

## 隐蔽青年现象相关研究进展

范丹华 邵阳

200030 上海交通大学医学院附属精神卫生中心

通信作者: 邵阳, Email: sawyer2002@163.net

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2018.09.015

**【摘要】**“隐蔽青年”一词最早来源于日本,用以描述长期隐居在家里,远离家人、朋友,不上学、不工作,不就业的群体。近年来,其他国家也相继出现隐蔽青年的案例。现从隐蔽青年的定义、发生率、评估工具、相关因素和干预方法等角度,对相关研究进行回顾,并提出今后的研究重点。

**【关键词】** 精神障碍; 隐蔽青年; 社会退缩; 心理干预; 综述

**基金项目:**上海市卫生和计划生育委员会(精神病学)重点学科(2017ZZ02021);上海市第四轮公共卫生三年行动计划-高端海外研修团队培养计划(GWTD2015509)

**Research progress on the phenomenon of Hikikomori** Fan Danhua, Shao Yang

Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China

Corresponding author: Shao Yang, Email: sawyer2002@163.net

**【Abstract】** The word "Hikikomori" was originated from Japan to describe a group of people who live in seclusion at home, away from their families, friends, not to go to school, not to work, and not to be employed. In recent years, other countries have also seen cases of "Hikikomori". This article reviews the related research from the perspective of the diagnosis, incidence, assessment tools, related factors, and intervention methods of "Hikikomori", and puts forward the key points for future research.

**【Key words】** Mental disorders; Hikikomori; Social withdrawal; Psychological intervention; Review

**Fund programs:** Shanghai Municipal Health and Family Planning Commission (Psychiatry) Key Discipline (2017ZZ02021); Shanghai Three Year Action Plan of Public Health (Fourth Round) - Senior Overseas Research Team Training Program (GWTD2015509)

“隐蔽青年”中的“隐蔽”来源于日语“Hikikomori”,在英文中被译为“Social Withdrawal”,用以描述长期隐居在家中、不工作、不上学、不就业的群体。隐蔽青年最初被认为是日本文化语境下所特有的症候群。近年来,类似现象也出现在韩国,以及我国的港台地区,甚至西方国家。因此,对于隐蔽青年的研究逐渐成为了社会心理学、临床心理学和精神病理学等领域的热点。本文将对相关研究作一综述。

### 一、隐蔽青年的定义

尽管过去十几年对于隐蔽青年的研究在不断深入,但学者们对于隐蔽青年还存在争议,研究结果也呈现出多样性,而这很大程度上是由于学者们对于隐蔽青年的定义标准尚未达成共识。

日本精神医师 Tamaki Saito 在 1978 年的一本著作中最早使用了“隐蔽青年”一词。他将隐蔽青年

描述为躲在家中时间长达 6 个月以上,通常发生在 20 多岁中后期,现有精神障碍不能解释这种社会退缩。在 2003 年日本政府颁布的隐蔽青年指导手册中,将隐蔽青年定义为:以家为中心的生活方式、对上学和工作没有兴趣和意愿;症状长达 6 个月以上;排除精神分裂症、心理延迟发展等其他心理障碍;排除不愿上学或工作,但保持个人关系的人群<sup>[1]</sup>。而在 2010 年 5 月,由日本政府支持的一个研究小组公布的 Hikikomori 的评估和治疗指南中,将其定义为:一种在自己的家中隐居,避免各种社交场合(如上学、工作、在家庭外进行社交活动等)的现象,至少持续 6 个月<sup>[2]</sup>。

在讨论此类人群中,常常会将他们和 NEET (Not in Employment, Education or Training, 指不接受就业、教育或培训的年轻人)或“啃老族”相提并论,但隐蔽青年更强调社会交往方面的损害。当然,如

