prolongado tem história de experiências traumáticas ou aversivas na infância. O *bullying* é um problema proeminente no Japão, sendo descrito como provocações, exclusões de círculos sociais e abuso físico direto pelos colegas de escola. A ausência na escola é a primeira manifestação do comportamento de afastamento social<sup>21</sup>.

Para Tajan<sup>30</sup>, o *hikikomori* apresenta três dimensões traumáticas. O *bullying* é a primeira dimensão e, portanto, o gatilho para o isolamento social prolongado. Esse último constitui em si mesmo um trauma e torna-se a segunda dimensão. A última é o trauma familiar, pois tirar o portador de *hikikomori* de casa torna-se um dos desafios mais difíceis para os pais. Além da pobre interação com os membros da família, o indivíduo geralmente se recusa a buscar ajuda em serviço especializado em saúde mental.

Segundo Suwa e Suzuki<sup>23</sup>, em muitos casos de *hikikomori* há um episódio de “derrota sem luta” que antecede o isolamento. Essas situações são ilustradas como: a desistência de fazer um exame, mesmo tendo se preparado para ele e a evitação de contextos de competitividade. Em suma, o indivíduo se afasta do caminho ideal imaginado sem nunca ter lutado pelo que desejava.

Para De Luca<sup>31</sup>, essa “síndrome do confinamento voluntário” se deve ao grande sofrimento experimentado na transição para a idade adulta por alguns adolescentes que, ao se confrontarem com fortes demandas familiares e sociais,

desenvolvem uma inibição massiva e buscam refúgio na passividade. Na mesma linha, Yong e Kaneko<sup>32</sup> identificaram, a partir de um estudo qualitativo, duas categorias de dificuldades de enfrentamento: estase (paralisação resultante de demandas conflitantes e autonomia reduzida) e expressão (comportamentos de evitar e de se esconder). Assim, o problema seria uma resposta anômica a uma situação que os indivíduos se sentem impotentes para modificar e da qual se vêm sem saída.

Sociólogos acreditam que fatores como a desestabilização econômica do Japão e mudanças fundamentais no mercado de trabalho resultaram em oportunidades irregulares de emprego aos jovens, o que contribuiu para a rápida ascensão do fenômeno nos últimos anos<sup>33</sup>.

O estudo de Umeda e Kawakami<sup>34</sup>, que avaliou a associação do ambiente familiar na infância e o risco de *hikikomori*, baseado nos dados da WMH-J, e ajustado para idade e sexo, encontrou as seguintes variáveis associadas ao fenômeno: nível de escolaridade elevado dos pais (OR = 4,9) e presença de transtorno mental na mãe (OR = 9,1), principalmente transtorno de pânico (OR = 9,8). Uma possível explicação para a associação do nível alto de escolaridade dos pais e a reclusão dos jovens é que esses pais apresentam elevados rendimentos, o que permitiria a manutenção dos filhos em casa sem emprego.

Já Krieg e Dickie<sup>20</sup> compararam 24 portadores de *hikikomori* e 60 controles em relação a relacionamento parental na infância e tipo de apego (de acordo com a Teoria do Apego de John Bowlby<sup>35</sup>), temperamento e experiências de rejeição pelos pais e por colegas de escola, utilizando escalas de avaliação estruturadas. Em relação aos controles, indivíduos com *hikikomori* apresentavam mais apego do tipo ambivalente, rejeição parental e por pares, experiências de *bullying* na escola e temperamento tímido. De acordo com os autores, o modelo de desenvolvimento psicossocial indica que o temperamento tímido associado à rejeição parental foram preditores de apego ambivalente, que, ao ser associado à rejeição por pares na escola, foi preditor de *hikikomori*. Comportamentos parentais associados ao apego ansioso ou ambivalente incluem excesso de proteção e controle, assim como ameaças e rejeição. Tais comportamentos seriam particularmente nocivos às crianças mais sensíveis e vulneráveis, por características próprias de temperamento. Já a rejeição pelos pares seria particularmente traumática em sociedades coletivistas, como a japonesa. Não encontramos na literatura nenhum artigo relacionando o *hikikomori* ao assédio moral no trabalho (*mobbing*), talvez porque o problema acometa em geral adolescentes e adultos jovens, que ainda não entraram no mercado de trabalho.

