



## Masterarbeit

### Hiki...was?

Eine qualitative Untersuchung anhand  
Experteninterviews, ob und wie das Phänomen  
Hikikomori in der deutschsprachigen Schweiz auftritt

### Melanie Nideröst

Vertiefungsrichtung klinische Psychologie

Referentin: Dr. Filomena Sabatella

Luzern, Mai 2019

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie,  
Pfungstweidstrasse 96, Postfach 707, CH-8037 Zürich

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei allen Fachpersonen bedanken, welche sich für ein Interview zur Verfügung gestellt haben und bereit waren, ihre Erfahrungen und ihr Wissen über ein noch wenig bekanntes Phänomen zu teilen und einen Einblick in ihre Arbeit zu geben. Ein weiterer Dank gilt allen Fachpersonen und Institutionen, welche sich Zeit genommen haben, meine telefonischen und schriftlichen Anfragen zu beantworten und mir weiterführende Hinweise zum Finden der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner gegeben haben.

Des Weiteren möchte ich mich bei meiner Referentin Dr. Filomena Sabatella bedanken, die mich auf das Thema Hikikomori aufmerksam gemacht hat, mich fachlich und methodisch unterstützt sowie über den ganzen Entstehungsprozess dieser Masterarbeit konstruktiv und wertschätzend begleitet hat.

Zum Schluss möchte ich mich bei Lea Kolly, Janine Küttel und Jörg Scheidegger für das Korrekturlesen und die wertvollen Anmerkungen, bei Stefanie Molloy und Simone Opravil für die Korrektur des englischen Abstracts sowie bei meiner Familie und meinen Freunden für ihre motivierenden Worte und Gesten bedanken.

## **Anmerkung der Autorin**

Einige wichtige Untersuchungen über Hikikomori wurden bisher nur in Japanisch publiziert. Wo auf dergleichen Bezug genommen wird, werden Sekundärparaphrasen und Sekundärzitate verwendet.

## **Zusammenfassung**

In dieser empirisch qualitativen Arbeit wird untersucht, ob und wie Hikikomori in der deutschsprachigen Schweiz auftritt. Hikikomori ist die Bezeichnung eines Phänomens, bei welchem sich Menschen aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen, weder einer Arbeit noch einer Ausbildung nachgehen und den Kontakt zur Aussenwelt so weit wie möglich vermeiden. Mithilfe halbstrukturierter Interviews wurden acht Fachpersonen, mit Kontakt zu Hikikomori oder deren Angehörigen, zu ihren Erfahrungen und Hypothesen bezüglich Hikikomori befragt. Dabei wurde untersucht, welche Fachstellen mit Betroffenen oder Angehörigen in Kontakt kommen, wie sich das Syndrom bezüglich Symptomen, psychischen Komorbiditäten, Entstehung und Verlauf zeigt und welche Interventionsmöglichkeiten die befragten Fachpersonen als sinnvoll erachten. Die Interviews wurden anhand einer inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten auf, dass das Phänomen Hikikomori in der deutschsprachigen Schweiz vorkommt. Diverse Fachstellen aus dem Gesundheits-, Sozial-, und Bildungsbereich sowie Beratungsstellen kamen mit Betroffenen oder Angehörigen in Kontakt. Bezüglich der Symptomatik und Komorbiditäten zeigte sich ein sehr heterogenes Bild, wobei Symptome und Diagnosen aus den Bereichen der affektiven Störungen, Angststörungen sowie Persönlichkeitsstörungen häufig auftraten. Im Bezug auf die Entstehung zeigten sich bei vielen Fällen Frühwarnzeichen. Die Ursachen waren vielfältig und multidimensional, dabei war eine maladaptive Familiendynamik durchgehend vorhanden. Im Verlauf zeigte sich eine Tendenz zur Chronifizierung, wobei personenbezogene und umweltbezogene Faktoren eine aufrechterhaltende Rolle spielten. Im Bezug auf eine erfolgreiche Intervention waren die Behandlungsmotivation, die Ablösung von den Eltern sowie das Schaffen verbindlicher Tagesstrukturen, neben dem Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung, zentral.

*Schlagwörter:* Hikikomori, sozialer Rückzug, shakaiteki hikikomori, Schweiz

## **Abstract**

This empirical qualitative study examines Hikikomori in the German-speaking regions of Switzerland, to determine if the psychological condition exists, and how it appears.

Hikikomori describes a phenomenon, in which people withdraw from social life, do not engage in work or training and avoid contact with other people as much as possible. Using semi-structured interviews, eight specialists with contact to Hikikomori or their family members were questioned about their experiences and hypotheses regarding Hikikomori. Furthermore this paper examines, which professional area of expertise comes into contact with Hikikomori or their relatives, how the syndrome manifests itself in terms of symptoms, psychological comorbidities, development and process and which interventions the interviewees consider useful. The interviews were evaluated on the basis of a qualitative content analysis. The results of the study showed, that the phenomenon Hikikomori does occur in the German-speaking regions of Switzerland. Various health, social and educational centres as well as helplines came into contact with Hikikomori or their relatives. Symptoms and comorbidities were very heterogeneous, with symptoms and diagnoses of affective disorders, anxiety disorders and personality disorders frequently occurring. Referring to the development of Hikikomori, there were warning signs in many cases. The causes were diverse and multidimensional, while a maladaptive family dynamic was present throughout the cases. Over time, there was a tendency for chronification, with personal and environmental factors playing a sustained role. In terms of a successful intervention, the treatment motivation, the detachment from the parents as well as the creation of daily structures seemed to be central, in addition to the establishment of a good therapeutic relationship.

*Keywords:* hikikomori syndrome, social withdrawal, social recluses, shakaiteki hikikomori, Switzerland

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1	Ausgangslage .....	1
1.2	Ziel der Arbeit.....	2
<b>2</b>	<b>Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>3</b>
2.1	Definition Hikikomori .....	3
2.2	Abgrenzung.....	4
2.3	Bisherige Forschung .....	5
2.3.1	Klinisches Erscheinungsbild.....	5
2.3.2	Psychische Komorbidität .....	7
2.3.3	Entstehung .....	8
2.3.4	Verlauf .....	11
2.3.5	Interventionsmöglichkeiten .....	12
2.4	Fazit und Forschungslücke .....	14
2.5	Fragestellung.....	15
<b>3</b>	<b>Methode .....</b>	<b>15</b>
3.1	Beschreibung des Untersuchungsdesigns .....	15
3.2	Beschreibung der Stichprobe .....	16
3.3	Beschreibung der Datenerhebung .....	17
3.4	Beschreibung der Datenauswertung .....	19
<b>4</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>20</b>
4.1	Hikikomori in der Schweiz .....	20
4.2	Fachstellen mit Kontakt zu Betroffenen oder Angehörigen .....	21
4.3	Symptome .....	23
4.4	Psychische Komorbidität .....	27
4.5	Entstehung.....	29
4.6	Verlauf und aufrechterhaltende Faktoren .....	34
4.7	Interventionsmöglichkeiten.....	38

<b>5 Diskussion</b> .....	<b>42</b>
5.1 Beantwortung der Fragestellung und Interpretation der Ergebnisse.....	42
5.1.1 Hikikomori in der Schweiz .....	42
5.1.2 Fachstellen mit Kontakt zu Betroffenen oder Angehörigen .....	43
5.1.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der untersuchten Fälle.....	44
5.2 Fazit.....	50
5.3 Methodenkritik.....	51
5.4 Ausblick .....	52

**Abbildungen**

<i>Abbildung 1.</i> Prozess des sozialen Rückzuges (übersetzt und adaptiert nach Li & Wong, 2015)	10
<i>Abbildung 2.</i> Rekrutierung und Teilnahme an der Befragung	18



**Tabellen**

Tabelle 1 <i>Soziodemografische Angaben der untersuchten Hikikomori</i>	16
Tabelle 2 <i>Erfüllen bzw. nicht erfüllen der Hikikomori-Kriterien der untersuchten Personen</i>	20
Tabelle 3 <i>Involvierte Fachstellen bei den untersuchten Hikikomori</i>	21
Tabelle 4 <i>Detaillierte Auflistung der involvierten Fachstellen bei den untersuchten Hikikomori</i>	22
Tabelle 5 <i>Kontakte der befragten Fachpersonen</i>	23
Tabelle 6 <i>Symptome der untersuchten Hikikomori</i>	23
Tabelle 7 <i>Detaillierte Auflistung der Symptome der untersuchten Hikikomori</i>	24
Tabelle 8 <i>Psychische komorbide Erkrankungen der untersuchten Hikikomori nach ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort &amp; Remschmidt, 2015)</i>	27
Tabelle 9 <i>Detaillierte Auflistung der psychischen komorbiden Erkrankungen bei den untersuchten Hikikomori nach ICD-10 (Dilling et al., 2015)</i>	28
Tabelle 10 <i>Frühwarnzeichen bei den untersuchten Hikikomori</i>	29
Tabelle 11 <i>Ursachen des sozialen Rückzuges bei den untersuchten Hikikomori</i>	31
Tabelle 12 <i>Krankheitsverläufe der untersuchten Hikikomori</i>	34
Tabelle 13 <i>Aufrechterhaltende Faktoren des sozialen Rückzuges bei den untersuchten Hikikomori</i>	35
Tabelle 14 <i>Detaillierte Auflistung der genannten Interventionsmöglichkeiten bei Hikikomori</i>	38
Tabelle 15 <i>Vorschläge im Bezug auf die Involvierung weiterer Fachstellen</i>	41

## **Abkürzungen**

BFS	Bundesamt für Statistik
MHLW	Ministry of Health, Labour and Welfare (Japanisches Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales)
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung

Mein Glück ist es, dass man mich bis heute in Ruhe gelassen hat. Denn es gibt auch solche, die man herausgelockt hat. Man verspricht ihnen eine Wiedereingliederung. Genesung auch. Arbeit. Erfolg. Mit diesem dünnen Versprechen auf den Lippen werden sie Schritt für Schritt zurück in die Gesellschaft, jenes grosse Gemeinsame, geführt. Man gewöhnt sie daran, ihr gefällig zu sein. Man harmonisiert sie. Ich aber habe Glück. Man rechnet nicht mit mir. Man schickt mir keinen Sozialarbeiter vor das Zimmer, der stundenlang auf mich einredet. Die Bücher und Zeitungsartikel, welche ich umblättere, Vaters Aftershave, dann wieder ein dumpfes Klopfen, Mutters Fingerabdruck in einem der Reisbällchen, dieses wenige Leben ist gerade genug, gerade noch aushaltbar. Man gewährt es mir. Das ist mein Glück. Teil einer Familie zu sein, die es mir gewährt, mich zu verschliessen. (Flaşar, 2014, S. 43-44)

## 1 Einleitung

Obenstehendes Zitat aus dem Buch „Ich nannte ihn Krawatte“ von Milena Michiko Flaşar (2014) ermöglicht einen Einblick in die Erlebenswelt eines jungen Mannes, der als *Hikikomori* bezeichnet werden kann. Die vorliegende Arbeit nimmt sich dem Phänomen Hikikomori an und gliedert sich in fünf Teile: Einleitung, theoretischer Hintergrund, Methode, Ergebnisse und Diskussion. In der Einleitung werden die Ausgangslage sowie das Ziel vorliegender Arbeit erläutert. Im darauffolgenden theoretischen Teil wird der Begriff Hikikomori definiert und von weiteren Begriffen abgegrenzt. Anschliessend wird auf die bisherige Forschung über Hikikomori eingegangen. Der theoretische Teil endet mit dem Fazit und der daraus resultierenden Fragestellung. Im Methodenteil werden das Untersuchungsdesign, die Stichprobe, die Datenerhebung sowie die Datenauswertung detailliert beschrieben. Im Abschnitt Ergebnisse werden die Forschungsergebnisse dieser Arbeit dargestellt, bevor sie im Diskussionsteil kritisch reflektiert und in Bezug zur bisherigen Forschung gesetzt werden.

### 1.1 Ausgangslage

Der Begriff sowie das Phänomen Hikikomori wurden massgeblich von Tamaki Saito geprägt und 1998 in seinem Roman „Hikikomori - Adolescence without End“ erstmals beschrieben und einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Dadurch hat der Begriff insbesondere in Japan sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Psychiatrie an Popularität gewonnen und die Aufmerksamkeit der Bevölkerung auf eine Personengruppe gelenkt,

welche sich bisher in Japans Zimmern und Wohnungen zurückgezogen hat (Angles, 2013). Das Wort Hikikomori ist ursprünglich auf den japanischen Begriff *shakaiteki hikikomori* zurückzuführen, was mit sozialem Rückzug übersetzt werden kann. Er wurde als symptomale Beschreibung eines Zustandes, in welchem sich Menschen von sozialen Beziehungen zurückziehen, genutzt und galt als Symptom verschiedener psychischer Erkrankungen (Saito, 2013).

Heute ist der Begriff Hikikomori eine Beschreibung für junge Menschen, welche sich aus der Gesellschaft zurückziehen, sich für Monate bis Jahre in ihrer Wohnung oder ihrem Zimmer einschliessen und den Kontakt zur Aussenwelt so weit wie möglich reduzieren (Tajan, Yukiko & Pionnié-Dax, 2017). Aufgrund einer Studie des Japanese Cabinet Office von 2016 wird allein in Japan von mindestens 541'000 Menschen ausgegangen, auf welche die Beschreibung Hikikomori zutrifft (Tajan et al., 2017). Unter Berücksichtigung des Aspektes, dass Hikikomori vor allem junge Erwachsene betrifft, welche sich in einer wichtigen Entwicklungsphase befinden, wird davon ausgegangen, dass sich die Schwierigkeiten ohne Behandlung im Erwachsenenalter verstärken und zu sozialen Problemen oder auch Arbeitslosigkeit führen (Lee, Lee, Choi & Choi, 2013). Zunächst wurde Hikikomori als ein kulturspezifisches Phänomen betrachtet. 2005 wurde ein Fallbericht über einen 24-jährigen Mann aus dem Oman veröffentlicht, dessen Symptome jenen von Hikikomori entsprachen (Sakamoto, Martin, Kumano, Kuboki & Al-Adawi, 2005). Es entstanden erste Zweifel an der Theorie, Hikikomori sei ein kulturgebundenes Syndrom, das primär in östlichen Kulturen auftauche. Es folgten Fallberichte aus Spanien (García-Campayo, Alda, Sobradie & Sanz Abós, 2007) und den USA (Teo, 2012) sowie eine grossangelegte Studie, welche Fälle von Menschen mit Hikikomori in Australien, Bangladesch, Indien, Iran, Japan, Korea, Taiwan, Thailand und den USA eruierte (Kato et al., 2012). Durch Artikel in den Printmedien wie der Neuen Zürcher Zeitung (Coulmas, 2007) oder 20 Minuten (Hanselmann, 2012) sowie einem Radiobeitrag von SRF2 (Fritz, 2016) gewann das Phänomen Hikikomori auch in der Schweiz an Bekanntheit. Darüber, ob in der Schweiz Personen von Hikikomori betroffen sind, existieren allerdings noch keine Daten.

## **1.2 Ziel der Arbeit**

Das Ziel vorliegender Arbeit ist, zu untersuchen, ob es in der deutschsprachigen Schweiz Menschen gibt, welche sich auf eine Art und Weise sozial zurückziehen, wie es

durch den Begriff Hikikomori beschrieben wird. Weiter soll eruiert werden, welche Fachstellen mit Betroffenen oder Angehörigen in Kontakt kommen. Zusätzlich sollen anhand qualitativ ausgewerteter Interviews mit Fachpersonen verschiedene Fälle von Hikikomori in der deutschsprachigen Schweiz bezüglich Symptome und Komorbidität untereinander sowie mit bisheriger Forschung verglichen werden. Des Weiteren sollen Hinweise auf die Entstehung, den Verlauf sowie Interventionsmöglichkeiten aufgezeigt und untereinander sowie mit bereits vorhandener Forschung verglichen werden. Übergeordnet soll die Untersuchung als Grundlage für zukünftige Forschungsarbeiten auf dem Gebiet des sozialen Rückzuges oder Hikikomori in der Schweiz dienen.

## **2 Theoretischer Hintergrund**

In diesem Kapitel werden die theoretischen Aspekte des Phänomens Hikikomori genauer betrachtet. Zunächst wird eine Arbeitsdefinition von Hikikomori hergeleitet. Anschliessend wird der Begriff Hikikomori vom Begriff NEET abgegrenzt. Darauf folgend wird auf den bisherigen Forschungsstand eingegangen, wobei das klinische Erscheinungsbild, die Komorbidität sowie Aspekte zur Entstehung, zum Verlauf und mögliche Behandlungsansätze betrachtet werden. Das Kapitel endet mit dem Fazit und den Fragestellungen.

### **2.1 Definition Hikikomori**

Der Begriff Hikikomori umschreibt sowohl ein Phänomen als auch eine Person (Teo & Gaw, 2010). In seinen Richtlinien für Hikikomori definiert das Japanische Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales (MHLW) Hikikomori folgendermassen:

A phenomenon in which persons become recluses in their own homes, avoiding various social situations (e.g. attending school, working, having social interactions outside of the home etc.) for at least six months. They may go out without any social contact with others. In principle, hikikomori is considered a non-psychotic condition distinguished from social withdrawal due to positive or negative symptoms of schizophrenia. However, there is a possibility of underlying prodromal schizophrenia. (MHLW, 2010, zitiert nach Tateno, Park, Kato, Umene-Nakano & Saito, 2012, S.1)

Das Phänomen kann in ein primäres und sekundäres Hikikomori unterteilt werden (Kato et al., 2012). Währenddessen das sekundäre Hikikomori durch eine andere psychische Krankheit ausgelöst wird, handelt es sich beim primären Hikikomori um eine Erscheinung, welche keinen Zusammenhang zu einer anderen psychischen Krankheit aufzeigt und nicht durch aktuelle Krankheitskonzepte erklärt werden kann (Kato et al., 2012).

Vor diesem Hintergrund wird in vorliegender Arbeit in Anlehnung an die Definition des MHLW (Tateno et al., 2012) von folgenden Kriterien für die Definition von Hikikomori ausgegangen: Hikikomori ist ein Phänomen, bei welchem sich eine Person (a) für mindestens 6 Monate (b) in ihr Zuhause zurückzieht und dabei (c) kein Interesse oder Wille zeigt, einer Arbeit nachzugehen oder eine Schule zu besuchen, (d) unter keiner Psychose leidet und (e) soziale Situationen vermeidet.

Da voraussichtlich nicht abschliessend geklärt werden kann, ob der soziale Rückzug zu einer psychischen Erkrankung oder die psychische Erkrankung zum sozialen Rückzug geführt hat, werden in dieser Arbeit sowohl primäre als auch sekundäre Hikikomori berücksichtigt.

## **2.2 Abgrenzung**

Es gibt viele Begriffe, welche dem Phänomen Hikikomori nahekommen. Auf eine Abgrenzung all dieser Begriffe wird in vorliegender Arbeit verzichtet, da das Phänomen Hikikomori klar definiert ist. Im Folgenden wird der Begriff Hikikomori einzig vom Begriff NEET abgegrenzt, da NEETs eine übergeordnete Gruppe der Hikikomori darstellen können und NEETs in der Schweiz durch das Bundesamt für Statistik (BFS) erfasst werden.

Der Begriff NEET bezieht sich auf alle Menschen, welche in keiner Ausbildung oder Anstellung sind (Furlong, 2008). Dazu gehören beispielsweise Personen, welche aus familiären oder persönlichen Verpflichtungen nicht arbeiten wollen oder können, die Rekrutenschule besuchen, nur passiv arbeitssuchend sind, auf den Stellenantritt warten oder arbeitsunfähig sind (BFS, 2019). Weiter wird dabei keine Aussage darüber gemacht, ob die Person sich sozial isoliert oder nicht. Der Begriff ist somit nicht deckungsgleich mit Hikikomori, es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Hikikomori bei landesweiten Erhebungen unter den NEETs erfasst werden.

