THOMAS MORE

BACHELORPOEF
INHOUDELIJK VERSLAG - ONDERZOEKSPROJECT

Hikikomori

De Groote Renée (r0983517)
Demir Inan (r0990664)
Eyckerman Lieselotte (r0943091)
Op de Beeck Noor (r1058459)

Promotor: Vanneste Cédric
Partner: Job & Co vzw

2025 - 2026

1. Inleiding

(Dit onderdeel wordt gelezen door de externe partner)

Steeds meer jongeren en jongvolwassenen in Vlaanderen trekken zich langdurig terug uit school, de arbeidsmarkt en sociale contacten. Het begrip hikikomori, afkomstig uit Japan, verwijst naar deze jongeren die zich bewust voor een langere tijd isoleren uit de samenleving. Vaak leven ze maanden of zelfs jaren op hun kamer, hebben ze nauwelijks face-to-face contact en zijn ze vooral actief op online platformen. De term is afgeleid van het Japanse hikikomoru, een combinatie van hiku "zich terugtrekken" en komoru "zich opsluiten" (Kato et al., 2019). Het fenomeen werd in de jaren '90 in Japan erkend onder de term 'sociale terugtrekking' of hikikomori door Tamaki Saito, een Japanse psychiater (Kato et al., 2019). Saito definieerde hikikomori in die tijd als een persoon die al meer dan 6 maanden niet meer naar school gaat of werkt en het grootste deel van deze tijd thuis is gebleven.

In de DSM-5-TR wordt hikikomori niet omschreven als een afzonderlijke psychische stoornis. Wel wordt het opgenomen in Sectie III als een cultureel concept van psychisch lijden (Association, 2022). Hierbij staat het onderwerp ter discussie of het een op zichzelf staande stoornis is of eerder een uiting is van een onderliggende psychopathologie, zoals een depressieve stoornis, angststoornis, autismespectrumstoornis of een persoonlijkheids-problematiek. Er wordt vergeleken hoe kenmerken zoals isolatie, terugtrekking en vermijding voorkomen in verschillende stoornissen uit de DSM-5-TR en de ICD-11 (Amendola, 2025). Onderzoek toont aan dat er wel overlap bestaat met andere stoornissen zoals sociale angst en autisme, maar dat hikikomori niet volledig verklaard kan worden door deze bestaande diagnoses (Hamasaki et al., 2020).

Naast psychopathologische factoren spelen er volgens Kato et al. (2018) ook psychosociale factoren een rol bij het ontstaan en in stand houden van hikikomori. Schaamte, afhankelijkheid binnen het gezin en een afwezige vaderrol worden hier gezien als risicofactoren. Ook digitale technologie en online platformen vormen een risicofactor volgens Park et al. (2024). Door constante beschikbaarheid van virtuele interactie ontstaat een "digitale cocon" die fysieke contacten vermindert en hikikomori-gedrag in stand houdt. Volgens ander onderzoek zijn er ook socioculturele factoren die samenhangen met het ontstaan ervan, zoals een hoge sociale prestatiedruk, stijgende individualisering, economische onzekerheid en veranderende familie- en onderwijsstructuren (Matsushita et al., 2023).

Daarnaast suggereert onderzoek dat hikikomori het best gezien kan worden als een continuüm of spectrum. Een spectrum waarbij jongeren niet in één vaste categorie vallen, maar kunnen variëren van milde vormen van sociale terugtrekking tot ernstige en

langdurige afzondering (Hamasaki et al., 2020). Volgens Kato et al. (2019) moet hikikomori begrepen worden vanuit een multifactorieel theoretisch kader. Een kader waarbij biologische kwetsbaarheden, psychologische factoren en socioculturele omstandigheden elkaar beïnvloeden en gezamenlijk bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van deze problematiek.

Om hikikomori beter te kunnen herkennen en begrijpen, werden er meetinstrumenten ontwikkeld. Teo et al. (2018) beschreven de ontwikkeling en validatie van de 25-item hikikomori Questionnaire (HQ-25), een zelfrapportageschaal om sociale terugtrekking te meten. In hun conclusie benadrukken ze dat deze schaal een belangrijk nieuw instrument is om personen met een risico op hikikomori te bestuderen en beter te begrijpen. Daarnaast ontwikkelden Uchida et al. (2015) de NEET-Hikikomori Risk Scale, die drie risicofactoren identificeert: voorkeur voor een vrijere levensstijl, gebrek aan zelfcompetentie en onduidelijke toekomstambities. Ze onderzochten hikikomori en NEET (Not in Education, Employment, or Training) als een psychologisch continuüm van maatschappelijk uitsluiting.

Onderzoek toont aan dat hikikomori ook buiten Japan voorkomt. Zo onderzochten Muris et al. (2025) hikikomori symptomen bij Nederlandse jongeren en jongvolwassenen aan de hand van de HQ-25 en hun verband met psychologische factoren. Hogere scores gingen samen met meer angst, depressieve gevoelens, eenzaamheid en problematisch internetgebruik. Jongeren met (een vermoeden van) autisme vertoonden significant meer kenmerken.

Ook andere internationale onderzoeken tonen een toename van het aantal gevallen. Er wordt gesproken over een globaal probleem. Zo werd er in Zuid-Korea, buurland van Japan, een schatting gemaakt op basis van een analyse naar adolescenten met sociale terugtrekking en deze schatting bedroeg zo'n 33 000 inwoners of 0,3% van de bevolking (Gent, 2022). In Hongkong werd dan weer een cijfer vastgesteld van 1,9% van de bevolking die kenmerken van hikikomori vertoonden (Wong et al., 2014). Spaans psychiater Angeles Malagon-Amor zag in de periode tussen 2008-2014 eveneens 190 personen met kenmerken van hikikomori tijdens een thuisbehandelingsprogramma in Barcelona, Spanje. Dit zou volgens haar zelfs nog een onderschatting zijn aangezien er in die tijd slechts twee psychiaters en twee verpleegkundigen waren voor een bevolking van meer dan een miljoen (Gent, 2022). Verder zijn er ook mensen met duidelijke kenmerken van hikikomori vastgesteld in landen als Frankrijk, Italië en Brazilië (Kato et al., 2019).

Probleemstelling

Job & Co vzw, een Gentse organisatie die mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt ondersteunt, merkt de afgelopen jaren een groeiende groep jongeren en jongvolwassenen op die zich langdurig terugtrekken uit onderwijs, werk en sociale contacten. Ook in Vlaanderen lijkt deze groep aanzienlijk, maar veel jongeren blijven onder de radar en zijn moeilijk bereikbaar via de bestaande hulpverlening. Binnen Job & Co vzw werd Sofie De Paepe aangesteld om specifiek rond hikikomori te werken. Ze maakt gebruik van een online platform, namelijk discord, om mensen met hikikomori te bereiken en een eerste vorm van contact op te bouwen. Van daaruit begeleidt ze hen richting verdere professionele hulp, zoals een psycholoog. Tijdens haar werk en eigen onderzoek merkte zij dat er enerzijds verschillende initiatieven en artikels bestaan binnen Europa, maar dat deze vaak versnipperd zijn en niet altijd wetenschappelijk onderbouwd. Anderzijds blijkt het concept hikikomori complex en moeilijk af te bakenen, waardoor het in België en Europa nog weinig onderzocht is. Dit gebrek aan overzicht belemmert het ontwikkelen van effectieve ondersteuning en hulpmiddelen.

Om deze redenen heeft Job & Co vzw de vraag gesteld om een systematische literatuurstudie uit te voeren die bestaande kennis en hulpverleningspraktijken rond hikikomori binnen Europa samenbrengt. Het doel is om een duidelijk beeld te krijgen van hoe andere landen dit fenomeen benaderen: Welke vormen van hulpverlening bestaan er? Hoe worden deze toegepast in de praktijk? En in welke mate zijn deze vertaalbaar naar de Vlaamse context? Daarnaast vraagt Job & Co vzw om in het onderzoek ook aandacht te besteden aan de link tussen autismespectrumstoornissen (ASS) en hikikomori. ASS is een problematiek die vaak voorkomt bij hikikomori, daarom vraagt Job & Co vzw te kijken of er eventuele verbanden zijn tussen ASS en het in stand houden van hikikomori. De organisatie vraagt ook om oog te hebben voor de specifieke rol die alleenstaande moeders kunnen spelen binnen dit thema. Sofie merkt namelijk dat veel mensen met hikikomori opgroeien in een eenoudergezin. Door het samenbrengen van deze inzichten hoopt Job & Co vzw een duidelijk overzicht te krijgen van bestaande kennis en literatuur rond hikikomori. Op die manier kunnen ze nieuwe handvatten vinden die ze kunnen inzetten binnen hun eigen werking, waaronder hun recent opgestarte hikikomori-project.

Om op alle verschillende vragen van Job & Co vzw een antwoord te kunnen bieden, zijn er een aantal onderzoeksvragen en deelvragen opgesteld. Voor deze bachelorproef zal er vertrokken worden vanuit de vraag ***"Hoe kunnen jongeren en jongvolwassenen met kenmerken van hikikomori in Vlaanderen vroegtijdig worden gedetecteerd en begeleid binnen de hulpverlening?".*** Omdat het fenomeen hikikomori in Vlaanderen nog relatief onbekend en weinig onderzocht is, is het essentieel om eerst te verduidelijken

wat hikikomori precies inhoudt. Daarom zal er als eerste onderzocht worden wat de typische kenmerken zijn van een 'hikikomori' en welke gedrags- en denkpatronen vaak gemeenschappelijk of terugkerend zijn bij deze doelgroep. Op basis van deze kenmerken, patronen en de bestaande literatuur kan nagegaan worden hoe de detectie van hikikomori elders wordt aangepakt en in welke mate deze methodieken toepasbaar zijn binnen onze (Vlaamse) context. Vroegtijdige detectie is belangrijk en nuttig omdat Job & Co vzw en andere organisaties de mogelijkheid biedt om sneller en gerichter te handelen, wat voorkomt dat situaties uitmonden in chronische problematieken, hogere kosten en complexere zorgtrajecten.

Daarnaast richt het onderzoek zich op de mogelijke samenhang tussen hikikomori en autismespectrumstoornis (ASS). ASS is een ontwikkelingsstoornis waarbij de informatieverwerking in de hersenen anders verloopt dan bij mensen zonder ASS. De verstoorde informatieverwerking zorgt voor problemen op onder andere de volgende domeinen: sociale interactie, communicatie, flexibiliteit in denken, bewegen en handelen, zintuiglijke prikkelverwerking en het filteren en integreren van informatie (NVA, Nederlandse Vereniging voor Autisme, 2024). In de literatuur wordt regelmatig een link gelegd tussen beide, waardoor het relevant is om na te gaan in welke mate jongeren en jongvolwassenen met ASS kwetsbaarder zijn voor het ontwikkelen van hikikomori-gedrag. Verder wordt onderzocht welke rol ASS precies speelt in het ontstaan of voortbestaan van hikikomori volgens bestaande studies.

Naast individuele factoren wordt ook stilgestaan bij de ruimere context. Zo wordt nagegaan welke factoren bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van hikikomori bij jongeren en jongvolwassenen, zowel op psychologisch als sociaal vlak. Ook de gezinssituatie speelt hierin mogelijk een belangrijke rol. Daarom zal er onderzocht worden welke factoren binnen het gezin kunnen bijdragen aan de ontwikkeling of bestendiging van hikikomori-gedrag.

Tot slot wordt aandacht besteed aan de interventies, hulpverlening en hulpmiddelen. Omdat Job & Co vzw en andere Vlaamse organisaties nood hebben aan concrete handvatten, wordt nagegaan welke psychologische interventies, die binnen en buiten Europa worden toegepast bij hikikomori-jongeren, de reïntegratie lijken te bevorderen. Dit biedt inzichten in goede en bestaande praktijken en helpt bepalen welke benaderingen potentieel bruikbaar zijn in Vlaanderen en dus ook voor Job & Co vzw. Een systematisch overzicht hebben van mogelijke interventies zal ervoor zorgen dat organisaties gerichtere hulpmiddelen kunnen bieden aan de jongeren en jongvolwassenen die daar nood aan hebben.

Aan de hand van de verschillende thema's die hierboven aan bod zijn gekomen, zal er een systematische literatuurstudie worden uitgevoerd. Deze zal starten vanuit de onderzoeksvraag: ***"Hoe kunnen jongeren en jongvolwassenen met kenmerken van hikikomori in Vlaanderen vroegtijdig worden gedetecteerd en begeleid binnen de hulpverlening?***". en vanuit verschillende deelvragen. Deelvragen over bijvoorbeeld onderwerpen zoals kenmerken van hikikomori, ASS, gezinssituatie, interventies, ... Van deze systematische literatuurstudie zullen de resultaten gebundeld en geordend worden om vervolgens gebruikt te worden als fundament voor het uitwerken van een eindproduct. Hierin zullen de belangrijkste conclusies op een duidelijke en praktijkgerichte manier worden vertaald.

2. Methode

Om bovenstaande onderzoeksvraag in kaart te brengen, werd er een systematische literatuurstudie uitgevoerd. Voor het verzamelen van relevante literatuur werd gebruikgemaakt van het zoekplatform Limo K (KU Leuven). Daarnaast werd er een map met verschillende artikels verkregen door de externe promotor waaruit er één artikel werd toegevoegd aan de bronnenlijst.

Om een zo breed mogelijke zoekopdracht te bekomen, werden de zoektermen in het Engels ingevoerd. De zoekcriteria werd opgebouwd met behulp van Booleaanse operatoren zoals AND en OR, waarbij verschillende termen met elkaar werden gecombineerd. De centrale zoekterm "hikikomori" werd gecombineerd met termen die betrekking hebben op detectie ("detection", "recognition", "signalisation"), interventies ("intervention", "methods", "support programs") en kenmerken of risicofactoren ("risk factors", "characteristics", "features").

Vooraf werden onderstaande inclusie- en exclusiecriteria opgesteld (zie tabel 1). Enkel peer-reviewed wetenschappelijke artikels die gepubliceerd werden in het Engels en verschenen zijn in de periode 2020 tot en met 2026 werden opgenomen. Er is gekozen voor de periode van 2020 tot en met 2026, omdat het fenomeen nog vrij recent is beschreven. Daarbij werd er bewust opgelet dat alleen betrouwbare en relevante bronnen in het onderzoek werden meegenomen. Daarnaast moesten de artikels expliciet betrekking hebben op hikikomori en minstens één van de volgende aspecten bevatten: detectie, interventie of risicofactoren.

Tabel 1. Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
• Peer-reviewed • Artikels gepubliceerd in het Engels • Periode 2020 tot 2026 • Termen: hikikomori, detection, recognition, signalisation, intervention, methods, support programs, risk factors, characteristics, features	Periode voor 2020

Het onderzoeksproces verliep in verschillende fasen en wordt weergegeven in Figuur 1. De initiële zoekopdracht leverde 197 artikels op. Na het verwijderen van dubbele referenties bleven 192 artikels over. Vervolgens werden de titels en abstracts gescreend op relevantie. Hierdoor kwamen we uit op 24 artikels die in aanmerking kwamen voor verdere analyse. Aanvullend werd nog één extra artikel toegevoegd op basis van een vrije zoekopdracht omwille van de toegevoegde waarde. Daarna werden de volledige teksten van de in totaal 25 geselecteerde artikels gelezen en beoordeeld op geschiktheid, wat uiteindelijk leidde tot het gebruik van 22 artikels bij de verwerking van de resultaten.



Figuur 1. Flowchart van systematische literatuurstudie

3. Resultaten

In onderdeel worden de bevindingen uit de literatuurstudie weergegeven. Eerst worden de kenmerken van hikikomori besproken, met aandacht voor de definitie, typische gedragskenmerken en de impact op het dagelijks leven. Vervolgens worden de risico- en instandhoudende factoren toegelicht, waaronder de relatie met ASS, sociale en maatschappelijke invloeden, gezins- en contextuele factoren, comorbide factoren en de rol van het internet. Daarna wordt ingegaan op de detectie van hikikomori, met specifieke aandacht voor screening en de drempels en diagnostische uitdagingen binnen de hulpverlening. Tot slot worden de bestaande begeleidings- en interventie-mogelijkheden besproken, zowel binnen Europa als buiten Europa.

3.1 Kenmerken van hikikomori

3.1.1 Definitie

Hikikomori is een Japans begrip dat is samengesteld uit hiku ("zich terugtrekken") en komoru ("zich afzonderen") en verwijst naar een toestand van ernstige en langdurige sociale terugtrekking. Dit fenomeen wordt doorgaans gedefinieerd als een vorm van acute of pathologische sociale isolatie die minstens zes maanden aanhoudt, waarbij een persoon zich grotendeels afzondert in de eigen woning en niet deelneemt aan maatschappelijke activiteiten zoals school, werk of sociale interacties (Gündogmus et al., 2021; Katsuki et al., 2020). Daarnaast gaat deze toestand gepaard met significante beperkingen in het functioneren en/of psychisch lijden (Carpita et al., 2024; Dell'Osso et al., 2023). De meest gehanteerde definitie omvat drie kernelementen: (1) uitgesproken sociale isolatie in de eigen woning, (2) een duur van minstens zes maanden en (3) significante beperkingen in het functioneren of lijdensdruk (Tan et al., 2025; Dell'Osso et al., 2023; Kim et al., 2025).

De Japanse psychiater Tamaki Saitō introduceerde de term eind jaren negentig om een groeiend aantal jongeren te beschrijven die kenmerken vertoonden zoals sociale terugtrekking, lusteloosheid, langdurige isolatie gedurende maanden of jaren en neurotisch getinte psychiatrische symptomen. Hoewel het fenomeen vooral bekendheid kreeg in Japan in de jaren negentig, werd het al vanaf de jaren zeventig waargenomen (Kim et al., 2025; Ferreira et al., 2025). Oorspronkelijk werd hikikomori beschouwd als een cultuurgebonden syndroom, voornamelijk voorkomend bij adolescenten en jongvolwassenen die zich terugtrokken in het ouderlijk huis en zich onttrokken aan maatschappelijke rollen (Ferreira et al., 2025). Inmiddels tonen internationale studies aan dat vergelijkbare gevallen voorkomen in andere Aziatische landen, Europa en Noord-Amerika, waardoor hikikomori tegenwoordig wordt gezien als een wereldwijd

psychosociaal fenomeen, eerder dan als een louter cultuurgebonden syndroom (Dell'Osso et al., 2023).