Hattori<sup>3</sup> relatou sua experiência de acompanhamento de 35 casos de *hikikomori* (25 homens e 10 mulheres) e descreveu que, de fato, a maioria tinha experiências negativas de rejeição, negligência e dificuldades de comunicação com os

pais. Interessantemente, a maioria dos casos vinha de famílias funcionais, de classe média ou alta e não tinha história de abuso físico ou sexual. No entanto, todos tinham dificuldade de confiar em outras pessoas e sintomas relacionados a trauma (por exemplo: insônia, indiferença afetiva, queixas somáticas, sintomas depressivos), e dois terços apresentavam sintomas dissociativos de identidade. História de negligência emocional pelos pais foi relatada por 91% dos casos, incluindo interações pobres e sensação de abandono, por falta de diálogo, contato visual e atenção às emoções e demandas da criança. A maioria descrevia os pais como *workaholics* e as mães como pouco empáticas ou responsivas emocionalmente, ambos preocupados apenas com o desempenho escolar do(a) filho(a).

Do ponto de vista de influências culturais, alguns aspectos do modo de vida moderno, particularmente no Japão, favoreceriam o surgimento do quadro, incluindo o fácil acesso à tecnologia, internet, *videogames*, alimentos e bebidas entregues em casa<sup>2</sup>. O conforto econômico experimentado pelas novas gerações, associado a educação menos rígida, permite que esses jovens pouco motivados possam sobreviver por anos da generosidade dos pais<sup>21</sup>.

## Diagnóstico diferencial

A diferenciação entre *hikikomori* e estágios iniciais de outros transtornos psiquiátricos pode ser difícil, principalmente na adolescência, pois muitos sintomas não são específicos e podem ser encontrados em várias condições<sup>14</sup>. O isolamento social é um sintoma que pode estar presente em vários transtornos psiquiátricos, como na esquizofrenia, no espectro autista, no retardo mental, nos transtornos de personalidade (por exemplo: esquizoide e evitativo), nos transtornos de ansiedade graves (transtorno de ansiedade social – TAS –, transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de estresse pós-traumático – TEPT), no transtorno depressivo maior (TDM), no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), no transtorno dismórfico corporal e na dependência de internet. Nessas circunstâncias, o retraimento social não é a característica central do quadro do indivíduo, portanto não pode ser denominado de *hikikomori*.

Diante da falta de consenso sobre a classificação desse fenômeno, alguns autores dividem o *hikikomori* em primário e secundário. Os jovens com isolamento social prolongado primário não apresentam sérias alterações psicopatológicas<sup>23</sup>, assim não preenchem os critérios para um transtorno mental específico e é considerado apenas uma condição com alterações comportamentais<sup>16</sup>. Já o *hikikomori* secundário ocorreria em indivíduos com graves transtornos psiquiátricos, como transtornos de humor, de ansiedade, TOC, transtornos de personalidade, TEPT e transtornos invasivos do desenvolvimento.

Um transtorno que precisa ser diferenciado do *hikikomori* e que tem aumentado de forma preocupante nos últimos anos é a dependência de internet. As duas condições compartilham a falta de interesse na escola ou no trabalho e as

dificuldades em relacionamentos interpessoais. A diferença entre eles está na tolerância, nos sintomas de abstinência e nos aspectos egodistônicos encontrados na dependência de internet. Ao mesmo tempo que a internet pode ter um papel benéfico na qualidade de vida dos *hikikomoris*, pois pode ser um veículo para eles encontrarem pessoas com interesses comuns e problemas semelhantes, o uso prolongado pode acarretar a dependência<sup>14,36</sup>.

A agorafobia, com ou sem transtorno de pânico, também é um diagnóstico diferencial importante de *hikikomori*, pois seus portadores muitas vezes evitam sair de casa e podem ficar reclusos durante muitos anos. Diferentemente dos *hikikomoris*, os portadores desse transtorno de ansiedade não saem pelo medo de passar mal e não ser socorridos.

