

III° EDIZIONE

INCONTRI DI PSICHIATRIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

13/15 OTTOBRE 2025
FIRENZE



Dr.ssa Claudia Iannice - Dr. Marco Caverzan

“Fenomeno dell'Hikikomori: riconoscere il disturbo per orientare
l'intervento. Un case report.”

Sofia - 12 anni

Anamnesi familiare

- Madre affetta da depressione (episodio depressivo post-partum), attacchi di panico, dist. d'ansia e insonnia (in terapia con escitalopram e tavor);
- Padre affetto da depressione;
- Sorella maggiore in abs
- Nonna e bisnonna materna con storia di depressione

Anamnesi fisiologica

- Gravidanza normodecorsa, nata a 41 SG. Perinatalità nella norma.
- Sviluppo psicomotorio secondo le tappe e crescita staturo-ponderale nella norma.

Anamnesi remota

- 2020 (7aa)→ ciclo di logopedia per deglutizione atipica (problematica ortodontica-portatrice di apparecchio)
- Pubertà precoce (menarca a 9 anni)



Anamnesi psico-patologica

In famiglia → rapporto simbiotico con la madre, rapporto ostile/distaccato con il padre

A scuola

Inserimento al nido senza problematiche di separazione

Passaggio a scuola dell'infanzia e scuola primaria decorsi regolarmente

Alle scuole elementari descritto buon profitto e investimento

Buona integrazione sociale nella classe

2020 (7aa) → dopo lockdown emergono difficoltà di relazione con i pari e tendenza ad isolarsi. Progressiva maturazione di sentimenti di inadeguatezza, ansia da separazione, tratti di ansia sociale e generalizzata con difficoltà di concentrazione

2022 (9aa) → per aggravamento di difficoltà relazionali (selettività relazionali e scarsa integrazione) ciclo di TNPEE di 3 mesi



Marzo 2023 (10aa) - prima valutazione NPI - UOC AOPD

- Rifiuto scolastico con correlati sintomi somatici (vertigini, nausea ed addominalgia)
- Buon funzionamento scolastico e sociale fino al 2020
- Negati eventi traumatici
- Conclusioni → “sintomatologia compatibile con **ansia sociale e scolastica** meritevole di prosecuzione di presa in carico psicoterapica.”



Psicoterapia (psicodinamica) a frequenza settimanale e supporto alla genitorialità

Dicembre 2024 - controllo

- Frequenti assenze scolastiche fino a ritiro in prima media
- Sintomatologia ingravescente:
 - ansia prestazionale
 - deflessione umorale con pensieri autosvalutanti e IAC passiva
 - irritabilità con eteroaggressività verbale
 - trascorre giornate in casa
 - riduzione rete amicale, mantiene singolo rapporto
 - difficoltà di addormentamento e risvegli notturni

Disturbo dell'umore?



Gennaio 2025 - controllo

- All'osservazione NPI → ridotto aggancio visivo; mimica fatua, risate incongrue; Pensiero caratterizzato da parziale allentamento dei nessi associativi e stile tangenziale; ridotto insight
- Episodi di disregolazione emotivo-comportamentale
- Descritta come "apatica" e "distaccata".
- Emerge scarsa capacità di mentalizzazione e comprensione delle relazioni. Ipersensorialità ai rumori.
- Interrotta psicoterapia



“verosimile disturbo depressivo dell'umore e disturbo d'ansia scolastica in paziente con sospetto **disturbo del neurosviluppo (ASD?)**, comportamento e pensiero peculiari, difficoltà sociorelazionali, alterazione pattern ipnico.”



Indicazioni

- Avviata terapia con Quetiapina 50 mg/die
- Percorso educativo domiciliare bisettimanale
- Presa in carico servizio territoriale NPI
- Riavvio percorso psicoterapico

Esordio psicotico?



Marzo 2025 - Valutazione Neuropsicologica

WISC-IV → QI=96; ICV= 108; IRP=102; IML=88; IVE=82 .

ADHD-Sluggish?

NEPSY II →

Denominazione verbale (PC=5; rapidità: PS=4; correttezza:11-25%ile) fragilità nella capacità di accesso lessicale veloce.