Binnen de literatuur wordt er een onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire hikikomori. Primaire hikikomori verwijst naar sociale terugtrekking als een op zichzelf staand fenomeen, zonder onderliggende psychiatrische stoornissen. Secundaire hikikomori daarentegen gaat gepaard met comorbiditeit, waarbij de isolatie samenvalt met bestaande psychische aandoeningen zoals depressie of ontwikkelingsstoornissen (Santona et al., 2023). Binnen het primaire type wordt soms verder onderscheid gemaakt tussen een 'hardcore' subtype, gekenmerkt door volledige isolatie zonder sociaal contact, en een 'soft' subtype, waarbij nog beperkt contact of occasionele deelname aan activiteiten buitenshuis aanwezig is (Santona et al., 2023). Het 'soft' subtype wordt in bepaalde onderzoeken, zoals dat van Su et al. (2021), ook wel semi-hikikomori genoemd. Ondanks de verschillende perspectieven op primaire en secundaire hikikomori blijft het onderscheid tussen beide tot op heden voornamelijk theoretisch, omdat er onvoldoende empirisch bewijs is om te begrijpen of hikikomori een oorzaak, een manifestatie of een gevolg is van psychiatrische stoornissen (Pupi et al., 2025).

Aangezien er regelmatig gesproken wordt over sociale isolatie en terugtrekking, is het belangrijk een onderscheid te maken tussen deze twee begrippen. Sociale isolatie slaat op het ontbreken van voldoende sociale en emotionele verbondenheid, terwijl sociale terugtrekking eerder verwijst naar het bewust vermijden van contact met anderen. Hoewel terugtrekking tot isolatie kan leiden, vertonen niet alle sociaal geïsoleerde personen terugtrekkingsgedrag. Omgekeerd kunnen personen zich terugtrekken zonder automatisch sociaal geïsoleerd te zijn (Kim et al., 2025).

Gündogmus et al. (2021) rapporteren dat verschillende studies wijzen op aanzienlijke verschillen in prevalentie. In Oost-Aziatische contexten wordt de prevalentie geschat op ongeveer 0,9–1,2% in Japan, 1,9% in Hongkong en 2,3% in Korea. Hogere percentages die in sommige studies worden gerapporteerd (12,6%–63,1%) zijn vermoedelijk te verklaren door verschillen in definities, meetinstrumenten en steekproeven.

Hikikomori wordt omschreven als een geleidelijk verslechterende toestand, waarbij het functioneren achteruitgaat en pogingen tot maatschappelijke herintegratie uitblijven. Indien onbehandeld kan deze situatie maanden, jaren of zelfs decennialang aanhouden, met ernstige psychologische lijdensdruk en functionele beperkingen tot gevolg (Ferreira et al., 2025).

Al-Sibani et al. (2023) stellen dat hikikomori minder beschouwd moet worden als een opzichzelf staand klinisch syndroom en eerder als een manier waarop psychisch lijden zich kan uiten. Om dit onderscheid te benadrukken, hanteren zij in hun onderzoek de term Hikikomori-Like Idiomatic Distress (HLID). Met idiomatic distress wordt bedoeld dat psychisch lijden zich uit op een cultureel gebonden manier, waarbij de specifieke verschijningsvorm beïnvloed wordt door de sociale en culturele context van de persoon.

Hikikomori kan worden opgevat als een complex en multidimensionaal fenomeen waarin psychologische, sociologische en culturele factoren samenkomen. Hoewel het oorspronkelijk in Japan werd beschreven, wijst hedendaags onderzoek erop dat het een wereldwijd relevant verschijnsel is dat niet louter cultuurgebonden is, maar eerder een mogelijke reactie vormt op bredere maatschappelijke en individuele stressoren (Dell'Osso et al., 2023; Ferreira et al., 2025).

3.1.2 Typische gedragskenmerken

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat hikikomori gekenmerkt wordt door een uitgesproken neiging tot het vermijden van sociale interacties en het zich terugtrekken uit sociale activiteiten (Carpita et al., 2024). Personen met hikikomori verblijven meestal binnenshuis en verlaten hun woning of kamer slechts uitzonderlijk, waardoor hun dagelijkse leven zich grotendeels binnen de thuisomgeving afspeelt (Kim et al., 2025). Vaak stoppen zij met school, werk of andere maatschappelijke activiteiten, waardoor deelname aan het sociale en maatschappelijke leven sterk vermindert. In sommige gevallen gaat het om schoolweigering (futoukou), terwijl anderen niet werken of geen opleiding volgen, wat ook omschreven wordt als NEET (not in education, employment or training) (Dell'Osso et al., 2023; Uchiyama et al., 2025; Pupi et al., 2025).

Een centraal kenmerk van hikikomori is de hoge mate van isolatie, zowel fysiek als emotioneel (Carpita et al., 2024; Kim et al., 2025). Fysieke isolatie verwijst volgens Kim et al. (2025) naar een zeer beperkt rechtstreeks sociaal contact met anderen buiten het gezin. Dit betekent dat ontmoetingen met vrienden, collega's of buren hooguit sporadisch plaatsvinden, bijvoorbeeld slechts één of twee keer per jaar. Emotionele isolatie verwijst daarbij naar het ontbreken van vertrouwenspersonen waarop iemand kan terugvallen bij belangrijke problemen. Dit kan gaan om het missen van iemand voor advies, dringende hulp, financiële steun in noodsituaties of emotionele steun bij gevoelens van ontmoediging of depressie. Door deze afwezigheid van steun ervaren veel personen met hikikomori gevoelens van eenzaamheid en sociale verbondenheidstekorten (Kim et al., 2025).

Verder blijkt uit de studie van Katsuki et al. (2020) dat personen met hikikomori vaker moeilijkheden ervaren op het vlak van sociale vaardigheden, communicatie en

verbeeldingsvermogen in vergelijking met klinische controlegroepen zonder hikikomori. Zij vertonen vaker een voorkeur voor afzondering, rapporteren meer gevoelens van eenzaamheid en beschikken gemiddeld over kleinere sociale netwerken. Daarnaast tonen de resultaten aan dat personen met hikikomori vaker autistische trekken vertonen. Dit betekent niet noodzakelijk dat er sprake is van een formele autismespectrumstoornis, maar wel dat kenmerken zoals sociale moeilijkheden, teruggetrokkenheid of communicatieproblemen vaker aanwezig zijn (Katsuki et al., 2020).

Naast deze sociale moeilijkheden worden ook verschillende psychische klachten frequent gerapporteerd. Personen met hikikomori kampen vaak met gevoelens van eenzaamheid, lage zelfwaardering, sociale angst, angstklachten en depressieve symptomen. Sommige personen zoeken daarom contact via het internet, bijvoorbeeld met lotgenoten op sociale media of online fora. Verder beschrijven sommigen gevoelens van hopeloosheid, een negatief zelfbeeld of gedachten aan zelfbeschadiging (Dell'Osso et al., 2023; Uchiyama et al., 2025). Deze sociale en emotionele moeilijkheden zijn dan ook meetbaar gemaakt in het onderzoek van Carpita et al. (2024), via drie centrale domeinen: socialisatie, isolatie en emotionele steun. Deze domeinen vatten samen hoe hikikomori zich uit in sociale terugtrekking, beperkte verbondenheid met anderen en een tekort aan ondersteunende relaties (Carpita et al., 2024; Dell'Osso et al., 2023; Uchiyama et al., 2025).

3.1.3 Impact op het dagelijkse leven

Hikikomori heeft een aanzienlijke impact op het dagelijks functioneren en wordt in verband gebracht met lagere academische prestaties, een verhoogd risico op studie-uitval en een verminderde sociale participatie. Door de langdurige terugtrekking raken personen vaak losgekoppeld van onderwijs, werk en sociale relaties, waardoor hun deelname aan het maatschappelijke leven ernstig wordt bemoeilijkt. Daarnaast bestaat er een verhoogde kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen (Carpita et al., 2024).

Verschillende studies wijzen op een sterke samenhang tussen hikikomori, sociale isolatie en psychische problemen. Zo blijkt dat langdurige sociale isolatie, vooral wanneer deze drie jaar of langer aanhoudt, sterk geassocieerd is met depressieve klachten. Bovendien neemt het risico op psychische problemen toe naarmate de periode van afzondering langer duurt, wat wijst op een cumulatief negatief effect (Kim et al., 2025). Bij jongvolwassenen wordt deze relatie nog sterker wanneer zowel de duur van de isolatie als de ernst van de depressieve symptomen toenemen. Daarnaast suggereren de bevindingen van Kim et al. (2025) dat het ontbreken van sociale verbondenheid een grotere invloed heeft op depressieve symptomen dan louter het vermijden van sociaal contact.

Naast depressieve klachten worden ook andere psychosociale moeilijkheden frequent vastgesteld. Personen met hikikomori rapporteren vaker een laag zelfbeeld (Katsuki et al., 2020), terwijl jongeren met hikikomori of semi-hikikomori vaak kampen met verhoogde sociale angst en verminderd zelfvertrouwen (Su et al., 2021). Deze factoren kunnen elkaar versterken en bijdragen aan het in stand houden van de sociale terugtrekking, waardoor het steeds moeilijker wordt om opnieuw aansluiting te vinden bij de samenleving (Katsuki et al., 2020; Su et al., 2021).

Door langdurige afwezigheid van onderwijs of werk ontstaan bovendien achterstanden in opleiding, beperkte arbeidskansen en financiële afhankelijkheid van het gezin (Su et al., 2021). Sociale vaardigheden kunnen verder afnemen door het gebrek aan oefening en interactie. Tegelijk zorgt de langdurige isolatie vaak voor een zware emotionele en economische druk op zowel de betrokken als de bredere samenleving. Bovendien verhoogt langdurige isolatie het risico op bijkomende psychische problemen, zoals depressie, angststoornissen en problematisch internetgebruik (Dell'Osso et al., 2023).

3.2 Risico- en instandhoudende factoren van hikikomori

3.2.1 Relatie tussen ASS en hikikomori

Carpita et al. (2024) benadrukken dat autistische kenmerken een belangrijke kwetsbaarheidsfactor vormen voor het ontwikkelen van hikikomori. Kenmerken zoals moeilijkheden in sociale interactie, communicatieproblemen, beperkingen in empathie en ruminatie kunnen bijdragen aan sociale terugtrekking en worden in verband gebracht met een verhoogde kans op hikikomori.

Deze bevindingen worden ondersteund door het onderzoek van Katsuki et al. (2020), waarin personen met hikikomori significant hoger scoorden op het Autism-Spectrum Quotient (AQ-J) dan de controlegroep. Vooral moeilijkheden in sociale vaardigheden, communicatie en het wisselen van aandacht tussen taken kwamen vaker voor. Binnen de groep met hikikomori bleken personen met hogere autismespectrumkenmerken bovendien vaker kleinere sociale netwerken te hebben, minder sociale steun te ervaren en meer eenzaamheid te rapporteren. Dit wijst erop dat autismespectrumkenmerken een belangrijke kwetsbaarheidsfactor kunnen vormen in het ontstaan en voortbestaan van sociale terugtrekking (Carpita et al., 2024; Katsuki et al., 2020).

3.2.2 Sociale en maatschappelijke invloeden

Maatschappelijke verwachtingen en faalangst kunnen ertoe leiden dat iemand situaties steeds meer gaat vermijden. Dit versterkt op zijn beurt gevoelens van isolatie en psychisch lijden, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Hoe langer iemand in een hikikomori-toestand verkeert, hoe groter de kans dat psychologische klachten en suïcidale gedachten toenemen. Zulke gedachten hangen vaak samen met een gevoel van

falen, eenzaamheid en waardeloosheid, en kunnen verder versterkt worden door ingrijpende gebeurtenissen in iemands leven. Sociale steun van familie en hulpverleners kan een belangrijke rol spelen in het doorbreken van deze negatieve spiraal (Calaresi et al., 2025).

Volgens Kim et al. (2025) ervaren veel jongeren aanzienlijke druk op het vlak van studie en loopbaan wanneer zij proberen hun plaats te vinden binnen de maatschappij. De overgang naar volwassenheid gaat daarbij vaak gepaard met hoge verwachtingen en prestatiedruk. Daarnaast wijzen de auteurs erop dat voortdurende competitie, stijgende levensduurte, hoge woonkosten en maatschappelijke gebeurtenissen zoals de COVID-19-pandemie een negatieve invloed hebben gehad op het psychisch welzijn van jongeren. De prestatiegerichte onderwijssystemen, competitieve arbeidsmarkten, economische onzekerheid en hoge sociale verwachtingen kunnen gevoelens van falen en overbelasting versterken. Jongeren die moeilijk aansluiting vinden binnen deze systemen lopen daardoor een verhoogd risico op sociale terugtrekking (Dell'Osso et al., 2023).

Verder blijkt uit het onderzoek van Kim et al. (2025) dat verschillende sociaal geïsoleerde jongeren mislukking op school of problemen op professioneel vlak aanhaalden als verklaringen voor hun terugtrekking uit de samenleving. Ook Katsuki et al. (2020) verwijzen naar een concept genaamd 'Modern-Type Depression', een vorm van depressie die gekenmerkt wordt door onder andere overmatige gevoeligheid voor afwijzing, vermijdingsgedrag en een sterk verstoord dag-nachtritme. Personen met hikikomori scoorden in hun onderzoek hoger op kenmerken zoals sociale rolvermijding en een laag zelfbeeld. Dit suggereert dat moeilijkheden om zich aan te passen aan maatschappelijke verwachtingen een rol kunnen spelen in het ontstaan en voortbestaan van hikikomori.

Oorspronkelijk werden bepaalde concepten als typisch Japans beschouwd, zoals 'haji' (schaamte), 'ijime' (pesten) en 'futoukou' (schoolweigering), maar vergelijkbare fenomenen komen ook in andere culturen voor. Vanuit dit perspectief suggereren Tan et al. (2025) dat hikikomori beter begrepen kan worden als een "cultureel reactief" fenomeen, waarbij sociale isolatie een door cultuur beïnvloede reactie vormt op stress en psychische problematiek. Deze benadering sluit aan bij de classificatie in de DSM-5-TR, waarin hikikomori wordt omschreven als een "cultureel concept van distress". Tegelijkertijd wordt hikikomori ook beschreven als een "aan de moderne samenleving gebonden syndroom". Binnen deze visie wordt sociale terugtrekking gezien als een toenemend en deels onvermijdelijk verschijnsel in de post-COVID-samenleving. Deze ontwikkeling wordt mede mogelijk gemaakt door de groeiende beschikbaarheid van internet en technologieën, waardoor mensen vrijwel volledig vanuit hun eigen kamer kunnen functioneren. (Tan et al., 2025).

Dat hikikomori een cultuurgebonden syndroom was vonden Pupi et al. (2025) ook. Daarom hebben ze in hun artikel vermeld dat Teo en Gaw de eerste waren die voorstelden om hikikomori op te nemen in het DSM-5-hoofdstuk over "culture-bound syndromen". Dit voorstel deden ze op basis van de volgende zes criteria: (a) het grootste deel van de dag en bijna elke dag thuis doorbrengen, (b) duidelijke en aanhoudende vermijding van sociale situaties, (c) significante verstoring van het normale dagelijks functioneren, werk (of studie), of sociale activiteiten en relaties door sociale terugtrekking en vermijding, (d) de terugtrekking wordt door het individu zelf als ego-syntoon ervaren, (e) een duur van ten minste zes maanden bij personen jonger dan 18 jaar, (f) de sociale terugtrekking kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis, zoals sociale fobie, ernstige depressie, schizofrenie of een vermijdende persoonlijkheidsstoornis (Pupi et al., 2025).

Kato et al. (2019) onderzochten de ondersteuning die alleenwonende personen met hikikomori ontvangen vanuit hun sociale en maatschappelijke context. Deze personen blijken vaak financiële steun te krijgen van zowel hun ouders als van de overheid, bijvoorbeeld via het Japanse socialezekerheidsstelsel (seikatsu-hogo en shogai-nenkin). Dergelijke ondersteuning maakt het voor werkloze jongeren en volwassenen mogelijk om zelfstandig te blijven wonen. Ook wanneer zij hun studies stopzetten of hun baan verliezen, kan deze financiële ondersteuning bijdragen aan het voortbestaan van een sociaal geïsoleerde leefsituatie (Kato et al., 2019).

Tot slot kunnen ook bredere maatschappelijke omstandigheden bijdragen aan hikikomori. Zo wordt gesteld dat sociale isolatie en economische problemen als gevolg van quarantainemaatregelen tijdens de COVID-19-pandemie het risico op hikikomori kunnen vergroten. Op langere termijn kunnen dergelijke omstandigheden leiden tot toenemende gevoelens van eenzaamheid en psychische problemen, zoals angst en depressie. Daarnaast wordt gewezen op een verhoogd risico op alcohol- en middelenmisbruik, evenals problematisch internetgebruik of internetverslaving (Gündogmus et al., 2021).

3.2.3 Gezins- en contextuele factoren

Naast maatschappelijke invloeden spelen ook gezins- en contextuele factoren een belangrijke rol in het ontstaan van hikikomori. Binnen de literatuur komen vooral gezinsdynamieken, hechtingsrelaties en bredere sociale contexten naar voren als relevante factoren. Masuda et al. (2024) onderzochten hoe kindermishandeling kan bijdragen aan kenmerken van 'Modern-Type Depression'. Deze kenmerken kunnen vervolgens sociale isolatie uitlokken. Via een padanalyse, een statistische methode die de richting van verbanden tussen variabelen in kaart brengt, werden kindermishandeling, depressieve kenmerken, sociale isolatie en suïcidale neigingen bij een hikikomori-groep met elkaar in verband gebracht. Hiervoor maakten de onderzoekers gebruik van

gevalideerde vragenlijsten en schalen, waaronder de PHQ-9, HEQ, TACS-22, HQ-25 en HDRS. De resultaten toonden aan dat alle verbanden binnen de hikikomori-groep significant waren: kindermishandeling beïnvloedde MTD-kenmerken, wat op zijn beurt leidde tot fysieke isolatie en daarmee samenhing met suïcidale neigingen (Masuda et al., 2024). Dit wijst op een opeenvolgend patroon waarbij negatieve jeugdervaringen iemand kwetsbaarder maken voor stress, met name in sociale of prestatiegerichte contexten zoals school of werk. Die verhoogde kwetsbaarheid kan leiden tot terugtrekking uit de buitenwereld, en die isolatie gaat op haar beurt gepaard met ernstigere psychische klachten (Masuda et al., 2024).