Outra síndrome ligada à cultura japonesa que deve ser considerada como diagnóstico diferencial é o *taijin-kyofusho* – caracterizado pelo medo excessivo de ofender ou magoar os outros por seu comportamento social inadequado ou por sua aparência<sup>37</sup>. Essa síndrome é subdividida em: *jikoshu-kyofu* – preocupação exagerada com a crença de o corpo exalar odor desagradável –, *sekimen-kyofu* – medo excessivo de enrubescer (apresentar rubor facial) em público –, *jiko-shisen-kyofu* – medo exagerado de contato visual – e *shubo-kyofu* – preocupação excessiva com uma deformidade do corpo<sup>38,39</sup>.

**Tabela 1.** Síndromes ligadas à cultura japonesa e seus correlatos no ocidente

Síndromes japonesas	Transtornos psiquiátricos no ocidente
<i>Taijin-kyofusho</i>	Transtorno de ansiedade social
<i>Jikoshu-kyofu</i>	Síndrome de referência olfatória
<i>Sekimen-kyofu</i>	Ereutofobia
<i>Jiko-shisen-kyofu</i>	Fobia de contato visual
<i>Shubo-kyofu</i>	Transtorno dismórfico corporal

**Tabela 2.** Diagnósticos diferenciais de *hikikomori*

Transtorno de ansiedade social ( <i>taijin-kyofusho</i> )
Transtorno de pânico com e sem agorafobia
Agorafobia
Transtorno obsessivo-compulsivo
Transtorno de estresse pós-traumático
Transtorno depressivo maior
Dependência de internet
Transtorno dismórfico corporal ( <i>shubo-kyofu</i> )
Síndrome de referência olfatória ( <i>jikoshu-kyofu</i> )
Ereutofobia ( <i>sekimen-kyofu</i> )
Fobia de contato visual ( <i>jiko-shisen-kyofu</i> )
Esquizofrenia
Transtornos do espectro autista
Retardo mental
Transtornos de personalidade (esquizoide e evitativo)

## Comorbidades

Na pesquisa WMH-J, realizada de 2002 a 2006, no Japão, 54,5% dos casos de *hikikomori* apresentaram no mínimo um transtorno psiquiátrico ao longo da vida. Os entrevistados que haviam passado pela experiência do grave retraimento social tinham seis vezes mais risco de apresentar transtornos de humor. Cerca de 35% dos indivíduos preenchiam os critérios do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, 4ª edição (DSM-IV), para algum transtorno psiquiátrico antes do início do fenômeno<sup>4</sup>, sendo o mais prevalente o TAS.

Num estudo realizado por Kondo *et al.*<sup>25</sup>, foram recrutados 337 indivíduos com *hikikomori*; 183 utilizavam centros de saúde mental e foram classificados de acordo com os critérios do DSM-IV-TR. Desses sujeitos, 33,3% foram diagnosticados com esquizofrenia, transtornos de humor e transtornos de ansiedade; 32% foram diagnosticados com dificuldades de desenvolvimento (retardo mental ou transtornos invasivos do desenvolvimento) e 34,7% com transtornos de personalidade.

Teo *et al.*<sup>9</sup>, ao estudarem 22 indivíduos com *hikikomori* (11 residentes no Japão e 11 nos EUA), verificaram que os cinco transtornos psiquiátricos mais comuns ao longo da vida eram: transtorno de personalidade de esquiwa (41%), TDM (32%), transtorno de personalidade paranoide (32%), TEPT (27%) e TAS (27%). A maioria dos participantes (68%) preencheu critérios para múltiplos diagnósticos psiquiátricos. Nesse estudo, foram excluídos portadores de esquizofrenia, demência, retardo mental e transtornos do espectro autista. Entre os 24 portadores avaliados por Krieg e Dickie<sup>20</sup>, nove tinham algum transtorno de ansiedade, três tinham um transtorno de desenvolvimento e dois tinham transtornos de humor, mas em 10 casos os dados de comorbidade não estavam disponíveis.