今一般认为NEET和Hikikomori都表现出偏离主流文化态度、价值观和行为的心理倾向,两者之间的差异只是程度的问题。

目前对于隐蔽青年定义的争议主要在于以下几点。首先,2003年的标准强调需要排除精神分裂症和任何已知的精神障碍,而2010年的标准并不强调这一点,反映研究人员和临床医生似乎还没有就精神障碍与青年社会退缩行为的共病问题达成共识。有学者提出,可以将隐蔽青年分为两种类型:原发性隐蔽青年和继发性隐蔽青年<sup>[3]</sup>。原发性隐蔽青年是指患者的症状能排除现有的精神障碍诊断,而继发性隐蔽青年是指患者的症状由一种或两种以上现有的被认可的精神障碍所导致。其次,在问题的严重程度,是否一定要严格强调当事人“几乎整天呆在家里”,事实上在一些研究中并没有明确规定,比如在一些调查中会将整天待在网吧也视为社会退缩的表现。有学者认为隐蔽青年可以分为“硬”和“软”两类,前者从不离开他们的房间,不与家庭成员交谈;后者偶尔会外出与其他人交谈<sup>[4]</sup>。同时,这类人也可能通过网络依然保留一定的人际交往。最后,Wong等<sup>[5]</sup>发现社会退缩满3个月和6个月以上的年轻人之间并没有太大的差别,因此建议缩短6个月的时间要求,以便提高对青年人社会退缩潜在问题后果的早期识别。然而,无论对青年社会退缩持续时间的正式定义如何,由于对社会退缩的不同理解,年轻人和他们的父母甚至将社会退缩理解为正常,比如“休息”,这给确定准确的持续时间带了困难。

## 二、发生率

隐蔽青年一开始被认为是日本文化语境下出现的文化综合征,日本的一项关于隐蔽青年的流行病学调查发现,日本成年人的终身发生率约1.2%,20~49岁受访者经历6个月以上社交退缩的发生率是1.2%,20~29岁青年的社会退缩的发生率是2%<sup>[6]</sup>。2016年的调查估计,年龄在15~39岁的隐蔽青年的数量达到了541 000人<sup>[7]</sup>。这些隐蔽青年的平均年龄为33.24岁,社会退缩的平均持续时间为10.22年,男性占63%~81%<sup>[8-10]</sup>。

在日本之外,一些东亚国家与地区,甚至一些欧洲国家也出现了隐蔽青年案例的报道,显示出跨文化的特点。一项法国的回顾性研究观察到,隐蔽青年中男性占80%,平均年龄为20.4岁<sup>[11]</sup>。另一项研究发现,东南亚国家的隐蔽青年的发生率是1.2%~2.3%<sup>[12]</sup>。韩国的一项研究发现,2.3%的高

中生经历着社会退缩状态<sup>[13]</sup>。我国香港地区的一项横断面电话调查研究发现,隐蔽时间超过6个月的隐蔽青年发生率是1.9%,少于6个月的社会退缩发生率是2.5%,自我认知没有问题的社会退缩发生率是2.6%<sup>[14]</sup>。现有的研究大部分都是小规模研究,样本不具有代表性。此外,由于患者隐蔽在家中,拒绝寻求帮助,研究者很难和他们直接接触,这使得隐蔽青年的人数难以被证实,增加了研究的困难。

## 三、与现有精神行为问题的关系

对于隐蔽青年与精神障碍的关系,存在3种不同观点。一种观点认为退出社会是某些年轻人选择的生活方式,部分年轻人可能更适合通过现代网络与社会保持联系,而不是传统的社交方式,只要提供足够的社会支持,他们退缩的时间越长,生活质量反而可能越好<sup>[15]</sup>。因此,隐蔽青年这个现象不应该被视为一个问题。

更多的学者对这一观点持否定态度,而倾向于认为Hikikomori个体符合ICD或DSM诊断标准的精神障碍。比如,隐蔽青年由于常时间与外界隔离,人际关系受损,并且表现出情绪低落、害怕或者回避与人的眼神交流等,因此可能共病其他精神障碍,包括回避型精神障碍、社交焦虑障碍、抑郁症等<sup>[15]</sup>。另一方面,隐蔽青年的定义与游戏(网络)成瘾的诊断标准存在许多重叠的部分,包括社交困难,对学习、工作失去兴趣<sup>[16]</sup>。日本的一项研究发现,337例关于隐蔽青年的案例只有1例不能用DSM和ICD现有的精神障碍类别进行诊断<sup>[9]</sup>。在另一项研究中调查了125例严重社会退缩者<sup>[17]</sup>,其中27%的病例被诊断为发育障碍,其他常见的诊断包括焦虑症(22%)、人格障碍(18%)、心境障碍(14%)和精神病(8%)。法国对66例隐蔽青年的调查发现,他们中73%存在睡眠-觉醒障碍,37%被诊断为精神分裂症,23%被诊断为心境障碍<sup>[18]</sup>。Tateno等<sup>[19]</sup>在日本的一项调查显示,大约30%的精神疾病医师认为隐蔽青年可能存在精神分裂症相关谱系障碍,此外还有相当比例的医师认为这些年轻人符合神经症或者人格与行为障碍。