Bovendien rapporteerden personen met hikikomori vaker een negatieve thuisomgeving, gekenmerkt door verwaarlozing en een gespannen gezinssfeer, evenals een lager zelfbeeld en een sterkere neiging om problemen aan externe factoren toe te schrijven, ook wel een externaliserende attributiestijl genoemd (Masuda et al., 2024). In lijn hiermee tonen recente bevindingen van Kim et al. (2025) aan dat jongeren die hun sociale isolatie of terugtrekking verklaren vanuit gezinsproblemen, zoals familieconflicten, huiselijk geweld of een echtscheiding van de ouders, het hoogste risico lopen op depressieve symptomen. Tegelijkertijd kan langdurige afzondering zelf bijkomende problemen veroorzaken of bestaande moeilijkheden versterken, zoals problemen op school of in het werkleven en toenemende spanningen binnen het gezin. Hierdoor ontstaat een vicieuze cirkel waarin gezinsproblemen en sociale terugtrekking elkaar wederzijds versterken (Kim et al., 2025).

Ook empirisch onderzoek bevestigt het belang van gezinsfunctioneren. Hamasaki et al. (2022) voerden in Frankrijk een vergelijkende studie uit tussen een hikikomori-groep en een controlegroep om omgevingsfactoren te identificeren die bijdragen aan het ontstaan en voortbestaan van hikikomori. De resultaten tonen aan dat de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis bij de ouders en de kwaliteit van de communicatie tussen ouder en kind een significante rol spelen in het in stand houden van hikikomori. Daarnaast bleken ook een lichamelijke aandoening bij de ouders, de communicatie tussen ouders onderling en conflicten tussen ouder en kind een invloed te hebben, al was dit effect eerder beperkt (Hamasaki et al., 2022).

Aanvullend illustreert dit onderzoek hoe culturele context bepaalt welke factoren het meest doorwegen. Zo blijken in Frankrijk communicatie met de gemeenschap en tussen ouder en kind de belangrijkste voorspellers, terwijl in Japan vooral de communicatie tussen ouders onderling bepalend lijkt. Dit wijst erop dat hikikomori weliswaar een internationaal verschijnsel is, maar dat de onderliggende dynamiek verschilt naargelang de culturele achtergrond. Gezinsgerelateerde factoren zoals disfunctionele relaties

worden wereldwijd geassocieerd met hikikomori, maar de manier waarop deze factoren tot uiting komen, wordt sterk gekleurd door de bredere sociale en culturele context. Opvallend is bovendien dat vooral de frequentie van communicatie, eerder dan de mate van conflict, naar voren komt als relevante voorspeller (Hamasaki et al., 2022).

Naast gezinsfunctioneren blijkt ook de bredere gezinsstructuur een rol te spelen bij het ontstaan van hikikomori. Gündogmus et al. (2021) stellen dat de afwezigheid van een vaderfiguur, in combinatie met een sterke gerichtheid op de moeder, kan leiden tot een onvoldoende ontwikkeling van interpersoonlijke vaardigheden op jonge leeftijd. Opvallend is dat dit patroon niet uitsluitend binnen de Japanse context werd waargenomen, maar ook in de Turkse samenleving, wat suggereert dat bepaalde gezinsdynamieken cultuuroverstijgend kunnen bijdragen aan sociale terugtrekking.

Ook worden de vroege hechtingservaringen beschouwd als een relevante omgevingsfactor. In de literatuur wordt hierbij vaak verwezen naar twee Japanse concepten: amae en mushi. Amae verwijst naar de sterke afhankelijkheidsrelatie van een kind ten opzichte van de moeder, waarbij de moeder de behoeften van het kind anticipeert en zo een symbiotische band creëert die gericht is op verbondenheid en sociaal horen. Om een te sterke symbiose te vermijden, tonen sommige moeders echter een zekere emotionele afstandelijkheid, wat in de literatuur wordt aangeduid als mushi. Wanneer het kind hierdoor onvoldoende emotionele zelfregulatie ontwikkelt, kan het later moeite hebben om frustraties of onvervulde behoeften te verdragen. Situaties van falen of sociale uitdaging worden dan al snel als bijzonder bedreigend ervaren, waardoor terugtrekking een manier wordt om gevoelens van schaamte of onmacht te vermijden.

Santona et al. (2023) wijzen in dit verband op een duidelijke conceptuele verwantschap tussen amae en het westerse hechtingsconcept. Beide ontwikkelen zich tegen het einde van het eerste levensjaar, evolueren verder in de daaropvolgende jaren en worden sterk beïnvloed door de responsiviteit van de verzorger. Een responsieve verzorger kan een veilige emotionele basis creëren, terwijl een gebrek aan responsiviteit kwetsbaarheid voor sociale terugtrekking in de hand kan werken. Vanuit dit perspectief bieden zowel amae als het westerse hechtingsconcept een waardevol kader om te begrijpen hoe vroege relationele ervaringen kunnen bijdragen aan het ontstaan en voortbestaan van hikikomori.

3.2.4 Comorbide factoren

De bevindingen van Santona et al. (2023) tonen aan dat een angstige hechtingsstijl samenhangt met een verhoogde kans op ernstige depressieve symptomen en interpersoonlijke sensitiviteit, terwijl veilige en vermijdende hechtingsstijlen geen significante verbanden toonden met psychopathologische uitkomsten. Daarnaast bleken

specifieke componenten van omgevingssensitiviteit, met name een lage sensorische drempel en een verhoogde prikkelbaarheid, significant geassocieerd met psychologische distress. Dit suggereert dat een verhoogde gevoeligheid voor interne en externe prikkels een belangrijke rol speelt in het psychologisch functioneren van personen met hikikomori (Santona et al., 2023).

Daarnaast wordt hikikomori geconceptualiseerd als een niet-psychotisch fenomeen. Toch is de sociale isolatie die ermee gepaard gaat niet altijd duidelijk te onderscheiden van de teruggetrokkenheid en isolatie die in de vroege stadia van schizofrenie worden waargenomen (Pupi et al., 2025). Het onderzoek van Tolomei et al. (2023) wijst op een verband tussen hikikomori en psychotische ervaringen, voornamelijk wanneer er ook sprake is van problematisch internetgebruik. Ook worden er regelmatig verbanden gelegd met andere soorten problematieken. Er werd in hun onderzoek bij 18 participanten (22,5%) een autismespectrumstoornis vastgesteld. Ook werd zowel een bipolaire stoornis als een depressieve stoornis vastgesteld bij 17 participanten (21,3%). Verder werd bij 4 participanten (5%) een obsessief-compulsieve stoornis gediagnosticeerd, en posttraumatische stressstoornis en aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) werden elk bij één participant (1,3%) vastgesteld (Tolomei et al., 2023). Hierdoor hebben onderzoekers zoals Pupi et al. (2025) voorgesteld dat hikikomori beschouwd moet worden als een manifestatie of gevolg van een primaire psychiatrische stoornis zoals vermeld in de DSM-IV en DSM-5. Kijkende vanuit dit perspectief zou het dus gaan over secundaire hikikomori, omdat de isolatie van de persoon in verband zou staan met de psychiatrische stoornis. Tegengesteld zeggen onderzoekers dat een groot deel van de individuen die kenmerken van hikikomori vertonen, niet voldoen aan de criteria van een van de bestaande psychiatrische stoornissen. Vanuit deze hypothese stelden twee onderzoekers een andere soort hikikomori voor, namelijk primaire hikikomori. Deze afzonderlijke diagnostische categorie, zoals eerder al vermeld, is onafhankelijk van andere stoornissen en zou daarnaast beïnvloed worden door de kenmerken van de Japanse samenleving (Pupi et al., 2025).

Rond secundaire hikikomori zijn al verschillende onderzoeken gedaan. Pupi et al. (2025) hebben verschillende onderzoeken gecombineerd waarbij de studies bij adolescenten de aanwezigheid van comorbide psychiatrische stoornissen als exclusiecriterium hanteerden voor de diagnose hikikomori. Toch wijzen verschillende onderzoeken erop dat psychische klachten frequent voorkomen binnen deze groep. Zo vertonen adolescenten met hikikomori vaak hogere angstniveaus dan gezonde leeftijdsgenoten, waarbij vooral sociale angst een belangrijke rol lijkt te spelen (Pupi et al., 2025; Kim et al., 2025). Ook in het onderzoek van Tolomei et al. (2023) toonden de resultaten aan dat 23 participanten (28,5%) voldeden aan de criteria voor een angststoornis. Terwijl sommige studies

verhoogde angstniveaus rapporteren, vinden andere geen significante verschillen tussen risicogroepen. Casestudies suggereren volgens Pupi et al. (2025) bovendien dat sociale angst in bepaalde gevallen kan bijdragen aan langdurige isolatie, maar dit wordt niet consistent bevestigd. Naast angst lijkt depressie bij adolescenten vaker een gevolg van langdurige isolatie en de daarmee samenhangende sociale problemen, terwijl het bij jongvolwassenen eerder een risicofactor kan zijn die sociale terugtrekking uitlokt. Bijvoorbeeld in reactie op moeilijkheden in studie, werk of het persoonlijke leven. Tegelijkertijd wijzen sommige studies erop dat depressie ook bij jongvolwassenen een gevolg van isolatie kan zijn (Pupi et al., 2025). De bevindingen van Kim et al. (2025) tonen aan dat een tekort aan betrouwbare sociale steun en beperkte persoonlijke contacten de negatieve impact van isolatie kunnen versterken. Wanneer jongeren weinig steun ervaren uit hun omgeving, neemt het risico op depressieve symptomen toe. Jongvolwassenen met hikikomori zouden dus significant vaker depressieve symptomen vertonen en sociale isolatie blijkt binnen deze doelgroep dus sterk geassocieerd te zijn met depressie (Kim et al., 2025).

Calaresi et al. (2025) hebben aansluitend onderzoek gedaan naar het verband tussen hikikomori en alexithymie. Alexithymie is een psychische conditie die wordt gekenmerkt door moeilijkheden in het herkennen, begrijpen en uiten van emoties. Onderzoek wijst op een duidelijke samenhang tussen alexithymie en suïcidaal risico, waarbij onverwerkte emotionele spanning kan leiden tot een verhoogde kwetsbaarheid voor suïcidale gedachten. Daarnaast gaat alexithymie gepaard met beperkingen in het sociaal functioneren: individuen hebben vaak moeite met het opbouwen en onderhouden van ondersteunende relaties, wat kan resulteren in sociale isolatie en een verminderde neiging om hulp te zoeken (Calaresi et al., 2025). Bovendien wordt alexithymie geassocieerd met angst, depressie en met maladaptieve copingstrategieën, zoals emotionele onderdrukking en terugtrekking, wat het risico op suïcidale ideatie verder kan verhogen. Deze kenmerken zijn bijzonder relevant in het kader van hikikomori, dat gekenmerkt wordt door extreme sociale isolatie. Moeilijkheden in emotionele verwerking en communicatie kunnen deze terugtrekking versterken en bijdragen aan verhoogde psychologische distress en suïcidaliteit binnen deze populatie. Verder blijkt dat adolescenten die zich bezighouden met zelfbeschadigend gedrag of suïcidepogingen vaker hogere niveaus van alexithymie vertonen. Dit suggereert dat alexithymie een belangrijke factor is in het begrijpen van psychologische kwetsbaarheid bij sociaal geïsoleerde groepen zoals hikikomori (Calaresi et al., 2025).

Op dit moment bestaat er nog veel onzekerheid over de causale relatie: het is onduidelijk of dergelijke psychiatrische stoornissen leiden tot het ontstaan van hikikomori als symptoom, of dat de toestand van hikikomori zelf bijdraagt aan het ontwikkelen van

gelijktijdig optredende psychiatrische stoornissen (Kato et al., 2019). Hoewel er sprake is van een hoge mate van comorbiditeit, bevindt een aanzienlijk aantal personen zich in een 'grijze zone'. Ook bij afwezigheid van een duidelijke psychiatrische diagnose kan er sprake zijn van psychisch lijden, zoals angsten. Het is daarom van groot belang om eveneens personen zonder een diagnose te ondersteunen en rekening te houden met dit lijden (Kato et al., 2019).

Er werden, in tegenstelling tot het onderzoek van Pupi et al. (2025) waarbij er geen opvallende bevindingen werden opgemerkt in risicovolgedrag, suïcidaliteit of middelengebruik in vergelijking met andere groepen jongeren, in het onderzoek van Tolomei et al. (2023) wel opvallende bevindingen opgemerkt. In hun onderzoek vertoonden 26 proefpersonen (32,5%) suïcidale neigingen zoals suïcidale gedachten of plannen. Zo'n zestien proefpersonen (20%) deden al een zelfmoordpoging in het verleden (Tolomei et al., 2023). Deze hoge prevalentie van suïcidaliteit, die ook voorkomt bij Aziatische steekproeven (Tolomei et al., 2023), benadrukt het belang van vroegtijdige detectie en interventies bij jongeren in sociaal isolement.

Aanvullend benadrukken de bevindingen van Calaresi et al. (2025) de complexe samenhang tussen alexithymie, hikikomori-gedrag en suïcidaal risico. De resultaten wijzen op het belang van vroegtijdige aandacht voor emotionele problemen en sociaal terugtrekgedrag tijdens de adolescentie. Vroege interventies kunnen bijdragen aan het verkleinen van het risico op suïcidale gedachten en gedragingen en benadrukken het langdurige effect van emotionele en sociale uitdagingen op de mentale gezondheid. Samen vormen deze inzichten een belangrijke basis voor toekomstig onderzoek en interventies gericht op het voorkomen en behandelen van psychische problemen en suïcidaal risico bij adolescenten (Kim et al., 2025; Calaresi et al., 2025).

3.2.5 Rol van het internet

Het internet en digitale media spelen een complexe en dubbelzinnige rol in het ontstaan en voortbestaan van hikikomori. Enerzijds kunnen digitale platformen sociale terugtrekking versterken en in stand houden, terwijl zij anderzijds ook een beperkte vorm van sociale verbondenheid kunnen bieden aan personen die moeite ervaren met rechtstreeks face-to-face contact (Ferreira et al., 2025).

Verschillende studies wijzen op een wederzijdse relatie tussen sociale terugtrekking en problematisch internetgebruik. Sociale isolatie kan leiden tot een verhoogd gebruik van internet en videogames als vorm van ontspanning, afleiding en alternatief voor sociale interactie. Personen die zich uit de buitenwereld terugtrekken, kunnen online omgevingen ervaren als veiliger, minder bedreigend en gemakkelijker controleerbaar dan offline sociale situaties. Tegelijk kan excessief gebruik van videogames of internet de sociale

terugtrekking verder versterken, doordat veel tijd wordt besteed aan online activiteiten en doordat offline verplichtingen, sociale contacten en dagelijkse routines steeds meer vermeden worden (Carpita et al., 2024; Pupi et al., 2025).

Empirisch onderzoek ondersteunt deze samenhang. In de studie van Tolomei et al. (2023) werden bij personen met kenmerken van hikikomori zowel de Internet Addiction Test (IAT) als de Internet Gaming Disorder Scale Short Form (IGDS9-SF) afgenomen om na te gaan in welke mate internet- en gameverslaving samen voorkomen met hikikomori. Van de 59 deelnemers die de IGDS9-SF invulden, bereikten 25 personen (42,4%) de klinische drempelwaarde voor problematisch gamegedrag. Voor de IAT bereikten 33 van de 65 deelnemers (50,8%) de drempelwaarde voor problematisch internetgebruik. Deze resultaten suggereren dat sociaal isolement en overmatig internetgebruik elkaar wederzijds kunnen beïnvloeden en versterken (Tolomei et al., 2023).

Daarnaast lijkt niet elk type internetgebruik dezelfde invloed te hebben. Vooral online gaming en in het bijzonder massively multiplayer online games (MMO's) worden in verband gebracht met verhoogde hikikomori-symptomen. Dergelijke spellen bieden spelers de mogelijkheid om langdurig ondergedompeld te blijven in een virtuele wereld waarin sociale interactie plaatsvindt zonder de directe druk van fysieke aanwezigheid. Hierdoor kunnen zij offline participatie deels vervangen en de motivatie om opnieuw buitenshuis relaties op te bouwen verminderen (Dell'Osso et al., 2023).

Tegelijkertijd mag de rol van digitale media niet uitsluitend negatief worden geïnterpreteerd. Sommige auteurs beschouwen online platformen als een mogelijke 'social lifeline' voor personen met hikikomori. Voor individuen met uitgesproken sociale angst of tekorten in sociale vaardigheden kunnen digitale communicatiemiddelen een laagdrempelige manier vormen om toch contact te onderhouden met anderen. In die zin kunnen internet en sociale media niet alleen isolatie bestendigen, maar ook fungeren als eerste stap naar sociale herverbinding en latere re-integratie (Ferreira et al., 2025).

3.3 Detectie

3.3.1 Screening

Voor de detectie van hikikomori wordt gebruikgemaakt van instrumenten zoals de Hikikomori Questionnaire-25 (HQ-25). Dit is een zelfrapportagevragenlijst die het risico op ernstige sociale terugtrekking meet (Carpita et al., 2024). Deze vragenlijst werd in 2018 door Joseph Teo en zijn collega's ontwikkeld, en bestaat in totaal uit 25 items. Deze 25 items zijn verdeeld over drie subschalen: socialisatie, isolatie en emotionele ondersteuning. De vragenlijst is gebaseerd op een stevige theoretische onderbouwing en werd ontwikkeld op basis van langdurige observaties van kenmerken van hikikomori,

zoals sociale isolatie, sociale afstand, vervreemding en marginalisering. De vragenlijst meet niet enkel gedragingen, maar houdt ook rekening met emotionele en cognitieve kenmerken van het individu (Gündogmus et al., 2021; Masuda et al., 2024). Hierbij zou een score boven een bepaalde drempel (cut-off van 42) wijzen op een verhoogd risico op hikikomori (Carpita et al., 2024).