Entre 141 pacientes com TAS avaliados por Nagata *et al.*<sup>40</sup>, 27 (19%) preencheram critérios para *hikikomori* e diferiram dos demais por terem início mais precoce dos sintomas de ansiedade social, maior gravidade dos sintomas, menos anos de estudo, mais comorbidade com TOC e pior resposta ao tratamento. Nesse grupo, 56% tinham história de depressão maior, que antecedeu o quadro de *hikikomori* em 80% dos casos. Em nenhum dos casos o TAS foi posterior ao quadro, que, para os autores, serviria como um gatilho para uma forma grave de TAS. Na verdade, timidez, personalidade evitativa e TAS são relativamente comuns na cultura japonesa<sup>21</sup>. No entanto, o *hikikomori* seria mais egossintônico do que o TAS, em que o indivíduo deseja, mas não consegue ter interações sociais<sup>37</sup>.

## Hikikomori em outros países

A falta de engajamento social tem recebido diferentes nomes ao redor do mundo, sendo, no Reino Unido, descrita como “NEET” – *not in employment, education nor training*. Nos EUA, os jovens que moram com os pais e não abraçam

sua independência são chamados de “*slacker*”, “*twixter*” ou “*adultolescent*”<sup>22</sup>. Esses estados são comportamentalmente similares ao *hikikomori*, pois os NEETs não trabalham, nem estudam. Porém, no fenômeno de NEET a falta de trabalho é o único aspecto problemático visto pelos estudiosos. As características mentais e/ou emocionais dos indivíduos não são consideradas relevantes<sup>23</sup>.

O primeiro caso de *hikikomori* fora do Japão foi descrito por Sakamoto<sup>6</sup>, em Omã, o qual apresentava características clínicas muito semelhantes às descritas anteriormente: adulto jovem de 24 anos de idade, que viveu recluso em seu quarto na casa dos pais por cinco anos, comunicando-se apenas com os familiares. Dormia durante o dia e permanecia acordado à noite, assistindo à TV ou jogando *videogame*, e fazia as refeições no quarto. Tinha história prévia de timidez na infância, *bullying* na escola e insucesso em encontrar empregos, mas sem uso de substâncias psicoativas ou doenças psiquiátricas. O isolamento ocorreu de forma insidiosa e não era considerado um problema para o indivíduo.

No estudo de Lee *et al.*<sup>7</sup>, na Coreia do Sul, foram estudados 41 indivíduos com menos de 25 anos de idade (31 homens e 10 mulheres) e com isolamento social prolongado, sendo excluídos os casos com psicose, transtorno afetivo, transtorno invasivo do desenvolvimento e retardo mental. O tempo médio de confinamento foi de 17 meses, 39% tinham história familiar de doença psiquiátrica e 43,9% sofreram abuso ou negligência na infância. Os jovens reclusos tinham relacionamento hostil com os familiares, especialmente com os pais.

Na França, Chauliac *et al.*<sup>15</sup> estudaram 66 indivíduos com isolamento social prolongado entre 18 e 34 anos de idade e verificaram que 80% eram do sexo masculino, 42% nunca haviam tido contato com um profissional de saúde mental, 42% faziam uso de *cannabis*, 71% mantinham contato com seus familiares, 42% eram hostis verbalmente e 73% saíam de casa esporadicamente. O tempo médio de reclusão foi de 29 meses e metade deles havia recebido o diagnóstico de um transtorno psiquiátrico antes da pesquisa.

Segundo Yong<sup>41</sup>, os adolescentes na Austrália que vivem isolados socialmente apresentam alguns aspectos em comum com os *hikikomoris* japoneses, tais como: intenso interesse em jogos *on-line*, características do transtorno do espectro autista, transtornos de humor e de ansiedade, além de famílias disfuncionais.

Do Brasil, há um único relato de caso recente, publicado por Gondim *et al.*<sup>18</sup>, que descreve a história de um homem que aos 25 anos de idade se isolou socialmente após romper o relacionamento com uma namorada, abandonar o emprego, desenvolver sintomas ansiosos e depressivos, e fazer uma tentativa de suicídio. Viveu recluso voluntariamente por 29 anos na casa dos pais e, durante o confinamento, desenvolveu um transtorno relacionado ao uso de álcool. Foi identificada como a razão para o isolamento prolongado e grave a dificuldade dele em lidar com os estressores sociais.