## 2.3 Bisherige Forschung

### 2.3.1 Klinisches Erscheinungsbild

**Prävalenz:** Das Japanese Cabinet Office geht in seinem Bericht von 2016 in Japan von mindestens 541'000 betroffenen Personen im Alter von 15-39 Jahren aus (Tajan et al., 2017). Eine weitere repräsentative Studie zur Häufigkeit veröffentlichte das Forschungsteam der Universität Okinawa um Miyake im Jahr 2002. Sie interviewten 1646 Familien in Japan und fanden darunter 14 Fälle von Hikikomori. Auf die Bevölkerung von Japan hochgerechnet ergeben sich so zirka 410'000 Fälle von Hikikomori (Miyake, 2002, paraphrasiert nach Furlong, 2008). Saito geht in Japan aufgrund seiner eigenen klinischen Erfahrung von mindestens einer Million betroffener Personen aus und nennt damit die höchste Prävalenz (Saito, 2013). Andere Autoren sprechen von einer Prävalenz von 1.2% der Bevölkerung (Koyama et al., 2010). Dabei ist die Lebenszeitprävalenz mit 2.4% bei den Menschen von 20-29 Jahren am höchsten (Koyama et al., 2010). Die Autoren sind sich jedoch einig, dass es sich bei den veröffentlichten Zahlen nur um eine Spitze des Eisberges handelt, da die Betroffenen kaum Hilfe aufsuchen und dadurch oftmals unerkannt bleiben (Angles, 2013; Lee et al., 2013; Teo, 2010).

Zahlen über die Häufigkeit von Hikikomori in der Schweiz existieren bisher keine. Das BFS erhebt in der schweizerischen Arbeitskräfteerhebung NEETs - Menschen, welche weder in einer Anstellung noch in einer Ausbildung sind. Im Jahr 2018 gab es in der Schweiz 96'000 NEETs im Alter von 15-29 Jahren (BFS, 2019). Werden davon jene Personen ausgeschlossen, welche der Definition von Hikikomori widersprechen und entweder auf Arbeitssuche sind, aus familiären oder persönlichen Verpflichtungen nicht arbeiten können, die Rekruten- oder Offiziersschule besuchen oder bereits einen Job in Aussicht haben, bleiben 30'000 Personen übrig. Davon geben 16'000 andere Gründe an, 4'000 sind passiv arbeitssuchend oder nicht sofort verfügbar und 10'000 sind arbeitsunfähig oder der Ansicht, keine Chance auf dem Arbeitsmarkt zu haben (BFS, 2019). Ob und zu welchem Prozentteil der übriggebliebenen 30'000 Personen es sich um Hikikomori handelt, kann nicht abschliessend beantwortet werden.

**Geschlecht:** Über alle Studien hinweg zeigt sich, dass Männer signifikant häufiger von Hikikomori betroffen sind als Frauen (Chauliac, Couillet, Faivre, Brochard & Terra, 2017; Funakoshi & Miyamoto, 2015; Malagón-Amor, Córcoles-Martínez, Martín López & Pérez-Solà, 2015; Tajan et al., 2017). Dabei differieren die Prozentzahlen der betroffenen Männer

von 63.3% (Tajan et al., 2017) bis 76.4% (Funakoshi & Miyamoto, 2015). Erwähnenswert ist hierbei eine Studie, welche neben den Hikikomori an sich eine Gruppe eruierte, welche aus Personen bestand, die aufgrund der Ausprägung ihrer Symptome nicht per Definition zur Gruppe Hikikomori gehörten, jedoch diesbezüglich eine Affinität hatten (Tajan et al., 2017). Bei der Affinitätsgruppe zeigte sich mit 59.3% betroffener Frauen eine Verschiebung des Geschlechterverhältnisses (Tajan et al., 2017).

**Alter:** Zu einem grossen Teil wurde der Fokus der bisherigen Hikikomori-Forschung auf das Jugend- und junge Erwachsenenalter gelegt und Teilnehmer über 35 Jahre (Kondo et al., 2013), 39 Jahre (Tajan et al., 2017) oder 49 Jahre (Koyama et al., 2010) ausgeschlossen. Dementsprechend tief sind die ermittelten Altersangaben. Saito (2013) spricht von einem mittleren Alter der Hikikomori in Japan von 32 Jahren. Das durchschnittliche Alter beim Beginn der sozialen Isolation liegt laut Koyama et al. (2010) bei 22.3 Jahren, laut Kondo et al. (2013) bei 20.1 Jahren. Eine Studie aus Spanien, in welche Personen von 15-79 Jahren eingeschlossen wurden, eruierte ein mittleres Alter beim Beginn der sozialen Isolation von 36.2 Jahren (Malagón-Amor et al., 2018). Die Autoren wiesen darauf hin, dass das Phänomen Hikikomori nicht nur Jugendliche und junge Erwachsene betrifft. Der soziale Rückzug bei Fällen im mittleren Alter kann mit bestimmten Situationen wie dem Verlust des Jobs verbunden sein (Malagón-Amor et al., 2018).

**Symptomatik:** Die Hauptsymptomatik von Hikikomori ist per Definition der Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben und die Vermeidung von sozialen Kontakten (Saito, 2013). Ein grosser Teil der betroffenen Personen lebt gemeinsam mit der Familie (Teo et al., 2015a). In einer Fallstudie, bei welcher 35 Personen mit Hikikomori untersucht wurden, zeigten alle Fälle ein fehlendes Vertrauen in Menschen (Hattori, 2006). Weitere häufig auftretende Symptome sind eine dissoziative Identität (71%), eine soziale Phobie (71%), Schlafstörungen (66%), eine emotionale Taubheit (66%), somatische Beschwerden (54%), eine Depression (46%) und suizidale Gedanken (43%) (Hattori, 2006). Weiter wird der Zusammenhang einiger Symptome mit den Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) betont, wie beispielsweise der Schlafstörungen, der emotionalen Taubheit, der somatischen Beschwerden oder der Depression (Hattori, 2006). Betroffene zeigen des Weiteren ein tiefes Aggressionslevel, ein tiefes Suizidrisiko, eine ungenügende Selbstversorgung, prämorbid Dysfunktionen und eine tiefe Behandlungseinsicht (Malagón-Amor et al., 2015).



**Dauer:** In Japan wird eine soziale Isolation ab 6 Monaten als problematisch betrachtet (Saito, 2013). Es konnte jedoch aufgezeigt werden, dass es keine signifikanten Unterschiede gibt bezüglich dem psychischen Gesundheitszustand zwischen Jugendlichen, die sich über mehr als sechs Monate zurückziehen und Jugendlichen, welche sich über weniger als sechs Monate zurückziehen (Wong et al., 2015). In der Studie des Japanese Cabinet Office mit 59 Hikikomori zeigte sich bei einer Mehrheit von 34.7% der untersuchten Personen eine Rückzugsdauer von über 7 Jahren. (Tajan et al., 2017). Die zeitliche Dauer scheint bisherigen Studien zufolge keinen Zusammenhang mit dem Schweregrad der Isolation und keinen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Isolation zu haben (Malagón-Amor et al., 2018).

### 2.3.2 Psychische Komorbidität

Die Komorbidität von Hikikomori wird über viele Studien hinweg als hoch eingeschätzt (Kondo et al., 2013; Malagón-Amor et al., 2015; Teo et al., 2015b). In einer Untersuchung mit Hikikomori aus Japan und den USA erfüllten 77% der Betroffenen die Kriterien für eine psychiatrische Diagnose. Bei den 23%, welche die Kriterien keiner psychiatrischen Diagnose erfüllen, handelte es sich ausschliesslich um Personen aus Japan (Teo et al., 2015b). Bei der Untersuchung zeigten 9% eine und 68% mehrere Diagnosen. Die häufigsten Diagnosen waren dabei die vermeidende Persönlichkeitsstörung (41%), gefolgt von der Depression (32%), der paranoiden Persönlichkeitsstörung (32%), der PTBS (27%) und der sozialen Phobie (27%) (Teo et al., 2015b). Die Autoren betonen, dass die Teilnehmer aus den USA im Vergleich zu den Teilnehmern aus Japan häufiger affektive Störungen, Suchterkrankungen und Angststörungen zeigen (Teo et al., 2015b).

In einer Untersuchung mit Hikikomori aus Spanien zeigte sich ebenfalls eine hohe Komorbiditätsrate (Malagón-Amor et al., 2015). 98.2% der Betroffenen hatten eine komorbide psychische Erkrankung. Am häufigsten waren dabei Psychosen (36%), gefolgt von Angststörungen (20.1%), affektiven Störungen (16.5%) und Persönlichkeitsstörungen (15.9%) (Malagón-Amor et al., 2015). Ergänzend dazu werden Essstörungen, körperdysmorphe Störungen und Internetabhängigkeit als Komorbidität aufgezählt (Lee et al., 2013). Untersuchungen, welche Betroffene aus Japan einbeziehen, zeigen tiefere Komorbiditätsraten von beispielsweise 35.7% (Research Group on Community Mental Health Activities for Hikikomori, 2004, paraphrasiert nach Funakoshi & Miyamoto, 2015) oder 54.5% (Koyama et al., 2010).

Werden die zeitlichen Zusammenhänge der komorbid zu Hikikomori auftretenden Erkrankungen betrachtet, zeigt sich folgendes Bild: 35% der Betroffenen waren bereits vor dem sozialen Rückzug psychisch erkrankt (Koyama et al., 2010). Weitere 16% erkrankten im selben Jahr an einer Major Depression. Weiter zeigen 10.7% vor und 10.9 % nach dem sozialen Rückzug Alkoholmissbrauch oder Abhängigkeit (Koyama et al., 2010). Bei Menschen mit Hikikomori ist die Lebenszeitprävalenz an einer psychischen Störung zu erkranken mit 54.5% im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mit 29.5% deutlich erhöht. Das Risiko an einer affektiven Störung zu erkranken ist bei Personen mit Hikikomori 6.1 Mal höher (Koyama et al., 2010).

### 2.3.3 Entstehung

Für die Ursache von Hikikomori existieren bislang unterschiedliche Entstehungsmodelle. Diese reichen von belastenden Erfahrungen, unsicheren Bindungsstilen über familiäre Faktoren, psychischen Erkrankungen bis hin zu sozio-kulturellen Erklärungsmodellen.

**Belastende Erfahrungen:** Viele Untersuchungen betonen den Zusammenhang von Hikikomori und belastenden Kindheitserfahrungen wie emotionalem Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung durch die Eltern oder Zurückweisungen sowie Mobbing durch Gleichaltrige (Furlong, 2008; Hattori, 2006; Kondo et al., 2013; Lee et al., 2013; Teo, 2010). So berichteten beispielsweise 56% der untersuchten Hikikomori über Mobbing-Erfahrungen in der Schulzeit (Lee et al., 2013) und 91% von emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit (Hattori, 2006).

**Bindungsstil:** Andere Untersuchungen weisen auf den Zusammenhang zwischen Hikikomori und einem unsicheren Bindungsstil hin. Hattori (2006) betont in seiner Untersuchung, dass keine der 35 untersuchten Personen mit Hikikomori eine sichere Bindung hatte. Eine weitere Untersuchung, in welche 24 Hikikomori miteinbezogen wurden, beschreibt, dass bei den Hikikomori ein häufigeres Auftreten einer ambivalenten Bindung beobachtet wurde (Krieg & Dickie, 2011). Diese wird einerseits durch ein schüchternes Temperament, andererseits durch die erlebte elterliche Zurückweisung vorhergesagt. Die unsichere Bindung in Kombination mit der berichteten Zurückweisung durch Peers stellt ein Prädiktor für Hikikomori dar (Krieg & Dickie, 2011).

**Familiäre Faktoren:** Des Weiteren spielen auch Aspekte der Familiendynamik eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Hikikomori (Kondo et al., 2013; Lee et al., 2013).

So zeigen die Familien der Betroffenen im Vergleich zu den Familien der Kontrollgruppe in der Familienklimaskala tiefere Werte in den Subskalen Zusammenhalt, Organisation, Kontrolle und aktive Freizeitorientierung (Lee et al., 2013). Auch in einer anderen Untersuchung zeigen sich tiefe Werte sowohl im generellen Funktionsniveau als auch in allen 6 Subskalen des Family Assessment Device (Problemlösung, Kommunikation, Rollen, Emotionalität, affektive Beziehungsaufnahme und Verhaltenskontrolle) (Kobayashi et al., 2003, paraphrasiert nach Teo, 2010). Weiter berichten 86% der untersuchten Hikikomori von passiv-aggressiven Konflikten zwischen den Eltern (Hattori, 2006). Gestörte Beziehungen zwischen den Eltern können zu ungesunden Eltern-Kind-Beziehungen führen. Kinder können dabei durch die konflikthafte Beziehung keine eigene Identität aufbauen und aus Angst, die Familie würde auseinanderbrechen, nicht gegen die Eltern rebellieren (Kawanishi, 2004). Andere Studien weisen auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen Hikikomori und der Erkrankung der Mutter an einer Panikstörung (Umeda, Kawakami & The World Mental Health Japan Survey Group 2002-2006, 2012) beziehungsweise an einer Angststörung oder einer affektiven Störung (Malagón-Amor et al., 2015) hin. In einer weiteren Untersuchung wurden 47.3% der Mütter von Hikikomori als depressiv eingestuft (Funakoshi & Miyamoto, 2015).

**Psychische Erkrankungen:** Auch ein Zusammenhang von Hikikomori mit einer psychischen Erkrankung der betroffenen Person selbst wird diskutiert. So kann Hikikomori auch als Reaktion auf eine psychische Erkrankung wie beispielsweise eine Depression oder soziale Phobie auftreten (Lee et al., 2013).

**Soziokulturelle Faktoren:** Des Weiteren werden soziokulturelle Gründe als mögliche Ursache von Hikikomori betrachtet. So konnte nachgewiesen werden, dass Hikikomori häufiger aus Familien des Mittelstandes und des oberen Mittelstandes stammen (Hattori, 2006). Weiter zeigt sich, dass die Eltern von Hikikomori einen höheren Ausbildungsgrad haben als jene der Kontrollgruppe (Umeda et al., 2012). Es wird vermutet, dass dies mit dem höheren Einkommen und den finanziellen Möglichkeiten, ein Kind auch über einen verlängerten Zeitraum zu unterstützen, zusammenhängt (Umeda et al., 2012). In Bezug auf Japan wird weiter ein Zusammenhang von Hikikomori mit Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt, dem rigiden Bildungssystem, welches viel Druck ausübt und kaum zweite Chancen zulässt sowie der lückenhaften staatlichen Unterstützung vermutet (Furlong, 2008). Auch ein Zusammenhang mit kulturellen Besonderheiten wie dem Amae-Konzept wird diskutiert (Furlong, 2008; Kato, Kanba & Teo, 2018; Malagón-Amor et al., 2015; Tateno et

al., 2012; Teo 2010). Das Amae-Konzept beschreibt ein Abhängigkeitsbedürfnis zwischen Eltern und Kind, welches dazu führt, dass auch ein egoistisches oder unpassendes Verhalten des Kindes von den Eltern akzeptiert wird (Tateno et al., 2012). Das Kind manipuliert die Eltern dahingehend, dass es umsorgt wird, was im Falle einer Chronifizierung im Erwachsenenalter zu einer ökonomischen Abhängigkeit führen kann (Malagón-Amor et al., 2015).

**Stufenmodell des sozialen Rückzuges:** Li und Wong (2015) haben ein Modell entworfen, das die Entstehung des sozialen Rückzuges bei Jugendlichen anhand psychologischer Faktoren, sozialer Faktoren und Verhaltensmerkmalen erklärt und aufzeigt, dass der soziale Rückzug schleichend verläuft (Vgl. *Abbildung 1*).

Typ	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Rückzugsverhalten
Übermässige Dependenz	<i>Familie:</i> Überbehütung durch die Familie	<i>Familie:</i> Vernachlässigung in der Entwicklung und Autonomie	<i>Familie:</i> Übermässige Abhängigkeit von der elterlichen Unterstützung	Asozial: Isolieren sich zu Hause
Maladaptive Interdependenz	<i>Familie:</i> Dysfunktionale Familiendynamiken und dysfunktionale Erziehungsstile	<i>Schule:</i> Mobbing Rückfall bei den Leistungen	<i>Schule:</i> Schule schwänzen, Schulabbruch oder Ausschluss von der Schule	Asozial: Gehen gelegentlich nach Draussen
Counterdependenz	<i>Familie:</i> Hohe Erwartungen	<i>Schule:</i> Hoher akademischer Druck Schwierigkeiten beim Übergang von der Schule zur Arbeit	<i>Gesellschaft:</i> Arbeitslosigkeit	Selektiv sozial: Isolieren sich zu Hause oder gehen gelegentlich nach Draussen

Abbildung 1. Prozess des sozialen Rückzuges (übersetzt und adaptiert nach Li & Wong, 2015)

Hikikomori werden dabei in drei Gruppen unterteilt: Übermässig dependent, maladaptiv interdependent und counterdependent (Li & Wong, 2015).

Übermässig dependente Hikikomori wachsen häufig in überbehütenden Familien auf. Aufgrund der abhängigen Dynamik können die Jugendlichen keine gesunde psychosoziale Entwicklung durchlaufen und lernen beispielsweise nicht, anderen Menschen zu vertrauen. Weiter erfolgt durch die abhängige Familiendynamik keine normale Autonomieentwicklung. Die Familie wird zur Komfortzone und solange die Familie die nötigen Ressourcen zur Verfügung stellt, besteht bei den Jugendlichen keine Motivation, sich der Aussenwelt zuzuwenden. Sie isolieren sich somit zu Hause (Li & Wong, 2015).

Maladaptiv interdependente Hikikomori wachsen in dysfunktionalen Familiendynamiken mit ungünstigen Erziehungsstilen auf. Dadurch haben sie innerhalb der Familie nicht die Möglichkeit, zwischenmenschliche Kompetenzen zu erlernen, was zu sozialen Schwierigkeiten in der Schule führen kann. Im Gegensatz zu den übermässig dependenten Hikikomori versuchen die maladaptiv interdependenten Hikikomori mit anderen in Kontakt zu sein, was ihnen aber aufgrund von mangelnden sozialen Fertigkeiten und einem tiefen Selbstvertrauen nicht gelingt. Die Jugendlichen gehen gelegentlich nach draussen, der soziale Rückzug kann sich über die Zeit jedoch verstärken, wodurch es zu einer vollständigen Isolation kommen kann (Li & Wong, 2015).

Die dritte Gruppe der countrependenten Hikikomori wächst in einer stark leistungsorientierten Umwelt auf, die hohen Druck auf die Jugendlichen erzeugt. Dadurch wird die Persönlichkeitsentwicklung behindert. Wenn diese Jugendlichen nach Abschluss der Schulzeit keine Anschlusslösung finden, ziehen sie sich sozial zurück. Auch bei dieser Gruppe kann sich der soziale Rückzug mit der Zeit verstärken und zum Abbau der sozialen Kompetenzen führen (Li & Wong, 2015).

#### **2.3.4 Verlauf**

Ein erstes Anzeichen für die Entwicklung von Hikikomori ist das Schulschwänzen (Kawanishi, 2004; Krieg & Dickie, 2011; Teo, 2010). Dabei zeigt sich, dass 52.5% (Kondo et al., 2013) -56,4% (Funakoshi & Miyamoto, 2015) der Hikikomori den Schulbesuch verweigerten.

Die Isolationszeit hat keinen Einfluss auf den Schweregrad der Symptome und die weitere Entwicklung nach 12 Monaten (Malagón-Amor et al., 2018). Es wird betont, dass insbesondere bei einer frühzeitigen Intervention eine gute Prognose zur Reintegration der betroffenen Personen in die Gesellschaft besteht (Hattori, 2006). Diesbezüglich problematisch ist jedoch einerseits die mangelnde Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten, andererseits aber auch die hohe Rate an Behandlungsabbrüchen, welche Hikikomori zeigen (Hattori, 2006; Malagón-Amor et al., 2018).

Der Verlauf der sozialen Isolation ist schlechter, wenn die Betroffenen persönlich keine Hilfe in Anspruch nehmen, auch wenn die Familienmitglieder Hilfe aufsuchen (Kondo et al., 2013). Auch bei Hikikomori, die in einer Behandlung sind, ist die Remissionsrate momentan tief. Lediglich 14% der Betroffenen zeigten nach 12 Monaten Behandlung (Malagón-Amor

et al., 2018) beziehungsweise 15.3 % nach 21.7 Monaten Behandlung (Kondo et al., 2013) ein normales soziales Netzwerk.

### **2.3.5 Interventionsmöglichkeiten**

Der gängige Behandlungsansatz für Hikikomori ist eine Kombination aus Psychotherapie und Psychopharmakotherapie (Teo, 2010). Dabei werden Familientherapien, Expositionstherapien, Gruppentherapien für Hikikomori sowie traumaspezifische Psychotherapien und Massnahmen zur beruflichen Reintegration eingesetzt (Teo, 2010). Bei starkem sozialem Rückzug werden Betroffene zunächst durch wiederholte Besuche zuhause behandelt (Teo, 2010). Über die Behandlung von Hikikomori existieren bisher primär Fallberichte (Nishida, Kikuchi, Fukuda & Kato, 2016; Sakamoto et al., 2005; Teo & Gaw, 2010) und kaum Wirksamkeitsstudien.