In het onderzoek van Al-Sibani et al. (2023) wordt de factorstructuur van de hikikomori-vragenlijst onderzocht bij 1529 deelnemers met behulp van zowel een exploratieve factoranalyse (EFA) als een confirmatieve factoranalyse (CFA). Een EFA is een statistische methode die wordt gebruikt om te ontdekken welke onderliggende dimensies er in een vragenlijst zitten, zonder dat deze vooraf bepaald zijn. Met andere woorden, men kijkt welke vragen bij elkaar horen en samen één zelfde aspect meten. De CFA wordt vervolgens gebruikt om te controleren of deze gevonden structuur ook effectief goed past bij de gevonden data. De resultaten van de EFA tonen aan dat 50,1% van de variantie van de 25 items wordt verklaard door het oorspronkelijke drie-factorenmodel. Dit betekent dat een groot deel van de verschillen tussen de antwoorden kan worden verklaard vanuit de drie onderliggende dimensies van hikikomori-gedrag (Al-Sibani et al., 2023). Dit resultaat komt overeen met het model van Teo en Gaw en ondersteunt de validiteit van deze structuur. Daarnaast wordt dit drie-factorenmodel ook teruggevonden in studies bij Italiaanse en Chinese populaties (Al-Sibani et al., 2023). Dit is belangrijk omdat het suggereert dat de manier waarop hikikomori zich uit, namelijk via deze drie dimensies, niet beperkt is tot één cultuur. Het bevestigt dus het idee dat hikikomori beter begrepen kan worden als een culturele reactie van psychisch lijden, eerder dan als een strikt cultuurgebonden stoornis.

Naast de Hikikomori Questionnaire-25 is er ook een ander veelbelovend instrument ontwikkeld om hikikomori te screenen, namelijk de Hikikomori Risk Inventory (HRI-24). Deze wordt gezien als veelbelovend omdat deze vragenlijst tot stand kwam via samenwerking tussen Westerse en Oosterse onderzoekers en gevalideerd werd in beide contexten. Dit verhoogt de internationale toepasbaarheid en vergelijkbaarheid van onderzoeksresultaten. De HRI-24 bestaat uit 24 items en meet vijf onderliggende dimensies die kenmerkend zijn voor hikikomori: antropofobie (angst voor sociale interacties), agorafobie (vermijden van situaties waar ontsnappen moeilijk is), lethargie (gebrek aan energie en motivatie), paranoia (wantrouwen tegenover anderen) en depressieve stemming. Respondenten beoordelen de items op een Likertschaal, wat resulteert in zowel subscores als een totaalscore die het risico op hikikomori weerspiegelt. Onderzoek toont aan dat de schaal beschikt over goede psychometrische eigenschappen, waaronder structurele validiteit en interne consistentie (Colledani et al., 2023). Om de bruikbaarheid in grootschalige screeningscontexten te verhogen, werd een verkorte

versie van deze schaal ontwikkeld, namelijk de Hikikomori Risk Inventory (HRI-15). Deze versie behoudt de vijfdimensionale structuur, met drie items per dimensie, en vertoont vergelijkbare validiteit en betrouwbaarheid als de oorspronkelijke schaal. Bovendien blijkt de HRI-15 licht betere prestaties te leveren op het vlak van specificiteit en accuraatheid bij het identificeren van risicogroepen, terwijl de HRI-24 iets gevoeliger is in het detecteren van individuen met een verhoogd risico. De keuze tussen beide instrumenten dient dan ook afgestemd te worden op het doel van de screening, waarbij efficiëntie en respondentbelasting tegenover sensitiviteit worden afgewogen (Colledani et al., 2023).

Een belangrijk hulpmiddel bij de detectie van hikikomori is het gebruik van drempelwaarden, ook wel cut-off scores genoemd. Dit zijn vaste grenswaarden op een meetschaal die bepalen vanaf welk punt iemand als risicogeval wordt beschouwd. Voor de vragenlijsten HRI-24 en HRI-15 werden deze drempelwaarden vastgesteld op respectievelijk 59 en 37. Deze waarden bieden een goede balans tussen sensitiviteit, dit is het vermogen om personen met een reëel risico correct te identificeren, en specificiteit, dit is het vermogen om personen zonder risico correct buiten de risicogroep te houden. Dankzij deze drempelwaarden kunnen hulpverleners op een gestandaardiseerde en objectieve manier onderscheid maken tussen jongeren met en zonder verhoogd risico op hikikomori (Colledani et al., 2023).

Samenvattend kan gesteld worden dat de ontwikkeling en validatie van instrumenten zoals de HRI-24 en HRI-15 een belangrijke stap vormen in de vroege detectie van hikikomori. Deze tools bieden hulpverleners en onderzoekers de mogelijkheid om risicogroepen tijdig te identificeren en vormen een essentiële basis voor verdere preventie- en interventiestrategieën (Colledani et al., 2023). Vroege detectie van hikikomori is hierdoor van cruciaal belang volgens Colledani et al. (2023) aangezien het fenomeen vaak ontstaat tijdens de adolescentie en, eenmaal ontwikkeld, de neiging heeft om langdurig aan te houden. Het tijdig identificeren van risicogroepen kan bijdragen aan het voorkomen van chronificatie en het ontwikkelen van gerichte interventies. Desondanks wordt de detectie van hikikomori bemoeilijkt door het ontbreken van een eenduidige definitie en consensus omtrent de conceptualisering van het fenomeen, evenals door de vaak verborgen aard van sociale terugtrekking.

Zoals eerder vermeld, is er bij hikikomori vaak sprake van comorbiditeit met een andere psychiatrische problematiek. In het onderzoek van Katsuki et al. (2020) werd hiervoor gebruikgemaakt van verschillende meetinstrumenten. Voor het screenen van autismespectrumkenmerken werd de Autism-Spectrum Quotient – Japanese version (AQ-J) gebruikt. Depressieve symptomen werden geëvalueerd aan de hand van zowel de 17-item Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17) als de Beck Depression Inventory-II

(BDI-II). Daarnaast werd de 22-item Tarumi's Modern-Type Depression Trait Scale (TACS-22) ingezet om kenmerken van modern-type depressie, zoals sociale rolvermijding, klachtneiging en laag zelfbeeld, te meten. Verder werd eenzaamheid beoordeeld met de Revised UCLA Loneliness Scale, terwijl ervaren sociale steun werd gemeten via de Multidimensional Scale of Perceived Social Support. De mate waarin iemand een voorkeur heeft voor afzondering werd nagegaan met de Preference for Solitude Scale. Tot slot werd het sociaal netwerk van de deelnemers in kaart gebracht met de Lubben Social Network Scale – 6 (LSNS-6). Door deze combinatie van meetinstrumenten konden zowel psychologische klachten als sociale factoren uitgebreid onderzocht worden (Katsuki et al., 2020).

3.3.2 Drempels en diagnostische uitdagingen binnen de hulpverlening

De detectie en diagnostiek van hikikomori verlopen in de praktijk vaak moeizaam. Personen met hikikomori trekken zich sterk sociaal terug, vermijden contact met de buitenwereld en komen daardoor minder snel in beeld bij hulpverlening of onderzoek. Door deze teruggetrokken levensstijl blijft de problematiek vaak verborgen en wordt ondersteuning dikwijls pas in een laat stadium opgestart. Volgens Uchiyama et al. (2025) maakt precies deze sociale terugtrekking het bijzonder moeilijk om deze doelgroep te bereiken voor zowel wetenschappelijk onderzoek als begeleiding.

Daarnaast zoeken personen met hikikomori zelden spontaan hulp. Schaamtegevoelens, een gebrek aan ziekte-inzicht en wantrouwen tegenover hulpverleners vormen hierbij belangrijke drempels. Hierdoor kan de sociale isolatie langdurig blijven bestaan voordat professionele ondersteuning wordt ingeschakeld (Dell'Osso et al., 2023).

Een bijkomende uitdaging is het ontbreken van een eenduidige diagnostische afbakening. In de literatuur circuleren verschillende definities van hikikomori, waardoor niet altijd duidelijk is wanneer er sprake is van tijdelijke of contextgebonden sociale terugtrekking en wanneer het gaat om een klinisch relevante problematiek. Ondanks recente vooruitgang ontbreekt momenteel nog steeds een algemeen aanvaarde 'gouden standaard' voor de diagnose van hikikomori. Daardoor gebeurt de validatie van meetinstrumenten vaak op basis van zelfrapportage of indirecte indicatoren van sociale terugtrekking (Colledani et al., 2023).

Bovendien bestaat er een aanzienlijke diagnostische overlap met andere psychische stoornissen, zoals depressie, sociale angststoornis en autismespectrumstoornis (ASS). Hierdoor is een grondige differentiaaldiagnostiek noodzakelijk om hikikomori correct te onderscheiden van verwante problematieken of comorbide stoornissen (Dell'Osso et al., 2023). Daarnaast is verder onderzoek nodig naar de validiteit van bestaande

meetinstrumenten in klinische populaties en naar hun relatie met onder meer depressie, angststoornissen en problematisch internetgebruik (Colledani et al., 2023).

Ook methodologische beperkingen binnen bestaand onderzoek tonen deze diagnostische moeilijkheden aan. Zo wijzen Katsuki et al. (2020) erop dat hun studie een cross-sectioneel onderzoeksontwerp gebruikte, waarbij gegevens slechts op één tijdstip werden verzameld. Hierdoor kunnen geen causale conclusies worden getrokken over het verband tussen hikikomori en ASS. Vervolgonderzoek waarbij mensen over een langere periode worden opgevolgd, is volgens de auteurs nodig om deze verbanden beter te begrijpen.

Daarnaast werd in deze studie uitsluitend gebruikgemaakt van de AQ-J als meetinstrument voor ASS. Volgens de onderzoekers meet deze vragenlijst niet enkel autistische kenmerken, maar mogelijk ook andere psychische problemen, waardoor de resultaten minder nauwkeurig kunnen zijn. Daarom bevelen zij aan om in toekomstig onderzoek meerdere en uitgebreidere diagnostische methoden te combineren, zoals intelligentietests, evaluaties van sociale vaardigheden, onderzoek naar sensorische verwerking en aanvullende diagnostiek voor ASS (Katsuki et al., 2020).

3.4 Begeleiding en interventies

3.4.1 In Europa

Hulpverleners uit Zweden die werken met jongeren in sociaal isolement benadrukken het belang van flexibele, multidimensionale interventies die zijn afgestemd op de individuele noden van de jongere. Daarbij wordt interdisciplinaire samenwerking als een onmisbaar onderdeel beschouwd. Centraal staat een holistische benadering waarbij de jongere in zijn totaliteit wordt bekeken, met aandacht voor schoolcontext, gezinsomgeving en zowel fysieke als mentale gezondheid. Het actief betrekken van jongeren vanaf het begin van het begeleidingstraject, het luisteren naar hun perspectief en het stimuleren van hun interesses worden als essentiële elementen beschouwd. Het identificeren en benutten van individuele sterktes kan bovendien bijdragen aan een groter zelfvertrouwen en een actievere deelname aan het herstelproces (Ayoub et al., 2021).

In de bredere Europese literatuur wordt een uitgebreide waaier aan interventies beschreven voor jongeren in een NEET-situatie, jongeren die niet in onderwijs, werk of opleiding zijn. Deze interventies weerspiegelen de complexe en multidimensionele aard van het fenomeen en variëren van arbeidsmarktgerichte programma's tot psychosociale ondersteuning en beleidsmatige initiatieven. Belangrijk hierbij is dat de NEET-populatie sterk heterogeen is, waardoor uniforme interventies vaak onvoldoende aansluiten bij de uiteenlopende noden van deze groep (Gunnes et al., 2025).

Een eerste categorie betreft arbeidsmarktgerichte interventies, zoals beroepsopleidingen, stages, traineeships en jobcoaching, die gericht zijn op het verhogen van de inzetbaarheid van jongeren. De effectiviteit van dergelijke programma's hangt sterk af van de aansluiting bij de arbeidsmarkt én de individuele kenmerken van de deelnemer. Interventies die praktijkervaring combineren met persoonlijke begeleiding blijken doorgaans effectiever dan louter theoretisch georiënteerde trajecten, al wijzen sommige studies op gemengde resultaten (Gunnes et al., 2025).

Naast arbeidsmarktgerichte benaderingen wordt in de literatuur sterk de nadruk gelegd op psychosociale en mentale gezondheidsinterventies. Veel NEET-jongeren kampen met psychologische moeilijkheden zoals een laag zelfbeeld, depressieve symptomen of een gebrek aan toekomstperspectief. Interventies zoals individuele counseling, groepssessies, peer support en mindfulnessprogramma's spelen daarom een cruciale rol in het versterken van het psychosociaal functioneren. Het aanpakken van deze onderliggende mentale barrières wordt vaak beschouwd als een noodzakelijke voorwaarde voor een succesvolle re-integratie in onderwijs of arbeid, al vereisen dergelijke interventies intensieve begeleiding en kan hun effectiviteit variëren afhankelijk van de participatiegraad en de bredere context (Gunnes et al., 2025).

Een derde pijler betreft vaardigheidsgerichte interventies, waarbij zowel cognitieve als niet-cognitieve vaardigheden centraal staan. Hierbij kan gedacht worden aan soft skills zoals communicatie, zelfvertrouwen en doorzettingsvermogen, maar ook aan ondernemerschaps- en levensvaardigheden. Creatieve en sportgebaseerde programma's worden eveneens ingezet, omdat zij bijdragen aan sociale integratie en persoonlijke ontwikkeling. Onderzoek wijst uit dat dergelijke interventies niet alleen de inzetbaarheid verhogen, maar ook het algemeen welzijn verbeteren, hoewel het meten van langetermijneffecten een blijvende uitdaging vormt (Gunnes et al., 2025).

Daarnaast is er een groeiende interesse in digitale en innovatieve interventies, zoals online leerplatformen, digitale coaching en game-based toepassingen. Deze bieden schaalbare en toegankelijke mogelijkheden om jongeren te bereiken en te engageren. Ze blijken echter het meest effectief wanneer ze gecombineerd worden met face-to-face begeleiding, wat het belang van hybride modellen onderstreept waarbij digitale en fysieke ondersteuning elkaar aanvullen (Gunnes et al., 2025).

Ten slotte spelen ook structurele en beleidsmatige interventies een belangrijke rol, waaronder werkgelegenheidsprogramma's, subsidies voor werkgevers en initiatieven ter voorkoming van vroegtijdige schooluitval. De effectiviteit van deze maatregelen is echter sterk contextafhankelijk en wordt beïnvloed door economische omstandigheden,

institutionele structuren en sociale ongelijkheden, wat het trekken van universele conclusies bemoeilijkt (Gunnes et al., 2025).

Overkoepelend kan worden gesteld dat de meest effectieve interventies gekenmerkt worden door een geïntegreerde en op maat gemaakte aanpak. Interventies die verschillende levensdomeinen, zoals arbeid, mentale gezondheid en sociale participatie, gelijktijdig aanpakken, blijken het meest succesvol. Langdurige opvolging is daarbij essentieel, aangezien kortdurende interventies zonder nazorg zelden duurzame effecten genereren (Gunnes et al., 2025).

3.4.2 Buiten Europa

Omdat personen met hikikomori doorgaans niet vrijwillig hulp zoeken, zijn gezinsgerichte interventies van groot belang, zeker wanneer de betrokkene nog thuis woont. Huisbezoeken door zorgprofessionals zoals artsen, verpleegkundigen, psychologen en sociaal werkers vormen hierbij een belangrijke toegangspoort en kunnen de doorstroom naar verdere behandelingsstappen zoals psychotherapie vergemakkelijken. Wanneer er sprake is van psychiatrische comorbiditeit, kan psychofarmacologische behandeling aangewezen zijn. In bredere zin wordt psychotherapie beschouwd als een doeltreffende interventie, waarbij psychodynamische therapieën, zowel individueel als in groep, bijzonder nuttig blijken in het aanpakken van interpersoonlijke moeilijkheden en het verbeteren van gezinsdynamieken en interacties met leeftijdsgenoten (Ferreira et al., 2025). Daarnaast kan dierentherapie fungeren als een laagdrempelige interventie om de drempel tot sociale interactie te verlagen en het isolement geleidelijk te doorbreken (Kato et al., 2019).

Kato et al. (2020) ontwikkelden een gezinsgericht educatief programma met als doel het stigma rond psychiatrische stoornissen te verminderen en het risico op familiaal geweld, suïcide en andere mentale problemen die samenhangen met hikikomori te verkleinen. Het programma bouwt voort op twee bestaande interventies: Mental Health First Aid, gericht op het vroegtijdig herkennen van signalen van psychische problemen, en Community Reinforcement and Family Training, dat oorspronkelijk werd ontwikkeld voor familieleden van personen met verslavingsstoornissen en focust op het ondersteunen van gedragsverandering binnen de sociale omgeving. Beide benaderingen bieden familieleden concrete handvatten om signalen te herkennen en hier constructief op te reageren, wat bijdraagt aan het verminderen van negatieve uitkomsten (Kato et al., 2020).

Wat betreft de inhoud van interventies stellen Kim et al. (2025) dat hulpverleningstrajecten voor sociaal geïsoleerde jongvolwassenen prioriteit moeten geven aan het herstel van sociale verbondenheid. Daarbij mag de focus niet uitsluitend liggen op zichtbaar gedrag: interventies dienen ook aandacht te hebben voor

onderliggende psychologische moeilijkheden en gezondheidsproblemen die mee aan de basis kunnen liggen van de terugtrekking. Hoewel financiële steun en werkmogelijkheden kunnen helpen om isolatie te voorkomen, benadrukken Kim et al. (2025) dat een duurzame verbetering van de mentale gezondheid enkel mogelijk is wanneer de fundamentele oorzaken van de isolatie worden aangepakt.