还有部分学者认为Hikikomori是一种新的诊断类别<sup>[6]</sup>。有研究指出现有的精神障碍诊断只能适用于大部分的案例<sup>[1]</sup>,并不能包含所有的隐蔽青年案例<sup>[20]</sup>。还有研究发现,即使是极端病态的隐蔽青年也与现有的DSM精神障碍存在区别,可以被视为一种文化相关的综合征。这一点得到部分学者的支持。

## 四、评估工具

目前对于隐蔽青年的研究大多通过社工介

入,对患者进行深度访谈,依据定义对其进行评估。国外已有的评估工具是 Yukiko Uchida 和 Vinai Norasakkunkit 开发的飞特族-隐蔽青年风险因素量表(NEET/Hikikomori Risk Scale, NHR),将隐蔽青年和飞特族作为一组不同的诊断,但两者都与社会被边缘化的风险有关。NHR 包含3个相关的风险因素:飞特族生活方式偏好(在日本指有意识的选择不工作的倾向)、缺乏自信心、不清楚未来的雄心壮志。共有53个条目,Cronbach's  $\alpha$  系数为0.82,具有较好的信度<sup>[21]</sup>。另一个量表是25项隐蔽青年调查问卷(25-item Hikikomori Questionnaire)。问卷包含三个分量表:社交、隔离和情感支持,共有25个条目。在日本成年人样本中具有较好的心理测量特性和临床诊断准确性,总量表克伦巴赫系数为0.96,分量表Cronbach's  $\alpha$  系数在0.88~0.94,具有较好的信度<sup>[22]</sup>。此外,由于隐蔽青年本身缺乏寻求帮助意愿,Nonaka等<sup>[23]</sup>开发了一个基于家长报告的隐蔽青年适应行为评估量表(Adaptive Behaviors Scale for Hikikomori, ABS-H),工具共有26个条目,包含人际互动、家庭、价值以及社会参与4个维度,Cronbach's  $\alpha$  系数达到0.97。

### 五、隐蔽青年的相关因素

1. 个体:研究发现,隐蔽青年往往具有低自尊和回避型人格的特点<sup>[10]</sup>。性格内向、脾气暴躁的个体容易发展成隐蔽青年<sup>[12, 16]</sup>。在青春期到成年期的过渡中,个体无法正确找到自己的位置,而选择退出社会,避免失败。个体缺乏自信心和激情,他们想要加入社会,但是又害怕被社会评价,或是害怕失败。个体早期未解决的心理社会危机将在青春期阶段重新组织或重新整合,以应对身份形成问题。青年社会退缩可能是一种心理上的延缓,个体可能处在身份认同和形成的过渡时期,以重新获得对环境的控制,并逐渐重建方向和身份<sup>[24]</sup>。在青春期和青春期后期,个体的内在需求愈加复杂化,他们受到来自父母和社会有关学术和专业成就的要求。当他们未能达到理想要求,退出成了个体更好的选择<sup>[25]</sup>。此外,自我意愿不强烈,甚至不知道自己爱好和能力,自我效能感低,这使得个体低估自己控制事件的能力,无法作为一个独立的社会人应聘求职,无法适应充满竞争的社会。

2. 家庭:社会退缩的行为和回避型依恋有很大的相关性,儿童由于害怕失败和拒绝,退出社会交往。早期的父母养育方式影响着个体的社会性发展,父母的过度忽视会影响儿童对于外界社会的探索和适

应。除了父母的拒绝行为,过度的保护和对儿童生活的侵入式管理也会导致社会退缩行为。Kato等<sup>[26]</sup>指出,日本亲子关系中,父亲角色的缺失和母亲极端的长久的联系,使得子女过度依赖,而难以独立,这在日文中被称为“甘え”(amae),指一种类似儿童对母亲撒娇的特殊依赖感情或行为。对于隐蔽青年,在生命早期阶段建立基本的人际关系技巧似乎是不充分地,这导致个体难以承受学校的压力以及适应工作场所的竞争,从而选择逃离社交场合。