Grundsätzlich muss von einer langen Behandlungsdauer ausgegangen werden (Kondo et al., 2013). Hikikomori mit komorbiden psychischen Erkrankungen auf Achse II, wie beispielsweise Persönlichkeitsstörungen, zeigen einen durchschnittlichen Zeitraum von 27.4 Monaten zwischen der ersten Behandlungskonsultation und der sozialen Teilhabe an der Gesellschaft. Aber auch Hikikomori mit Komorbiditäten auf Achse I wie beispielsweise affektive Störungen oder Angststörungen zeigen eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 21.7 Monaten zwischen der ersten Konsultation und der sozialen Reintegration in die Gesellschaft (Kondo et al., 2013). Dies kann unter anderem am langandauernden Beziehungsaufbau zwischen der betroffenen Person und der therapeutischen Fachperson liegen. Es dauert 6 Monate bis 1 Jahr, bis genügend Vertrauen und Sicherheit aufgebaut ist, um überhaupt therapeutisch arbeiten zu können (Hattori, 2006). Dabei ist insbesondere das grosse Misstrauen gegenüber anderen Menschen und somit auch gegen den Therapeuten ein Hindernis im Aufbau einer therapeutischen Beziehung (Hattori, 2006).

Die Behandlung von Hikikomori stellt diverse Herausforderungen dar. Diese beginnen bereits bei der Aufnahme der Behandlung. Einerseits zeigen viele der Betroffenen eine mangelnde Krankheits- sowie Behandlungseinsicht (Lee et al., 2013; Malagón-Amor et al., 2015). Andererseits ist es für Hikikomori aufgrund der grossen Angst vor sozialen Kontakten, der Angst nach draussen zu gehen sowie der Resistenz gegenüber Veränderungen und neuen Erfahrungen sehr schwierig, sich überhaupt auf eine Behandlung einzulassen (Kondo et al., 2013). Des Weiteren sind auch familiäre Faktoren, wie beispielsweise die ungünstigen Beziehungsmuster oder auch die Angst der Familie, durch eine Intervention

ihrerseits die Symptomatik zu verschlimmern, für die Aufnahme einer Behandlung hinderlich (Kondo et al., 2013). Malagón-Amor et al. (2015) berichten von 18% der Familien, die einer aufsuchenden Behandlung der Betroffenen nicht zugestimmt haben.

Im Verlauf der Behandlung zeigen sich weitere Hindernisse. Die Abbruchrate ist mit 50% auch nach Beginn der Behandlung hoch (Hattori, 2006). Weiter ist es für Hikikomori schwierig, Emotionen und Gedanken auszudrücken, was für eine psychotherapeutische Behandlung erschwerend ist (Hattori, 2006).

Trotz der beschriebenen Ängste vor sozialen Kontakten und dem nach Draussen gehen, bevorzugen Hikikomori eine persönliche Behandlung im Vergleich zur telepsychiatrischen Behandlung (Teo, 2015a).

Für die Behandlung wird ein phasenweises Vorgehen empfohlen (Hattori, 2006; MHLW, 2010, paraphrasiert nach Kato et al., 2018). Hattori (2006), der davon ausgeht, dass ein grosser Teil der Hikikomori aufgrund von traumatischen Kindheitserfahrungen und Bindungstraumata ein duales Persönlichkeitssystem entwickelt haben, beschreibt in seiner Empfehlung vier Phasen der Gesprächspsychotherapie. Die erste Phase hat zum Ziel, den Zugang zu den teilweise verdrängten Emotionen wieder zu eröffnen und diese wahrzunehmen. Anschliessend folgt eine zweite Phase mit dem Ziel, die ursprüngliche Identität, welche durch traumatische Erfahrungen in der Kindheit verdrängt wurde, wieder herzustellen. Zu dieser soll in der dritten Phase eine Bindung entstehen woraufhin in der vierten Phase eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft möglich ist (Hattori, 2006). Durch den Zugang zur ursprünglichen Identität resultiert bei der betroffenen Person einerseits der Wunsch nach Leben, andererseits aber auch die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen (Hattori, 2006).

Das MHLW empfiehlt in seinen Richtlinien für Hikikomori eine vierstufige Intervention, welche den Einbezug der Familie sowie Gruppentherapien beinhaltet (MHLW, 2010, paraphrasiert nach Kato et al., 2018). In einer ersten Phase wird primär die Familie der betroffenen Person unterstützt. Es entsteht ein erster Kontakt zum Betroffenen und diagnostische Abklärungen werden getroffen. In einer zweiten Phase folgt eine persönliche Therapie für die betroffene Person. Im Anschluss an diese Phase besucht die betroffene Person ein Gruppentraining oder eine Gruppentherapie, worauf abschliessend ein soziales Partizipationstraining empfohlen wird (MHLW, 2010, paraphrasiert nach Kato et al., 2018).

Eine weitere Studie weist auf den positiven Einfluss einer intensiven Behandlung auf die soziale Reintegration hin. Betroffene, welche nach einer aufsuchenden Behandlung eine

stationäre Behandlung erhalten, zeigen nach 12 Monaten eine tiefere Abbruchrate sowie eine weniger starke soziale Isolation als Betroffene, welche nach einer aufsuchenden Behandlung eine ambulante Behandlung erhalten (Malagón-Amor et al., 2018). Die Autoren vermuten, dass eine intensive aufsuchende oder stationäre Behandlung zu einer besseren therapeutischen Beziehung führt, wodurch sich die Krankheits- und Behandlungseinsicht verbessert. Für die Behandlung von Hikikomori empfehlen sie zunächst eine intensive aufsuchende oder stationäre Behandlung, wobei der Fokus auf den Aufbau einer therapeutischen Beziehung gelegt werden soll. Weiter betonen sie die Wichtigkeit von langen Behandlungszeiträumen, welche den Aufbau sozialer Fähigkeiten und den sozialen Reintegrationsprozess begleiten (Malagón-Amor et al., 2018). Auch eine weitere Untersuchung weist darauf hin, dass eine aufsuchende Behandlung bei Hikikomori hilfreich ist (Lee et al., 2013).

Wird der Einbezug der Familien in die Behandlung der Hikikomori betrachtet, unterscheiden sich die Empfehlungen der Autoren. Hattori (2006) rät aufgrund des grossen Misstrauens von Hikikomori ihren Eltern gegenüber Familientherapien ausdrücklich ab. Saito (2013) hingegen betont, dass nur durch eine Änderung der Eltern-Kind-Beziehung und der Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Familie eine Veränderung initiiert werden kann. Unter Berücksichtigung, dass bei 72.9 % der Fälle in einem ersten Schritt die Familienmitglieder medizinische, psychiatrische oder soziale Dienste in Anspruch nehmen, bevor Hikikomori selbst in eine Behandlung gehen (Malagón-Amor, 2015), scheint es wichtig, zumindest in der Anfangsphase der Behandlung die Familie miteinzubeziehen. Auch weitere Autoren betonen die Wichtigkeit der familiären Unterstützung (Funakoshi & Miyamoto, 2015). Sie zeigen in ihrer Untersuchung auf, wie wichtig der Einbezug und die Unterstützung beider Elternteile in der Behandlung von Hikikomori sind. Dadurch können familiäre Beziehungen verbessert und Familienkonflikte vermindert werden (Funakoshi & Miyamoto, 2015).

## **2.4 Fazit und Forschungslücke**

Nachdem das Phänomen Hikikomori vor allem in Japan untersucht worden ist und lange als ein kulturgebundenes Phänomen galt (Teo & Gaw, 2010), wurden ab 2005 erste Studien publiziert, welche diese Theorie widerlegten und zur Hypothese führten, dass das Phänomen auch in der westlichen Gesellschaft auftritt (Kato et al., 2012; Malagón-Amor et al., 2015; Sakamoto et al., 2005; Teo, 2012; Wong et al., 2015). Noch sind die Studien dazu jedoch rar.



Erschwerend kommt hinzu, dass unter den Forschenden keine allgemein anerkannte Definition von Hikikomori existiert (Malagón-Amor et al., 2015) und keine Einigkeit darüber besteht, inwiefern Hikikomori von anderen psychischen Erkrankungen abzugrenzen ist. Aufgrund der Symptomatik der Betroffenen, welche daraus besteht, dass sie ihre sozialen Kontakte abbrechen und kaum Hilfe aufsuchen, könnte die Prävalenz sowie das Ausmass der sozialen Isolation auch in der Schweiz bisher unterschätzt worden sein. Darüber, ob und wie das Phänomen Hikikomori in der Schweiz auftritt, existieren bislang keine Studien, weshalb sich die vorliegende Arbeit dieser Frage widmet.

## **2.5 Fragestellung**

Frage 1: Tritt das Phänomen Hikikomori in der deutschsprachigen Schweiz auf?

Frage 2: Welche Fachstellen kommen mit Betroffenen oder Angehörigen von Menschen mit Hikikomori in Kontakt?

Frage 3: Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen zwischen den beschriebenen Fällen bezüglich Symptomen, Komorbiditäten, Entstehung, Verlauf und Interventionsmöglichkeiten?

## **3 Methode**

Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen im Sinne der Nachvollziehbarkeit und Replizierbarkeit detailliert beschrieben. Dabei wird auf das Untersuchungsdesign, die Stichprobenauswahl sowie die Datenerhebung und -auswertung eingegangen.

### **3.1 Beschreibung des Untersuchungsdesigns**

Ziel dieser Studie war es, erste Erkenntnisse über das Phänomen Hikikomori in der Schweiz zu gewinnen. Aufgrund der zurzeit beschränkten Datenlage über Hikikomori in der westlichen Gesellschaft und der Schweiz wurde für diese Studie ein qualitatives Design gewählt. Dieses ermöglicht eine explorative Untersuchung des Phänomens und lässt Raum für neue und unerwartete Erkenntnisse. Um ein möglichst vielfältiges Bild des Phänomens Hikikomori in der deutschsprachigen Schweiz zu erhalten, wurde während des gesamten Forschungsprozesses immer wieder versucht, mit einer grösstmöglichen Offenheit an das Thema heranzugehen. Für die Datenerhebung wurde ein halbstrukturiertes Leitfadeninterview gewählt. Damit wurden acht Fachpersonen zu ihren Erfahrungen mit Hikikomori und ihren persönlichen Hypothesen diesbezüglich befragt. Nach einer

schriftlichen Aufbereitung der auditiven Daten wurden die wichtigsten Erkenntnisse anhand einer qualitativ strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) mit Hilfe der Computersoftware MAXQDA erarbeitet und in einer Themenmatrix zusammengefasst.

### 3.2 Beschreibung der Stichprobe

An dieser Studie nahmen acht Fachpersonen teil, welche beruflichen Kontakt zu Personen oder Angehörigen von Personen hatten, auf welche die Beschreibung von Hikikomori zutrifft. Fünf Personen hatten eine psychologische Grundausbildung, drei Personen hatten eine Grundausbildung im Bereich der sozialen Arbeit. Die befragten Personen stammten aus den Berufsfeldern Schulpsychologie, Psychotherapie, Jugendberatung, Familienberatung, Suchtberatung, Sozialberatung und Beistandschaft und arbeiteten in den Kantonen Luzern, Obwalden, Thurgau und Zug. Sieben Personen hatten persönlichen Kontakt zu Betroffenen. Eine Person hatte Kontakt zur Mutter einer betroffenen Person. Sechs der Befragten berichteten über eine Person, welche sich über sechs oder mehr als sechs Monate sozial zurückzog, weder einer Ausbildung noch einer Arbeit nachging, soziale Situationen vermied und keine Diagnose hatte, welche den sozialen Rückzug vollständig erklärte. Zwei Personen berichteten über Betroffene, welche sich für drei bis vier Monate sozial zurückzogen, dabei weder einer Arbeit noch einer Ausbildung nachgingen, soziale Situationen vermieden und keine Diagnose hatten, welche den sozialen Rückzug vollständig erklärte. Aufgrund der beschriebenen Studie, welche aufzeigt, dass es zwischen Jugendlichen, die sich über weniger als sechs Monate und Jugendlichen, welche sich über mehr als sechs Monate zurückziehen keine signifikanten Unterschiede bezüglich dem psychischen Gesundheitszustand gibt (Wong et al., 2015), wurde entschieden, diese beiden Personen in die Befragung und Auswertung miteinzubeziehen.

Tabelle 1  
*Soziodemografische Angaben der untersuchten Hikikomori*

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Alter	14J.	19J.	17J.	35-45J.	20J.	29J.	18J.	55J.
Geschlecht	w	w	m	m	m	m	m	m
Bildungsstand	SS	SS	SS	BL	SS	BL	SS	BL
Wohnort	u	u	l	u	u	l	u	u
Nationalität	CH	CH	DE	CH	CH	CH	HR	CH

*Anmerkung.* (P) betroffene Person. Alter beim ersten Kontakt. (w) weiblich. (m) männlich. (SS) abgeschlossene Sekundarschule. (BL) abgeschlossene Berufslehre. (u) urban. (l) ländlich.

In Bezug auf das Alter der betroffenen Personen wurde aufgrund einer Studie, welche aufzeigt dass sich das Phänomen Hikikomori nicht nur auf das Jugendalter beschränkt (Malagón-Amor et al., 2018), auf eine Eingrenzung verzichtet. Die betroffenen Personen waren zum Zeitpunkt des ersten Kontaktes mit der befragten Fachperson zwischen 14 und 55 Jahre alt, dabei waren zwei weiblich und sechs männlich. Bei fünf der betroffenen Personen wurde als höchste Ausbildung die abgeschlossene Sekundarschule angegeben. Drei der Betroffenen hatten eine abgeschlossene Berufslehre. Zwei der betroffenen Personen lebten in einem ländlichen Gebiet, die restlichen sechs in einer urbanen Region. Alle Personen stammten aus dem europäischen Raum (Vgl. Tabelle 1).

### 3.3 Beschreibung der Datenerhebung

**Rekrutierung der befragten Personen:** Wie in *Abbildung 2* ersichtlich, wurden 30 öffentliche Fachstellen, wie Jugend- Familien- und Elternberatungsstellen, schulpsychologische Dienste, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste, psychiatrische Kliniken, Suchtberatungsstellen, Sozialdienste, soziale Beratungsstellen, Mandatsstellen und Fachstellen für Arbeitsintegration zwischen November 2018 und März 2019 telefonisch kontaktiert. Diese stammten aus den Kantonen Aargau, Basel, Bern, Luzern, Obwalden, Schwyz, Thurgau, Uri, Zug und Zürich und boten Angebote für Jugendliche, junge Erwachsene oder Erziehungsberechtigte an. Bei der ersten telefonischen Kontaktaufnahme wurde das Thema der Masterarbeit sowie das Phänomen Hikikomori kurz erläutert. Weiter wurde eruiert, wer die zuständige Person für eine Interviewanfrage ist. In einem zweiten Schritt wurde eine Email an die zuständige Person geschickt, mit der Bitte, im Team abzuklären, ob bereits einmal ein Kontakt zu einer Person oder Angehörigen einer Person, welche den Kriterien von Hikikomori entspricht, stattgefunden hat. Falls ein solcher Kontakt stattgefunden hat und die Bereitschaft für ein Interview bestand, wurden die Kontaktangaben für ein Interview erfragt. Ein solches Mail ist unter Anhang A ersichtlich. Von den 30 verschickten Anfragen wurden 28 beantwortet. Davon berichteten 11, bereits Kontakt mit Personen oder Angehörigen von Personen, auf welche die Beschreibung von Hikikomori zutrifft, gehabt zu haben. Neun Personen waren bereit, über ihre Erfahrungen in einem Interview zu berichten. Mit diesen wurde Kontakt aufgenommen und ein persönlicher Termin vereinbart. Ein Interview musste wieder abgesagt werden, da die betroffene Person keinen der Termine bei der zuständigen Fachperson wahrgenommen hat.

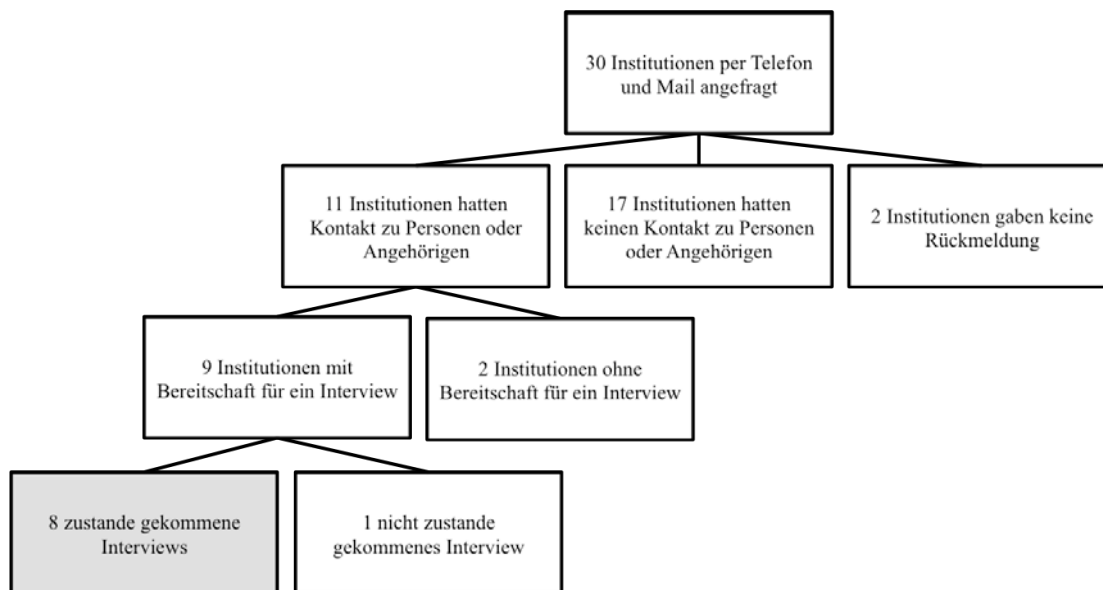


Abbildung 2. Rekrutierung und Teilnahme an der Befragung

**Erstellen des Leitfadeninterviews:** Zur Erstellung des halbstrukturierten Interviewleitfadens wurde nach dem SPSS-Prinzip von Helfferich (2011) vorgegangen: In einem ersten Schritt wurden Fragen gesammelt, die dem Forschungsgegenstand entsprachen. Anschliessend wurden die gesammelten Fragen auf Faktenfragen, suggestive Fragen, wertende Fragen oder Fragen mit mangelnder Offenheit geprüft und reduziert. Nachfolgend wurden die Fragen thematisch sortiert, wodurch die unterschiedlichen Themenbereiche des Interviews erarbeitet wurden. Die sortierten Fragen wurden anschliessend zu einer Frage subsummiert (Helfferich, 2011). Ergänzend zum Vorgehen nach Helfferich (2011) wurde der Leitfaden mit Zusatzfragen und aufrechterhaltenden Fragen erweitert. Zusätzlich wurden Überleitungen von einem Themenbereich zum nächsten sowie eine Einleitung und ein Abschluss formuliert. Bei der Formulierung der Leitfragen wurde darauf geachtet, dass die Fragen textgenerierend, kurz, verständlich und beantwortbar sind (Dresing & Pehl, 2013). Nach zwei Probeinterviews mit einer Psychologiestudentin und einer themenfremden Person, welche der Überprüfung der Qualität und Verständlichkeit der Fragen dienten, wurden letzte Anpassungen am Leitfaden vorgenommen. Der vollständige Interviewleitfaden ist im Anhang C zu finden.

**Interviewdurchführung:** Mittels eines halbstrukturierten Leitfadeninterviews wurden die Fachpersonen bei einem persönlichen Termin an ihrem Arbeitsplatz zwischen Januar und März 2019 über ihre Erfahrungen und persönlichen Hypothesen zum Thema Hikikomori befragt. Dabei handelte es sich um einmalige Interviews mit einer Dauer von zirka 60

Minuten, welche mit einem Diktiergerät der Marke Olympus aufgenommen wurden. Im Vorfeld wurden den befragten Personen die Leitfragen und Themenbereiche des halbstrukturierten Interviews zugestellt. Das versandte Dokument ist in Anhang B ersichtlich. Während der Durchführung der Interviews wurden neben den Fragen des Interviewleitfadens auch intuitiv Folgefragen gestellt. Dabei wurde darauf geachtet, dass der interviewten Person genügend Zeit für Antworten zur Verfügung gestellt wurde, nur Fragen gestellt wurden, die wirklich von Interesse waren und Interpretationen, suggestive Fragen und Bewertungen sowie das doppelte Abfragen von Aspekten vermieden wurden (Dresing & Pehl, 2013).