Uit onderzoek naar interventies blijkt dat herstel bij hikikomori een langdurig en complex proces is. Studies naar psychotherapie tonen aan dat een behandelduur van twee tot vier jaar nodig kan zijn alvorens herstel wordt bereikt en dat het moeilijk is om deze doelgroep langdurig in behandeling te houden. Gezien het frequente gebruik van digitale media en de aanwezigheid van sociale angst, wordt in de praktijk vaak ingezet op online interventies. Een geïntegreerde aanpak waarbij online en offline counseling worden gecombineerd, blijkt betere resultaten op te leveren op het vlak van levenskwaliteit dan het gebruik van slechts één van beide methoden. Online interventies bieden een laagdrempelig communicatiekanaal, terwijl face-to-face contactmogelijkheden creëert voor diepgaandere ondersteuning en gezinsinterventies (Su et al., 2021; Yung et al., 2021).

Volgens Yung et al. (2021) ontbreekt het bij veel huidige interventies voor hikikomori aan een duidelijk focuspunt of een onderliggend theoretisch kader, wat een systematische benadering van herstel bemoeilijkt. Het gebruik van een psychosociaal herstelmodel kan hierin een meerwaarde bieden. Hoewel verschillende herstelmodellen bestaan, zoals het rehabilitatiemodel en het krachtgerichte model, lijkt het CHIME-framework bijzonder geschikt voor de hikikomori-populatie. Dit model, ontwikkeld door Leamy, omvat vijf kerndomeinen: verbondenheid, hoop en optimisme, identiteit, zingeving en empowerment. Verbondenheid verwijst naar het belang van sociale relaties en participatie, hoop en optimisme hebben betrekking op het geloof in herstel en de motivatie tot verandering, identiteit omvat het heropbouwen van een positief zelfbeeld, zingeving verwijst naar het ervaren van betekenisvolle doelen en sociale rollen, en empowerment heeft betrekking op het ervaren van controle over het eigen leven. De domeinen zijn bovendien breed genoeg om ook toegepast te worden op individuen zonder formele psychiatrische diagnose, maar met duidelijke psychosociale noden.

Volgens Yung et al. (2021) wijzen studies naar het CHIME-framework op het belang van empowerment en een krachtgerichte benadering. Zo werd vastgesteld dat speltherapie met online games significant samenhangt met empowerment en positieve psychologische ontwikkeling, waarbij empowerment een sterke voorspeller blijkt van positieve uitkomsten. Dit onderstreept het belang van interventies die inzetten op het versterken van individuele capaciteiten en autonomie.

De toepassing van het CHIME-framework maakt duidelijk dat de hikikomori-levensstijl gekenmerkt wordt door sterke sociale isolatie, beperkte sociale relaties, sociale angst, een negatieve zelfperceptie en identiteitsproblemen. Binnen de zorg voor hikikomori lijken relationele dynamiek en activiteit cruciale componenten, die kunnen worden gebruikt om de mate van verbondenheid en de vooruitgang in het herstelproces te evalueren. Het integreren van deze componenten als subdomeinen binnen het CHIME-framework kan de toepasbaarheid ervan verder versterken. Desondanks dient de volledige toepasbaarheid van het framework verder empirisch onderzocht te worden, bijvoorbeeld door bij herstelde hikikomori na te gaan in welke mate de verschillende domeinen hebben bijgedragen aan hun herstel (Yung et al., 2021).

Volgens Uchiyama et al. (2025) kunnen sociale mediaplatformen een waardevolle online ruimte vormen voor personen met hikikomori. Via deze platformen kunnen zij sociale interactie aangaan, deelnemen aan een gemeenschap en zich uitspreken tegen stigmatisering. Omdat het digitale karakter de sociale angst voor sommigen verlaagt in vergelijking met face-to-facecontact, kan online communicatie een eerste stap vormen naar sociaal herstel. Tegelijk blijft het belangrijk om erop toe te zien dat online contact het offline isolement niet verder versterkt (Uchiyama et al., 2025).

Wat betreft de effectiviteit van specifieke interventies beoordeelden psychiaters uit verschillende landen, die deelnamen aan het onderzoek van Tan et al. (2025), psychotherapie als een zeer effectieve interventie voor hikikomori, een bevinding die ook door Kato et al. (2019) wordt bevestigd. Contextgerichte interventies werden eveneens in veel landen als zeer effectief beoordeeld, al toonden deelnemers uit landen zoals Zuid-Korea en Iran een voorkeur voor farmacotherapie boven contextgerichte benaderingen.

Volgens Su et al. (2021) worden traditionele interventiemethoden door jongeren met hikikomori vaak als onvoldoende ervaren, mede omdat zij weinig motivatie tonen om sociale interacties aan te gaan of hulp te zoeken. Om dit beter te begrijpen, verwijzen Su et al. (2021) naar de recognition theory, gebaseerd op de perspectieven van Nancy Fraser en Axel Honneth. Beiden benadrukken het belang van erkenning, maar vanuit verschillende invalshoeken. Enerzijds richt Fraser zich op sociale structuren en ongelijkheden die bepalen wie volwaardig kan deelnemen aan de samenleving, terwijl Honneth anderzijds de nadruk legt op de rol van dagelijkse relaties en interacties in het verkrijgen van erkenning.

Honneth onderscheidt daarbij drie vormen van erkenning: liefde, als emotionele steun binnen hechte relaties die de basis vormt voor zelfvertrouwen; respect, als het erkend worden als volwaardig individu met rechten en autonomie; en sociale waardering, als het

ervaren dat de eigen inzet en bijdrage door anderen worden opgemerkt, wat bijdraagt aan zelfwaarde (Su et al., 2021). Bij jongeren met hikikomori ontbreekt deze erkenning vaak op meerdere niveaus tegelijk. Maatschappelijke verwachtingen rondom studie en werk zorgen ervoor dat zij al snel buiten de norm vallen en gestigmatiseerd worden, terwijl hun isolatie de sociale steun en bevestiging verder doet afnemen. Zo ontstaat een vicieuze cirkel waarbij het gevoel van niet gezien of gewaardeerd worden steeds sterker wordt (Su et al., 2021).

Door de perspectieven van Fraser en Honneth te combineren, stellen Su et al. (2021) dat hikikomori niet enkel een individueel probleem is, maar ook een maatschappelijke dimensie heeft. Fraser helpt begrijpen hoe sociale structuren uitsluiting kunnen veroorzaken, terwijl Honneth aantoont hoe belangrijk persoonlijke erkenning is voor iemands zelfbeeld en welzijn. Samen tonen zij aan dat een gebrek aan erkenning op verschillende niveaus kan bijdragen aan sociale terugtrekking en een laag zelfbeeld.

Aansluitend introduceren Su et al. (2021) het Expanded Notion of Work-model van Wong, dat een bredere kijk biedt op het begrip 'werk'. In plaats van enkel betaalde arbeid te benadrukken, omvat dit model ook onbetaalde en informele activiteiten zoals vrijwilligerswerk, zorgtaken en serieuze vrijetijdsbesteding. In combinatie met de recognition theory werd op basis hiervan het experience-driven framework ontwikkeld, dat hulpverleners helpt aan te sluiten bij de leefwereld van jongeren door hun dagelijkse activiteiten en interesses te erkennen als betekenisvolle ervaringen. Vanuit dit perspectief kunnen jongeren worden begeleid naar stages, vrijwilligerswerk of andere praktijkervaringen, wat hun vaardigheden versterkt en overdraagbaar maakt naar andere levensdomeinen.

Op basis van de bevindingen van Su et al. (2021) tonen interventies gebaseerd op deze modellen aan dat verandering voor jongeren met hikikomori mogelijk is: sommigen maken grote stappen zoals de doorstroom naar onderwijs of werk, terwijl anderen al gebaat zijn bij een verminderd isolement. Dit benadrukt dat het erkennen van informele ervaringen en het verbreden van het begrip 'werk' kunnen bijdragen aan meer zelfvertrouwen en een betere maatschappelijke participatie.

4. Conclusies

De centrale onderzoeksvraag van deze systematische literatuurstudie luidde: *"Hoe kunnen jongeren en jongvolwassenen met kenmerken van hikikomori in Vlaanderen vroegtijdig worden gedetecteerd en begeleid binnen de hulpverlening?"* Op basis van deze studie kan hierop als volgt geantwoord worden: Hikikomori wordt gekenmerkt door een

ernstige en langdurige sociale terugtrekking van minstens zes maanden, die vrijwel altijd gepaard gaat met comorbide problematiek zoals angststoornissen, depressie en autismespectrumstoornis.

De hoge prevalentie van suïcidaliteit binnen deze doelgroep benadrukt de klinische ernst en de nood aan tijdige interventie. Vroege detectie blijkt in de eerste plaats afhankelijk van het herkennen van gedragsmatige signalen door de directe omgeving, aangezien personen met hikikomori zelden spontaan hulp zoeken. Sensibilisering van ouders, familieleden en onderwijsinstellingen vormt daarom een belangrijke prioriteit, waarbij gestandaardiseerde instrumenten zoals de HRI-24 en HRI-15 een ondersteunende rol kunnen vervullen. Wat begeleiding betreft, is een geïntegreerde aanpak waarbij online en offline ondersteuning elkaar aanvullen het meest aangewezen. Dit sluit aan bij de werkwijze van Job & Co vzw, die via Discord een laagdrempelig eerste contact legt en van daaruit doorverwijst naar professionele hulpverlening. Psychotherapie wordt breed erkend als effectieve interventie en het CHIME-framework biedt een bruikbaar kader om begeleidingstrajecten te structureren. Tot slot maakt de sterke samenhang met andere psychiatrische stoornissen duidelijk dat een multidisciplinaire samenwerking essentieel is om deze doelgroep in de Vlaamse context adequaat te ondersteunen.

Deze systematische literatuurstudie kent enkele belangrijke beperkingen die de resultaten en het eindproduct kunnen beïnvloed hebben. Ten eerste is de meerderheid van de beschikbare literatuur afkomstig uit Oost-Aziatische contexten, voornamelijk Japan. Dit hangt samen met het feit dat hikikomori oorspronkelijk in Japan werd beschreven. Hoewel er steeds meer Europese studies beschikbaar zijn, blijft de onderzoeksbasis binnen de Vlaamse of bredere West-Europese context beperkt. Hierdoor is het moeilijk om bevindingen rechtstreeks te vertalen naar de lokale hulpverlening. Het eindproduct dat op basis van deze studie werd ontwikkeld, is daardoor mogelijk minder contextspecifiek dan wenselijk.

Ten tweede ontbreekt tot op heden een universeel aanvaarde definitie en diagnostische standaard voor hikikomori. De gehanteerde definities en meetinstrumenten verschillen sterk tussen studies, waardoor vergelijking en synthese van resultaten bemoeilijkt worden. Dit kan hebben geleid tot vertekeningen in conclusies omtrent prevalentie, risicofactoren en de effectiviteit van interventies.

Ten derde werden alleen Engelstalige artikelen gebruikt. Daardoor kunnen relevante inzichten uit Nederlandstalige, Franstalige of andere Europese studies voor de Vlaamse context ontbreken.

Tot slot blijkt uit de geraadpleegde literatuur dat het perspectief van personen met hikikomori zelf ondervertegenwoordigd blijft. De meeste studies benaderen het fenomeen vanuit een klinisch of observationeel standpunt. Het betrekken van ervaringsdeskundigen had de resultaten kunnen verrijken en de praktijkgerichtheid van het eindproduct verder kunnen versterken.

Samenvattend toont deze literatuurstudie aan dat hikikomori een complexe en multidimensionale problematiek is die vraagt om vroegtijdige detectie, contextgerichte begeleiding en multidisciplinaire samenwerking. Hoewel verder onderzoek binnen de Vlaamse context noodzakelijk blijft, bieden de huidige bevindingen belangrijke aanknopingspunten voor hulpverleners om sociaal teruggetrokken jongeren tijdig te herkennen en gepast te ondersteunen.

5. Vertaling naar de praktijk

(Dit onderdeel wordt gelezen door de externe partner)

Het eindproduct dat voortvloeit uit deze bachelorproef, zie bijlage 5, is een informatief boekje gericht op hulpverleners in Vlaanderen die in hun praktijk in aanraking kunnen komen met jongeren en jongvolwassenen met kenmerken van hikikomori. Tijdens de uitwerking rees de vraag of het product gericht moest zijn op de algemene bevolking of op hulpverleners. Aangezien de doelgroep de vorm bepaalde, werd dit voorgelegd aan de externe promotor, Job & Co vzw, die adviseerde om het product specifiek op hulpverleners te richten. Daarnaast gaf Job & Co vzw aan open te staan voor een creatief en laagdrempelig eindproduct, omdat er binnen de organisatie nood is aan toegankelijke informatie rond dit thema. Hikikomori is immers nog relatief onbekend en wordt vaak verkeerd begrepen, waardoor zowel hulpverleners als de bredere samenleving baat hebben bij sensibilisering en basisinformatie.

Op basis van deze feedback werd besloten om, in plaats van een folder zoals oorspronkelijk gepland, te kiezen voor een informatieboekje. Deze vorm laat toe om meer uitgebreide informatie te verwerken en sluit daardoor beter aan bij de behoeften van zorgverleners. Het uiteindelijke informatieboekje is dus gericht op hulpverleners en biedt hun meer inzicht in hikikomori, evenals concrete handvatten rond onder andere risicofactoren, detectie en mogelijke interventies. Het boekje vormt daarmee een concrete vertaling van de wetenschappelijke inzichten uit deze bachelorproef naar de praktijk van de hulpverlening. Omdat hikikomori binnen Vlaanderen nog weinig gekend is, beschikken veel hulpverleners momenteel over beperkte kennis rond het herkennen en begeleiden van deze doelgroep. Het boekje biedt daarom een toegankelijk en overzichtelijk hulpmiddel dat onmiddellijk bruikbaar is binnen verschillende hulpverleningscontexten.

Het informatieboekje is opgebouwd rond vijf inhoudelijke pijlers die rechtstreeks voortvloeien uit de resultaten van de literatuurstudie. Eerst wordt een heldere definitie van hikikomori toegelicht, inclusief het onderscheid tussen het primaire en secundaire type, zodat hulpverleners het fenomeen correct kunnen plaatsen binnen hun werkveld. Vervolgens komen de risicofactoren aan bod. Daarbij wordt aandacht besteed aan persoonlijke factoren zoals autismespectrumkenmerken en een angstige hechtingsstijl, gezins- en contextuele factoren zoals negatieve jeugdervaringen en disfunctionele gezinscommunicatie, maatschappelijke factoren zoals prestatiedruk en economische onzekerheid, en de rol van het internet, dat zowel een gevolg als een instandhoudende factor kan zijn. Daarnaast behandelt het boekje de comorbiditeit die vaak gepaard gaat met hikikomori. Er wordt benadrukt dat hikikomori vaak samen voorkomt met andere psychiatrische problematiek, zoals angststoornissen, depressie en autismespectrumstoornis. Dit onderstreept het belang van een multidisciplinaire aanpak bij mogelijke interventies. Verder bevat het onderdeel rond screening en detectie concrete handvatten voor hulpverleners, met aandacht voor vroege gedragsmatige signalen, gestandaardiseerde meetinstrumenten zoals de HRI-24 en HRI-15. Daarnaast bevat dit onderdeel ook aandacht voor de drempels die detectie in de praktijk kunnen bemoeilijken, zodat hulpverleners die het product gebruiken zich bewust zijn van mogelijke moeilijkheden waarmee zij tijdens het herkennen en signaleren van hikikomori in aanraking kunnen komen. Tot slot worden verschillende effectieve interventies en aandachtspunten toegelicht, waaronder begeleiding op maat, gezinsgerichte ondersteuning, digitale interventies, psychotherapie, enzovoort.

Een belangrijke meerwaarde van het product ligt in het ondersteunen van vroege detectie. Door informatie te bundelen over signalen, risicofactoren en screeningsmogelijkheden, worden hulpverleners gestimuleerd om sneller alert te zijn voor sociale terugtrekking bij jongeren. Dit kan bijdragen aan een vroegere doorverwijzing naar gepaste ondersteuning en het voorkomen van verdere escalatie van psychische of sociale problemen.

Daarnaast heeft het boekje ook een praktische meerwaarde voor Job & Co vzw. Het kan gebruikt worden tijdens vormingen, infosessies en samenwerkingen met scholen of andere organisaties. Op die manier ondersteunt het product niet alleen de sensibilisering rond hikikomori, maar versterkt het ook de zichtbaarheid en expertise van Job & Co vzw binnen de Vlaamse hulpverlening.

Op basis van de resultaten kunnen ook bredere aanbevelingen worden geformuleerd. Een eerste prioriteit is de sensibilisering van hulpverleners zoals psychologen, maatschappelijk werkers, huisartsen en CLB-medewerkers, voor wie het boekje als

ondersteunend materiaal kan dienen. Omdat vroege signalen van hikikomori zich vaak als eerste manifesteren in de schoolcontext, is het daarnaast aangewezen om ook CLB-medewerkers en leerkrachten te betrekken bij sensibiliseringsacties. De bestaande online werking van Job & Co vzw via Discord verdient verdere uitbouw en zichtbaarheid, waarbij ook andere platformen zoals Reddit of gamingomgevingen kunnen worden verkend om jongeren te bereiken die zich diep hebben teruggetrokken.

Gezien de sterke comorbiditeit is de ontwikkeling van een duidelijk doorverwijsnetwerk met psychologen, psychiaters en gespecialiseerde centra eveneens essentieel. Op beleidsniveau zou hikikomori bovendien expliciet opgenomen kunnen worden in bestaande beleidslijnen rond schoolverzuim, NEET-jongeren en sociale kwetsbaarheid, zodat organisaties zoals Job & Co vzw gerichter middelen kunnen aanvragen.

Tot slot blijft vervolgonderzoek noodzakelijk, bij voorkeur kwalitatief en specifiek gericht op de Vlaamse context, aangezien de huidige literatuur sterk gebaseerd is op Oost-Aziatische studies en de vertaalbaarheid naar Vlaanderen daardoor beperkt blijft.