Fluenza verbale: prova semantica (PG=23, PS=5) e alla prova fonologica (PG=8, PS=5) al di sotto del livello atteso per l'età.

Comprensione di istruzioni (PG=27, PS=8) livello atteso per l'età

Elaborazione fonologica in norma (PG=48, PS=9).

Ripetizione di non parole (PG=45,PS=11) livello atteso per l'età

Sequenze oromotorie (PG=59, PS=9) livello atteso per l'età.

Teoria della Mente (Punteggio totale: PG= 22/25, PS= 10) nella norma



“Per quanto riguarda gli aspetti socio-relazionali, i punteggi ottenuti nelle prove di percezione sociale collocano il profilo di Sofia all'interno del range di norma.

In merito agli aspetti emotivo-comportamentali, emergono livelli di ansia e umore triste molto elevati. Appare rilevante evidenziare come dall'osservazione clinica emerga un eloquio poco fluido e disorganizzato, con difficoltà nel mantenimento della coerenza del discorso e con la presenza di interruzioni nella sequenza delle idee.”



Febbraio - Maggio 2025 (12 anni)

- Avviata educativa domiciliare e psicoterapia (da febbraio)
- Avviata didattica in DAD (da maggio)
- Quietapina 50 mg → aumento a 75 mg/die
- Stretto follow up NPI integrato tra ospedale e territorio



Peggioramento dei sintomi in particolare disorganizzazione del pensiero → **RICOVERO**

Accertamenti strumentali

- Esami ematici: esami di routine nella norma; rame, ceruloplasmina, VES, PCR, celiachia; tiroide nella norma;
- TAS, AntiDNAsi: negativi
- ECG: nella norma
- EEG in veglia: nella norma
- RM cerebrale: nella norma
- Accertamenti genetici → FRAXA negativo; CGH-array *in corso di refertazione*



Questionari

YSR → punteggi in fascia clinica in quasi tutte le sottoscale, in particolare in quelle relative a problemi internalizzanti, problemi legati ad ansia e tristezza e problemi affettivi.

CDI → Punteggio totale (70) in fascia clinica, con punteggi in fascia elevata in tutte le sottoscale

MASC → Punteggio totale (75) in fascia clinica. In particolare punteggi elevati in ansia sociale (76), ansia generalizzata (75), ansia prestazionale (75), umiliazione e rifiuto (72), ossessioni-compulsioni (74), tensione (66)

TAS → 62 pt, compatibile con presenza di alessitimia

Nei colloqui psicologici

- Umore deflesso, nega IAC, elevata quota di ansia sociale e generalizzata
- Ridotto insight rispetto e sentimenti ambivalenti rispetto la condizione clinica
- Da ottobre 2024 progressiva riduzione frequenza scolastica fino a completa sospensione fine 2024.
- In concomitanza, progressivo ritiro sociale rimanendo dapprima in casa, poi in camera e abuso di device

Hikikomori?



Che cos'è l'hikikomori?

Dal giapponese *hiku* (ritirarsi) e *komoru* (isolarsi), descrive una grave condizione di ritiro sociale prolungato nella propria casa/stanza associato ad una significativa compromissione funzionale.

Criteri Diagnostici - *Ministero della Salute, del Lavoro e del Welfare del Giappone, 2010*

1. Evitamento della partecipazione sociale: il soggetto evita attivamente la partecipazione sociale, compresa la frequenza scolastica, il lavoro (anche part-time) e le relazioni sociali al di fuori della famiglia. Questo evitamento riguarda anche le interazioni non obbligatorie, come frequentare amici o partecipare a eventi sociali.
2. Isolamento per un periodo di almeno 6 mesi: il soggetto rimane prevalentemente confinato in casa per almeno 6 mesi. Anche se la persona può uscire di casa (ad esempio per brevi passeggiate o acquisti), lo fa senza interagire con altre persone in modo significativo.
3. Assenza di disturbi mentali primari: l'hikikomori è distinto dai casi in cui il ritiro sociale è causato da sintomi positivi o negativi della schizofrenia o altri disturbi psicotici. Tuttavia, si riconosce che potrebbero esserci persone che non hanno ancora ricevuto una diagnosi ufficiale di schizofrenia o altri disturbi mentali.
4. Non attribuibile a cause esterne specifiche: il ritiro sociale non è dovuto a fattori esterni chiaramente identificabili come malattie fisiche croniche o circostanze familiari accettate.