**Datenaufbereitung:** Nach dem Festlegen der Transkriptionsregeln in Anlehnung an Dresing und Pehl (2013), welche im Anhang D ersichtlich sind, wurden die Texte anhand des von Kuckartz (2018) empfohlenen Vorgehens zunächst wörtlich transkribiert, danach korrigiert und anonymisiert. Bei der Transkription wurden aufgrund der Fragestellung keine nonverbalen Merkmale erfasst. Zur Transkription der Interviews wurde das Programm f5 verwendet. Falls gewünscht, konnte das Transkript durch die Befragten gegengelesen werden.

### 3.4 Beschreibung der Datenauswertung

Mithilfe der neusten Version 2018.2 des Programms MAXQDA wurde eine strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gemacht. Dabei wurden die Transkripte analog des von Kuckartz (2018) empfohlenen Ablaufes bearbeitet: Zunächst wurde das Datenmaterial nochmals sorgfältig durchgelesen und inhaltsrelevante Textstellen markiert sowie durch die Kommentarfunktion paraphrasiert. Des Weiteren wurde für jedes Interview mithilfe eines Memos eine Fallzusammenfassung erstellt. In einem nächsten Schritt wurden anhand des Interviewleitfadens deduktiv die Hauptkategorien des Kategoriensystems erstellt. Diese wurden definiert und mit Ankerbeispielen ergänzt. Anschliessend wurde das gesamte Datenmaterial anhand der Hauptkategorien codiert. Dabei erfolgte eine erste induktive Modifikation und Ergänzung der Hauptkategorien. Im Anschluss daran wurden die Subkategorien induktiv anhand des Datenmaterials und mithilfe der Paraphrasen erstellt. Die Subkategorien wurden ebenfalls definiert und mit Ankerbeispielen ergänzt. Das komplette Datenmaterial wurde danach erneut anhand des ausdifferenzierten Kategoriensystems codiert (Kuckartz, 2018). Der Kodierleitfaden ist unter Anhang E ersichtlich. In einer Themenmatrix wurde nachfolgend für jeden Schnittpunkt

zwischen Interview und Kategorie eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte gemacht, so dass die Ergebnisse in komprimierter und übersichtlicher Form zur weiteren Interpretation vorlagen.

## 4 Ergebnisse

Vorliegende Arbeit nimmt sich drei Fragestellungen an: Erstens soll geklärt werden, ob das Phänomen Hikikomori in der deutschsprachigen Schweiz auftritt. Zweitens soll eruiert werden, welche Fachstellen mit Betroffenen oder Angehörigen von Menschen mit Hikikomori in Kontakt kommen. Drittens sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beschriebenen Fällen bezüglich Symptome, Komorbidität, Entstehung, Verlauf und Interventionsmöglichkeiten dargelegt werden. Die Ergebnisse in Bezug auf diese Fragestellungen werden im folgenden Kapitel vorgestellt. Zitate aus den Interviews werden unabhängig ihrer Länge eingerückt und mit Interview- und Absatznummern versehen.

### 4.1 Hikikomori in der Schweiz

Zu Beginn dieser Arbeit wurde in Anlehnung an das MHLW folgende Arbeitsdefinition von Hikikomori erarbeitet: Hikikomori ist ein Phänomen, bei welchem sich eine Person (a) für mindestens 6 Monate (b) in ihr Zuhause zurückzieht und dabei (c) kein Interesse oder Wille zeigt, einer Arbeit nachzugehen oder eine Schule zu besuchen, (d) unter keiner Psychose leidet und (e) soziale Situationen vermeidet.

Werden die in den Interviews beschriebenen Fälle auf die in der Definition genannten Kriterien geprüft, ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 2  
*Erfüllen bzw. nicht erfüllen der Hikikomori-Kriterien der untersuchten Personen*

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
a) Dauer: mind. 6 Monate		*		*	*	*	*	*
b) Rückzug ins Zuhause	*	*	*	*	*	*	*	*
c) Keine Arbeit / nicht in Ausbildung	*	*	*	*	*	*	*	*
d) Keine Psychose	*	*	*	*	*	*	*	*
e) Vermeiden sozialer Situationen	*	*	*	*	*	*	*	*

*Anmerkungen.* (\*) erfüllt. (P) betroffene Person. (a-e) Kriterien von Hikikomori.

Sechs der acht betroffenen Personen haben sich über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten zurückgezogen. Zwei der betroffenen Personen haben sich zum Zeitpunkt des Interviews über einen Zeitraum von drei und vier Monaten zurückgezogen (a). Alle Personen zogen sich in ihr Zuhause zurück (b) und zeigten kein Interesse oder keinen Willen, einer Arbeit nachzugehen oder eine Schule zu besuchen (c). Keine der betroffenen Personen litt unter einer Psychose (d) und alle versuchten soziale Situationen so weit als möglich zu vermeiden (e) (vgl. Tabelle 2).

Die sechs Personen, auf welche die Definition von Hikikomori zutrifft, waren zum Zeitpunkt des ersten Kontaktes mit der befragten Person zwischen 19 und 55 Jahre alt, wobei drei der Personen unter 21 und drei der Personen über 29 Jahre alt waren. Die genaue Rekonstruktion des Starts des sozialen Rückzuges war nicht bei allen Personen exakt möglich, fünf der sechs Personen haben sich aber spätestens mit 22 Jahren sozial zu isolieren begonnen. Lediglich bei einer Person hat der soziale Rückzug erst mit zirka 47 Jahren gestartet.

Fünf der Personen, auf welche die Definition zutrifft, waren männlich, eine weiblich. Die Rückzugsdauer variierte dabei enorm und reichte von mindestens 6 Monaten bis zu 20-25 Jahren. Jene zwei Personen, welche sich über einen kürzeren Zeitraum zurückgezogen haben, waren zum Zeitpunkt des ersten Kontaktes mit der befragten Person 14 und 17 Jahre alt.

## 4.2 Fachstellen mit Kontakt zu Betroffenen oder Angehörigen

In den Interviews wurden Fachstellen aus dem Bereich der Beratung, den sozialen Diensten der Gemeinde, dem Schulsystem und dem Gesundheitssystem genannt, welche Kontakt zu den betroffenen Hikikomori hatten. Jeder der beschriebenen Hikikomori oder deren Angehörige hatte zu mindestens zwei Fachstellen Kontakt (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3  
*Involvierte Fachstellen bei den untersuchten Hikikomori*

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Beratungsstellen			*	*	*	*		*
Soziale Dienste der Gemeinde	*	*		*	*	*	*	*
Schulsystem	*	*	*				*	
Gesundheitssystem	*	*	*	*		*	*	*

*Anmerkungen.* (P) betroffene Person. (\*) eine oder mehrere Fachstellen sind involviert.

Die genaue Auflistung der Fachstellen ist in Tabelle 4 ersichtlich. Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, ambulante Psychiaterinnen und Psychiater oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie psychiatrische Kliniken waren bei über der Hälfte der Fälle involviert. Die Suchtberatung wurde von der Hälfte der Fälle oder deren Angehörigen aufgesucht.

Tabelle 4  
*Detaillierte Auflistung der involvierten Fachstellen bei den untersuchten Hikikomori*

Kategorie	Subkategorie	Anzahl Fälle
Beratungsstellen	Jugend- und Familienberatung	2
	Suchtberatung	4
	Sozialdienst des Arbeitgebers	1
Soziale Dienste der Gemeinde	Sozialamt	1
	Sozialdienste	3
	Sozialhilfe	1
	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde	5
Schulsystem	Schulpsychologischer Dienst	3
	Sonderschulen mit Internat	2
	Schulleitung	1
	Time-Out-Familien	1
Gesundheitssystem	Arzt/Ärztin	3
	Ambulante Psychiaterin/ ambulanter Psychotherapeut	5
	Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste	3
	Psychiatrische Kliniken	5
	Invalidenversicherung	3
	Alternativmedizinische Therapieangebote	2

Mit einer Ausnahme hatten alle befragten Personen Kontakt zu den betroffenen Personen. Des Weiteren wurden die Eltern oder ein Elternteil bei sechs der acht Fälle in die Gespräche miteinbezogen. Bei einem Fall war auch die Schwester bei einem der Gespräche anwesend.



Tabelle 5  
Kontakte der befragten Fachpersonen

	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8
Betroffenen Person	*	*	*	*		*	*	*
Mutter	*		*	*	*		*	
Vater		*	*				*	
Geschwister		*						

Anmerkungen. (B) befragte Person. (\*) vorhandener Kontakt.

### 4.3 Symptome

Die von den befragten Personen geschilderten Symptome der betroffenen Personen können in acht Symptomgruppen unterteilt werden: Rückzugssymptomatik, depressive Symptomatik, ängstliche Symptomatik, verweigernde Symptomatik, körperliche Symptomatik, Suchtsymptomatik, dissoziale Symptomatik und weitere Symptomatik. Bei allen beschriebenen Personen zeigten sich Symptome in vier bis sieben der acht Symptomgruppen (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6  
Symptome der untersuchten Hikikomori

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Rückzugssymptomatik	*	*	*	*	*	*	*	*
Depressive Symptomatik	*	*	*	*	*	*	*	*
Ängstliche Symptomatik	*	*	*	*	*	*		*
Verweigernde Symptomatik	*	*	*		*	*	*	*
Körperliche Symptomatik	*	*	*	*	*	*		*
Suchtsymptomatik			*		*	*		*
Dissoziale Symptomatik							*	*
Weitere Symptomatik				*	*			

Anmerkungen. (P) betroffene Person. (\*) vorhandene Symptomatik.

Die detaillierte Auflistung der Symptome der betroffenen Personen ist in Tabelle 7 dargestellt. Dabei wird ersichtlich, dass neben dem sozialen Rückzug und der fehlenden Arbeitsstelle beziehungsweise dem fehlenden Schulbesuch vor allem auch eine depressive Grundstimmung, die Ablehnung der Behandlung, soziale Ängste sowie eine Antriebslosigkeit bei über der Hälfte der Fälle beschrieben wurden.

Tabelle 7  
*Detaillierte Auflistung der Symptome der untersuchten Hikikomori*

Kategorie	Subkategorie	Anzahl Fälle
Rückzugssymptomatik	Sozialer Rückzug	8
	Keine Arbeit / kein Schulbesuch	8
Depressive Symptomatik	Depressive Grundstimmung	7
	Antriebslosigkeit	5
	Suizidalität / suizidale Gedanken	4
	Tiefer Selbstwert	3
	Hoffnungslosigkeit	2
	Gedankenkreisen	2
	Affektstarrheit	1
	Ängstliche Symptomatik	
Ängstliche Symptomatik	Soziale Ängste	5
	Generelle Ängste	4
	Soziale Unsicherheiten	4
	Schamgefühle	2
	Sorgen	2
	Panikattacken	1
Verweigernde Symptomatik	Ablehnung der Behandlung	6
	Schulverweigerung	3
	Fehlende Krankheitseinsicht	2
Körperliche Symptomatik	Müdigkeit / Energielosigkeit	4
	Körperliche Verwahrlosung	3
	Verschiebung des Schlafrhythmus	3
	Gewichtsveränderungen	2
	Psychosomatische Beschwerden	1
	Starke Schmerzen	1
	Motorische Unruhe	1
	Suchtsymptomatik	Digitale Medien / Gamen
Alkohol		2
Medikamente		1
Weitere Verhaltenssüchte		1
Dissoziale Symptomatik	Passiv-aggressiv	2
	Aktiv-aggressiv	2
Weitere Symptomatik	Eingeengtes Denken	1
	Euphorie / Überhöhter Selbstwert	1

Nachfolgend werden die verschiedenen Symptomgruppen detailliert beleuchtet: Alle betroffenen Personen zeigten Symptome im Bereich des sozialen Rückzuges. Sowohl aus dem familiären als auch aus dem gesellschaftlichen Leben.

B3: Also er hat wenig teilgenommen. Auch Essen und so, da ist er ab und zu gegangen, aber ich glaube, dass war auch in der Familie schwierig zu pflegen. . . . Und er hat dann die meiste Zeit in seinem eigenen Zimmer verbracht. Und das war auch ein Thema, er hat häufig auch dort irgendwie Zeug gegessen und getrunken. Und an eher wenigen Familienaktivitäten teilgenommen oder eigentlich gar nicht. (I3: 68)

Weiter zeigten alle betroffenen Personen eine depressive Symptomatik. Diese bestand bei sieben der acht Personen aus einer depressiven Grundstimmung. Zusätzlich wurden bei über der Hälfte der Personen ein reduzierter Antrieb sowie suizidale Gedanken beschrieben. Suizidale Handlungen wurden von einer Person vorgenommen. Auch ein tiefer Selbstwert, Gedankenkreisen, Hoffnungslosigkeit und Affektstarrheit wurden von den befragten Personen im Rahmen der depressiven Symptomatik genannt.

B6: Es ist so eine Lustlosigkeit an der Existenz, an der Welt. Es ist nichts wirklich schön. Es wird nichts als wirklich schön erlebt. Ein völliges Desinteresse an der Welt. (I6: 100)

Über eine ängstliche Symptomatik wurde in sieben von acht Fällen berichtet. Dabei wurden bei fünf Personen soziale Ängste beschrieben und bei je vier Personen bestanden eine Unsicherheit in der sozialen Interaktion und generelle Ängste. Auch das Auftreten von Schamgefühlen, Sorgen und Panikattacken wurde von den befragten Personen beschrieben.

B2: Sie beschreibt dann auch Ängste vor sozialen Situationen, wenn da auch irgendwie zu viele Menschen sind. Wenn sie ein Telefon machen müsste. Weil sie das Gefühl hat, dass sie dann irgendetwas falsch macht, die anderen sie für dumm halten könnten. Für nicht kompetent halten. Und sehr unsicher im Kontakt. (I2: 35)

Eine verweigernde Symptomatik wurde bei sieben von acht Fällen beschrieben. Dabei wurde die Behandlung von sechs der acht betroffenen Personen abgelehnt. Bei drei Fällen wurde von Schulabsentismus berichtet. Weiter zeigten zwei Personen eine fehlende Krankheitseinsicht.

B5: Und er wäre auch nie zum Arzt. Weil er wirklich überzeugt gewesen ist, er habe nichts. Und das sei nichts. Und er brauche keine Hilfe. Dieser junge Mann war nicht einmal auf irgendeiner Beratungsstelle. (I5: 61)

Sechs Personen zeigten auch auf körperlicher Ebene Symptome. Bei vier Personen wurde von einer Energielosigkeit berichtet. Bei drei Personen wurde eine körperliche Verwahrlosung beobachtet. Auch eine Verschiebung des Tag-Nacht-Rhythmus wurde bei drei Personen beschrieben. Ergänzend wurden bei einzelnen Personen von Gewichtsveränderungen, psychosomatischen Beschwerden, starken Schmerzen sowie motorischer Unruhe berichtet.

B6: Die enorme Müdigkeit. Der Tag in (anonymisierter Ort) war völlig erschöpfend für ihn. Er war wirklich kaputt. Zwei, drei Tage hat er gesagt. Das war viel zu viel gewesen. Das darf man auch nicht unterschätzen. (I6: 64)

B3: Ja, das ist vielleicht noch wichtig. Am Anfang ist natürlich seine Körperpflege und Hygiene/. Er hat immer so ein Kopftuch getragen. Man hat gesehen, dass er wahrscheinlich länger nicht die Haare gewaschen hat und geduscht hat. Das war am Anfang schon noch sehr auffällig. Und auch irritierend. Dass er das nicht auf die Reihe bringt. (I3: 96)

Symptome im Suchtbereich wurden bei der Hälfte der Fälle erwähnt. Dabei wurde bei drei Fällen von Verhaltenssüchten sowie Internetsucht und bei zwei Fällen von einer Abhängigkeit von Medikamenten oder Alkohol berichtet.

B8: Und durch den Stress der Selbstständigkeit hat er mehr getrunken. Und dann haben sie ihn mit Alkohol am Steuer erwischt. Dort hat sich auch bereits ein problematischer Alkoholkonsum eingependelt gehabt. (I8: 41)

Eine dissoziale Symptomatik war lediglich bei zwei der acht untersuchten Fälle vorhanden. Dabei zeigte sich bei beiden Personen sowohl eine passive Komponente als auch eine aktive Komponente.

B7: Und eine Grundstimmung von Ärger und unterdrückter Wut. So ist er mir erschienen. (I7: 66)

Des Weiteren wurden bei zwei Personen Symptome genannt, welche keiner der vorherigen Kategorien zugeordnet werden konnten. Dabei handelte es sich einerseits um ein eingegengtes Denken und ausuferndes Beschäftigen mit persönlichen Theorien und andererseits um eine überhöhte Selbsteinschätzung und Euphorien. Diese Symptome wurden unter der Kategorie weitere Symptomatik zusammengefasst.

#### 4.4 Psychische Komorbidität

Fünf der acht beschriebenen Fälle zeigten komorbide psychische Erkrankungen nach ICD-10 (vgl. Tabelle 8), wobei bei einzelnen Personen bis zu drei Diagnosen oder auch mehrere Verdachtsdiagnosen vorhanden waren. Bei den restlichen 3 Fällen kann eine komorbide psychische Erkrankung nicht ausgeschlossen werden. Bei zwei dieser drei Fälle bestanden Verdachtsdiagnosen von Seiten der interviewten Person. Lediglich bei einer Person bestand weder eine Diagnose noch eine Verdachtsdiagnose, die befragte Person schilderte jedoch ein zeitweise übermässiges Game-Verhalten.

Tabelle 8

*Psychische komorbide Erkrankungen der untersuchten Hikikomori nach ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort & Remschmidt, 2015)*

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen								*
F3 Affektive Störungen	*	*						
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	°	°		°		°	*	
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	*							
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		*/°		°	°	*/°		
F8 Entwicklungsstörungen		°						
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend		*			°		*	

*Anmerkung.* (P) betroffene Person. (\*) vorhandene Diagnose. (°) vorhandene Verdachtsdiagnose.

Bezüglich der komorbiden psychischen Erkrankungen zeigte sich bei den betroffenen Personen ein sehr heterogenes Bild, wobei psychische Krankheiten aus unterschiedlichen Formenkreisen genannt wurden (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9

*Detaillierte Auflistung der psychischen komorbiden Erkrankungen bei den untersuchten Hikikomori nach ICD-10 (Dilling et al., 2015)*

Kategorie	Subkategorie	Anzahl Fälle
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Abhängigkeitssyndrom	1
F3 Affektive Störungen	Mittelgradige depressive Episode	2
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Soziale Phobie	1 (1)
	Angststörung	(2)
	PTBS	(1)
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Anorexia nervosa	1
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Trichotillomanie	1
	Verhaltenssucht	1 (1)
	Persönlichkeitsstörung/strukturelles Defizit	(4)
F8 Entwicklungsstörungen	Autistische Störung	(1)
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Elektiver Mutismus	1
	AD(H)S	1 (1)

*Anmerkung.* In Klammern: Verdachtsdiagnosen.

Soziale Phobien und Angststörungen traten bei vier der acht beschriebenen Fälle auf oder wurden von den befragten Personen vermutet.

B4: Das könnten irgendwelche sozialen Phobien gewesen sein. (I4: 17)

Auffallend ist der bei vier Personen geäußerte Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung oder ein strukturelles Defizit.

B6: Es ist noch schwer zu sagen, was hervor kommen würde. Weil der Rückzug kompensiert ganz vieles und kaschiert auch vieles. Es kann gut sein, dass eine dissoziale Persönlichkeit hervor kommt. Oder irgendetwas borderlineiges. Aber das ist in diesem Moment noch nicht wirklich spürbar gewesen. Jetzt würde man sagen

unsichere Persönlichkeit. Aber das passt meiner Meinung nach nicht ganz. Und schizoid auch nicht. Das passt alles nicht wirklich. Es ist schwer zu sagen. (I6: 60)

Bei drei der beschriebenen Fälle bestand eine Suchtthematik oder ein Verdacht diesbezüglich. Dabei handelte es sich um Alkohol und Medikamentenabhängigkeit, aber auch um Verhaltenssüchte wie beispielsweise Geldspielsucht oder Sexsucht. Die Internetsucht wurde ebenfalls genannt und Gruppe der Verhaltenssüchte zugeordnet.