Referenties

Al-Sibani, N., Chan, M. F., Al-Huseini, S., Al Kharusi, N., Guillemain, G. J., Al-Abri, M., Ganesh, A., Al Hasani, Y., & Al-Adawi, S. (2023). *Exploring hikikomori-like idiom of distress a year into the SARS-CoV-2 pandemic in Oman: Factorial validity of the 25-item Hikikomori Questionnaire, prevalence and associated factors*. PLOS ONE, 18(8), e0279612. https://research-ebsco-com.am.thomasmore.e-bronnen.be/c/x5pkn6/viewer/pdf/m3ft5bwo6n?route=details

Amendola, S. (2025). Isolation, withdrawal, and avoidance in the diagnostic criteria of mental health disorders in DSM-5-TR and ICD-11. *International Journal of Social Psychiatry*. https://doi.org/10.1177/00207640251337968

Association, A. P. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.*
Ayoub, M., Udo, C., & Randell, E. (2021). Promoting social engagement for young adults living in social isolation in Sweden: social workers and health care professionals' perceptions of success factors. *Nordic Social Work Research*, *13*(1), 63–75. https://doi.org/10.1080/2156857x.2021.1946710

Calaresi, D., Saladino, V., Giordano, F., & Verrastro, V. (2025). Understanding adolescent suicide risk through alexithymia and hikikomori behaviours: A three-wave study. *British Journal Of Clinical Psychology*, *64*(4), 888–904. https://doi.org/10.1111/bjc.12549

Carpita, B., Nardi, B., Giovannoni, F., Parri, F., Cerofolini, G., Bonelli, C., Massimetti, G., Pellecchia, E., Pini, S., Cremone, I. M., & Dell'Osso, L. (2024). Assessing autistic traits, hikikomori tendencies, pathological videogaming, and eating disorders in university students: Are Pathological videogaming and eating disorders Gender-Specific manifestations of the autism Spectrum? *Brain Sciences*, *14*(7), 720. https://doi.org/10.3390/brainsci14070720

Colledani, D., Anselmi, P., Monacis, L., Robusto, E., Genetti, B., Andreotti, A., Pérez, L. J. G., Mastrobattista, L., Mortali, C., & Minutillo, A. (2023). Validation of the HRI-24 on Adolescents and Development of a Short Version of the Instrument. *International Journal Of Mental Health And Addiction*, *22*(6), 4072–4089. https://doi.org/10.1007/s11469-023-01104-z

Dell'Osso, L., Amatori, G., Muti, D., Giovannoni, F., Parri, F., Violi, M., Cremone, I. M., & Carpita, B. (2023). Autism spectrum, Hikikomori syndrome and internet gaming disorder: is there a link? *Brain Sciences*, *13*(7), 1116. https://doi.org/10.3390/brainsci13071116

Ferreira, L. P., Magalhaes, M., Figueiredo, M. M., & Conde, E. (2025). Beyond the locked door: Hikikomori through a clinical lens. *Cureus*, *17*(2), e78600. https://doi.org/10.7759/cureus.78600

Gent, E. (2022, 24 februari). *The plight of Japan's modern hermits*.
Gündogmus, I., Unsal, C., Alma, L., Kul, A., Aydin, M., Bolu, A., & Oznur, T. (2021). Reliability and Validation of Turkish Version of the 25-item Hikikomori Questionnaire. *Psychiatry And Behavioral Sciences*, *11*(4), 235. https://doi.org/10.5455/pbs.20210919124046

Gunnes, M., Thaulow, K., Kaspersen, S. L., Jensen, C., & Ose, S. O. (2025). Young adults not in education, employment, or training (NEET): a global scoping review. *BMC Public Health*, *25*(1), 3394. https://doi.org/10.1186/s12889-025-24781-y

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), 477. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04116-6

Hamasaki, Y., Pionnié-Dax, N., Dorard, G., Tajan, N., & Hikida, T. (2020). Identifying social withdrawal (hikikomori) factors in adolescents: Understanding the hikikomori spectrum. *Child Psychiatry & Human Development, 52*(5), 808–817. https://doi.org/10.1007/s10578-020-01064-8
https://www.bbc.com/future/article/20190129-the-plight-of-japans-modern-hermits

Kato, T. A., Kanba, S., & Teo, A. R. (2019). Hikikomori: Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, *73*(8), 427–440. https://doi.org/10.1111/pcn.12895

Kato, T. A., Sartorius, N., & Shinfuku, N. (2020). Forced social isolation due to COVID-19 and consequent mental health problems: Lessons from hikikomori. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, *74*(9), 506–507. https://doi-org.am.thomasmore.e-bronnen.be/10.1111/pcn.13112

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

Katsuki, R., Tateno, M., Kubo, H., Kurahara, K., Hayakawa, K., Kuwano, N., Kanba, S., & Kato, T. A. (2020). Autism spectrum conditions in hikikomori: A pilot case–control study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *74*(12), 652–658. https://doi.org/10.1111/pcn.13154

Kim, S., Jang, Y. S., & Park, E. (2025). Associations between social isolation, withdrawal, and depressive symptoms in young adults: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *25*(1), 327. https://doi.org/10.1186/s12888-025-06792-6

Masuda, R., Katsuki, R., Matsushima, T., Kyuragi, S., Nakao, T., & Kato, T. A. (2024). *Does childhood maltreatment affect hikikomori via traits of modern-type depression?* Journal of Affective Disorders, 360, 50–54. https://www-sciencedirect-com.am.thomasmore.e-bronnen.be/science/article/pii/S0165032724008309#section-cited-by

Matsushita, Y., Yasumatsu, N., Suzuki, Y., & Matsumoto, Y. (2023). A study on hikikomori and its implications for Japanese society. *Journal of Humanities and Social Sciences (JHASS),* 5(3), 121–129. https://doi.org/10.36079/lamintang.jhass-0503.453

Muris, P., Van Der Veen, A., Luijten, B., De Bie, C., & Meesters, C. (2025). On Your Own: An explorative study on the psychopathological and psychosocial correlates of hikikomori symptoms in Dutch adolescents and young adults. *Child Psychiatry & Human Development.* https://doi.org/10.1007/s10578-025-01828-0

NVA, Nederlandse Vereniging voor Autisme. (2024, 11 maart). *NVA - Wat is autisme?*
Park, H. E., & Yap, S. (2024). Technology affordances and social withdrawal: The rise of hikikomori. *Psychology and Marketing*, 41(7), 1469–1488. https://doi.org/10.1002/mar.21991

Pupi, V., Bressi, C., Porcelli, P. M., Rossetti, M. G., Bellani, M., Trabacca, A., Brambilla, P., Delle Fave, A., & the SOLITAIRE group. (2025). *Hikikomori (prolonged social withdrawal) and co-occurring psychiatric disorders and symptoms in adolescents and young adults: A scoping review*. Comprehensive Psychiatry, 138, 152573. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X2400124X

Santona, A., Lionetti, F., Tognasso, G., Fusco, C., Maccagnano, G., Barreca, D., & Gorla, L. (2023). Sensitivity and Attachment in an Italian Sample of Hikikomori

Adolescents and Young Adults. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, *20*(12), 6148. https://doi.org/10.3390/ijerph20126148

Su, S. X., Li, T. M. H., & Wong, P. W. C. (2021). *Expanding sources of recognition: Towards an experience-driven framework for reengaging hikikomori and semi-hikikomori*. Child and Adolescent Social Work Journal, 40(2). https://www.researchgate.net/publication/354541228_Expanding_Sources_of_Recognition_Towards_an_Experience-Driven_Framework_for_Reengaging_Hikikomori_and_Semi-hikikomori

Tan, M. P. J., Hayakawa, K., Nakagami, Y., Pereira, S. V., Park, S. C., Park, Y. C., Moon, S. W., Choi, T. Y., Xiang, Y., Sim, K., Horinouchi, T., Avasthi, A., Grover, S., Kallivayalil, R. A., Rai, Y., Shalbafan, M., Chongsuksiri, P., Udomratn, P., Kathriarachchi, S. T., & Javed, A. (2025). Global psychiatrists' opinions about hikikomori from biopsychosocial perspectives: International case vignette survey. *Psychiatry & Clinical Neurosciences Reports*, *4*(2), 1–13. https://doi-org.am.thomasmore.e-bronnen.be/10.1002/pcn5.70120

Teo, A. R., Chen, J. I., Kubo, H., Katsuki, R., Sato-Kasai, M., Shimokawa, N., Hayakawa, K., Umene-Nakano, W., Aikens, J. E., Kanba, S., & 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

Tolomei, G., Masi, G., Milone, A., Fantozzi, P., Viglione, V., Narzisi, A., & Berloffa, S. (2023). *Hikikomori (severe social withdrawal) in Italian adolescents: Clinical features and follow-up*. Children, 10(10), 1669. https://doi.org/10.3390/children10101669

Uchida, Y., & Norasakkunkit, V. (2015). The NEET and Hikikomori spectrum: Assessing the risks and consequences of becoming culturally marginalized. *Frontiers in Psychology*, 6. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01117

Uchiyama, M. A., Bekki, H., McMann, T., Li, Z., & Mackey, 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

Wong, P. W., Li, T. M., Chan, M., Law, Y., Chau, M., Cheng, C., Fu, K., Bacon-Shone, J., & Yip, P. S. (2014). The prevalence and correlates of severe social withdrawal (hikikomori) in Hong Kong: A cross-sectional telephone-based survey study. *International Journal Of Social Psychiatry*, *61*(4), 330–342. https://doi.org/10.1177/0020764014543711

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*(1), 104. https://doi.org/10.1186/s40359-021-00605-7

Bijlagen

Bijlage 1 – Voorbereiding intakegesprek

Voorbereiding Intakegesprek

Vooraf:

Informatie Job & Co vzw

Onze hulpvragers zijn Sofie De Paepe (projectmedewerker – spotter Hikikomori) en Francine Vanden Bussche (coördinatieteam – Job & Co). Zij zijn werkzaam bij Job & Co vzw Gent, een organisatie die zich inzet voor het begeleiden van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt.

Job & Co vzw Gent werkt sinds 2023 rond het project 'Hikikomori'. Dit project is ontstaan in het Arbeidspact van Stad Gent en krijgt sinds 2025 steun van het Koning Boudewijnsstichting.

Het begrip 'Hikikomori' is afkomstig uit Japan en is overgevlogen naar België. Het verwijst naar jongeren of jongvolwassenen die zich bewust terugtrekken uit het sociale leven. Vaak blijven ze maanden of jaren in isolement op hun kamer, onderhouden ze nauwelijks face-to-face contacten en zijn ze enkel actief via online platformen.

Het doel is om jongeren die sociaal teruggetrokken zijn opnieuw te bereiken en hen stap voor stap te begeleiden naar sociale contacten. Job & Co vzw wil nagaan hoe we hen het best kunnen opsporen en ondersteunen.

Dit doen ze door gebruik te maken van Discord, een sociaal medium waarop gebruikers op een laagdrempelige manier met elkaar kunnen communiceren en advies kunnen krijgen over bv. opleidingen of werk. Daarnaast organiseert Job & Co vzw ook offlineactiviteiten, zoals gezelschapsspelletjes op café, om jongeren uit hun isolement proberen te krijgen. Op lange termijn streeft de organisatie ernaar dat het online platform ook zonder ondersteuning kan blijven bestaan.

Tijdens

Algemene vragen Job & Co vzw

- Waarom zijn jullie over dit onderwerp beginnen werken?
- Hoe is dit tot bij Job & Co vzw gekomen? Werkte jullie hier al voor dit onderwerp langs kwam?
  > Sofie aangenomen specifiek voor dit onderwerp
- Wat zijn jullie lange-termijn verwachtingen over dit onderwerp?
  - Werk gebruiken als hefboom zoals reverse matching.
  - Algemeen: begeleidingsmodel, zoeken en vinden wat er werkt, welke soort aanpak, welke activiteiten, wat voor soort messaging, wat sluit eraan bij die mensen --> hoe in iets gieten dat makkelijker repliceerbaar is & hoe kunnen andere organisaties hier mee aan de slag

- Kan je nog even verduidelijken hoe jullie al werken rond dit onderwerp? (Hoeveel jongeren begeleiden ze momenteel, effectieve werkwijzen in het opsporen en 'uit hun kot lokken' van de jongeren...)
  > via flyers, artikel stadsmagazine, mouth to mouth, (instagram werd niet gebruikt)
  > post in sub reddit gent, geld kwam van stad gent, arbeidspact, enkel mensen in gent begeleiden (want geld kwam van stad gent), deze post werd goed ontange, 46 in server (discord) gekomen, (discord ong al 2 jaar & 158 leden)
  > de levensdomeinen van de jongeren eerst in kaart brengen. Daarna eventueel een één op één traject of een dicord community.

--> Nog veel info op ppt hierover.

Specifieke vragen rond BAP

- Wat is juist de hulpvraag?
    - Er is best wel wat onderzoek (bv japan, europa, ...), wat is er nu eigenlijk al aanwezig van soorten hulpverlening in **Europa**. Waar wat en hoe.
    - Een groot overzicht van wat de problematiek juist is binnen Europa. Onderzoek bundelen.
- Hoe zien jullie de samenwerking verlopen? --> Doorheen het traject geen verwachtingen van hen. (Vooral eindevaluatie van belang)
- Hebben jullie specifieke verwachtingen van/voor ons?
    - Autisme interessant iets om mee te nemen --> is de meerderheid
    - Concept van AMAE (japans voor zoet)? --> mama schuldig (nuance) --> focus op mama's kijken
    - **Proberen op Vlaanderen te kijken**
- Hebben jullie graag tussentijdse updates?
    - Af en toe, stuk af, vraag, vast --> geen vaste systematiek.
- Wat hebben jullie als eindproduct in gedachten?
    - Weten we nog niet heheheheh
- Een voorstel doen van een product (brochure, flyer, poster, ...)
    - Nood aan meer inspiratie, welke dingen kunnen we nog proberen.
    - **Flyer/poster** rond general awareness
    - Groot overzicht bestaande onderzoek, **onderzoeksposter**,
      Hoe daar mee omgaan --> **informatieboekje** voor Job & Co vzw zelf.
    - Hoe worden mensen die hikikomori hebben behandeld in andere landen in Europa (zoeken inspiratie uit andere landen)
- Wanneer is dit een geslaagd product voor jullie?
    - Weten we ook nog niet ehhehe
    - Informatief en extra hulp bieden aan vzw, alles helpt (omdat er zo weinig info over is). Nood aan onderzoek
- Hebben jullie zelf al iets van onderzoek gedaan waar we op kunnen verder bouwen? Artikels, literatuur, studies, ...?
  > Ja, Sofie gaat met ons een map delen met verschillende documenten
- Is er nog andere informatie aanwezig binnen de organisatie? (Sturen ze door)
- Zijn er eventueel mensen die bevraagd kunnen worden of vanuit ervaring kunnen spreken? (Namen op ppt?)
- Hebben jullie zelf al een steekproef/doelgroep voor ogen waar we ons op moeten richten? --> jongeren
- Wat zijn de mogelijkheden in de organisatie om data te verzamelen? --> weten we al

- Wie is juist ons aanspreekpunt, en naar wie kunnen jullie altijd mailen (bv Renée).
- Zijn er nog andere betrokken in dit project? Nog iemand waarmee wij rekening moeten houden?
    - Sociaal werkers (spotter)
    - Jobcoach die mee aanschuift vanaf er contact is gemaakt
- Hebben wij van iedereen de contactgegevens?

Afrondend

In het kader van onze bachelorproef vraagt Job & Co vzw om een systematische literatuurstudie uit te voeren rond het fenomeen 'Hikikomori' in Vlaanderen, met de nadruk op detectie en interventie.

Bronnen:

Info Job & Co vzw:

Nws, V. (2024, December 24). 'Hikikomori'-jongeren in Gent krijgen 3 jaar langer begeleiding naar werk: "Stap voor stap uit isolement halen" | VRT NWS: nieuws. *VRTNWS*. https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/12/20/hikikimori-eenzaamheid-japan-gent-tewerkstelling-arbeid-project/

Hikikomori - Compaan. (2025, Augustus 13). Compaan. https://www.compaan.be/projecten/hikikomori/

Vragen na intakegesprek

- Wat zijn de gevaren op lange termijn?
- Wat is de overlap met psychiatrische stoornissen ?
  Kunnen we die van elkaar onderscheiden ?
  --> fenomeen dat voornamelijk daarbij voorkomt
- Vaak alleenstaande ouders, of ouders die zelf al problemen hebben. Vaak is hun draagkracht al volledig weg, hoe komt dat? Zien we dat over heel Vlaanderen?
- Wat voor jobs zouden wel goed zijn, hoe kunnen we ze hiervoor warm maken? (Discord)
- Sensibiliseren (waar kunnen ze online (psychologische)hulp vinden).
- Zijn er duidelijke signalen bij jongeren (-18) om op te merken wanneer ze gaan uitvallen? Zijn deze er bij jongeren +18? Zijn hier verschillen? -->
- Hoe kunnen we dit naar Antwerpen en andere plekken trekken?
- General awarness vergroten, hoe?
- Hoe kunnen we de echte wereld aanbieden aan de Hikikomori?

Bijlage 2 – Intakeverslag

Wie is de externe partner?

Onze hulpvrager en contactpersoon is Sofie De Paepe, projectmedewerker en de spotter van Hikikomori. Zij is werkzaam bij Job & Co vzw Gent, een organisatie die zich inzet voor het begeleiden van mensen die een afstand hebben tot de arbeidsmarkt. Sofie is aangenomen vanwege haar interesse in thema's zoals Hikikomori, sociale afzondering... en door haar persoonlijke geschiedenis rond dit thema. Als ex-Hikikomori zijnde, heeft zij zich gefocust op hoe dit fenomeen voorkomt in Gent.

Haar functie is voornamelijk om het sociale isolement van Hikikomori te doorbreken. Dit doet ze nu voornamelijk via het platform Discord, waarvan Job & Co vzw al twee jaar gebruikt maakt. Op dit platform kunnen mensen zich aansluiten waardoor ze hun dagelijkse belevingen kunnen delen met peers. Dit is opgezet door Sofie en haar team om toch een vorm van sociaal contact te bevorderen voor de doelgroep. Er zitten op dit moment circa 150 personen in de Discordserver.