## Impacto na vida do portador, dos familiares e para a sociedade

O isolamento prolongado causa danos em várias esferas da vida do indivíduo, inclusive à saúde física. Furukawa *et al.*<sup>42</sup> relataram o caso de um adolescente que desenvolveu úlcera de pressão com necrose da pele ao redor das nádegas bilateralmente por permanecer por longos períodos sentado. Moriuchi *et al.*<sup>43</sup> relataram um caso de *hikikomori* que desenvolveu *Elephantiasis nostras verrucosa* devido à estase linfática e à pobre higiene pessoal. Miyakoshi *et al.*<sup>44</sup> descreveram o caso de um homem de 37 anos que ficou durante um ano sem se expor à luz solar e desenvolveu uma deficiência importante de vitamina D e quadro de hipocalcemia. Tanabe *et al.*<sup>45</sup> descreveram um caso grave de deficiência de tiamina num portador de *hikikomori*.

O isolamento social tem sido reconhecido como um dos maiores fatores de risco para o aumento da morbidade e mortalidade em humanos. A investigação dos mecanismos neuroendócrinos envolvidos sugere que o isolamento social prolongado aumenta a ativação do eixo hipófise-hipotálamo-adrenal e do sistema nervoso simpático. Esses efeitos são mais dependentes da interrupção dos vínculos sociais do que da reclusão propriamente dita<sup>46</sup>.

Não há estudos específicos em relação ao sobrepeso/obesidade ou síndrome metabólica nesses jovens, mas o sedentarismo associado à ingestão frequente de *fast foods* pode eventualmente favorecer a ocorrência desses problemas de saúde.

Familiares de portadores de *hikikomori*, particularmente os pais, enfrentam muitas dificuldades e sofrimento. Vários sentimentos costumam estar envolvidos, desde extrema preocupação com o futuro do filho, até vergonha, culpa, medo e raiva. Alguns pais também se isolam socialmente para evitar a exposição do problema<sup>28</sup>.

Num estudo com 55 casais, pais de pessoas com *hikikomori* que procuraram tratamento, Funakoshi e Miyamoto<sup>28</sup> observaram que 47,3% das mães apresentavam depressão. Os comportamentos problemáticos dos filhos (por exemplo: padrão alterado de sono, problemas alimentares, atitudes autoritárias, comportamentos compulsivos, destrutivos e violentos) são frequentes e afetam os familiares. Nesse mesmo estudo, atitudes de rejeição de alguns ou de todos os membros da família, no último mês, ocorreram em 23,6% e 12,7% dos casos, respectivamente, enquanto 40% evitavam contato com a figura paterna (os autores destacam que no Japão os pais em geral participam pouco da educação dos filhos, por estarem muito ocupados com o trabalho).

## Tratamento

Não existem na literatura *guidelines* para o tratamento do *hikikomori*, porém é consenso entre os especialistas que o fenômeno é complexo e que demanda várias estratégias terapêuticas<sup>16</sup>. O primeiro obstáculo é identificar esses in-

divíduos e recrutá-los para o tratamento. Geralmente, essas pessoas não veem o isolamento como um problema, apresentam desejo ambivalente de se relacionar com os outros e não buscam ajuda espontaneamente<sup>9</sup>. Esses pacientes geralmente são levados pelos familiares, contra a própria vontade, aos serviços de saúde mental.

Há em alguns países, como Espanha<sup>11</sup>, Coreia do Sul<sup>7</sup> e França<sup>15</sup>, unidades móveis especializadas em psiquiatria que fazem visitas domiciliares e que são boas alternativas para a identificação e acompanhamento de pessoas que vivem reclusas. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) eventualmente pode ter papel importante na identificação de alguns casos, por meio das visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários.