B6: Also eben, von den Verhaltenssüchten hat er quasi schon alles durchgemacht. Von Sexsucht, wodurch er recht promisk gelebt hat. Über Geldspielsucht. (I6: 64)

#### 4.5 Entstehung

**Zeitliche Aspekte:** Gemeinsam ist bei sieben der acht betroffenen Personen eine schleichende Entwicklung des sozialen Rückzuges. Bei einer Person konnte dazu keine Aussage gemacht werden.

B1: Ich glaube es ist relativ schleichend, dass sie immer vielleicht einzelne Tage und so. Und auch die Schulleitung hat sie damals begleitet. Also ich glaube, dass ist paar Monate gewesen, so drei, vier Monate, in welchen sich das langsam entwickelt hat. Und dann ist sie dann gar nicht mehr gegangen. (I1: 38)

**Frühwarnzeichen:** Rückblickend konnten bei sieben Fällen Frühwarnzeichen benannt werden. Dabei handelt es sich um unterschiedliche Symptome über verschiedene Lebensspannen hinweg, welche einerseits im schulischen, andererseits im familiären Kontext auftraten. Des Weiteren wurden Frühwarnzeichen genannt, welche bereits als Symptome psychischer Erkrankungen klassifiziert werden können (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10  
*Frühwarnzeichen bei den untersuchten Hikikomori*

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Frühwarnzeichen in der Schule	*	*	*		*	*	*	
Frühwarnzeichen in der Familie	*	*						
Symptome psychischer Krankheiten					*	*		*

Anmerkung. (P) betroffene Person. (\*) vorhandene Frühwarnzeichen.

Bei den Frühwarnzeichen im Kontext der Schule waren die häufigsten Nennungen bei je drei Personen dissoziales Verhalten sowie Absenzen in der Schule. Alle weiteren Punkte wurden jeweils einmal genannt. Dabei handelt es sich um Leistungsschwierigkeiten und erlebtes Mobbing.

B6: Und auch von der Schule hat ihn niemand beachtet, er hat begonnen zu randalieren, er hat begonnen WCs unter Wasser zu stellen, Sachen kaputt zu machen, er war auffällig. Aber er hat gesagt, besser negativ auffallen als gar nicht beachtet zu werden. (I6: 28)

B3: Dort hätte der Lehrbetrieb vielleicht auch etwas merken sollen. Mit den Absenzen und so, das sind alles Warnsignale, welche man vielleicht wahrgenommen hat, aber nicht gehandelt hat. (I3: 104 - 104)

Im familiären Kontext zeigt sich bei den Frühwarnzeichen ein sehr heterogenes Bild. Alle Aspekte wurden nur bei je einem Fall genannt. Dazu gehören ein schwieriges Temperament als Kleinkind, Trennungsängste, Toben sowie eine fehlende Trauerreaktion beim Tod der Mutter.

B1: Nach der Trennung (anonymisiertes Jahr), das ist etwa sechs, sieben Jahre vorher gewesen, dass sie damals schon Trennungsängste hatte von der Mutter. Und dass die Mutter nicht mehr in den Keller gehen konnte oder zum Briefkasten. Und dass sie dann getobt habe. (I1: 157)

Bei drei Personen wurden Frühwarnzeichen genannt, welche bereits den Symptomen einer psychischen Erkrankung zugeordnet werden können. Dabei handelt es sich bei Binge-Eating und einem überhöhten Alkoholkonsum um ein Suchtverhalten. Zusätzlich wurden depressive Symptome, eine Angstsymptomatik sowie eine überhöhte Selbsteinschätzung als Frühwarnzeichen genannt.

B8: Ich denke die Angstsymptome, die Panikattacken, ich weiss nicht genau, wo ich die zeitlich einordnen muss, wären wahrscheinlich auch ein Zeichen der Psyche gewesen. Hilfeschreie. (I8: 95)

**Ursachen:** Bei den Ursachen des sozialen Rückzuges zeigt sich ein vielfältiges Bild mit vielen unterschiedlichen Einflussfaktoren. Diese lassen sich in die Kategorien maladaptive Familiendynamik, belastende Ereignisse, Persönlichkeitseigenschaften, Leistungsdruck, fehlende Anschlusslösung, psychiatrische Familiengeschichte und psychische Erkrankung



der betroffenen Person einteilen. Bei sieben der acht betroffenen Personen wurden Gründe aus vier und mehr Bereichen genannt (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11

*Ursachen des sozialen Rückzuges bei den untersuchten Hikikomori*

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Maladaptive Familiendynamik	*	*	*	*	*	*	*	*
Belastendes Ereignis	*	*	*	*	*	*		*
Persönlichkeitseigenschaften	*	*	*	*		*		*
Leistungsdruck	*	*	*		*			*
Fehlende Anschlusslösung	*	*	*		*	*		
Psychiatrische Familienanamnese	*	*	*		*			*
Psychische Erkrankung	*			*	*	*		

Anmerkung. (P) betroffene Person. (\*) vorhandene Ursache.

Nachfolgend werden die einzelnen Kategorien beleuchtet: Gemeinsam ist den Fällen, dass bei allen betroffenen Personen von maladaptiven Familiendynamiken berichtet wurde. Insbesondere eine schwierige Eltern-Kind-Beziehung wurde mit sechs Nennungen häufig erwähnt. Dabei wurden unterschiedliche Aussagen gemacht, welche von emotionaler Verwahrlosung, über ein ambivalentes Verhältnis bis zu sehr engen Beziehungen, bei welchen keine Ablösung möglich ist, reichen. Auch die Beziehung zwischen den Eltern wurde bei fünf von acht Fällen als zerstritten oder konfliktreich beschrieben. Bei vier Fällen waren die Eltern getrennt.

B1: Und bei der Mutter, dort ist ja auch immer diese Abgrenzung, bei welcher sie die Mutter wieder zurückgestossen hat. Das war auch dann noch beobachtbar. Dass sie irgendwie ein ambivalentes Verhältnis hat. Dass sie sehr viel will von der Mutter. Aber auch, dass sie sie sehr fest zurückweist. (I1: 155)

B7: Ja, natürlich. Die Eltern sind getrennt. Und die Mutter wohnt in dieser Wohnung mit ihm und mit einem Bruder. Und sie trägt alles. (I7: 34 - 34)

Bei drei Fällen wurde der Kontakt zwischen der betroffenen Person und einem Elternteil oder teilweise auch zu den Geschwistern abgebrochen. Weiter wurde bei fünf Fällen von viel Autonomie der betroffenen Person beziehungsweise wenig Kontrolle durch die Eltern erzählt.

B4: Auch Konsequenzen dieser Trennung, als der Vater auch nicht mehr mit ihm gesprochen hat. Als es wirklich einen grossen Krach gegeben hat. (I4: 33)

B2: Also ich habe das Gefühl, er ist besorgt um sie. Und versucht ihr aber auch eine gewisse Autonomie zu lassen. Also auch sie selber entscheiden lassen. Und vielleicht hat er das auch zu fest gemacht. (I2: 179)

Sieben Personen berichteten von belastenden Ereignissen, welche dem sozialen Rückzug vorausgegangen waren. Dabei handelt es sich um akute Belastungsfaktoren wie Migration, Verlust der Arbeitsstelle, Führerscheinentzug, Erkrankung eines Elternteiles, aber auch chronische Belastungsfaktoren wie Mobbing-Erfahrungen, Kindheitserfahrungen, Konflikte bei der Arbeit, viele Systemwechsel im schulischen Kontext, Kontaktabbrüche oder starke Schmerzen.

B4: Er hat bei einer Firma gearbeitet, hat Konflikte gehabt mit dem Chef oder mit Kollegen. Und dann ist diese Firma auch noch Konkurs gegangen. Und das hat schon gereicht für ihn. (I4: 33)

B6: Und ich glaube, das ist die Grundlage für den Rückzug. Die Art und Weise, wie er in der Kindheit mit der Welt und sich selber Erfahrungen gesammelt hat. Einerseits sich nicht mit dieser bösen Welt auseinandersetzen können und wollen. Und gleichzeitig sich selber aber auch nichts gönnen wollen. Man ist es sich eh nicht wert. (I6: 40)

Bei sechs der betroffenen Personen schätzten die interviewten Personen die Persönlichkeitseigenschaften als eine von mehreren Ursachen für den sozialen Rückzug ein. Bei drei Personen wurden Beschreibungen genannt, welche den Aufbau eines sozialen Netzwerkes erschweren. Dazu gehören polarisierend, irritierend und fatalistisch denkend sowie eine tiefe Konfliktfähigkeit. Weiter wurde bei drei Personen ein Zusammenhang mit ängstlichen, unsicheren oder vermeidenden Tendenzen und der Entstehung des sozialen Rückzuges gesehen. Auch ein tiefes Selbstvertrauen und eine fehlende Selbstwirksamkeit wurden bei einem Fall als mögliche Ursache des sozialen Rückzuges genannt.

B8: Ja ich denke seine Art. Er polarisiert sehr und ist kein einfacher Mensch im Kontakt. Also er irritiert die Menschen und man ist in einer Warnhaltung oder in einer Vorsichtshaltung. Wenn ich ihn jetzt privat treffen würde, würde ich glaub eher etwas Abstand von ihm nehmen. Weil er unberechenbar und schwer einzuschätzen ist. Und das ist natürlich auch wieder ein Faktor, der es erschwert, ein soziales Umfeld aufzubauen. (I8: 99)

B2: Aber sie hat schon vor diesem Ereignis diese Tendenz gehabt. Ich glaube vielleicht aus ihrer inneren Unsicherheit heraus, dass sie dann vermieden hat, mit Leuten in Kontakt zu kommen. (I2: 45)

Bei fünf Personen wurde der erlebte Leistungsdruck als eine mögliche Ursache für den sozialen Rückzug genannt. Dabei handelte es sich bei drei Personen um den schulischen Leistungsdruck nach einem Übertritt und bei je einer Person um den Leistungsdruck im Freundeskreis sowie bei der Arbeit.

B3: Und in der Schule ist es schon nicht nur gut gelaufen. Und in der Berufsschule war es nachher auch schwierig. Und das war wahrscheinlich eine Überforderung für ihn. Und dann hat er sich immer mehr zurückgezogen. (I3: 46)

Weiter wurde bei fünf Personen eine fehlende Anschlusslösung als eine von mehreren Ursachen für den sozialen Rückzug genannt.

B3: Und durch den Wegfall der Lehre und der Tagesstruktur, hat er dem freien Lauf lassen können. Und der Vater hat ihn nicht in die Schule schicken können oder in die Lehre, weil das einfach gar nicht mehr da war. (I3: 106)

Im Bezug auf die psychiatrische Familienanamnese zeigten sich bei fünf der betroffenen Personen ähnliche Tendenzen bei den Eltern oder Geschwistern.

B2: Es ist so, dass ihre Schwester, es ist ihre jüngere Schwester, zirka ein Jahr nach ihr auch begonnen hat, nicht mehr zur Schule zu gehen. Etwa dasselbe Muster gezeigt hat. Bei ihr wurden dann irgendwie auch Massnahmen ausgesprochen. Und sie hat schlussendlich eine Lehre beginnen können und macht nun auch diese Lehre. (I2: 63)

Zusätzlich wurde bei vier der betroffenen Personen ein Zusammenhang mit einer aktuellen psychischen Erkrankung vermutet. Um welche psychische Krankheit es sich handelt konnte dabei nicht definiert werden.

B5: Also ich nehme an, die Anlagen. Die Vererbung. Allenfalls wirklich irgendeine Erkrankung oder eine mögliche psychische Störung, die nicht erkannt worden ist. (I5: 114)

## 4.6 Verlauf und aufrechterhaltende Faktoren

**Verlauf:** Bezüglich des Verlaufes des sozialen Rückzuges zeigt sich eine Tendenz zur Chronifizierung, wobei bei einzelnen Personen über eine zwischenzeitliche Verbesserung berichtet wurde. Bei einer Person konnte aufgrund eines Behandlungsabbruchs keine Aussage über den weiteren Krankheitsverlauf gemacht werden (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12  
*Krankheitsverläufe der untersuchten Hikikomori*

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Remission			*					
Chronifizierung	*	*		*	*	*	*	
Zwischenzeitliche Verbesserung		*					*	*

*Anmerkung.* (P) betroffene Person. (\*) beschriebener Verlauf.

Einer Person ist die Reintegration in die Gesellschaft gelungen. Dabei handelte es sich um eine jener Personen, welche sich über einen Zeitraum von weniger als 6 Monaten zurückgezogen hat und jene Person, welche keine komorbiden psychischen Erkrankungen zeigte. Durch den Aufbau einer Tagesstruktur und einer Veränderung des Gameverhaltens konnte eine langfristige Verbesserung bewirkt werden.

B3: Und dadurch der Rückzug und das Vermeiden und sich irgendwo in diesen Games und in dieser virtuellen Welt zu finden. Das war ganz klar. Und erst als er das etwas ändern konnte/. Ich weiss nicht, wie es ihm heute geht. Aber dort hat es wieder eine nachhaltigere Veränderung gegeben. Und im neuen Betrieb hat er auch wirklich Freunde gefunden. (I3: 38)

Die restlichen sechs Personen zogen sich zum Zeitpunkt der Befragung oder dem Abschluss der Behandlung noch immer sozial zurück.

B5: Und das war nicht möglich, dieser Fortschritt. Das ist ja nicht passiert. Ihn wirklich zu integrieren oder entweder zum Arzt, zum Psychologen oder auch auf die Jugendberatung gehen zu können. Nur schon arbeitslos anmelden oder auf das Sozialamt. Diese Fortschritte sind nicht geschehen. (I5: 140)

Bei einzelnen Personen wurden zwischenzeitliche Verbesserungen beschrieben, auf welche jedoch ein Rückfall folgte. Bei zwei der beschriebenen Personen waren diese

Verbesserungen durch einen Systemwechsel bedingt. Bei der dritten Person durch die Reduktion eines Stressors.

B2: Aber sie hat in der Zwischenzeit, was vielleicht auch etwas speziell ist, zwei Mal einen Sprachaufenthalt gemacht. . . . Das hat sie auch selber organisiert. Aber so über das Internet, Mails, so dass sie nicht in persönlichen Kontakt gekommen ist. Sie hat in (anonymisiertes Land) eine Gastfamilie gehabt. Sie hat gesagt, mit dieser habe sie nicht gross Kontakt gehabt. Sie habe einfach dort übernachtet, gegessen und sei in die Schule. (I2: 49)

B8: Also er hat dann schon Motivation gehabt. Er hat gesagt, er wolle sich jetzt quasi wieder ein Leben aufbauen. Er wolle wieder vorwärts machen. Er wolle seinen Job wieder aufnehmen. Er konnte sich sogar vorstellen, wieder mal eine Beziehung zu haben. Er hat sich überlegt, dass er gerne reiten gehen würde. Er hat eigentlich wieder anfangen wollen zu Leben. (I8: 89)

**Aufrechterhaltende Faktoren:** Im Bezug auf aufrechterhaltende Faktoren des sozialen Rückzuges wurden einerseits personenbezogene Faktoren, andererseits Umweltfaktoren genannt (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13  
*Aufrechterhaltende Faktoren des sozialen Rückzuges bei den untersuchten Hikikomori*

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
<i>Personenbezogene Faktoren</i>								
Persönlichkeitseigenschaften	*	*	*					*
Psychische Verfassung	*		*					
Motivationale Aspekte	*	*			*		*	
<i>Umweltfaktoren</i>								
Familiäre Faktoren	*	*	*	*	*		*	
Gesellschaftspolitische Faktoren	*			*		*		*

*Anmerkung.* (P) betroffene Person. (\*) beschriebene Faktoren.

Bei den personenbezogenen Faktoren können die genannten aufrechterhaltenden Faktoren in Persönlichkeitseigenschaften, motivationale Aspekte und psychische Verfassung unterteilt werden. Bei vier Personen wurden Persönlichkeitseigenschaften als aufrechterhaltende Faktoren betrachtet. Dabei handelte es sich bei drei Personen um

Ängstlichkeit, bei je zwei Personen um Introvertiertheit sowie ein vermeidendes Verhalten und bei je einer Person um ein tiefes Selbstvertrauen und ein schwieriges Sozialverhalten.

B2: Ja sicher diese Unsicherheit, die sie hat. Die Selbstunsicherheit, Unsicherheit im Kontakt. Auch das Vermeidungsverhalten, welches sie macht. Und die Angst etwas Neues anzugehen. Aus dem gewohnten Umfeld heraus zu kommen. (I2: 153)

Des Weiteren wurde bei zwei Fällen der Zusammenhang des sozialen Rückzuges mit der psychischen Verfassung der betroffenen Person betont.

B1: Immer wenn es ihr wieder besser geht, haben sich Sozialkontakte ergeben. Aber sie hat sie ja immer wieder ab/. Es ist ja nicht dass sie ständig isoliert gewesen ist ab der dritten Klasse oder ab der sechsten, als sie nicht mehr gegangen ist. Ich glaube, es ist wirklich so, je nach Phase. Dass es wieder Phasen gegeben hat, in welchen sie völlig isoliert war und Phasen, in welchen sie wieder Leute gehabt hat. (I1: 159)

Auch die fehlende Motivation des Betroffenen selbst spielt bei der Aufrechterhaltung des sozialen Rückzuges eine entscheidende Rolle. So wurde bei vier Personen der fehlende Antrieb oder der fehlende Leidensdruck als Grund für die fehlende Motivation und die daraus resultierenden Behandlungsabbrüche genannt.

B7: Ja, weil ich nicht das Gefühl gehabt habe, dass er einen Leidensdruck hat. Wir haben viele junge Erwachsene, welche sich verweigern oder nichts machen. Mehr oder weniger rumhängen. Aber ihnen ist wichtig, mit Kollegen in Kontakt zu sein, das Handy ist sicher sehr wichtig. Wenn das nicht mehr ist, ist irgendwie die Pulsader durch. Die Nabelschnur zur Welt weg. Oder dann das Geld für den Ausgang oder was weiss ich. Das hat er alles nicht. Und das ist auf eine Art auch der Motor oder der Akku, der unten ist oder nicht geladen ist. Und das ist so speziell. (I7: 114)

Werden die Umweltfaktoren betrachtet, fällt auf, dass diese bei allen betroffenen Personen eine aufrechterhaltende Rolle spielen. Dabei stellt die Familie einen entscheidenden Punkt dar. Bei sechs Fällen wurden von der interviewten Person familiäre Faktoren benannt, welche der Aufrechterhaltung der sozialen Isolation dienen. Dabei handelt es sich erstens um ausbleibende Veränderungen im Familiensystem, was bei vier der acht Fälle genannt wurde.

B3: Wo ja dann auch das Familiensystem etwas ändern möchte, aber irgendwie ein Muster sich darum entwickelt, welches das aufrechterhält. Es war wahrscheinlich

nicht nur er, der das nicht ändern konnte. Sondern das ganze System rundherum auch, so dass es nicht möglich war, etwas zu ändern. (I3: 114)

Zweitens wurden bei je drei Fällen der Aufbau von zu viel Druck und eine akzeptierende Haltung des Umfeldes genannt. Bei zwei Fällen wurden zusätzlich die Schuldgefühle der Mütter und das daraus resultierende Verhalten als aufrechterhaltender Faktor beschrieben.

B1: Ich glaube, dass man dann begonnen hat Erwartungen an sie zu stellen. Auch in anderer Hinsicht. An Leistungen, an Dingen, die sie bewältigen muss. Vielleicht auch Entwicklungsaufgaben. Wo man dann wieder versucht hat, etwas zu erreichen mit ihr. Und dass sie sich dann wieder zurückgezogen hat, weil sie die nicht meistern konnte. (I1: 161)

B2: Es ist eigentlich das, dass der Rückzug auch so akzeptiert worden ist. Dass sie das dann machen und sich den ganzen Tag ablenken konnte. (I2: 149)

Drittens spielte auch die familiäre Belastung durch Krankheiten, Konflikte oder Überforderung bei drei der acht Fälle eine entscheidende Rolle bei der Aufrechterhaltung des sozialen Rückzuges.