Wat is hun hulpvraag?

Het doel is om een overzicht te krijgen van wat er al aanwezig is qua hulpverlening in Europa. Meer specifiek waar de hulpverlening plaats vindt (bv. in welk land), wat de hulpverlening net inhoudt en hoe deze toegepast wordt in de praktijk. Daarnaast is het voor hen ook interessant om een ruimer beeld te krijgen over het fenomeen Hikikomori en wat dit net inhoudt in andere Europese landen.

Er wordt gevraagd om een meta-analyse te doen, dit houdt in dat men reeds gedaan onderzoek rond het fenomeen Hikikomori gaat verzamelen en bundelt tot één relevant geheel. Dit onderzoek gaat over verschillende landen heen. Uiteindelijk zal het de bedoeling zijn dat er hulpmiddelen rond opgezet worden die Job & Co vzw verder kunnen helpen bij hun werk.

Waarom wordt deze hulpvraag nu gesteld aan studenten Toegepaste Psychologie?

De hulpvraag rond Hikikomori wordt gesteld aan studenten Toegepaste Psychologie omdat dit fenomeen nauw aansluit bij de thema's waarmee wij als toekomstige hulpverleners in de praktijk te maken krijgen. Hikikomori verwijst naar jongeren die zich langdurig sociaal terugtrekken en nauwelijks nog deelnemen aan het maatschappelijke leven. Ze isoleren zich vaak in hun kamer, verbreken contact met vrienden en familie, en verliezen hun gevoel van richting of doel in het leven. Studenten Toegepaste Psychologie leren om gedrag en emoties in sociale contexten te begrijpen, en hebben daardoor de juiste kennis om de oorzaken, gevolgen en mogelijke vormen van begeleiding bij dit soort problematiek te onderzoeken.

Welke verwachtingen heeft de externe partner van het eindresultaat van de bachelorproef?

Job & Co vzw verwacht dat wij een systematische literatuurstudie uitvoeren rond het fenomeen 'Hikikomori' in Vlaanderen, met de focus op detectie en interventie. Sofie gaf aan dat het interessant zou zijn om autisme in het onderzoek op te nemen, aangezien dit bij de meerderheid van de jongeren voorkomt. Ook haalde ze het concept van AMAE aan, waarbij er gekeken wordt naar moeders die zich schuldig voelen. AMEA is een Japans concept dat verwijst naar extreme afhankelijkheid (bijvoorbeeld een kind naar zijn ouder(s) toe).

Daarnaast staat de organisatie open voor een creatief eindproduct, zoals een informatieboekje over hoe hiermee om te kunnen gaan, een onderzoeksposter, brochure of flyer. Dit zou zowel intern kunnen dienen of als ter inspiratie naar externe bijvoorbeeld algemene bekendmaking van het thema.

Kan de externe partner zelf een bijdrage leveren?

We hebben van Sofie een PowerPointpresentatie ontvangen met alle informatie die zij de afgelopen twee jaar heeft verzameld, inclusief het bijhorende bronmateriaal. Deze presentatie en informatie biedt ons momenteel een beter inzicht in het onderwerp en kan in een later stadium als inspiratiebron dienen voor ons verdere werk.

Hoe wenst de externe partner betrokken te worden?

Sofie gaf aan dat zij niet continu op de hoogte hoeft te worden gehouden van de werkzaamheden. Wel stelde zij voor om om de twee tot drie maanden een mail te sturen met wat we al hebben gevonden voor ons onderzoek en wat de stand van zaken is. Daarnaast kunnen we haar steeds contacteren wanneer we tegen moeilijkheden aanlopen of nood hebben aan overleg.

Bijlage 3 – Schema deontologie en implicaties hiervan voor jouw onderzoek

Deontologie

Het is ALTIJD noodzakelijk de volgende acties te ondernemen bij onderzoek:

1 Alle vertrouwelijke informatie over de externe partner (bv. interne documenten, "inside information",...) en deelnemers aan het onderzoek wordt tijdens het onderzoek zorgvuldig bewaard op een veilige plaats. Er wordt ook zorgvuldig mee omgegaan (bv. dus NIET doorgeven via facebook of andere niet veilige kanalen).

Na afloop van het onderzoek bezorg je alle info aan de promotor (zowel digitale als fysieke info) en ben je verplicht alle vertrouwelijke informatie van de externe partner en deelnemers aan het onderzoek te VERWIJDEREN van je computer en online platformen (bv. onedrive, google docs, …).

2. Je hebt ALTIJD een informed consent[1] nodig van de deelnemers. Welke je dient te voorzien, kan je hieronder afleiden. De informatie in de informed consent is op maat van de deelnemers. Pas je taal aan! Indien nodig geef je mondelinge toelichting. Informed consent is ook verplicht bij digitale manieren van dataverzameling!

3. Je zorgt er altijd voor dat de deelnemers een contactadres (bv. e-mailadressen van de BaP studenten) hebben waar ze terecht kunnen met vragen en opmerkingen.

Voor elk onderzoek dien je de onderstaande vragen te beantwoorden, te noteren wat dit concreet betekent voor jouw onderzoek (bv. een aanvraag indienen bij de ethische commissie van Toegepaste Psychologie, het opmaken van een informed consent voor ouders, een lijst voorzien met organisaties waar deelnemers terecht kunnen na het onderzoek …) en deze stappen vervolgens uiteraard uit te voeren.

1. Deelnemers

Welke leeftijdsgroep neemt deel aan je onderzoek?	☐	0-11 jaar	☐	Ik vraag mijn promotor of een aanvraag voor SMEC[2] reeds ingediend en goedgekeurd werd. + Ik gebruik een informed consent[1] voor ouders.
	☐	12-17 jaar	☐	Ik vraag mijn promotor of een aanvraag voor SMEC[2] reeds ingediend en goedgekeurd werd. + Ik gebruik een informed consent[1] voor ouders én voor jongere.
	☐	18+	☐	Ik gebruik een informed consent[1] voor volwassenen.
Nemen mensen met een gezondheidszorgberoep[3] deel aan je onderzoek?	☐	Ja	☐	Ik vraag mijn promotor of een aanvraag voor MEC reeds ingediend en goedgekeurd werd. + Ik gebruik een informed consent[1] voor volwassenen.
	☒	Nee		

Nemen studenten deel aan het onderzoek in het kader van course credits?[4]	☐	Ja	→	☐	Ik vraag aan mijn promotor of een aanvraag bij de interne Ethische commissie van Toegepaste Psychologie werd ingediend en goedgekeurd. + Ik heb extra oog voor anonimiteit en privacy van de gegevens van de deelnemers.
	☒	Nee			
Gaat het om een kwetsbare groep? (d.w.z. vooraf gekende fysieke/psychische problemen)	☐	Ja	→	☐	Ik vraag aan mijn promotor of een aanvraag bij SMEC/MEC werd ingediend en goedgekeurd.[5]
	☒	Neen			
Ik vraag de deelnemers om actieve toestemming[10].	☐	Ja			
	☐	Nee, passieve toestemming → Is dit noodzakelijk?	Nee →	☐	Ik gebruik actieve toestemming.
			Ja →	☐	Ik vraag mijn promotor of een aanvraag voor SMEC[2] reeds ingediend en goedgekeurd werd.

2. Materiaal

Wordt er gebruik gemaakt van elektrische apparaten waaraan mogelijk een risico verbonden zou kunnen zijn?	☐	Ja	→	☐	Ik vraag aan mijn promotor of een aanvraag bij een ethische commissie (Ethische commissie TP, SMEC of MEC) werd ingediend en goedgekeurd.
	☒	Neen			
Komen thema's aan bod in het onderzoek die mogelijk psychisch ongemak bij de deelnemers kan veroorzaken?[12]	☐	Ja	→	☐	Ik vraag aan mijn promotor of een aanvraag bij een ethische commissie (Ethische commissie TP, SMEC of MEC) werd ingediend en goedgekeurd. + Ik voorzie een lijst met opvangadressen voor de deelnemers. + Indien nodig noteer ik op voorhand welke acties

ondernomen worden indien gevaarlijke situaties tot stand komen.[6]

☒ Neen

3. Procedure

Wordt er gebruik gemaakt van misleiding?	☐ Ja →	Is misleiding de enige mogelijke manier om de onderzoeksvraag te bestuderen?	☐ Ja →	☐	Ik bespreek met mijn promotor of een aanvraag bij de ethische commissie (Ethische commissie TP, SMEC of MEC) nodig is. + Ik zorg voor duidelijke debriefing[7] achteraf.
	☒ Neen		☐ Neen →	☐	Ik gebruik een andere procedure om de onderzoeksvraag te bestuderen.
Worden deelnemers blootgesteld aan risico's en/of ongemakken? (fysiek of psychisch)[8]	☐ Ja →	Is deze blootstelling de enige mogelijke manier om de onderzoeksvraag te bestuderen?	☐ Ja →	☐	Ik bespreek met mijn promotor of een aanvraag bij de ethische commissie (Ethische commissie TP, SMEC of MEC) nodig is. + Ik zorg voor uitstapmogelijkheden[9] tijdens de procedure en voor debriefing en opvangadressen[11] achteraf.
	☒ Neen		☐ Neen →	☐	Ik gebruik een andere procedure om de onderzoeksvraag te bestuderen.
Is er een debriefing voorzien? (korte uitleg onderzoek, contactadres voor vragen, bedanking)	☐ Ja →			☐	Ik zorg ervoor dat deelnemers voldoende geïnformeerd zijn en met een positief gevoel het onderzoek afsluiten[7]. Ik zorg voor vermelding van de nodige contactadressen. Minimaal onderzoeker, eventueel opvangadressen[11].
	☒ Neen →			☐	Ik bespreek met mijn promotor waarom dit niet wenselijk is.

4. Beroepsgeheim en privacy

Is het nodig om identificatiegegevens van deelnemers te vragen? (= alles waarmee iemand kan weten over welke persoon het gaat, bv. naam, foto, combinatie woonplaats & geboortedatum, …)	☐	Ja	☐	Ik bespreek met mijn promotor of een aanvraag bij een ethische commissie (Ethische commissie TP, SMEC of MEC) nodig is. + Ik zorg gecodeerde bewaring van de data[13]. + Ik verwijder alle data zowel fysiek als digitaal na afloop van het onderzoek.
	☒	Neen		
Komen deelnemers met elkaar in contract of krijgen ze elkaars identificatiegegevens (bv. e-mailadres) op een bepaald moment te zien?	☐	Ja	☐	Ik zorg ervoor dat deelnemers zich hiervan bewust zijn en er geen bezwaar tegen hebben. + Ik bespreek met de deelnemers dat ze geen informatie over elkaar doorgeven aan derden[14].
	☒	Neen		

Voetnoten

[1] Een **sjabloon voor een informed** consent is terug te vinden op Canvas (Modules – Methodologische opfrissing & ondersteuning (voorkennis) – Opfrissing MPO2 – Deontologisch handelen & informed consent).

[2]Wanneer **minderjarigen** deelnemers van het onderzoek zijn, dient doorgaans een goedkeuring te worden gekregen van het SMEC, Sociaal-Maatschappelijk Ethische Commissie.

[3]Mensen die een gezondheidszorgberoep uitoefenen vallen onder de wet Uitoefening gezondheidszorgberoepen (WUG): arts, tandarts, apotheker, verpleegkundige, kinesitherapeut, vroedvrouw, zorgkundige en paramedische beroepen, zoals klinische psychologen en klinische orthopedagogen. Indien het onderzoek dat je uitvoert tot doel heeft hun klinische praktijk te veranderen of ze tijdens het onderzoek hun klinische praktijk moeten aanpassen, dan moet je hiervoor een goedkeuring krijgen van het MEC (EC onderzoek of andere Medisch Ethische Commissie). Wanneer je enkel algemene informatie vraagt, is geen MEC-aanvraag nodig.

[4]Wanneer studenten in het kader van **course credits** deelnemen zijn er aantal zaken waar je extra aandacht voor moeten hebben omdat onderzoeker en deelnemer elkaar mogelijk kennen en omdat deelnemers zich mogelijk verplicht voelen deel te nemen aan het onderzoek of het onderzoek niet durven stopzetten bij ongemak. Een aanvraag voor de ethische commissie van TP kan dan nodig zijn: (1) Zorg ervoor dat deelnemers anoniem kunnen deelnemen aan het onderzoek of indien dat niet kan, de identificatiegegevens van de deelnemers apart bewaard worden van de onderzoeksgegevens; (2) Zorg ervoor dat deelnemers weten dat het stoppen met het onderzoek indien het onderzoek te ongemakkelijk wordt, geen negatief effect heeft voor hun course credits.

[5]Wanneer **deelnemers kwetsbaar** zijn, dient goedkeuring te worden verkregen van SMEC bij psychisch kwetsbaarheid of van het MEC (EC onderzoek of andere Medisch Ethische Commissie) bij fysieke kwetsbaarheid.

[6]Wanneer je onderzoek een moeilijk thema betreft, kan het zijn dat er moeilijke situaties ontstaan, bv. deelnemer geraakt overstuur, uit de vragenlijst blijkt dat de deelnemer hoog scoort op suïcide gedachten, … Het is belangrijk op voorhand na te denken welke stappen je zal ondernemen wanneer dergelijke situaties zich voordoen. Bespreek dit zeker grondig met je promotor.

[7]**Debriefing** heeft de bedoeling om de deelnemers te informeren over het eigenlijke opzet van het onderzoek. Dit is erg belangrijk bij misleiding: je vertelt achteraf de ware toedracht van het onderzoek en zorgt dat je deelnemers het onderzoek niet verlaten met negatieve gevoelens. Dit is niet hetzelfde als informeren over eventuele prestaties, scores enz.

[8]Fysiek ongemak, bv. pijn; psychisch ongemak, bv. angst, verlegenheid, …

[9]Zoals in de standaard informed consent opgenomen is, is het altijd mogelijk om op elk moment van het onderzoek de deelname te staken zonder nadelige gevolgen voor de deelnemer. In geval van onderzoek waarbij de procedure fysiek of psychisch ongemak met zich meebrengt is het belangrijk dit te benadrukken.

[10]Bij actieve toestemming vraag je de potentiële deelnemer schriftelijk aan te geven of hij/zij wil deelnemen aan het onderzoek, bv. door een toestemmingsstrookje te bezorgen aan de onderzoeker. Bij passieve toestemming vraag je de potentiële deelnemer schriftelijk te laten weten als hij/zij NIET wenst deel te nemen. Voor deze laatste vorm is toestemming van het SMEC nodig.

[11]Een voorbeeld van een lijst met opvangadressen vind je terug op Canvas (Modules – Methodologische opfrissing & ondersteuning (voorkennis) – Opfrissing MPO2 – Deontologisch handelen & informed consent)).

[12]Dit houdt bijvoorbeeld ook vragenlijsten in die een moeilijk onderwerp, zoals suïcide, depressie, … betreffen.

[13]Je bewaart de identificatiegegevens en onderzoeksdata van de deelnemers altijd apart! Je maak je 2 aparte bestanden: één met gecodeerde onderzoeksdata (i.p.v. de naam van je deelnemer een code) en één met de identificatiegegevens én de code. Dit laatste bestand wordt apart en zorgvuldig bewaard!

[14]Je kan in de informed consent eventueel een regel hierover toevoegen.

Bijlage 4 – Verklaring gebruik genAI

Dit document is een aangepaste en vertaalde versie van de *GenAI code of conduct for students* van KU Leuven.

Duid aan.

☐ Wij hebben **geen gebruik** gemaakt van een GenAI-tool.

☐ Wij hebben **gebruik gemaakt** van een GenAI-tool.

In dat geval, specificeren we in de tabel hieronder de gebruikte tool(s) en waarvoor:

	Naam van de gebruikte GenAI-tool *Geef met een "X" aan voor welke doeleinden je de GenAI-tool hebt gebruikt:*		
GenAI-tool gebruikt voor:	ChatGPT		
Taalassistentie (grammatica, spelling of schrijfstijl verbeteren van zelf geschreven teksten)	x		
Zoeken van bronnen: **Zoekopdracht**: inspiratie voor zoektermen van de kernwoorden van je onderzoeksvraag	x		
Zoeken van bronnen: Zoekmachine/literatuuronderzoek	**Niet toegestaan voor BaP**		
Genereren van tekstblokken	**Niet toegestaan voor BaP**		
Genereren van nieuwe onderzoeksideeën	**Niet van toepassing voor BaP**		
Andere, nl.: *[Omschrijf hier het gebruik]*			

Duiding bij de tabel

- **GenAI als taalassistent voor het controleren / verbeteren van teksten die ik zelf heb geschreven**
  - Dit gebruik is vergelijkbaar met het gebruik van tools voor spelling- en grammaticacontrole, je hoeft dit gebruik van GenAI niet te vermelden in de tekst.
- Wees voorzichtig: Het gebruik van GenAI-tools op teksten die je zelf niet hebt geschreven om plagiaat te verdoezelen (door originele teksten te parafraseren) is niet toegestaan.
- Wees voorzichtig: GenAI-tools mogen niet worden gebruikt voor gevoelige of persoonlijke gegevens vanwege privacy.

- **GenAI als zoekmachine om informatie over een onderwerp te verkrijgen of om bestaand onderzoek over het onderwerp te zoeken**
  - Voor inhoudelijke kennis mag GenAI binnen MPO2 enkel gebruikt worden ter inspiratie of ter kennismaking met een onderwerp.
  - Ga op zoek naar bestaande en oorspronkelijke bronnen via wetenschappelijke zoekmachines zoals Limo of Google Scholar.

- **Andere**
  - Verifieer met de docent bij twijfel.