家庭结构的变化不仅会导致个体隐蔽行为的产生,也在某种程度上维持了个体的隐蔽行为。家庭动力学观点强调在封闭式家庭环境中母亲与年轻成年人的联系,个体无法处理亲子间物理上的分离。与西方社会相比,在包括韩国、日本和中国在内的亚洲社会,年轻人在经济上更依赖父母,家庭允许甚至是鼓励年轻人的依赖,并且为其提供保护和经济支持。在几乎一半的案例中,父母关系破裂,年轻人和母亲住在一起<sup>[26]</sup>。此外,由于家庭成员内部缺乏沟通,父母未能及时关注子女的消极情绪。同时处于成长矛盾期的青少年,一方面想要摆脱父母的控制,另一方面又没有能力真正独立,从而使得家庭以消极的方式相处。这些都强化了社会退缩的持续。

3. 学校:有观点指出,在东亚地区,父母普遍关注子女的教育,如果孩子学业表现不佳,就可能被父母和老师所轻视。此外,一些孩子在放学后被迫参加额外的补习班,这也带来额外的压力。这种过高的学术期望和激烈的学校竞争会导致孩子们在失败的时候经历一场自信危机<sup>[13]</sup>。

另一个学校因素是校园欺凌,同伴排斥会直接导致个体拒绝上学。在个体的发展过程中,同伴支持对于个体适应社会、增强归属感具有重要的作用。个体被同龄人排斥或欺凌,往往会导致个体的孤独感、自信心受挫,害怕与人交往,渐渐地拒绝上学。社会经济的不稳定和劳动市场的根本性变化导致不规律的就业机会也是导致这一现象产生的原因。隐蔽青年往往来自于社会的底层,被排斥于教育、就业和社会福利以外。他们以自我隔离或自我排斥的方法,减少与他人的交流,以应对人际关系。尤其在日本社会中,社会压力十分大。这类群体往往对未来有较低的预期,减少为之努力的决心和信心。他们对于工作和学习有较低的欲望,害怕与人竞争,往往沉迷于虚拟的游戏世界,寻求控制感和归属感。

4. 社会:当今,很多发达国家和地区面临经济

发展的停滞和全球化带来的经济竞争压力。年轻人在毕业后寻找工作时遇到困难,无法在社会环境中证明自己的社会地位。不稳定的就业导致了社会流动性的下降,以及对工作价值的下降感,年轻人变得越来越社会和边缘化。因此,由于缺乏方向感和在社会上找不到认同,他们可能会变得孤僻退缩<sup>[27]</sup>。此外,随着中西方文化的交流,从集体主义到个人主义的转变,引发了人们内心的内在冲突,即要求服从的压力和追求个性的冲动<sup>[13]</sup>。年轻人可能将不同的社会规范和价值观内化,削弱了个人与社会的联系,在社会整合的过程中成为隐蔽青年。

#### 六、干预

隐蔽青年的本质是社会退缩,个体往往拒绝寻求帮助,传统的治疗设置在隐蔽青年的干预中是存在困难的。日本政府颁布的隐蔽青年指南中所建议的干预方法包括家庭支持、隐蔽者的首次交流和评估;个人支持;参加团体治疗和社会活动实验<sup>[2]</sup>。家庭方面的干预主要针对个人和父母,运用暴露,逐渐增加社会交流。Kato 等<sup>[28]</sup>认为,应该建立针对隐蔽青年的父母的教育计划,因为大部分的个案的第一次咨询都是个体的父母来进行的。由于偏见和缺乏相关的知识,家庭成员不能正确地应对孩子的隐蔽问题,不能及时寻求帮助。因此让家长正确了解隐蔽青年,并且训练相关的沟通技巧,增加和个体的交流。针对个人的干预,主要是让患者参加小组。在团体进行人际交往的训练,使得个体掌握一定的人际技巧。同时,与其他隐蔽者的相似经历可以使个体减少不安和焦虑,从而愿意尝试和坚持团体活动;另一种干预隐蔽青年的有效方法是将暴露疗法和团体工作相结合,治疗师建立一个开放式的会员俱乐部,构建一个比较安全的可以进行团体交流的环境。成员可以每天或者一周来一次。通过这样的小组活动,成员可以逐步提高社交技能,重新开始融入社会。香港的一项研究发现,动物疗法具有较好的效果,用动物吸引有社会退缩行为的个体,帮助他们重新参与社会活动<sup>[14]</sup>。

当隐蔽青年和其他精神障碍发生共病时,应提供必需的临床治疗。在特定的案例中,如患者有严重的精神分裂、抑郁症或社交恐惧等,应考虑住院治疗<sup>[17]</sup>。一项跨文化的研究发现,日本精神病学家倾向于选择心理治疗,尤其是治疗青少年的隐蔽行为;而孟加拉国、伊朗和韩国的精神医师首选药物治疗,环境干预疗法也是很多精神医师的选择,中国台湾的精神医师选择“自助”作为成年人隐蔽行