Table 1. Revised diagnostic criteria for *hikikomori* (cited and modified from Kato *et al.*³³)

[Definition] *Hikikomori* is a form of pathological social withdrawal or social isolation whose essential feature is physical isolation in one's home. The person must meet the following criteria:

- 1 Marked social isolation in one's home.
- 2 Duration of continuous social isolation for at least 6 months.
- 3 Significant functional impairment or distress associated with the social isolation.

Individuals who *occasionally* leave their home (2–3 days/week), *rarely* leave their home (1 day/week or less), and *rarely* leave a single room may be characterized as mild, moderate, and severe, respectively. Individuals who leave their home *frequently* (4 or more days/week), by definition, do not meet criteria for *hikikomori*. The estimated continuous duration of social withdrawal should be noted (e.g., 8 months). Individuals with a duration of continuous social withdrawal of at least 3 (but not 6) months should be noted as *pre-hikikomori*. The age at onset is typically during adolescence or early adulthood. However, onset after the third decade is not rare, and homemakers and elderly who meet the above criteria can also be considered.

The following specifiers are not mandatory criteria; however, they may be useful for additional characterization of *hikikomori*:

- A** With lack of social participation. The individual occasionally (2–3 days/week) or rarely (1 day/week or less) participates in activities, such as attending school, going to a workplace, or going to medical appointments. This specifier would likely apply to *hikikomori* who are also not in education, employment, or training (i.e., 'NEET').
- B** With lack of in-person social interaction. The individual occasionally (2–3 days/week) or rarely (1 day/week or less) has meaningful in-person social interactions (conversations) with people outside home. In severe cases, the individual rarely has in-person social interaction even with cohabitating people, such as family members. This specifier would likely apply to individuals with *hikikomori* who have social interactions that primarily occur via digital communication technologies (e.g., social media, online gaming).
- C** Indirect communication. Due to the proliferation of the Internet in modern society, 'indirect' communication via web-based or other technologies is increasingly common. Thus, such indirect communication should be assessed in accordance with direct communication. Some cases have daily bidirectional indirect communication via online tools such as social networking services and/or online games.
- D** With loneliness. The individual endorses feeling lonely. The presence of loneliness tends to be more common as the length of *hikikomori* increases.
- E** With a co-occurring condition. *Hikikomori* may co-occur with numerous psychiatric disorders, such as avoidant personality disorder (e.g., isolation due to fears of criticism or rejection), social anxiety disorder (e.g., avoidance of social situations because of fear of embarrassment), major depressive disorder (e.g., avoidance of social situations as a reflection of neurovegetative symptoms), autism spectrum disorder (deficits in social interactions and communication), or schizophrenia (e.g., isolation due to positive and negative symptoms of psychosis).
- F** Age at onset. In many cases, the age at onset is adolescence and early adulthood; however, cases with onset after the third decade are not rare.
- G** Family pattern and dynamics. Socioeconomic status and parenting styles may influence the development of *hikikomori*. For instance, overprotective parenting and/or absence of paternal involvement are suggested to be linked to the occurrence of this phenomenon.
- H** Cultural background. Pathological social withdrawal was originally characterized and described in Japan and more recently has been identified in other countries, especially in East Asia and Europe. Sociocultural situation may influence this condition.
- I** Intervention. Even though no evidence-based interventions have been established, pharmacotherapy (if the individuals are comorbid with psychiatric disorders), a variety of psychotherapy, social work, and family approach have been provided. Precision (individualized) approach is recommended based on the above assessments.