B3: Ja eben, die Krankheit, also die Depression der Mutter, welche da keine Ressourcen gehabt hat, mit ihm eine Veränderung hin zu bringen. Und auch der Vater. Der hat es glaub lange probiert, aber dann auch keinen Zugang mehr gefunden und war selber mit sich beschäftigt. Und hat dann glaub auch etwas resigniert. Durch das hat es keine äusseren Interventionen mehr gegeben von der Familie. (I3: 108)

Ergänzend wurden neben den familiären Faktoren bei vier Fällen auch gesellschaftspolitische Aspekte als aufrechterhaltende Faktoren genannt. Dabei wurden bei drei Fällen die Möglichkeit der finanziellen Unterstützung durch die Familie und das Sozialhilfesystem benannt und bei je einem Fall die rechtlichen Grenzen bei der Behandlung erwachsener Personen, die Möglichkeiten zu vielen Systemwechseln im schulischen Kontext und der Zugang zu Suchtmittel.

B7: Er hat ein Bett, er hat zu Essen und er hat eine Krankenkasse. Also das macht sie. Das müsste sie nicht, er ist erwachsen. Also wenn sie das nicht machen würde, würde das eine Beistandsperson übernehmen. Und darum ist hier auch eine gewisse

Ohnmacht da. Der wird in die Vergessenheit abdriften. Ausser die Mutter wird sich mal verweigern oder kann nicht mehr. (I7: 124)

B8: Und wahrscheinlich auch, dass er den Zugang zu diesen Temesta gehabt hat. Irgendwie, ich weiss nicht wie. Weil wenn er die nicht gehabt hätte, hätte er diesen Zustand nicht solange aushalten können. Also er musste sich ja betäuben, damit er diese Isolation irgendwie aushalten kann. (I8: 97)

#### 4.7 Interventionsmöglichkeiten

Die interviewten Personen äusserten diverse Ideen und Ansätze, wie die betroffenen Personen unterstützt werden können (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14  
*Detaillierte Auflistung der genannten Interventionsmöglichkeiten bei Hikikomori*

Kategorie	Subkategorie	Anzahl Nennungen
Inhaltliche Aspekte	Ablösung von den Eltern fördern	6
	Gute Beziehung zur Fachperson aufbauen	5
	Schaffen verbindlicher Tagesstrukturen	5
	Motivation der Betroffenen fördern	5
	Veränderungen im System schaffen	3
	Stressoren reduzieren	3
	Zugang zu den eigenen Emotionen finden	1
	Ressourcen aktivieren	1
Organisatorische Aspekte	Frühe Intervention	4
	Fokus auf Teilziele / kleine Schritte	4
	Enge Begleitung	4
	Aufsuchende Behandlung	3
Leidensdruck	Bei der betroffenen Person	1
	Im Familiensystem	4

Auf inhaltlicher Ebene wurde von sechs der befragten Personen betont, dass die Ablösung von den Eltern gefördert werden muss.

B1: Dass ich das Gefühl habe, eine Veränderung gibt es erst, wenn sich das Kind selbstständig entwickeln kann und aus diesem System lösen kann. (I1: 181)



Auch eine gute Beziehung zur Fachperson wurde für eine erfolgreiche Intervention von fünf der befragten Personen als wichtig erachtet.

B4: Es war interessant, ihm zuzuhören. Und das hat er genossen. Dass ich ihm zugehört habe und gesagt habe: „Teilweise bin ich einverstanden mit Ihnen. Das ist so und unsere Welt läuft in eine Richtung, die nicht gesund ist.“ Und so weiter und so fort. Und dann ist er in Fahrt gekommen und hat erzählt. Und das hat er genossen. Und ich glaube, das hat ihm auch etwas die Motivation gegeben. Vielleicht hört jemand noch etwas mehr zu. Und das ist gelungen. Dass er dann in die Psychiatrie einsteigen konnte. (I4: 51)

Zusätzlich wurde von fünf Personen das Schaffen einer verbindlichen Tagesstruktur als sinnvolle Intervention benannt.

B7: Ja, dass er mal in ein betreutes Wohnen gegangen wäre. Mal niederschwellig, wo er intern hätte arbeiten können, eine Beschäftigung haben. Dann hätte er wenigstens mal aufstehen und in die Werkstatt gehen müssen. Und man hätte auch ein Arbeitstraining machen können. Man hätte ihn in eine Ausbildung tun können, wenn das geklappt hätte. (I7: 130)

Fünf der befragten Personen betonten auch die Bedeutung der Motivation der Betroffenen selbst, etwas an ihrer Situation zu verändern. Diese kann über das Schaffen von Zielen und Perspektiven aufgebaut werden.

B3: Und ihm diesen Rahmen gegeben, dass er erzählen kann. Es hat mich in erster Linie mal interessiert, was er macht und wie er sein Leben gestaltet und was er für Ziele hat. Und dann ist bald raus gekommen, dass er ganz normale Ziele hat und eine Lehre möchte. Und dass er eigentlich das Leben, welches er führt, auch nicht längerfristig so führen möchte. (I3: 92)

Den Leidensdruck sehen vier der befragten Personen beim Familiensystem und lediglich eine beim Betroffenen selbst. Die restlichen befragten Personen haben dazu keine Aussage gemacht.

B4: Die Mutter hat gesagt: „Der will nicht hören, der hört nicht auf mich. Er macht nichts.“ Sie war in Not. Sie war viel mehr in Not als er. Also sie hat auch geweint und gesagt: „Ich weiss nicht mehr weiter. Ich kann ihn nicht bewegen. Und ich kann

nicht mehr. Wir können nicht überleben mit meinem Pensionsgeld. Das geht nicht mit meiner AHV.“ (I4: 67)

Des Weiteren wurde von je drei Personen betont, dass auch Veränderungen im System stattfinden müssen und Stressoren wie beispielsweise starke Schmerzen oder zu viel Druck beseitigt werden müssen. Bei den Veränderungen im System lag der Fokus darauf, das Umfeld der betroffenen Personen miteinzubeziehen und dessen Ressourcen zu stärken.

B3: Und das hat auch bei den Eltern eine Entspannung gegeben. Sie haben gewusst, er kann jetzt dort ein Praktikum machen und im Sommer wieder mit einer Lehre starten. Eben, es sind auch wieder verschiedene Faktoren. Ich habe das Gefühl, der Mutter ist es dann besser gegangen, der Vater hat einen Job gefunden. Es hat alles zusammengespielt. (I3: 124)

B8: Und irgendwie, da weiss ich jetzt auch nicht genau, was der Auslöser war, vielleicht durch die neue Behandlung mit den Elektroden, welche er ausprobiert hat, sind die Schmerzen gelindert gewesen. Zu dem Zeitpunkt, als er zu mir gekommen ist, hat er gesagt, es gehe ihm so gut wie noch nie mit dieser Schmerzthematik. Und das hat ihm dann Energie gegeben, seine Päckchen anzupacken. (I8: 45)

Zusätzlich wurde von je einer Person die Ressourcenaktivierung bei der betroffenen Person sowie die Unterstützung des Zuganges zu den eigenen Emotionen als behandlungsrelevant erachtet.

Ergänzend wurden diverse organisatorische Aspekte benannt, welche bei der Behandlung der betroffenen Personen als wichtig befunden wurden. Von je vier Personen wurden die Relevanz einer frühen Intervention und der Fokus auf kleine Teilziele betont.

B5: Oder das hätte früher geschehen müssen. Wenn man früher intervenieren kann, hat man natürlich mehr Möglichkeiten. Das ist aber bereits in der Schule, in der Oberstufe oder nachher auch. (I5: 155)

B5: Und mit kleinen Schritten überhaupt zurück. Eben, kleine Jobs, am Morgen aufstehen können. Schauen, ob man überhaupt sechs Stunden aneinander an einem Ort arbeiten kann. Wie viel Prozent? (I5: 140)

Weiter empfahlen vier Personen eine enge Begleitung und drei Personen eine aufsuchende Behandlung. Zusätzlich hat eine Person die Wichtigkeit eines systemischen Zuganges betont.

B4: Oder vielleicht eine Psychiatrie-Spitex zu Hause. Jemand, der ab und zu dort hinkommt. Das kann sein. Das würde ich so jemandem auch empfehlen. (I4: 90)

Auch im Bezug auf die Involvierung weiterer Fachstellen wurden diverse Vorschläge gemacht. Diese sind in Tabelle 15 zusammengetragen.

Tabelle 15  
*Vorschläge im Bezug auf die Involvierung weiterer Fachstellen*

Kategorie	Subkategorie	Anzahl Nennungen
Soziale Dienste der Gemeinde	Beistandschaft	1
	Berufliches Case-Management	1
Schulsystem	Sonderschulung	1
Gesundheitssystem	Psychiatrische Klinik	4
	Betreutes Wohnen	2
	Ambulante Psychotherapie	4
	Psychiatrische Spitex	2
	Ergotherapie	1
	Invalidenversicherung	3

Dabei fielen die meisten Nennungen im Bereich des Gesundheitssystems, wobei der stationäre Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik sowie eine ambulante Psychotherapie je vier Mal vorgeschlagen wurden.

B4: Und teilweise auch ein stationärer Klinikaufenthalt. In welchem man herauszufinden versucht, was ist denn wirklich? Woher kommt diese Starre? Was ist das? Das ist gut möglich. (I4: 90)

B7: Und er bräuchte sicher einen Therapeuten, wenn er das so sehen würde. (I7: 64)

Weiter wurde auch die Involvierung der Invalidenversicherung drei Mal genannt. Die psychiatrische Spitex und das betreute Wohnen wurden von zwei der befragten Personen als sinnvolle Massnahme erachtet.

B6: Und dann geht es meiner Meinung nach auch darum, strukturelle Sachen aufzugleisen. Mit der IV läuft jetzt eine Abklärung. Schauen, ob er eine IV-gestützte Stelle, Lehre, wo auch immer er sich beruflich irgendwie/. Wenigstens selber

Struktur aufgleisen kann. Und ob das überhaupt möglich ist, weiss ich nicht. (I6: 112)

B2: Wenn sie zu Hause wohnen bleibt, vielleicht eine psychiatrische Spitex, die nach Hause kommt. Die zu Hause unterstützt. (I2: 165)

Einzelnennungen gab es bei der Ergotherapie, der Aufgleisung einer Sonderschulung sowie bei der Involvierung einer Beistandschaft oder eines beruflichen Case-Managements.

## **5 Diskussion**

Das Ziel dieser Arbeit ist es, zu untersuchen, ob das Phänomen Hikikomori in der deutschsprachigen Schweiz auftritt und welche Fachstellen mit Betroffenen oder Angehörigen von Menschen mit Hikikomori in Kontakt kommen. Zusätzlich sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beschriebenen Fällen bezüglich Symptomen, Komorbiditäten, Entstehung, Verlauf und Interventionsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Die zuvor dargestellten Ergebnisse werden in diesem Kapitel in Bezug auf die Fragestellungen zusammengefasst, kritisch diskutiert und in Relation zur aktuellen Forschung aus anderen Ländern gesetzt. Eine kritische Betrachtung des methodischen Vorgehens und ein Ausblick auf weiterführende Forschungsfragen im Themenfeld des sozialen Rückzuges oder Hikikomori schliessen die vorliegende Arbeit ab.

### **5.1 Beantwortung der Fragestellung und Interpretation der Ergebnisse**

#### **5.1.1 Hikikomori in der Schweiz**

Diese Arbeit zeigt auf, dass das Phänomen Hikikomori in der Schweiz auftritt. Bei sechs der acht beschriebenen Personen handelt es sich per Definition um Hikikomori. Zwei erfüllen das zeitliche Kriterium einer Rückzugsdauer von mindestens sechs Monaten nicht. Ob es sich bei den beschriebenen sechs Fällen um primäre oder sekundäre Hikikomori handelt, kann nicht abschliessend beantwortet werden. Vier dieser Personen haben bestehende Diagnosen nach ICD-10. Bei weiteren zwei Personen bestehen Verdachtsdiagnosen der befragten Personen, bei einer Person besteht weder eine Verdachtsdiagnose noch eine Diagnose, wobei bei keinem Fall abschliessend beurteilt werden kann, ob der soziale Rückzug der Ursprung, die Folge oder ein Symptom der psychischen Erkrankung ist.

Das in anderen Ländern wie China, Frankreich, Japan oder Spanien (Chauliac et al., 2017; Kondo et al., 2013; Koyama et al., 2010; Malagón-Amor et al., 2015; Funakoshi & Miyamoto, 2015; Tajan et al., 2017; Wong et al., 2015) beschriebene Geschlechterverhältnis von Hikikomori, wobei Männer eine Mehrheit der Betroffenen darstellen, widerspiegelt sich in vorliegender Untersuchung mit fünf männlichen und einer weiblichen Betroffenen.

Die sechs Personen waren zum Zeitpunkt des ersten Kontaktes mit der befragten Person zwischen 19 und 55 Jahre alt. Dies könnte ein wichtiger Hinweis darauf sein, dass Hikikomori nicht wie bisher angenommen nur im Jugend- und jungen Erwachsenenalter anzutreffen ist, sondern wie von Malagón-Amor et al. (2018) vermutet, auch im mittleren Erwachsenenalter auftritt. In vorliegender Studie zeigen sich zwei unterschiedliche Gründe für das höhere Alter. Einerseits steigt das Alter von Hikikomori automatisch an, wenn diese sich beispielsweise über Jahrzehnte sozial isolieren. Andererseits befand sich in dieser Untersuchung eine Person unter den Betroffenen, welche sich erst im mittleren Erwachsenenalter sozial zurückgezogen hat. Aufgrund vorliegender Untersuchung kann davon ausgegangen werden, dass der soziale Rückzug bei einer Mehrheit der Hikikomori im Jugend- und jungen Erwachsenenalter startet, es aber auch Personen gibt, welche sich erst zu einem späteren Zeitpunkt sozial zurückziehen.

Jene beiden Personen, welche sich über einen kürzeren Zeitraum zurückgezogen haben, waren zwischen 14 und 17 Jahre alt und somit noch nicht volljährig. Durch die Minderjährigkeit der Betroffenen und beispielsweise die Schulpflicht ist eine Intervention auch in der Verantwortung der Gesellschaft und nicht nur bei den Betroffenen oder deren Eltern. Dieser Aspekt wurde auch von einer der befragten Fachpersonen beleuchtet: „Er ist jetzt erwachsen. Als er noch nicht erwachsen war, da hätte man auch behördlich noch mehr verordnen können. Weil für Schutz eines Kindes, kann man auch präventiv etwas machen, gegen den Willen.“ (I7: 124)

### **5.1.2 Fachstellen mit Kontakt zu Betroffenen oder Angehörigen**

Hikikomori kommen mit verschiedenen Fachstellen aus den Bereichen des Gesundheits-, Bildungs- oder Sozialsystems sowie unterschiedlichen Beratungsstellen wie Eltern- und Familienberatungsstellen oder Suchtberatungsstellen in Berührung. In der beschriebenen Stichprobe hatten alle Betroffenen oder deren Angehörige bereits Kontakt zu mehreren Fachstellen. Bei über der Hälfte der Fälle waren ambulante Psychologinnen und Psychologen oder Psychiaterinnen und Psychiater, die Kindes- und

Erwachsenenschutzbehörde oder eine psychiatrische Klinik involviert. Des Weiteren waren vier der Betroffenen bei einer Suchtberatungsstelle. Über die Hälfte der befragten Personen haben Mitglieder der Familie, wie beispielsweise die Eltern, in die Beratung oder Behandlung miteinbezogen.

### **5.1.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der untersuchten Fälle**

**Symptome:** Personen mit Hikikomori zeigen eine heterogene Symptomatik, welche über den sozialen Rückzug hinausgeht. Dabei sind insbesondere eine depressive Grundstimmung, die Ablehnung der Behandlung, soziale Ängste sowie eine Antriebslosigkeit bei über der Hälfte der Fälle beschrieben worden. Die beschriebenen Symptome stimmen teilweise mit der in der Theorie erwähnten Symptomatik überein. Über das fehlende Vertrauen in Menschen und die dissoziative Identität (Hattori, 2006) ist in dieser Befragung nicht explizit berichtet worden. Die in der Theorie beschriebenen Symptome soziale Phobie, Schlafstörung, somatische Beschwerden, depressive Symptome und suizidale Gedanken (Hattori, 2006), traten bei mehreren Fällen auf. Bei einer Person wurde weiter auch die emotionale Taubheit (Hattori, 2006) beobachtet, welche in dieser Studie unter Affektstarrheit kategorisiert wurde. Bestätigt werden können weiter das in der bisherigen Theorie erwähnte tiefe Aggressionslevel, die tiefe Behandlungseinsicht, die ungenügende Selbstversorgung und das tiefe Suizidrisiko (Malagón-Amor et al., 2015). Auch der beschriebene Zusammenhang mit einer Suchtsymptomatik wie beispielsweise Alkohol- oder Verhaltenssucht (Teo et al., 2015b) kann in dieser Untersuchung bestätigt werden. Nicht erwähnt in der Theorie ist bisher das Vorhandensein genereller Ängste und sozialer Unsicherheiten, was bei der untersuchten Stichprobe häufig beschrieben wurde. Dabei muss jedoch ergänzt werden, dass Erkrankungen wie beispielsweise soziale Phobien (Teo et al., 2015b) und Angststörungen (Malagón-Amor et al., 2015), zu denen diese Symptome zugeordnet werden können, in der Theorie durchaus als Komorbidität genannt werden.

Die grosse symptomale Heterogenität der Hikikomori-Gruppe scheint bei der Erforschung des Phänomens eine grosse Herausforderung darzustellen. Einerseits existiert in der Forschung keine allgemein anerkannte Definition des Phänomens, andererseits ist die in der Theorie gefasste Symptomatik sehr kurz und allgemein gehalten, wodurch der soziale Rückzug im Sinne von Hikikomori im Bezug zur Symptomatik anderer Krankheiten kaum abgegrenzt werden kann.

**Psychische Komorbidität:** Die Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen bei Hikikomori ist sowohl bei den beschriebenen Fällen als auch in der dargestellten Literatur hoch (beispielsweise Kondo et al., 2013; Malagón-Amor et al., 2015; Teo et al., 2015b) und lässt die Vermutung zu, dass in der westlichen Gesellschaft eher sekundäre Hikikomori auftreten. Gleich wie bei den Symptomen zeigt sich bei der untersuchten Stichprobe auch hier ein heterogenes Bild von komorbiden Erkrankungen.

Bei der Hälfte der beschriebenen Personen bestand ein Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung, was auch in der Literatur als häufige komorbide Diagnose genannt wird (Malagón-Amor et al., 2015; Teo et al., 2015b). Persönlichkeitsstörungen werden als anhaltende, tief verankerte und weitgehend stabile Verhaltensmuster beschrieben, die oftmals mit einer erschwerten sozialen Funktionsfähigkeit und zwischenmenschlicher Interaktion verbunden sind (Möller, Laux & Deister, 2015) und zeigen damit eine grosse Ähnlichkeit zu Hikikomori. Angststörungen und soziale Phobien scheinen ebenfalls nicht nur bei den untersuchten Fällen, sondern auch in weiteren Studien eine häufige komorbide Diagnose zu sein (Malagón-Amor et al., 2015; Teo et al., 2015b). In der Literatur wird die PTBS als häufig komorbide Erkrankung genannt (Hattori, 2006; Teo et al., 2015b). Diese wurde in der untersuchten Stichprobe einmal als Verdachtsdiagnose erwähnt, die berichteten Entstehungsfaktoren lassen jedoch die Vermutung zu, dass viele der Betroffenen belastende Erfahrungen gemacht haben. Weiter scheint auch die Suchtthematik eine häufige Komorbidität darzustellen, wobei hier offen bleibt, ob das Konsumverhalten nicht auch eine Folge des sozialen Rückzuges darstellen könnte.

Die Vermutung, dass Hikikomori aus der westlichen Gesellschaft im Vergleich zu Betroffenen aus Japan häufiger affektive Störungen, Suchterkrankungen und Angststörungen zeigen (Teo et al., 2015b) kann mit dieser Untersuchung unterstützt werden. Bei den Suchterkrankungen traten sowohl Abhängigkeitssyndrome als auch Verhaltenssuchte und Internetsucht auf. Sowohl depressive Erkrankungen als auch Angststörungen und Suchterkrankungen wurden bei mehreren Personen beobachtet oder diagnostiziert. Im Gegensatz zu anderen Studien zeigte keiner der untersuchten Fälle eine psychotische Erkrankung (Malagón-Amor et al., 2015) oder körperdysmorphe Störungen (Lee et al., 2013).