为的首选干预方式。

部分隐蔽青年会利用互联网作为交流的平台,这意味着可以通过网络提供在线咨询,为其提供一个安全的交流平台,提高他们的社会和解决问题的技能。此外,社会工作也是必不可少的。对于隐蔽青年治疗的最终目的是使患者重新融入社会,这需要社区、家庭、社会相互合作。

#### 七、小结

目前,隐蔽青年现象在国内尚未引起足够的关注,而国外的质性和实证研究比较多,但是跨地区、深度的研究比较少,缺乏准确的流行病学数据。其次对于隐蔽青年的定义和评估标准也存在争议,是否将其作为一个独立的精神障碍也有待研究。但从现有的案例来看,隐蔽青年呈现出某种群体性症候群的特征,其负面影响也日益显现。隐蔽时间越长,个体越难重新回到社会。隐蔽青年由于没有固定的工作和收入来源,往往靠父母的支持,从而可能增加与父母矛盾冲突。国内尚未有专门的服务机构,对于这类群体,多是通过社工的寻访和介入。因此,对于隐蔽青年需要进一步的研究,首先建立一个统一的定义标准,建立信效度较高的评估工具,能够有效筛选出这类群体。其次,探索其隐蔽青年产生的原因及其影响因素,从而为这一群体提供相应的服务。社会应建立相关的服务机构,能够为隐蔽青年提供专业的咨询服务并提供适当的干预。隐蔽青年问题的解决需要个体、家庭和社会共同努力,鼓励个体参加社会活动,社会也要以宽容的心态接纳青年重返社会,鼓励其开始新的社会生活。

**利益冲突** 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

**作者贡献声明** 资料收集、论文撰写为范丹华,构思与设计、论文修订为邵阳

#### 参 考 文 献

- [1] Teo AR. A New Form of Social Withdrawal in Japan: A Review of Hikikomori[J]. *Int J Soc Psychiatry*, 2010, 56(2): 178-185. DOI: 10.1177/0020764008100629.
- [2] Furlong A. The Japanese hikikomori phenomenon: acute social withdrawal among young people[J]. *J Nerv Ment Dis*, 2010, 56(2): 309-325. DOI: 10.1111/j.1467-954X.2008.00790.x.
- [3] Furuhashi T, Tsuda H, Ogawa T, et al. État des lieux, points communs et différences entre des jeunes adultes retirants sociaux en France et au Japon (Hikikomori) [J]. *L'Évolution Psychiatrique*, 2013, 78(2): 249-266. DOI: 10.1016/j.evopsy.2013.01.016.
- [4] Heinze U, Thomas P. Self and salvation: visions of hikikomori in Japanese manga[J]. *German Inst Jpn Stud Tokyo*, 2014, 26(1): 151-169. DOI: 10.1515/ej-2014-0007.