2019 - Kato *et al.*



Epidemiologia

- Inizialmente considerato un fenomeno culturale specifico del Giappone, è stato riconosciuto a livello globale nell'ultimo decennio, a causa della sua diffusione, in particolare nelle società urbanizzate.
- Il fenomeno è molto diffuso in Giappone e sembra essere tre volte più frequente nei **maschi** che nelle femmine (*Kato, Kanba & Teo, 2019; Kondo et al., 2013*).
- In Giappone, la prevalenza nella popolazione è stimata all'1,2%, con la fascia d'età più colpita compresa tra i 15 e i 39 anni (*Gritti et al., 2016*).
- Il problema non è confinato al Giappone, anche in Italia, sono stati identificati circa 2,1 milioni di giovani tra i 15 e i 29 anni nella condizione NEET/hikikomori evidenziando la diffusione globale di questa problematica (*ISTAT 2021 - Orsolini et al., 2022*).



Intervista HiDE somministrata a Sofia:

HiDE-S

HiDE-S

【Queste domande riguardano il suo stile di vita. Si prega di indicare la risposta appropriata per ciascuna delle domande riportate di seguito.】

- Nell'ultimo mese, quanti giorni a settimana è uscito per breve tempo, ad esempio per portare fuori la spazzatura o recarsi al supermercato?
☐ Quattro o più giorni a settimana ☐ Due o tre giorni a settimana ☐ Un giorno a settimana o meno
☒ Nessuno
- Non considerando le volte in cui ha effettuato una breve uscita come chiesto sopra al punto 1, durante l'ultimo mese, quanti giorni alla settimana è uscito per un'ora o più, comprese le uscite per lavoro, scuola, shopping e così via?
☐ Quattro o più giorni a settimana ☐ Due o tre giorni a settimana ☒ Un giorno a settimana o meno
☐ Nessuno
- Se ha risposto "quattro o più giorni/settimana" al punto 2, spunti "Nessuno" qui. Se ha risposto qualcos'altro, da quanto tempo esce con quella frequenza?
☐ Nessuno ☒ Meno di tre mesi ☐ Almeno da 3 mesi ma meno di 6 mesi ☐ 6 mesi o più
 (Specificare: nessuno)
- Durante l'ultimo mese, quante volte ha avuto la sensazione di essere uscito?
☐ Molto spesso ☐ Spesso ☐ Abbastanza spesso ☐ Non spesso ☒ Molto raramente
- La frequenza con cui è uscito nell'ultimo mese le provoca disagio?
☐ No ☒ Sì
- La frequenza con cui è uscito nell'ultimo mese la fa sentire isolato o solo?
☐ No ☒ Sì
- La sua famiglia o le persone intorno a lei sembrano preoccuparsi della frequenza con cui è uscito nell'ultimo mese?
☐ No ☒ Sì
- La sua famiglia o le persone intorno a lei hanno cercato aiuto a causa della frequenza con cui è uscito nell'ultimo mese?
☐ No ☒ Sì
- La frequenza con cui è uscito nell'ultimo mese ha compromesso il suo lavoro o la ricerca di un lavoro?
☒ No ☐ Sì
- La frequenza con cui è uscito nell'ultimo mese ha compromesso i rapporti con i membri della sua famiglia?
☐ No ☒ Sì
- La frequenza con cui è uscito nell'ultimo mese ha compromesso i rapporti con i suoi amici?
☒ No ☐ Sì
- Spunti l'opzione che meglio si adatta alla sua attuale situazione. Sono ammesse più risposte. Se nessuna è applicabile, selezioni "Nessuno".
☐ Sono uno studente. ☐ Lavoro. ☐ Mi sto prendendo una lunga vacanza. ☒ Sto prendendo un congedo da scuola o dal lavoro. ☐ Mi sto preparando per il college o per un impiego. ☐ Sono una casalinga. ☐ Sono un collaboratore domestico. ☐ Sono disoccupato. ☐ Sono in pensione (per il superamento del limite di età). ☐ Nessuno.

HiDE-I

【Diagnosi di Hikikomori】

I Il soggetto è ritirato fisicamente (Fare riferimento alla frequenza delle attività fuori casa in 2a)
 Durante l'ultimo mese, il soggetto ha trascorso 3 giorni o meno alla settimana impegnato in un'attività fuori casa per almeno un'ora.
☐ No ☒ Sì ☐ ??