Segundo Ranieri<sup>16</sup>, em diversos casos a combinação de psicoterapia individual e aconselhamento familiar e/ou psicoterapia familiar, às vezes, associada a programas de reabilitação profissional, ajudam o paciente a reativar os contatos sociais e os relacionamentos com outros indivíduos. Em outros casos, outras abordagens são necessárias, desde o tratamento psicofarmacológico até o suporte social. O tratamento medicamentoso é empregado quando há algum transtorno psiquiátrico associado (comorbidade), portanto deve ser individualizado. Para Teo<sup>21</sup>, além do tratamento farmacológico, a psicoterapia é necessária para promover exposição gradual e aumentar o repertório social, e para trabalhar os traumas da infância. O autor propõe também psicoterapias não individuais, nas quais são promovidos encontros entre indivíduos que vivem em condições semelhantes.

## DISCUSSÃO

*Hikikomori* é um fenômeno de isolamento social prolongado, grave e voluntário que afeta adolescentes e adultos jovens, principalmente do sexo masculino, os quais vivem reclusos em seus quartos na casa de familiares, se recusam a estudar ou trabalhar e evitam o relacionamento com outras pessoas por pelo menos seis meses. São indivíduos solitários que apresentam suporte social deficiente e que não consideram o retraimento social um problema. Há dados de prevalência apenas no Japão, onde a condição afeta milhares de jovens. Essa condição hermética de existir tem chamado a atenção de pesquisadores ao redor do mundo, pois o número de pessoas nessa situação vem crescendo assustadoramente, já sendo considerada uma epidemia silenciosa nos grandes centros urbanos.

A natureza do fenômeno é multifatorial e inclui temperamento tímido associado a apego ambivalente e vivências de rejeição pelos pais e colegas de escola. O antecedente de experiências traumáticas na infância é muito comum, destacando-se entre elas o *bullying*. O avanço tecnológico e uma condição socioeconômica mais confortável dos pais

parecem facilitar a manutenção desses jovens no estado de reclusão social grave. A presença exclusiva de isolamento social prolongado em portadores de outros transtornos psiquiátricos não deve ser chamada de *hikikomori*. No entanto, os *hikikomoris* geralmente têm algum diagnóstico psiquiátrico associado, como transtornos de humor, transtornos de ansiedade (principalmente TAS), TEPT, TOC, transtornos do espectro autista e transtornos de personalidade.

Além do impacto extremamente negativo à saúde física e mental do portador e de seus familiares, os quais acabam adoecendo psicologicamente ou se isolando com os filhos, há impacto econômico grave, principalmente no Japão, pois acomete indivíduos na faixa etária economicamente ativa. O tratamento do *hikikomori* ainda não tem diretrizes específicas, mas um processo complexo e desafiador, que envolve várias estratégias, incluindo visitas domiciliares frequentes, psicoterapia individual, aconselhamento familiar, tratamento farmacológico das comorbidades e suporte social.

## CONCLUSÃO

O *hikikomori* não deve ser considerado uma síndrome ligada à cultura japonesa, pois é um fenômeno que existe em vários países europeus, asiáticos e americanos (inclusive no Brasil), com as mesmas características clínicas e sociodemográficas descritas no país de origem. O *hikikomori* vem se tornando, nos últimos anos, uma preocupação internacional, pelo aumento do número de casos.

A descrição do *hikikomori* ainda não foi incluída nos manuais de classificação de doenças como o CID e o DSM, pois não há consenso entre os estudiosos, principalmente no Japão, se é um transtorno mental ou um estilo de vida próprio de pessoas que optaram por viver à margem do convívio social. Esse fato dificulta a realização de pesquisas, incluindo ensaios clínicos e protocolos de tratamento para esses indivíduos e seus familiares.

Os *hikikomoris* são subdiagnosticados e subtratados fora do Japão, devido à relutância desses indivíduos em procurar ajuda e ao desconhecimento dos profissionais da área da saúde sobre esse tema. Esperamos, com este estudo de revisão, divulgar os conhecimentos existentes e favorecer a identificação desse grave problema em nosso meio e, com isso, minimizar seu impacto negativo.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

**Mariana S. Domingues-Castro** – Participou da idealização do estudo, realizou a revisão da literatura e a seleção dos artigos e escreveu a primeira versão do artigo.