- [ 5 ] Wong PW, Li TM, Chan M, et al. The prevalence and correlates of severe social withdrawal (hikikomori) in Hong Kong: A cross-sectional telephone-based survey study[ J ]. *Int J Soc Psychiatry*, 2015, 61(4): 330-342. DOI: 10.1177/0020764014543711.
- [ 6 ] Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, et al. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan[ J ]. *Psychiatry Res*, 2010, 176(1): 69-74. DOI: 10.1016/j.psychres.2008.10.019.
- [ 7 ] Tajan N, Yukiko H, Pionnié-Dax N. Hikikomori: The Japanese Cabinet Office's 2016 Survey of Acute Social Withdrawal[ J ]. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 2017, 15(5): 1-11.
- [ 8 ] Chan GH, Lo TW. The effect of negative experiences on delinquent behavior of youth in a social withdrawal situation[ J ]. *J Adolesc*, 2016, 50: 69-80. DOI: 10.1016/j.adolescence.2016.05.002.
- [ 9 ] Chan GH, Lo T. Family Relationships and the Self-Esteem of Hidden Youth: A Power Dynamics Perspective[ J ]. *J Fam Issues*, 2016, 37(9): 1244-1266. DOI: 10.1177/0192513X14537479.
- [ 10 ] Kondo N, Sakai M, Kuroda Y, et al. General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres[ J ]. *Int J Soc Psychiatry*, 2013, 59(1): 79-86. DOI: 10.1177/0020764011423611.
- [ 11 ] Chauillac N, Couillet A, Faivre S, et al. Characteristics of socially withdrawn youth in France: A retrospective study [ J ]. *Int J Soc Psychiatry*, 2017, 63(4): 2145795610. DOI: 10.1177/0020764017704474.
- [ 12 ] Li TM, Wong PW. Youth social withdrawal behavior(hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies [ J ]. *Aust N Z J Psychiatry*, 2015, 49(7): 595-609. DOI: 10.1177/0004867415581179.
- [ 13 ] Phd YSLM, Lee JY, Phd TYCM, et al. Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea[ J ]. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2013, 67(4): 193-202. DOI: 10.1111/pen.12043.
- [ 14 ] Wong V. Social work with youth in social withdrawal: in-home and beyond-home intervention modalities[ J ]. *China J Soc Work*, 2014, 7(2): 161-174. DOI: 10.1080/17525098.2014.921211.
- [ 15 ] Chan HY, Lo TW. Quality of Life of the Hidden Youth in Hong Kong[ J ]. *Appl Res Qual Life*, 2014, 9(4): 951-969. DOI: 10.1007/s11482-013-9279-x.
- [ 16 ] Emmanuel S, Alexis T, Alexis BC, et al. Internet Addiction, Hikikomori Syndrome, and the Prodromal Phase of Psychosis [ J ]. *Front Psychiatry*, 2016, 7(9312): 6. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00006.
- [ 17 ] Teo AR, Fetters MD, Stufflebam K, et al. Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries[ J ]. *Int J Soc Psychiatry*, 2014, 61(1): 64. DOI: 10.1177/0020764014535758.
- [ 18 ] Kondo N, Iwazaki H, Kobayashi M, et al. Psychiatric background of social withdrawal in adolescence[ J ]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2007, 109(9): 834-843. DOI: 10.1111/j.1540-4560.2011.01727.x.
- [ 19 ] Tateno M, Park TW, Kato TA, et al. Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: a questionnaire survey[ J ]. *BMC Psychiatry*, 2012, 12(1): 169. DOI: 10.1186/1471-244X-12-169.
- [ 20 ] Husu H, Välimäki V. Staying inside: social withdrawal of the young, Finnish 'Hikikomori'[ J ]. *J Youth Stud*, 2017, 20(5): 605-621. DOI: 10.1080/13676261.2016.1254167.
- [ 21 ] Uchida Y, Norasakkunkit V. The NEET and Hikikomori spectrum: Assessing the risks and consequences of becoming culturally marginalized[ J ]. *Front Psychiatry*, 2015, 6(1117): 1117. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01117.
- [ 22 ] Teo AR, Chen JI, Kubo H, et al. Development and validation of the 25-item Hikikomori Questionnaire (HQ-25) [ J ]. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2018, 72(10): 780-788. DOI: 10.1111/pen.12691.
- [ 23 ] Nonaka S, Shimada H, Sakai M. Assessing adaptive behaviors of individuals with hikikomori (prolonged social withdrawal): development and psychometric evaluation of the parent-report scale[ J ]. *Int J Cult Ment Health*, 2018, 11(3): 280-294. DOI: 10.1080/17542863.2017.1367411.
- [ 24 ] Liu LL, Li TM, Teo AR, et al. Harnessing Social Media to Explore Youth Social Withdrawal in Three Major Cities in China: Cross-Sectional Web Survey[ J ]. *JMIR Mental Health*, 2018, 5(2): e34. DOI: 10.2196/mental.8509.
- [ 25 ] Chan M, Li TMH, Law YW, et al. Engagement of vulnerable youths using internet platforms[ J ]. *PLoS One*, 2017, 12(12): e189023. DOI: 10.1371/journal.pone.0189023.
- [ 26 ] Kato TA, Hashimoto R, Hayakawa K, et al. Multidimensional anatomy of 'modern type depression' in Japan: A proposal for a different diagnostic approach to depression beyond the DSM-5[ J ]. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2016, 70(1): 7-23. DOI: 10.1111/pen.12360.
- [ 27 ] Malagón-Amor Á, Martín-López LM, Córcoles D, et al. A 12-month study of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Clinical characterization and different subtypes proposal[ J ]. *Psychiatry Res*, 2018. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.03.060.
- [ 28 ] Kato TA, Kanba S, Teo AR. Hikikomori: experience in Japan and international relevance[ J ]. *World J Psychiatry*, 2018, 17(1): 105-106. DOI: 10.1002/wps.20497.

(收稿日期: 2018-07-16)

(本文编辑: 戚红丹)