Die zeitlichen Zusammenhänge zwischen den psychischen Erkrankungen und dem sozialen Rückzug wurden in vorliegender Untersuchung nicht betrachtet. Somit bleibt unklar, inwiefern sich die psychischen Erkrankungen und der soziale Rückzug gegenseitig

beeinflussen. Eine psychische Erkrankung könnte auch ein Risikofaktor für die Entstehung des sozialen Rückzuges darstellen. Gleichzeitig kann der soziale Rückzug eine psychische Erkrankung begünstigen. Weiter gehören der soziale Rückzug und die Vermeidung sozialer Situationen bei bestimmten Diagnosen aufgrund der Diagnosekriterien des ICD-10 zur Symptomatik. Beispiele hierfür sind Depressionen, soziale Phobien, PTBS, Zwangsstörungen, schizophrene Psychosen, Demenz oder auch Persönlichkeitsstörungen (Dilling et al., 2015). Dabei fällt auf, dass sowohl die Depression als auch soziale Phobien, PTBS und Persönlichkeitsstörungen in der untersuchten Stichprobe als Diagnose oder Verdachtsdiagnosen vorhanden sind.

Somit stellt sich die Frage, ob der soziale Rückzug in der westlichen Gesellschaft nicht vielmehr als ernstzunehmendes Symptom besonderer Ausprägung angesehen werden sollte, das sich in der heutigen Zeit stärker und häufiger zeigt. Einige Autoren verlangen eine Anerkennung der Heterogenität und Komplexität der Hikikomori-Gruppe (Furlong, 2008). Diesbezüglich könnte die Ausarbeitung verschiedener klinischer Subtypen von Hikikomori, wie beispielsweise eine Differenzierung von Hikikomori mit Komorbiditäten auf Achse I und Achse II, für die weitere Erforschung des Phänomens sowie eine differenzierte Behandlung eine wichtige Grundlage darstellen.

**Entstehung:** Bei der Entstehung von Hikikomori zeigt sich in dieser Untersuchung durchgehend eine schleichende Entwicklung. Dies passt zum Stufenmodell, welches Li und Wong (2015) entwickelt haben. In der bisherigen Forschung wurde der Schwerpunkt noch nicht auf Frühwarnzeichen gelegt, Schulschwänzen wird jedoch als erstes Anzeichen für die Entwicklung von Hikikomori betrachtet (Funakoshi & Miyamoto, 2015; Kawanishi, 2004; Kondo et al., 2013; Krieg & Dickie, 2011). Vorliegende Untersuchung zeigt auf, dass Frühwarnzeichen sehr wohl vorhanden sind und einerseits auf emotionaler Ebene, andererseits auf Verhaltensebene, insbesondere im schulischen Kontext, wie beispielsweise durch Absenzen oder schwieriges Verhalten im Unterricht, sichtbar sind. In vorliegender Untersuchung werden unterschiedliche Ursachen benannt, welche zum sozialen Rückzug beigetragen haben. Einerseits eine maladaptive Familiendynamik, belastende oder traumatisierende Ereignisse, das Erleben eines Leistungsdrucks und der fehlende konstruktive Umgang damit, das Fehlen einer Anschlusslösung, aber auch Persönlichkeitseigenschaften, eine psychische Erkrankung und eine psychiatrische Familienanamnese. Diese Ergebnisse decken sich weitgehend mit den in der Theorie vermuteten Ursachen des sozialen Rückzuges, in welcher traumatische Erfahrungen



(Furlong, 2008; Hattori, 2006; Kondo et al., 2013; Lee et al., 2013; Teo, 2010), familiäre Faktoren wie beispielsweise die Familiendynamik (Kondo et al., 2013; Hattori, 2006; Kawanishi, 2004; Lee et al., 2013) oder psychische Erkrankungen der Eltern (Malagón-Amor et al., 2015; Funakoshi & Miyamoto, 2015), eine psychische Erkrankung der betroffenen Person (Lee et al., 2013), aber auch soziokulturelle Faktoren (Furlong, 2008) wie das Erleben eines hohen Leistungsdruckes oder das Fehlen von Anschlusslösungen, genannt werden.

Ein Zusammenhang zwischen Hikikomori und Persönlichkeitseigenschaften wurde in der bisherigen Theorie nicht beleuchtet, zeigt sich in vorliegender Untersuchung jedoch deutlich. Dabei werden einerseits ängstlich-vermeidende, andererseits auch sozial inadäquate Eigenschaften, wie fatalistisches Denken oder irritierendes Verhalten, als Ursache für den sozialen Rückzug angesehen.

Aussagen zu dem in der Theorie beschriebenen Zusammenhang zwischen Hikikomori und einem unsicheren Bindungsstil werden in dieser Untersuchung keine gemacht, wobei aber von mehreren der befragten Personen die Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung in der Entstehung des sozialen Rückzuges betont wird.

**Verlauf:** Wird der Verlauf des sozialen Rückzuges betrachtet, so zeigt sich in vorliegender Untersuchung eine Tendenz zur Chronifizierung und eine tiefe Remissionsrate. Lediglich einer Person ist die Reintegration in die Gesellschaft gelungen, wobei es sich bei dieser Person um eine jener Personen handelt, welche mit einer Rückzugsdauer von weniger als sechs Monaten nicht den zeitlichen Kriterien von Hikikomori entspricht und welche keine komorbiden Diagnosen nach ICD-10 hatte. Dies stützt die Hypothese, dass bei einer frühzeitigen Intervention eine gute Prognose zu erwarten ist (Hattori, 2006) und die Vermutung einer im Allgemeinen tiefen Remissionsrate (Kondo et al., 2013; Malagón-Amor et al., 2018).

Weiter stellt sich die Frage, ob eine Rückzugsdauer von weniger als sechs Monaten wie von Wong et al. (2015) angedeutet, tatsächlich gleichgesetzt werden kann mit einer Rückzugsdauer von mehr als sechs Monaten. Im Sinne einer frühen Intervention und der Verhinderung einer Chronifizierung des Rückzuges scheint es sinnvoll, auch einen Rückzug von weniger als 6 Monaten ernst zu nehmen. Auch unter dem Aspekt der hohen Komorbiditätsrate sowie der Möglichkeit des sozialen Rückzuges als Prodromalsymptom einer psychischen Erkrankung ist es wichtig, Menschen, die sich sozial isolieren, bereits nach kurzer Zeit eine adäquate Abklärung und Behandlung anzubieten. Für künftige

Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Hikikomori scheint es jedoch sinnvoll zwischen den unterschiedlichen Rückzugsdauern zu differenzieren.

Von mehreren Autoren werden die mangelnde Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten und die hohe Rate an Behandlungsabbrüchen als erschwerende Faktoren in der Behandlung von Hikikomori genannt (Hattori, 2006; Malagón-Amor et al., 2018). Die Problematik der mangelnden Behandlungsmotivation wurde auch von den befragten Personen wiederholt erwähnt. Die chronifizierende Tendenz ist insofern alarmierend, dass in der untersuchten Stichprobe mit Ausnahme einer Person alle ein persönliches Beratungs- oder Therapieangebot erhalten haben. Weiter muss vermutet werden, dass aufgrund einer tiefen Behandlungsmotivation (Kondo et al., 2013; Lee et al., 2013; Malagón-Amor et al., 2015) viele der betroffenen Personen in keiner Behandlung sind oder diese erst zu einem späten Zeitpunkt in Anspruch nehmen, was einen chronifizierenden Verlauf ebenfalls begünstigen kann. Aufrechterhaltende Faktoren wurden in der bestehenden Theorie bisher nicht untersucht. Vorliegende Studie zeigt auf, dass dabei neben den personenbezogenen Faktoren wie Persönlichkeitseigenschaften, motivationale Aspekte und der psychische Gesundheitszustand, die Ressourcen und das Verhalten der Familie sowie der gesellschaftliche Wohlstand bei der Chronifizierung eine zentrale Rolle zu spielen scheinen.

**Interventionsmöglichkeiten:** Zur Behandlung des sozialen Rückzuges werden in vorliegender Untersuchung Angebote des Gesundheitssystems, des Schulsystems und der sozialen Dienste der Gemeinde genannt. Dabei wird insbesondere eine ambulante oder stationäre psychotherapeutische beziehungsweise psychiatrische Behandlung empfohlen, wobei keine Person eine pharmakologische Therapie empfohlen hat. Anders wird in der Theorie eine Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie als gängiger Behandlungsansatz für Hikikomori beschrieben (Teo, 2010). Dieser Unterschied könnte dadurch bedingt sein, dass es sich bei keiner der befragten Personen um eine Ärztin oder einen Arzt beziehungsweise eine Psychiaterin oder einen Psychiater handelt.

Auch die psychiatrische Spitex und das betreute Wohnen werden in vorliegender Studie mehrfach als sinnvolle Interventionsmöglichkeit genannt. Dies widerspiegelt die momentan in der Theorie beschriebene Vorgehensweise, bei welcher insbesondere bei schwerem sozialen Rückzug zunächst eine aufsuchende Behandlung empfohlen wird (Teo, 2010).

Zur beruflichen Reintegration werden in dieser Untersuchung einerseits die Involvierung der Invalidenversicherung, aber auch ein Case-Management vorgeschlagen.

Die Relevanz einer frühen Intervention kommt in vorliegender Studie deutlich zu tragen und wird auch in der Literatur als wichtig erachtet (Hattori, 2006). Zusätzlich wird in dieser Untersuchung der Fokus auf Teilziele betont. Auch eine enge Begleitung oder sogar eine aufsuchende Behandlung werden in vorliegender Studie als sinnvoll erachtet, was sich mit dem in der Theorie beschriebenen Vorteil einer intensiven Behandlung (Malagón-Amor et al., 2018) deckt.

Über den Einbezug der Familie werden nur wenige Aussagen gemacht, jedoch zeigt sich, dass über die Hälfte der befragten Personen die Eltern oder einen Elternteil in die Beratung oder Behandlung miteinbezogen haben. Der Einbezug der Familie wird in der Literatur kritisch diskutiert. Einige Autoren befürworten den Einbezug (Funakoshi & Miyamoto, 2015; Saito, 2013), andere raten davon ab (Hattori, 2006). Aufgrund der in dieser Untersuchung erkannten Bedeutung der familiären Dynamik in der Entstehung des sozialen Rückzuges, der tiefen Behandlungsmotivation der Betroffenen selbst und des vorhandenen Leidensdrucks bei den Eltern, scheint es jedoch vor allem zu Beginn der Therapie sinnvoll, die Eltern in die Behandlung miteinzubeziehen oder über die Eltern einen ersten Zugang zu den betroffenen Personen zu erlangen, so wie das auch vom MHLW in seinen Richtlinien für Hikikomori empfohlen wird (MHLW, 2010, paraphrasiert nach Kato et al., 2018).

Auf inhaltlicher Ebene wird in vorliegender Untersuchung von den Befragten ein Schwerpunkt auf die Ablösung von den Eltern gelegt. Auch dem Schaffen einer verbindlichen Tagesstruktur wird eine hohe Bedeutung zugemessen. Weiter wird die Beziehung zum Therapeuten als essentiell betrachtet. Die Bedeutung dieser Beziehung wird auch in der Literatur betont, wobei bedacht werden muss, dass der Aufbau der therapeutischen Beziehung insbesondere bei Hikikomori viel Zeit in Anspruch nimmt (Hattori, 2006), was unter Berücksichtigung der hohen Abbruchrate (Hattori, 2006) in der Behandlung eine grosse Herausforderung darzustellen scheint.

Die Motivation der betroffenen Personen wird von den befragten Personen in der Behandlung ebenfalls als zentral betrachtet und ihr Fehlen mehrfach als aufrechterhaltender und somit hinderlicher Faktor in der Therapie beleuchtet. Diese kann durch das Schaffen von Zielen und Perspektiven aufgebaut werden. Erschwerend kommt hinzu, dass der Leidensdruck oftmals primär im System und nicht bei der betroffenen Person verortet wird. Auch in der Literatur wird die fehlende Motivation und die mangelnde Krankheits- und Behandlungseinsicht als grosse Herausforderung angesehen (Lee et al., 2013; Malagón-Amor et al., 2015). Diese kommt in vorliegender Untersuchung nicht gleich zum Tragen, da

sich ein grosser Teil der Betroffenen bereits in einer Behandlung befinden. Weiter wird in der Literatur die grosse Resistenz gegenüber Veränderungen und neuen Erfahrungen als erschwerend für die Therapie betrachtet (Kondo et al., 2013), was die Schlussfolgerung zulassen könnte, dass es sich nicht nur um ein Problem der Behandlungsmotivation, sondern auch der individuellen Möglichkeiten der betroffenen Personen handelt. Dabei spielen die beschriebenen Schwierigkeiten, Emotionen und Gedanken auszudrücken (Hattori, 2006) insbesondere in der psychotherapeutischen Behandlung eine bedeutende Rolle. Dies wird auch in der vorliegenden Untersuchung von einer Person betont, wobei hier die Ursache nicht im Ausdruck, sondern in der Wahrnehmung der eigenen Emotionen gesehen wird.

## 5.2 Fazit

Wie bereits dargestellt, zeigen die beschriebenen Hikikomori-Fälle eine grosse Heterogenität in Bezug auf die gezeigten Symptome, aber auch komorbiden Diagnosen. Die Ursachen für den sozialen Rückzug sind vielschichtig und reichen bis in die Kindheit zurück. Einzig beim Verlauf zeigt sich bei fast allen Fällen die Gemeinsamkeit einer schleichenden Entwicklung und einer chronifizierende Tendenz. Die Heterogenität im Bezug auf die Ursachen, Symptome und Komorbiditäten führt möglicherweise auch dazu, dass viele unterschiedliche Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen involviert sind. Diese Vielfältigkeit gilt es in der Erforschung und Behandlung des Phänomens zu berücksichtigen.

Darüber, ob es das Phänomen Hikikomori gibt oder nicht, scheint es in der Fachwelt unterschiedliche Ansichten zu geben. Einige Fachpersonen schienen froh, einen Begriff für ihre Beobachtungen zu haben, andere lehnten die Interviewanfrage von Beginn an ab, mit der Begründung, dass Hikikomori nicht als eigenständiges Phänomen betrachtet werden kann. In der Tat ist auch nach vorliegender Arbeit nicht klar, ob Hikikomori für sich ein Phänomen darstellt oder ob der soziale Rückzug nicht vielmehr eine extreme Symptomausprägung einer oder mehrerer psychischen Erkrankungen ist, welche in unserer heutigen Gesellschaft, mit den digitalen Vernetzungs-, Beschaffungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten, überhaupt erst auftreten kann. In der Literatur wird erwähnt, dass das Verhalten der Hikikomori die Frage mit sich bringt, ob das Problem beim Beobachteten oder beim Betrachter liegt und es wird vermutet, dass die Angst über den Rückzug der Jugendlichen ein Abbild der Unsicherheit einer sich rapide entwickelnden Gesellschaft darstellt (Watts, 2002). Diese Überlegung hat sich auch eine der interviewten Personen gemacht:

„Ist das Leben denn als integrierter, funktionierender Mensch in dieser Gesellschaft, die arbeiten geht, wirklich besser, als das was ich habe? Wenn es mir doch gefällt. Ich habe Zugang zum Internet und zur Welt. Ich könnte mich ja auch online vernetzen. Wenn es mich einfach überfordert, heraus zu gehen. Warum muss ich das jetzt machen?“ Ich finde, das ist eine Frage, die man ernst nehmen muss und mich dazu gebracht hat, für mich selbst zu überlegen: „Warum habe ich das Gefühl, was gut ist für ihn?“ Dass er raus kann und im Wald spielen kann? Oder dass ich das Gefühl habe, mindestens sieben Freunde wären gut zu haben. Diese Normen, von welchen wir das Gefühl haben, das ist gut für die Gesundheit und für einen gesunden Mensch. Dass ich das nochmals überlege. Das ist mir bei diesem Fall geblieben.  
(I6:116)

Trotz der oberflächlich erscheinenden Freiwilligkeit des sozialen Rückzuges zeigt sich jedoch bei genauerer Betrachtung einerseits ein grosser Leidensdruck im System und andererseits eine zunehmende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der betroffenen Personen über die Zeit, was eine empirische Erforschung des Phänomens, ob als Syndrom oder Symptom, unabdingbar macht.

### **5.3 Methodenkritik**

Ziel dieser Arbeit war es, erste Anhaltspunkt über das Phänomen Hikikomori in der deutschsprachigen Schweiz zu gewinnen. Aus diesem Grund wurde mit einer grösstmöglichen Offenheit an das Thema herangegangen. Dies ist gleichzeitig auch eine Schwäche dieser Untersuchung. Aufgrund der grossen Heterogenität sowohl im Schweregrad des Rückzuges als auch in anderen Aspekten wie dem Alter, den Symptomen oder den komorbiden Erkrankungen ist es zwar gelungen, ein breites Spektrum des Phänomens abzubilden. Aufgrund der kleinen Stichprobe können dadurch jedoch kaum verallgemeinernde Aussagen gemacht werden.

Weiter stammten die befragten Fachpersonen aus unterschiedlichen Berufsfeldern, so dass nicht alle Fachpersonen zu allen Fragen gleichermassen Auskunft geben konnten.

Zusätzlich bildet diese Untersuchung nur Hikikomori ab, die persönlich oder indirekt bereits Kontakt zu einer Fachstelle hatten. Da Hikikomori den Kontakt nach aussen per Definition vermeiden, oftmals eine tiefe Krankheits- und Behandlungseinsicht zeigen und der Leidensdruck primär im System vorhanden ist, liegt die Vermutung nahe, dass viele der Betroffenen keine Unterstützungsangebote nutzen und auch ihr Umfeld erst bei einem sehr

grossen Leidensdruck Hilfe in Anspruch nimmt. Ob die Ergebnisse vorliegender Untersuchung auch auf jene Personengruppe übertragen werden können, welche keine Unterstützungsangebote in Anspruch nimmt, bleibt offen.

#### **5.4 Ausblick**

Die vorliegende Untersuchung zeigt auf, dass auch in der deutschsprachigen Schweiz Menschen mit Hikikomori zu finden sind. Wird dabei bedacht, dass diese Personen oftmals kaum Hilfe in Anspruch nehmen und durch den sozialen Rückzug primär das engste Familienumfeld belastet wird, zeigt sich diesbezüglich in der Schweiz eine Versorgungslücke, die es zu untersuchen gilt. Einerseits existieren bisher keine epidemiologischen Daten über Hikikomori in der Schweiz. Andererseits ist nach wie vor unklar, ob das Phänomen Hikikomori als Syndrom oder Symptom betrachtet werden kann. Um diese Frage zu klären, sind länderübergreifende Studien mit einer klar umrissenen Definition von Hikikomori notwendig.

Desweiteren kann davon ausgegangen werden, dass sich Hikikomori in der westlichen Gesellschaft im Besonderen in der Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen von Hikikomori in östlichen Kulturen unterscheidet. Um diese Hypothese genauer zu untersuchen, sind weitere Forschungsarbeiten in der westlichen Gesellschaft nötig.

Bereits in dieser kleinen Stichprobe zeigt sich unter den Hikikomori eine grosse Heterogenität. Für die weitere Erforschung des Phänomens wäre es interessant, Subgruppen zu bilden und diese genauer zu untersuchen und zu vergleichen. Subgruppen könnten dabei beispielsweise Hikikomori mit Störungen auf der Achse I und Hikikomori mit Störungen auf der Achse II oder Hikikomori mit Störungen im affektiven Bereich (Depression- und Angstsymptomatik) und Hikikomori mit Suchtsymptomatik (Verhaltenssucht und Substanzkonsum) darstellen. Daneben könnte in zukünftigen Forschungsarbeiten auch zwischen verschiedenen Altersgruppen beim Start des sozialen Rückzuges oder unterschiedlichen Rückzugsdauern differenziert werden.

Weiter könnte der soziale Rückzug auch eine prodromale Symptomatik einer psychischen Erkrankung wie beispielsweise einer Angststörung oder einer Schizophrenie darstellen. Um dies sowie den Verlauf des sozialen Rückzuges zu untersuchen, wären Längsschnittstudien mit betroffenen Personen notwendig.

In Bezug auf die Behandlung von Menschen, welche sich in einem solchen Ausmass sozial zurückziehen, bestehen momentan Wissenslücken. Einerseits ist es für Fachpersonen

kaum möglich, die betroffenen Personen zu erreichen, wenn diese nicht freiwillig einer Behandlung zustimmen. Andererseits stellen die Behandlung an sich, der Umgang mit sozialem Rückzug sowie der Umgang mit der tiefen Behandlungsmotivation die beteiligten Fachpersonen vor grosse Herausforderungen. Diesbezüglich wäre es spannend, nach einer Remission retrospektiv mit Betroffenen und den beteiligten Fachpersonen hilfreiche Aspekte in der Behandlung von Hikikomori zu eruieren.