**Albina R. Torres** – Participou da idealização do estudo e contribuiu para a redação do artigo.

## CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras não têm nenhum conflito de interesse a declarar.

## REFERÊNCIAS

1. Tajan N. Social withdrawal and psychiatry: a comprehensive review of Hikikomori. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2015;63(5):324-31.
2. Watts J. Public health experts concerned about “hikikomori”. *Lancet*. 2002;359(9312):1131.
3. Hattori Y. Social withdrawal in Japanese youth. *J Trauma Practice*. 2005;4:3-4,181-201.
4. Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, Tsuchiya M, Tachimori H, Takeshima T. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of “hikikomori” in a community population in Japan. *Psychiatry Res*. 2010 Mar 30;176(1):69-74.
5. Wong V. Youth locked in time and space? Defining features of social withdrawal and practice implications. *J Soc Work Practice*. 2009;23(3):337-52.
6. Sakamoto N, Martin RG, Kumano H, Kuboki T, Al-Adawi S. Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette from Oman. *Int J Psychiatry Med*. 2005;35(2):191-8.
7. Lee YS, Lee JY, Choi TY, Choi JT. Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2013;67(4):193-202.
8. Wong PW, Lin LL, Li TM, Kato TA, Teo AR. Does hikikomori (severe social withdrawal) exist among young people in urban areas of China? *Asian J Psychiatr*. 2017;30:175-6.
9. Teo AR, Feters MD, Stufflebam K, Tateno M, Balhara Y, Choi TY, et al. Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: psychosocial features and treatment preferences in four countries. *Int J Soc Psychiatry*. 2015;61(1):64-72.
10. García-Campayo J, Alda M, Sobradell N, Sanz Abós B. [A case report of hikikomori in Spain]. *Med Clin (Barc)*. 2007;129(8):318-9.
11. Malagón A, Alvaro P, Córcoles D, Martín-López LM, Bulbena A. “Hikikomori”: a new diagnosis or a syndrome associated with a psychiatric diagnosis? *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(5):558-9.
12. Malagón-Amor A, Córcoles-Martínez D, Martín-López LM, Pérez-Solá V. Hikikomori in Spain: a descriptive study. *Int J Soc Psychiatry*. 2015;61(5):475-83.
13. Ovejero S, Caro-Cañizares I, León-Martínez V, Baca-García E. Prolonged social withdrawal disorder: a hikikomori case in Spain. *Int J Soc Psychiatry*. 2014;60(6):562-5.
14. Stip E, Thibault A, Beauchamp-Chatel A, Kisely S. Internet addiction, Hikikomori syndrome, and the prodromal phases of psychosis. *Front Psychiatry*. 2016;7(6):1-8.
15. Chauliac N, Couillet A, Faivre S, Brochard N, Terra JL. Characteristics of socially withdrawn youth in France: a retrospective study. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63(4):339-44.
16. Ranieri F. When social withdrawal in adolescence becomes extreme: the “hikikomori” phenomenon in Italy. *Psychiatr Psychol Klin*. 2015;15(3):148-51.
17. Macedo P, Pimenta V, Alves M, San Roman Uria A, Salgado H. Hikikomori goes global: a Portuguese case. 25th European Congress of Psychiatry/European Psychiatry; 2017. S465-S520.
18. Gondim FAA, Aragão AP, Holanda Filha JG, Messias ELM. Hikikomori in Brazil: 29 years of Voluntary social Withdrawal. *Asian J Psychiatr*. 2017;30:163-4.
19. Saito T. *Shakaiteki Hikikomori [Social Withdrawal]*. Tokyo: PHP Kenkyuujo; 1998.
20. Krieg A, Dickie JR. Attachment and hikikomori: a psychosocial developmental model. *Int J Soc Psychiatry*. 2011;59(1):61-72.
21. Teo AR. A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(2):178-85.
22. Li TMH, Wong PWC. Youth social withdrawal behavior (hikikomori): a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49(7):595-609.
23. Suwa M, Suzuki K. The phenomenon of “hikikomori” (social withdrawal) and the socio-cultural situation in Japan today. *J Psychopathology*. 2013;19:191-8.
24. Kim Y, Horiguchi I, Mori M. A preliminary study about prevalence of “hikikomori” in young adults. In: Ito J. A study on intervention in community mental health activity. Ichikawa: National Institute of Mental Health; 2002.