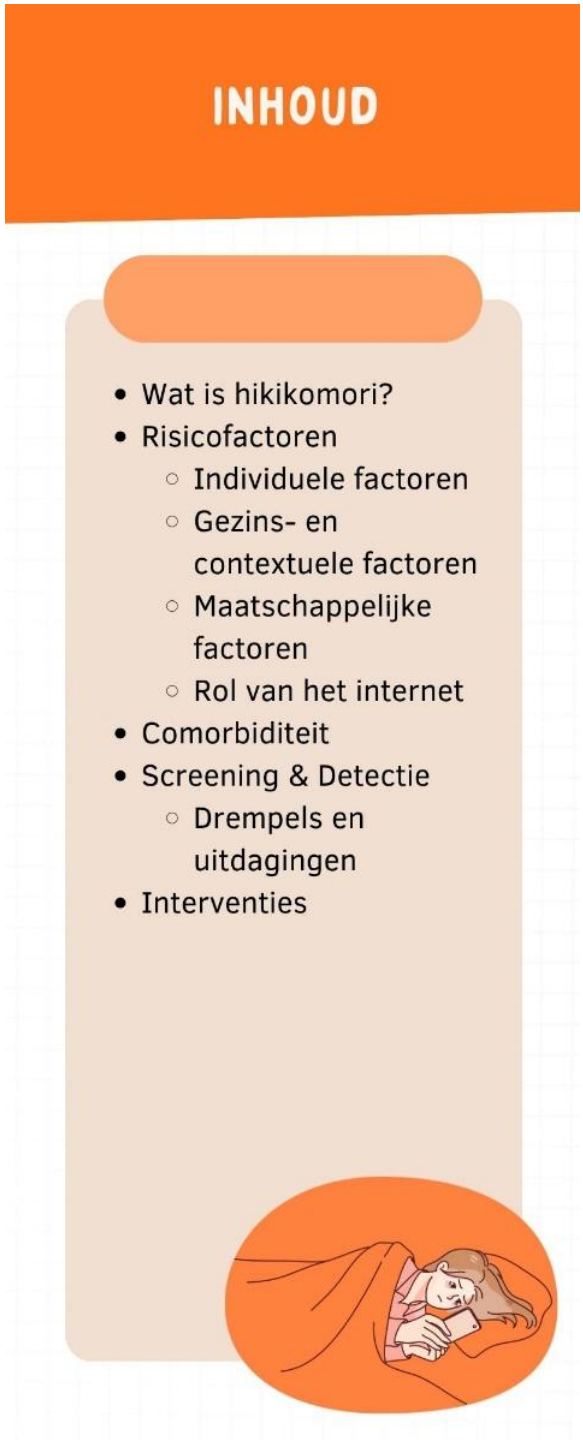
Belangrijke bemerkingen
Als student ben je verantwoordelijk voor het naleven van Artikel 72 van het Onderwijs- en Examenreglement (OER): je onderzoeksverslag moet je eigen kennis, begrip en vaardigheden weerspiegelen. Wees je ervan bewust dat de regels voor plagiaat ook van toepassing zijn op (werk dat het resultaat is van) het gebruik van GenAI-hulpmiddelen.

> **Examenreglement Artikel 72**: "*Elk gedrag van een student in het kader van een examen dat het geheel of gedeel-telijk onmogelijk maakt of probeert te maken om een juist oordeel te vormen over de kennis, het inzicht en/of de vaardigheden van de student zelf of van andere studenten, wordt beschouwd als examenonregelmatigheid. Plagiaat is een vorm van examenonregelmatigheid die bestaat uit elke identieke of licht gewijzigde overname van het werk (ideeën, teksten, structuren, beelden, plannen, ...) van anderen zonder adequate bronvermelding.*"

Aanvullende info:
- **KU Leuven richtlijnen** over verantwoord gebruik van generatieve artificiële intelligentie, en andere informatie**:** https://www.kuleuven.be/genai en https://www.kuleuven.be/onderwijs/student/onderwijstools/artificiele-intelligentie
- **Het onderwijs- en examenreglement (OER)** en **Plagiaatwijzer TP** kan je terugvinden op het studentenportaal onder de rubriek "*TP – Ombudsdienst & Afwezigheden*": https://thomasmore365.sharepoint.com/sites/s.tp/SitePages/Ombudsdienst.aspx

Bijlage 5 – Product





WAT IS HIKIKOMORI?

hiku
'zich terugtrekken'

komoru
'zich afzonderen'

Hikikomori is een vorm van ernstige sociale terugtrekking waarbij iemand zich gedurende lange tijd afzondert van de samenleving. Personen met hikikomori blijven meestal thuis, vermijden sociale contacten en nemen weinig of niet deel aan school, werk of andere dagelijkse activiteiten. Deze isolatie duurt minstens zes maanden en heeft een grote impact op het dagelijks functioneren en het mentaal welzijn.

1 **Sociale terugtrekking**

Personen met hikikomori verblijven meestal binnenshuis en verlaten hun woning of kamer slechts uitzonderlijk, waardoor hun dagelijkse leven zich grotendeels binnen de thuisomgeving afspeelt.

2 **≥ 6 maanden**

Om over hikikomori te spreken moet de sociale terugtrekking aanwezig zijn voor een periode van minstens 6 maanden.

3 **Lijdensdruk**

De langdurige isolatie heeft vaak een grote impact op het dagelijks functioneren en het mentaal welzijn. Personen kunnen gevoelens ervaren van eenzaamheid, angst, somberheid, stress of hopeloosheid.

WAT ZIJN DE RISICOFACTOREN?

1. INDIVIDUELE FACTOREN

Individuele factoren zijn persoonlijke kenmerken en eigenschappen (gedrag, gedachten, gevoelens en persoonlijke omstandigheden) die invloed kunnen hebben op het ontstaan of verergeren van hikikomori.



Autismespectrumstoornis (ASS)

Moeilijkheden in sociale interactie, beperkingen in empathie, ruminatie en communicatieve beperkingen kunnen bijdragen aan sociale terugtrekking en dus hikikomori.

Alexithymie

Een psychische conditie die wordt gekenmerkt door moeilijkheden in het herkennen en uiten van emoties. Problemen met emotionele verwerking en communicatie kunnen terugtrekking versterken en bijdragen aan verhoogde psychologische distress en suïcidaliteit bij jongeren.



Omgevingssensitiviteit

Bij personen met hikikomori spelen overgevoeligheid voor prikkels een belangrijke rol in hun psychologisch functioneren.

Zelfbeeld & attributiestijl

Jongeren die hun sociale isolatie of terug-trekking verklaren vanuit gezinsproblemen, zoals familieconflicten, huiselijk geweld of echtscheiding van ouders, lopen een hoger risico op depressieve symptomen. Ook hebben jongeren met hikikomori vaak een negatiever zelfbeeld.

Modern-Type Depression (MTD)

Kenmerken van MTD, zoals overmatige gevoeligheid voor afwijzing, vermijdingsgedrag en een sterk verstoord dag-nachtritme, kunnen sociale isolatie uitlokken.

WAT ZIJN DE RISICOFACTOREN?

2. GEZINS- EN CONTEXTUELE FACTOREN

Gezins- en contextuele factoren zijn invloeden uit de directe leefomgeving van iemand die kunnen bijdragen aan het ontstaan of verergeren van hikikomori.



Negatieve thuisomgeving

Gezinsconflicten, huiselijk geweld of echtscheiding van ouders, gespannen gezinssfeer, ... kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van hikikomori.

Negatieve jeugdervaringen

Verwaarlozing en kindermishandeling kunnen leiden tot depressieve kenmerken, wat op zijn beurt leidt tot fysieke isolatie en daarmee samenhangt met suïcidale neigingen. Het maakt ze kwetsbaarder voor stress en die verhoogde kwetsbaarheid kan leiden tot terugtrekking.

Gezinsfunctioneren

De aanwezigheid van een psychiatrische stoornis bij ouders en de kwaliteit van de communicatie tussen ouder en kind spelen een significante rol in het in stand houden van hikikomori. Vooral de frequentie van communicatie is hierbij van belang.



Dysfunctionele gezinsstructuur

Afwezigheid van een vaderfiguur, in combinatie met een sterke gerichtheid op de moeder, kan leiden tot een onvoldoende ontwikkeling van interpersoonlijke vaardigheden op jonge leeftijd.

Hechting

Door een onveilige hechting, waarbij de ouder emotioneel minder beschikbaar is of minder reageert op de behoeften van het kind, wordt emotieregulatie vaak onvoldoende ontwikkeld. Daardoor kunnen faalsituaties snel als bedreigend worden ervaren en wordt terugtrekking een manier om schaamte of onmacht te vermijden.

WAT ZIJN DE RISICOFACTOREN?

3. MAATSCHAPPELIJKE FACTOREN

Maatschappelijke factoren zijn invloeden vanuit de samenleving die kunnen bijdragen aan het ontstaan of verergeren van een probleem. Ze gaan over de sociale en structurele omgeving waarin iemand leeft, niet over het individu zelf.

Maatschappelijke verwachtingen & prestatiedruk



De prestatiegerichte onderwijssystemen, competitieve arbeidsmarkten, economische onzekerheid en hoge sociale verwachtingen kunnen gevoelens van falen en overbelasting versterken. Wat dan kan gaan leiden tot een vicieuze cirkel.



COVID-19 & Technologie

Sociale terugtrekking kan worden gezien als een toenemend en deels onvermijdelijk verschijnsel in een post-COVID-samenleving, mede door de groeiende beschikbaarheid van internet en technologie die het mogelijk maakt om vrijwel volledig vanuit de eigen kamer te functioneren.

Door deze factoren word hikikomori door verschillende onderzoeken gezien als een cultureel concept.



WAT ZIJN DE RISICOFACTOREN?

4. ROL VAN HET INTERNET

Internet speelt een dubbelzinnige rol in het ontstaan en voortbestaan van hikikomori.

Internet als oorzaak



Overmatig gebruik van videogames of het internet kan sociale terugtrekking verder versterken, doordat veel tijd wordt besteed aan online activiteiten in plaats van aan offline verplichtingen. Hierdoor worden sociale contacten en dagelijkse routines steeds vaker vermeden.



Internet als gevolg

Sociale isolatie kan leiden tot een verhoogd gebruik van internet. Personen die zich uit de buitenwereld terugtrekken, kunnen online omgevingen ervaren als veiliger, minder bedreigend en gemakkelijker controleerbaar dan offline sociale situaties.

Voornamelijk massively multiplayer online games (MMO's) worden gelinkt aan verhoogde hikikomori-symptomen. Maar ook de rol van digitale media mag niet onderschat worden. Deze platformen kunnen ook gezien worden als een mogelijke 'social lifeline' bij angsten of tekorten in sociale vaardigheden.

COMORBIDITEIT

Comorbiditeit is het gelijktijdig voorkomen van twee of meer aandoeningen of stoornissen bij één persoon. Deze aandoeningen kunnen elkaar beïnvloeden en het verloop of de behandeling van de klachten bemoeilijken.

Depressie



Depressieve klachten komen zeer vaak voor bij hikikomori. Depressie kan enerzijds sociale terugtrekking uitlokken, maar anderzijds ook ontstaan door langdurige isolatie, eenzaamheid en een gebrek aan sociale steun.

Angststoornisen & sociale angst

Mensen met hikikomori ervaren vaak sterke angstgevoelens, vooral sociale angst. De vrees om beoordeeld of afgewezen te worden maakt sociale interacties moeilijk, waardoor zij contacten vermijden en zich verder isoleren.

Psychotische ervaringen & schizofrenie

De sociale isolatie bij hikikomori lijkt soms op terugtrekking in vroege fases van schizofrenie. Vooral in combinatie met problematisch internetgebruik werden psychotische ervaringen gezien.

Suïcidaliteit en zelfbeschadiging

Bij hikikomori komen suïcidale gedachten en zelfbeschadigend gedrag vaker voor. Emotionele problemen en langdurige isolatie verhogen dit risico.

ADHD, OCD en PTSS

ADHD, obsessief-compulsieve stoornis (OCD) en posttraumatische stressstoornis (PTSS) worden soms samen gezien met hikikomori. Deze problematieken kunnen sociaal functioneren bemoeilijken en isolatie versterken.

SCREENING & DETECTIE

Detectie van hikikomori richt zich op het vroegtijdig herkennen van signalen van ernstige sociale terugtrekking, zodat ondersteuning tijdig kan worden geboden. Dit gebeurt via gestandaardiseerde screeningsinstrumenten die verschillende aspecten van sociaal en psychisch functioneren in kaart brengen om het risico beter in te schatten.

Hikikomori Questionnaire-25 (HQ-25)

De HQ-25 is een veelgebruikte en sterk onderbouwde vragenlijst voor het detecteren van het risico op ernstige sociale terugtrekking. De vragenlijst bestaat uit 25 items die peilen naar socialisatie, isolatie en emotionele ondersteuning. Een troef is dat ze niet alleen gedragingen meet, maar ook emotionele en cognitieve kenmerken van het individu.



Hikikomori Risk Inventory (HRI-24)

De HRI-24 is een vragenlijst om het risico op hikikomori in te schatten. Met 24 items meet ze onder andere antropofobie, agorafobie, lethargie, paranoia en depressieve stemming. De sterkte is de internationale ontwikkeling door Westerse en Oosterse onderzoekers, wat de toepasbaarheid vergroot.

Hikikomori Risk Inventory (HRI-15)

De HRI-15 is de verkorte versie van de HRI-24, ontwikkeld voor grootschalige screenings. Ze bestaat uit 15 items en behoudt dezelfde vijf dimensies. Ze is minder belastend voor respondenten, terwijl betrouwbaarheid en validiteit grotendeels behouden blijven.

SCREENING & DETECTIE

DREMPELS EN UITDAGINGEN

Bij de detectie van hikikomori worden hulpverleners met verschillende uitdagingen geconfronteerd. Hieronder volgen enkele van de belangrijkste aandachtspunten.

1 Doelgroep moeilijk bereikbaar

Personen met hikikomori trekken zich sterk sociaal terug, vermijden contact met de buitenwereld en komen daardoor minder snel in beeld bij hulpverlening. Om deze reden blijft de problematiek vaak verborgen en wordt ondersteuning dikwijls pas in een laat stadium opgestart.

2 Zoeken zelf niet snel hulp

Schaamtegevoelens, een gebrek aan ziekte-inzicht en wantrouwen tegenover hulpverleners vormen vaak drempels voor personen met hikikomori om daadwerkelijk hulpverlening op te zoeken.

3 Ontbreken van een eenduidige diagnostische afbakening

Vandaag de dag is er nog geen algemeen aanvaarde 'gouden standaard' om te spreken over hikikomori. In de literatuur worden er heel wat verschillende definities gegeven voor het fenomeen. Dit maakt het niet altijd duidelijk of er wel degelijk sprake is van hikikomori.

4 Overlap met andere psychische stoornissen

Hikikomori kent veel overlap met andere psychische stoornissen, zoals depressie, sociale angststoornis en autismespectrumstoornis. Daarom is een grondige differentiaaldiagnostiek nodig om hikikomori correct te onderscheiden van andere of bijkomende stoornissen.

INTERVENTIES

Hier worden de belangrijkste interventies besproken die worden ingezet bij hikikomori, met aandacht voor zowel individuele ondersteuning als bredere sociale en contextgerichte aanpakken.

Holistische en multidimensionale begeleiding

De jongere wordt in zijn geheel bekeken, met aandacht voor mentale gezondheid, fysieke gezondheid, gezin, school en sociale context. Interdisciplinaire samenwerking staat centraal.

Actieve betrokkenheid van jongeren

Jongeren worden actief betrokken bij hun begeleidingstraject. Hun interesses, perspectieven en sterktes vormen een belangrijk vertrekpunt.

Arbeidsmarktgerichte interventies

Beroepsopleidingen, stages, traineeships en jobcoaching moeten jongeren ondersteunen richting werk of opleiding. Praktijkervaring gecombineerd met begeleiding blijkt het meest effectief.

Psychosociale en mentale gezondheidsinterventies

Interventies zoals counseling, groepssessies, peer support en mindfulness richten zich op psychologische moeilijkheden zoals depressieve gevoelens, sociale angst en een laag zelfbeeld.

Vaardigheidsgerichte interventies

Deze interventies versterken sociale, cognitieve en praktische vaardigheden zoals communicatie, zelfvertrouwen en doorzettingsvermogen.

Digitale en hybride interventies

Online begeleiding, digitale coaching en game-based toepassingen worden ingezet als laag-drempelige ondersteuning, vaak gecombineerd met face-to-face contact.

INTERVENTIES

Hier worden de belangrijkste interventies besproken die worden ingezet bij hikikomori, met aandacht voor zowel individuele ondersteuning als bredere sociale en contextgerichte aanpakken.

Gezinsgerichte educatieve programma's

Programma's ondersteunen familieleden in het herkennen van psychische signalen en het constructief omgaan met de jongere.

Psychotherapie

Psychotherapie helpt bij het aanpakken van sociale angst, interpersoonlijke problemen en moeilijkheden binnen gezinsrelaties.

Psychofarmacologische behandeling

Bij psychiatrische comorbiditeit kan medicatie ingezet worden als aanvullende behandeling.

Experience-driven framework

Het experience-driven framework vertrekt vanuit de interesses en dagelijkse ervaringen van jongeren. Ook hobby's, vrijwilligerswerk en informele activiteiten worden gezien als waardevolle stappen richting participatie en herstel.

CHIME-framework

Het CHIME-framework is een herstelmodel dat focust op verbondenheid, hoop, identiteit, zingeving en empowerment. Het ondersteunt jongeren in het herstellen van sociale relaties, zelfvertrouwen en controle over hun leven.

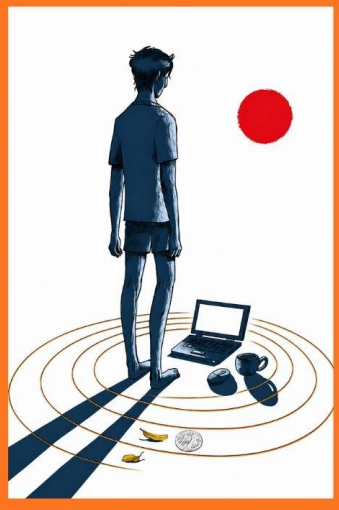
Belangrijke aandachtspunten:

- Individueel afgestemd
- Tijd en opvolging
- Online & offline combineren
- Kleine stappen erkennen

MEER INFO OF HULP

+32 9 266 18 10

jobenco@compaan.be



Job & Co
Compaan
WE STELLEN ALLES IN HET WERK