II Presenza di compromissione funzionale e disagio dovuto al ritiro fisico del soggetto
 (Fare riferimento a 2h. Sentirsi angosciati, 2i. Preoccupazione/consulenza familiare, 2j. Compromissione funzionale)
Se la risposta a I è "Sì"
 Durante l'ultimo mese, a causa di I (il soggetto si è ritirato fisicamente), il ragazzo e la sua famiglia si sono sentiti angosciati e il funzionamento sociale e professionale (o accademico) del soggetto è risultato compromesso?
☐ No ☒ Sì ☐ ??

III Durata del ritiro fisico (Fare riferimento a 2e. Durata del ritiro fisico)
Se le risposte a I e II sono "Sì", scegliere la durata di I (isolamento fisico).
☐ Nessuno ☐ Meno di 3 mesi ☐ 3-6 mesi ☒ 6 o più mesi ☐ ??

☐ Non Hikikomori	I non soddisfatto
☐ Può assomigliare ad un caso di Hikikomori, ma non si tratta di Hikikomori patologico	I soddisfatto, ma II non soddisfatto
☐ II Il soggetto è a rischio di diventare un caso di Hikikomori patologico	I e II soddisfatti, ma III è meno di 3 mesi
☐ III Hikikomori pre-patologico	I e II soddisfatti, e III è tra 3 e 6 mesi
☒ Hikikomori patologico	I e II soddisfatti, e III è 6 mesi o più
☐ ??	Se I, II o III è ??

Psychiatry Clin Neurosci. 2025 Aug;79(8):496-497. doi: 10.1111/pcn.13837. Epub 2025 May 13.

Hikikomori Diagnostic Evaluation-Screening Form (HiDE-S): A validation study

Salvatore Reina ^{1, 2}, Taisei Kubo ¹, Laura Orsolini ², Toshio Matsushima ¹, Sota Kyuragi ¹, Keitaro Matsuo ¹, Tomohiro Nakao ¹, Umberto Volpe ², Takahiro A Kato ³

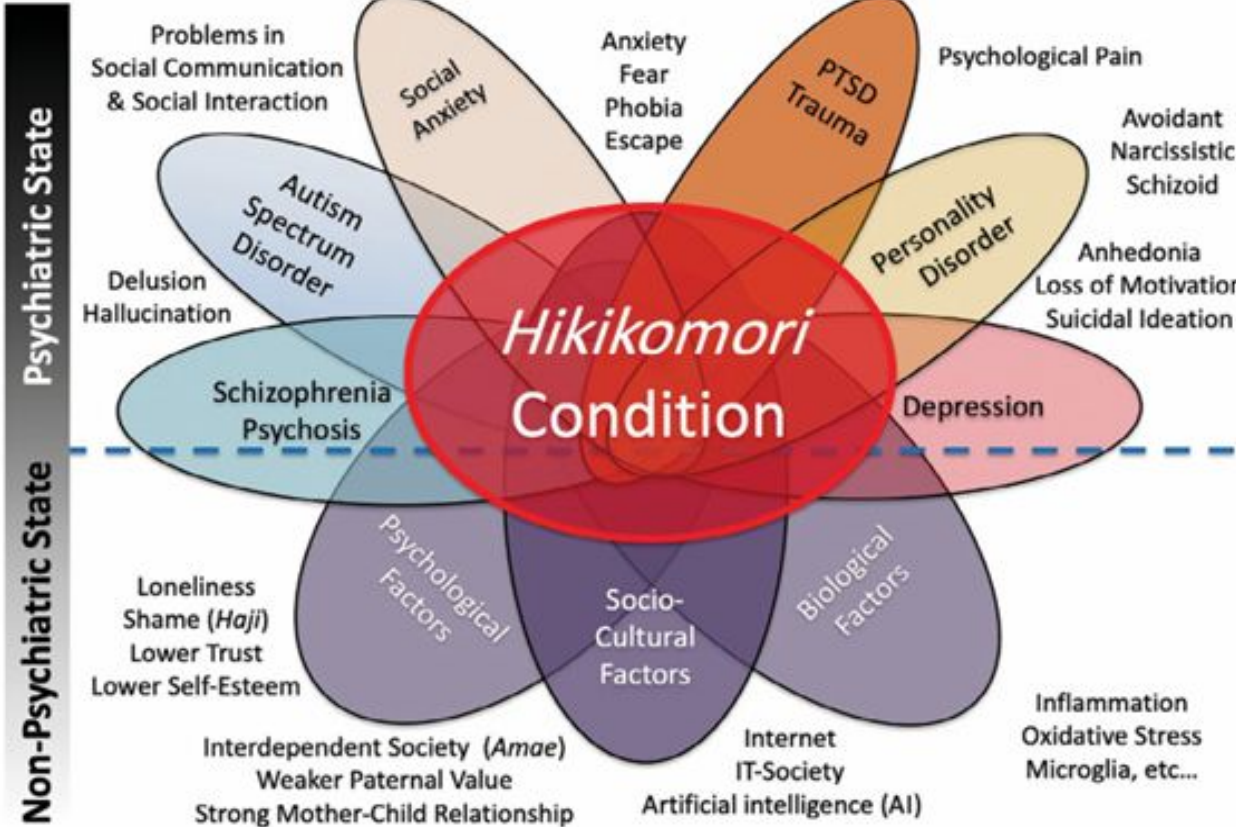
LETTER • World Psychiatry. 2023 Sep 15;22(3):478-479. doi: 10.1002/wps.21123