25. Kondo N, Sakai M, Kuroda Y, Kiyota Y, Kitabata Y, Kurosawa M. General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(1):79-86.
26. Ministry of Health, Labour and Welfare. Guidelines for assessment and support of hikikomori. Tokyo, Japan: Ministry of Health, Labour and Welfare; 2010.
27. Kato TA, Tateno M, Shinfuku N, Fujisawa D, Teo AR, Sartorius N, et al. Does the "hikikomori" syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(7):1061-75.
28. Funakoshi A, Miyamoto Y. Significant factors in family difficulties for fathers and mothers who use support services for children with hikikomori. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015;69(4):210-9.
29. Rubinstein E. Emplotting Hikikomori: Japanese Parents' Narratives of Social Withdrawal. *Cult Med Psychiatry*. 2016;40(4):641-63.
30. Tajan N. Traumatic dimensions of hikikomori: a Foucauldian note. *Asian J Psychiatr*. 2017;27:121-2.
31. De Luca M. Hikikomori: Cultural idiom or present-day expression of the distress engendered by the transition from adolescence to adulthood. *L'Évolution Psychiatrique*. 2017;82:1-15.
32. Yong RKF, Kaneko Y. 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 J Prevent Med*. 2016;6:1-20.
33. Furlong A. The Japanese hikikomori phenomenon: acute social withdrawal among young people. *Sociological Review*. 2008;56(2):309-25.
34. Umeda M, Kawakami, N. Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal ('hikikomori') in the community population in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;66(2):121-9.
35. Bowlby J. Attachment and loss: attachment. New York: Basic Books; 1982 (1969).
36. Cerniglia L, Zoratto F, Cimino S, Laviola G, Ammaniti M, Adriani W. Internet Addiction in adolescence: Neurobiological, psychosocial and clinical issues. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;76(Pt A):174-84.
37. Teo AR, Gaw AC. Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? A proposal for DSM-5. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(6):444-9.
38. Iwata Y, Suzuki K, Takei N, Touloupoulou T, Tsuchiya KJ, Matsumoto K, et al. Jiko-shisen-kyofu (fear of one's own glance), but not taijin-kyofusho (fear of interpersonal relations), is an east Asian culture-related specific syndrome. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45(2):148-52.
39. Nakagami Y, Li T, Russ TC, Marques JG, Riese F, Sönmez E, et al. Taijin kyofusho: a culture-bound diagnosis discussed by Japanese and international early career psychiatrists. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2017;71(2):146.
40. Nagata T, Yamada H, Teo AR, Yoshimura C, Nakajima T, van Vliet I. Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: clinical characteristics and treatment response in a case series. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(1):73-8.
41. Yong CS. Social withdrawal and isolation in Australian youth: a local variant of hikikomori? *Aust N Z J Psychiatry*. 2017;51(S1):56-7.
42. Furukawa H, Oyama A, Funayama E, Hayashi T, Yamamoto Y. Skin necrosis around bilateral buttock of hikikomori teenager. *Int J Cult Ment Health*. 2014;7(1):43-5.
43. Moriuchi R, Ito T, Kikuchi K, Oshima Y, Shikano T, Takada H, et al. Elephantiasis nostras verrucosa occurring in voluntary shut-in ("hikikomori"). *Eur J Dermatol*. 2015;25(1):76-7.
44. Miyakoshi T, Satoh M, Nomura F, Hashimoto T, Aizawa T. A case of hypocalcaemia due to vitamin D deficiency in 'Hikikomori' syndrome. *Eur J Case Rep Intern Med*. 2017;4(7).
45. Tanabe N, Hiraoka E, Kataoka J, Naito T, Matsumoto K, Arai J, et al. Wet Beriberi Associated with Hikikomori Syndrome. *J Gen Intern Med*. 2018;33(3):384-7.
46. Cacioppo JT, Cacioppo S, Capitano JP, Cole SW. The neuroendocrinology of social isolation. *Annu Rev Psychol*. 2015;66:733-67.