The Hikikomori Diagnostic Evaluation (HiDE): a proposal for a structured assessment of pathological social withdrawal

Alan R Teo ^{1,2}, Kazumasa Horie ³, Keita Kurahara ³, Takahiro A Kato ³



Location of *Hikikomori* in Psychiatry (Bio-Psycho-Socio-Cultural Model)



- Fenomeno complesso, primario o secondario (non sempre riconoscibile)

- Può essere usato come forma adattiva ad un disagio sottostante

- Se protratto nel tempo può evolvere in una condizione patologica

(Kato et al, 2019)



➤ Clin Neuropsychiatry. 2023 Feb;20(1):29-38. doi: 10.36131/cnfioritieditore20230104.

Symptoms of Prolonged Social Withdrawal, Problematic Internet Use, and Psychotic-Like Experiences in Emerging Adulthood: A Moderation Model

Simone Amendola ¹, Rita Cerutti ², Fabio Presaghi ³

I soggetti a rischio di ritiro sociale prolungato sono più inclini a manifestare esperienze simil-psicotiche rispetto ai soggetti non a rischio di ritiro sociale prolungato

Table 3. Significant differences in psychotic-like experiences according to risk for prolonged social withdrawal (PSW)

	At risk (n= 48) n (%)	Not at risk (n= 190) n (%)	$\chi^2(1)$	Cramer's V
1. Surroundings seem strange	13 (27.1)	25 (13.2)	5.538*	0.15
6. Difficulty getting to the point	24 (50)	53 (27.9)	8.556**	0.19
12. Worry that something is wrong with your mind	34 (70.8)	66 (34.7)	20.494***	0.29
15. Beliefs that are unusual or bizarre	28 (58.3)	68 (35.8)	8.092**	0.18
16. Feels that your body has changed	15 (31.3)	31 (16.3)	5.481*	0.15
21. Hard to understand what you are saying	23 (47.9)	45 (23.7)	11.026**	0.22

Note. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.



Trattamento multimodale:

- Supporto ed educazione familiare
- Supporto individuale
- Psicoterapia psicodinamica / cognitivo comportamentale
- Social-skill training
- Psicofarmacologia specifica per i diversi aspetti psichiatrici del quadro

Hikikomori : Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives

Takahiro A Kato ¹, Shigenobu Kanba ¹, Alan R Teo ^{2 3 4}

Affiliations + expand

PMID: 31148350 DOI: [10.1111/pcn.12895](https://doi.org/10.1111/pcn.12895)

> *Braz J Psychiatry*. 2020 Aug;42(4):455-456. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0804. Epub 2020 May 11.

Multimodal treatment for a Brazilian case of hikikomori

Thiago H Roza ¹, Daniel T Spritzer ², Lucas M Lovato ³, Ives C Passos ¹

Ma anche:

- Animal-therapy
- Online - therapy

Therapeutic comparison in psychological capital

 Gloria Hongyee Chan*

Department of Social and Behavioral Sciences, City University of Hong Kong, Kowloon Tong, Hong Kong SAR, China

General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres

Naoji Kondo ¹, Motohiro Sakai, Yasukazu Kuroda, Yoshikazu Kiyota, Yuji Kitabata, Mie Kurosawa

Affiliations + expand

PMID: 22094722 DOI: [10.1177/0020764011423611](https://doi.org/10.1177/0020764011423611)

Virtual reality as a novel therapeutic approach to Hikikomori

Andrea Aguglia^{1,2} , Filippo Masini¹, Clio Franziska De Michiel¹, Andrea Amerio^{1,2}, Laura Orsolini³ , Umberto Volpe³ and Gianluca Serafini^{1,2}

International Journal of
Social Psychiatry
2024, Vol. 70(8) 1554-1556
© The Author(s) 2024
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: [10.1177/00207640241270748](https://doi.org/10.1177/00207640241270748)
journals.sagepub.com/home/isp

 Sage



Nel caso di Sofia...

In ricovero

- Aumentata posologia di Quetiapiana fino a 125 mg/die
- Graduale ripresa di attività sociali: attività educativa 1:1 e successivamente in piccolo gruppo; partecipazione a scuola ospedaliera
- Colloqui psicologici

Alla dimissione

- Dopo stabilizzazione acuzia psichiatrica, avvio terapia con fluoxetina
- Gestione multidisciplinare integrata fra territorio - scuola (ripresa graduale in DAD)
- Proseguita psicoterapia psicodinamica
- Proseguita attività educativa individualizzata
- Supporto alla genitorialità

MA:

1. Cosa si sarebbe potuto fare prima?
2. Cosa si sarebbe potuto fare in più?
3. Sarebbe stato possibile un inquadramento diagnostico precoce?



Riflessioni

Sul piano terapeutico:

- Uscire dallo stereotipo di fenomeno culturale giapponese
- Integrare interventi telematici e strumenti tecnologici nel processo di cura
- Importanza intervento multimodale e precoce
- Definire linee guida terapeutiche

Sul piano di ricerca:

- Come si inserisce il fenomeno in una società e generazione guidate dal digitale
- Caratterizzare fenotipo europeo/italiano



HIKIKOMORI ITALIA

Associazione Nazionale Ritiro Sociale Volontario



Bibliografia

1. Kato TA, Kanba S, Teo AR. Hikikomori: Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2019; 73: 427–440
2. Orsolini L, Bellagamba S, Volpe U, Kato TA. Hikikomori and modern-type depression in Italy: A new phenotypical trans-cultural characterization? *International Journal of Social Psychiatry.* 2022;68(5):1010-1017. doi:10.1177/00207640221099408
3. https://www.hikikomori-lab.com/en_tools
4. Roza TH, Spritzer DT, Lovato LM, Passos IC. Multimodal treatment for a Brazilian case of hikikomori. *Braz J Psychiatry.* 2020 Aug;42(4):455-456. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0804. Epub 2020 May 11. PMID: 32401871; PMCID: PMC7430380.
5. Chan Gloria Hongyee; Therapeutic comparison in psychological capital; *Frontiers in Psychiatry*; Volume 14 - 2023; doi: 10.3389/fpsy.2023.1114170; ISSN=1664-0640
6. Prolonged social withdrawal in Japan: psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *Int J Soc Psychiatry.* 2013 Feb;59(1):79-86. doi: 10.1177/0020764011423611. Epub 2011 Nov 16. PMID: 22094722.
7. Aguglia A, Masini F, Franziska De Michiel C, Amerio A, Orsolini L, Volpe U, Serafini G. Virtual reality as a novel therapeutic approach to Hikikomori. *Int J Soc Psychiatry.* 2024 Dec;70(8):1554-1556. doi: 10.1177/00207640241270748. Epub 2024 Aug 8. PMID: 39118315.