## Literatur

- Angles, J. (2013). Translator's Introduction. How to Diagnose an Invisible Epidemic. In T. Saito (Hrsg.). *Hikikomori: Adolescence without End*. (S. vii-xix). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (Hrsg.). (2019). NEET: Personen, die weder erwerbstätig noch in Ausbildung sind. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.7206224.html>
- Chauliac, N., Couillet, A., Faivre, S., Brochard, N. & Terra, J.L. (2017). Characteristics of socially withdrawn youth in France: A retrospective study. *International Journal of Social Psychiatry*, 63, 339-344. <http://doi.org/10.1177/0020764017704474>
- Coulmas, F. (2007, 5. Juli). Die Unfähigkeit, allein zu bestehen. *Neue Zürcher Zeitung*. Verfügbar unter: [https://www.nzz.ch/die\\_unfaehigkeit\\_allein\\_zu\\_bestehen-1.520360](https://www.nzz.ch/die_unfaehigkeit_allein_zu_bestehen-1.520360)
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E. & Remschmidt, H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: Eigenverlag.
- Flášar, M.M. (2014). *Ich nannte ihn Krawatte*. München: btb Verlag in der Verlagsgruppe Random House GmbH.
- Fritz, M. (2016, 17. Oktober). Wenn das eigene Zimmer zum Gefängnis wird. *Radio SRF2 Kultur*. Verfügbar unter: <https://www.srf.ch/kultur/gesellschaft-religion/wenn-das-eigene-zimmer-zum-gefaengnis-wird>
- Funakoshi, A. & Miyamoto, Y. (2015). Significant factors in family difficulties for fathers and mothers who use support services for children with hikikomori. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69, 210-219. <https://doi.org/10.1111/pcn.12230>
- Furlong, A. (2008). The Japanese hikikomori phenomenon: acute social withdrawal among young people. *Sociological review*, 56, 309-325. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X-2008.00790.x>



- García-Campayo, J., Alda, M., Sobradie, N. & Sanz Abós, B. (2007). Un caso de hikikomori en España. [Ein Fall von Hikikomori in Spanien.] *Medicina Clínica*, 129, 318-319. <https://doi.org/10.1157/13109125>
- Hanselmann, L. (2012, 19. August). Schweizer Jungs schotten sich ab. *20 Minuten*. Verfügbar unter: <https://www.20min.ch/schweiz/news/story/Schweizer-Jung-schotten-sich-ab-12238722>
- Hattori, Y. (2006). Social Withdrawal in Japanese Youth: A Case Study of Thirty-Five Hikikomori Clients. *Journal of Trauma Practice*, 4, 181-201. [https://doi.org/10.1300/J189v04n03\\_01](https://doi.org/10.1300/J189v04n03_01)
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kato, T.A., Kanba, S. & Teo, A.R. (2018). Hikikomori: experience in Japan and international relevance. *World Psychiatry*, 17, 105-106. <http://doi.org/10.1002/wps.20497>
- Kato, T.A., Tateno, M., Shinfuku, N., Fujisawa, D., Teo, A.R., Sartorius, N. et al. (2012). Does the „hikikomori“ syndrome of social withdrawal exist outside Japan?: A preliminary international investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1061-1075. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0411-7>
- Kawanishi, Y. (2004). Japanese youth: The other half of the crisis? *Asian Affairs*, 35, 22-32. <https://doi.org/10.1080/0306837042000184257>
- Kondo, N., Sakai, M., Kuroda, Y., Kiyota, Y., Kitabata, Y. & Kurosawa, M. (2013). General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *International Journal of Social Psychiatry*, 59 (1), 79-86. <https://doi.org/10.1177/0020764011423611>
- Koyama, A., Miyake, Y., Kawakami, N., Tsuchiya, M., Tachimori, H., Takeshima, T. et al. (2010). Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of „hikikomori“ in a community population in Japan. *Psychiatry Research*, 176, 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.10.019>

- Krieg, A. & Dickie J.R. (2011). Attachment and hikikomori: A psychosocial developmental model. *International Journal of Social Psychiatry*, 59, 61-72.  
<https://doi.org/10.1177/0020764011423182>
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lee, Y.S., Lee, J.Y., Choi, T.Y. & Choi J.T. (2013). Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 193-202.
- Li, T.M.H. & Wong, P.W.C. (2015). Youth social withdrawal behaviour (Hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 595-609. <http://doi.org/10.1177/0004867415581179>
- Malagón-Amor, A., Córcoles-Martínez, D., Martín-López, L.M. & Pérez-Solà, V. (2015). Hikikomori in Spain: A descriptive study. *International Journal of Social Psychiatry*, 61, 475-483. <https://doi.org/10.1177/0020764014553003>
- Malagón-Amor, A., Martín-López, L.M., Córcoles, D., González, A., Bellsolà, M., Teo, A.R. et al. (2018). A 12-month study of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Clinical characterization and different subtypes proposal. *Psychiatry Research*, 270, 1039-1046. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.060>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Möller, H.J., Laux, G. & Deister, A. (2015). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Nishida, M., Kikuchi, S., Fukuda, K. & Kato S. (2016). Jogging Therapy for Hikikomori Social Withdrawal and Increased Cerebral Hemodynamics: A Case Report. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 12, 38-42.  
<http://doi.org/10.2174/1745017901612010038>
- Saito, T. (2013). *Hikikomori: Adolescence without End*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Sakamoto, N., Martin, R.G., Kumano, H., Kuboki, T. & Al-Adawi, S. (2005). Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette

- from Oman. *International journal of psychiatry in medicine*, 35, 191-198.  
<http://doi.org/10.2190/7WEQ-216D-TVNH-PQJ1>
- Tajan, N., Yukiko, H. & Pionnié-Dax, N. (2017). Hikikomori: The Japanese Cabinet Office's 2016 Survey of Acute Social Withdrawal. *Asia-Pacific Journal*, 15 (5), 1-11.
- Tateno, M., Park, T.W., Kato, T.A., Umene-Nakano, W. & Saito, T. (2012). Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: a questionnaire survey. *BMC Psychiatry*, 12, 1-7.  
<http://doi.org/10.1186/1471-244X-12-169>
- Teo, A.R. (2010). A new form of social withdrawal in japan: A review of Hikikomori. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 178-185.  
<https://doi.org/10.1177/0020764008100629>
- Teo, A.R. (2012). Social isolation associated with depression: A case report of hikikomori. *International Journal of Social Psychiatry*, 59, 339-341.  
<https://doi.org/10.1177/0020764012437128>
- Teo, A.R., Fetters, M.D., Stufflebam, K., Tateno, M., Balhara, Y., Choi, T.Y. et al. (2015a). Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries. *International Journal of Social Psychiatry*, 61, 64-72. <http://doi.org/10.1177/0020764014535758>
- Teo, A.R. & Gaw, A.C. (2010). Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? A proposal for DSM-V. *Journal of nervous and mental disease*, 198, 444-449. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e086b1>
- Teo, A.R., Stufflebam K., Saha, S., Fetters, M.D., Tateno, M., Kanba, S. et al. (2015b). Psychopathology associated with social withdrawal: Idiopathic and comorbid presentations. *Psychiatry Research*, 228, 182-183.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.033>
- Umeda, M., Kawakami, N. & The World Mental Health Japan Survey Group 2002-2006. (2012). Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal (,hikikomori') in the community population in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66, 121-129. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02292.x>

Watts, J. (2002). Public Health experts concerned about „hikikomori“. *The Lancet*, 362, 1131. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08186-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08186-2)

Wong, P.W.C., Li, T.M.H., Chan, M., Law, Y.W., Chau, M., Cheng, C. et al. (2015). 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, 330-342. <https://doi.org/10.1177/0020764014543711>

**Anhang**

Anhang A	Beispiel Mailanfrage	60
Anhang B	Im Vorfeld abgegebener Leitfaden	62
Anhang C	Leitfaden halbstrukturiertes Interview	64
Anhang D	Transkriptionsregeln	73
Anhang E	Kodierleitfaden	74

## **Anhang A**

### ***Beispiel Mailanfrage***

Sehr geehrte (anonymisierter Name)

Vielen Dank für das freundliche Telefongespräch von vorhin. Wie vereinbart schicke ich Ihnen die Anfrage zur Mitarbeit bei meiner Masterarbeit:

Vielleicht haben Sie oder Ihre Kolleginnen und Kollegen bereits von Hikikomori gehört. Dabei handelt es sich um eine extreme Form, des sozialen Rückzuges, bei welchem sich Jugendliche oder junge Erwachsene in ihrem Elternhaus / ihrer Elternwohnung für mindestens 6 Monate sozial isolieren, das Zimmer nur noch sehr selten verlassen und den Kontakt zur Aussenwelt so weit als möglich vermeiden. Die betroffene Person besucht weder eine Schule noch geht sie einer Arbeit nach. Weiter können die gezeigten Verhaltensweisen nicht abschliessend durch eine psychische Erkrankung erklärt werden. Das Phänomen ist in der Vergangenheit primär in Japan untersucht worden und galt lange als ein kulturgebundenes Syndrom. In den letzten Jahren wurden jedoch vermehrt auch Studien über Fälle von Hikikomori in der westlichen Gesellschaft (Spanien, Australien) publiziert. Über die Situation in der Schweiz gibt es bisher keine Daten.

Aus diesem Grund untersuche ich im Rahmen meiner Masterarbeit im Bereich der angewandten Psychologie an der ZHAW, ob es auch in der deutschsprachigen Schweiz Jugendliche / junge Erwachsene gibt, die von Hikikomori betroffen sind und welche Fachstellen mit Betroffenen oder Angehörigen in Kontakt kommen. Weiter möchte ich das Phänomen Hikikomori in der Schweiz genauer erfassen. Dazu bin ich auf der Suche nach Fachpersonen, welche bereits mit Betroffenen oder Angehörigen (z.B. Eltern oder Erziehungsberechtigte, Geschwister) Kontakt hatten und sich für ein Interview von ca. 1 Stunde zur Verfügung stellen. Vielleicht haben Sie oder eine Mitarbeiterin, ein Mitarbeiter bereits Kontakt zu Personen, auf welche obenstehende Beschreibung zutrifft?

Ich bin Ihnen dankbar, wenn Sie folgende Fragen im Team besprechen, mit ja oder nein beantworten und mir per Mail retournieren können.

Ist (anonymisierte Institution) bereits mit Menschen mit Hikikomori oder Angehörigen von Menschen mit Hikikomori in Kontakt gekommen?

Falls bereits einmal ein Kontakt stattgefunden hat:

Ist die zuständige Person bereit, sich für ein Interview von ca. 1 Stunde zur Verfügung zu stellen?

Name:

Funktion:

Kontaktangabe (Mail / Telefon):

Alle erhobenen Daten werden selbstverständlich anonymisiert und vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank für Ihre Rückmeldung und freundliche Grüsse

Melanie Nideröst

## Anhang B

### *Im Vorfeld abgegebener Leitfaden*

Thema	Leitfragen
Einleitung	Mit wem genau haben Sie Kontakt gehabt?
	Wie ist es zum ersten Kontakt mit der Person gekommen?
	Gab es danach weitere Kontakte?
	Was hat Ihnen die Person geschildert?
Symptome	Welche Symptome hat Ihnen die Person genannt bzw. welche Symptome haben Sie wahrgenommen?
	Wie lange hat der soziale Rückzug vor der ersten Kontaktaufnahme bereits andauert?
	Gab es bei den Symptomen eine familiäre Häufung?
	Hatten Sie den Verdacht, dass bei der betroffenen Person ein Suizidalitätsrisiko bestand?
Diagnosen	Hat die betroffene Person eine Diagnose erhalten?
	Erklärt die Diagnose für Sie die Symptome oder bleiben Symptome unberücksichtigt?
Komorbidität	Hatte die Person weitere psychische oder körperliche Erkrankungen?
	Bestand die soziale Isolation bereits vorher oder ist sie als Symptom dieser Erkrankung zu sehen?
Lebenssituation	Wie hat die Person gelebt?
	Wohin hat sich die Person zurückgezogen?
	In welcher Art und Weise hat sich die Person zurückgezogen?
Soziales Netzwerk Soziales Verhalten	Wie sah das soziale Netzwerk der betroffenen Personen aus? (Quantität)
	Wie gestalteten sich die benannten Beziehungen? (Qualität)
	Falls ein direkter Kontakt bestand: Wie war der Umgang bzw. der Beziehungsaufbau mit Ihnen?
	Falls kein direkter Kontakt bestand: Wie hat der Angehörige den Umgang mit der betroffenen Person empfunden?



Thema	Leitfragen
Entstehung	Welche Ursachen / welchen Ursprung der sozialen Isolation hat die Person geschildert?
	Gab es Frühwarnzeichen?
	Wie kam es schlussendlich zum sozialen Rückzug?
Verlauf	Welche Faktoren haben aus Ihrer oder aus Sicht der betroffenen Person die soziale Isolation aufrechterhalten?
	Wie hat sich die Situation weiterentwickelt?
	Haben Sie im Verlauf des Kontaktes persönliche Hypothesen zum Krankheitsverlauf entwickelt?
Massnahmen	Befand sich die Person in einer Behandlung oder haben Sie weitere Massnahmen empfohlen oder eingeleitet?
	Bei längerer Begleitung: Was hat sich bei der Behandlung als hilfreich herausgestellt?
Weiteres	Gibt es weitere Aspekte, welche Sie für das Verstehen des Phänomens als wichtig erachten, über welche wir bisher nicht gesprochen haben?
Soziodemografische Faktoren	Welches Geschlecht hat die betroffene Person?
	Wie alt war die betroffene Person als sie Sie zum ersten Mal kontaktiert hat?
	Lebt die Person in einer ländlichen oder einen urbanen Gegend?
	Welchen Bildungsstand hat die betroffene Person?
	Welche Staatsangehörigkeit hat die betroffene Person?
Angaben zur Fachperson	Welche Ausbildung haben Sie?
	In welcher Funktion waren Sie zum Zeitpunkt des Kontaktes angestellt?

## Anhang C

### *Leitfaden halbstrukturiertes Interview*

Thema	Überleitung	Leitfragen	Zur internen Überprüfung	Zusatzfragen	Aufrechterhaltende Fragen
<b>Begrüssung</b>	Erstmals vielen Dank, dass Sie sich für ein Interview zur Verfügung gestellt haben.				
<b>Vorstellung</b>	Ich möchte mich zunächst kurz vorstellen. Mein Name ist Melanie Niederöst. Ich befinde mich zurzeit im Masterstudiengang angewandte Psychologie an der ZHAW. Im Rahmen dieses Studiums schreibe ich meine Masterarbeit über das Thema Hikikomori. Hikikomori ist ein Phänomen, das erstmals 1989 in Japan beschrieben wurde. Bei Hikikomori handelt es sich um junge Erwachsene, meist männlich, welche sich für mind. 6 Monate aus der Familie und der Gesellschaft zurückziehen und im Haus der Eltern wohnen. Das Ziel meiner Arbeit ist es, zu untersuchen, ob es das Phänomen Hikikomori auch in der Schweiz gibt und falls ja, wie es auftritt.				
<b>Organisatorisches</b>	Um gleich das Organisatorische zu klären: Unser Gespräch wird ca. 1 Stunde dauern. Für die Dokumentation unseres Gesprächs ist es für mich wichtig, dass während unserem Gespräch das Aufnahmegerät läuft.		<b>Aufnahmegerät einschalten</b>		

Thema	Überleitung	Leitfragen	Zur internen Überprüfung	Zusatzfragen	Aufrechterhaltende Fragen
	Gerne würde ich bei Bedarf auch wörtliche Zitate aus unserem Gespräch verwenden dürfen.	Sind Sie damit einverstanden?	Falls nicht möglich: Paraphrasieren ist unumgänglich.		
	Die Daten Ihrer Klienten und Klientinnen werde ich anonymisieren, so dass keine Zurückverfolgung möglich ist.	Darf ich Ihren Namen und den Namen für die Institution, für welche Sie arbeiten in der Arbeit nennen oder möchten Sie, dass ich Ihre Daten anonymisiere?			
<b>Einleitung</b>	Sie haben sich als Interviewpartner gemeldet, weil Sie beruflich bereits Kontakt mit einer Person oder mit Angehörigen von Personen hatten, auf welche die Beschreibung von Hikikomori zutrifft. Es kann sein, dass ich Ihnen Fragen stelle, welche Sie nicht beantworten können, da Sie mit der betroffenen Person oder dem Angehörigen nie über dieses Thema gesprochen haben. Das macht natürlich nichts, sagen Sie mir dann einfach, dass Sie diese Frage nicht beantworten können.  Gehen wir nun ganz zum Anfang, als Sie zum ersten Mal mit dem Thema Hikikomori in Kontakt gekommen sind:	Mit wem genau haben Sie Kontakt gehabt?	Rolle der Person  Erfahrung des Interviewpartner  Zeitlicher Abstand des Kontaktes	Mit wie vielen betroffenen Personen / Angehörigen haben Sie Kontakt gehabt?  In welchem Jahr hat dieser Kontakt stattgefunden?	Haben Sie bei diesem Fall noch mit weiteren Personen Kontakt gehabt?
		Wie ist es zum ersten Kontakt mit der Person gekommen?	Art der Kontaktaufnahme (Telefon, Chat, Face-to-Face,...)		Wie war das bei den anderen Fällen, mit denen Sie Kontakt hatten?
		Gab es danach weitere Kontakte?	Einmaliger oder mehrmaliger Kontakt  Kontaktimpuls  Zeitraum des Kontaktes	Wie sind diese Kontakte zustande gekommen?  Über welchen Zeitraum hat der Kontakt stattgefunden?	Gab es weitere Formen des Kontaktes?  Hat sich das danach nochmals verändert?

Thema	Überleitung	Leitfragen	Zur internen Überprüfung	Zusatzfragen	Aufrechterhaltende Fragen
			Veränderung in der Art des Kontaktes	Gab es im Verlauf eine Veränderung in der Form des Kontaktes?	
		Was hat Ihnen die Person geschildert?	Grund der Kontaktaufnahme	Aus welchem Grund hat sich die Person bei Ihnen gemeldet?  Mit welchem Anliegen hat sich die Person an Sie gewandt?	Gab es noch einen weiteren Grund?  Gab es noch weitere Anliegen?
<b>Symptome</b>	Als nächstes kommen wir zu den Symptomen. Vielleicht wurden Ihnen Symptome geschildert, vielleicht haben Sie aber auch im persönlichen Kontakt Symptome beobachten können.	Welche Symptome hat Ihnen die Person genannt bzw. welche Symptome haben Sie wahrgenommen?	Symptome: z.B. Rückzug, Isolation, Gewalt, Traurigkeit, Halluzinationen, Suchtverhalten  Leidensdruck  Primäres bzw. sekundäres Symptom	Welches dieser Symptome hatte aus Ihrer Sicht die grösste Relevanz für den Patienten, bzw. den Krankheitsverlauf?  Kann der soziale Rückzug in diesem Fall auch als Folge der genannten Symptome interpretiert werden?	Gab es noch weitere Symptome, welche geschildert wurden oder welche Sie wahrgenommen haben?  Wieso hatte dieses Symptom die grösste Relevanz?
		Wie lange hat der soziale Rückzug vor der ersten Kontaktaufnahme bereits angedauert?	Dauer, bis Person sich Hilfe holt  Stellen, die involviert sind?	Wie lange hat der soziale Rückzug insgesamt angedauert?  Hatte die betroffene Person zuvor bereits mit einer anderen Stelle Kontakt?	Wie wurde dieser Kontakt von der betroffenen Person eingeschätzt?

Thema	Überleitung	Leitfragen	Zur internen Überprüfung	Zusatzfragen	Aufrechterhaltende Fragen
		Gab es bei den Symptomen eine familiäre Häufung?	Familiäre Disposition	Gab es noch weitere Parallelen in der Familie?	Wer zeigte welche Symptome?
		Hatten Sie den Verdacht, dass bei der betroffenen Person ein Suizidalitätsrisiko bestand?	Suizidalitätsrisiko	Wie hoch haben Sie dieses eingeschätzt?	Wie hat sich dieses erhöhte Risiko gezeigt?
<b>Diagnosen</b>	Nun würde ich gerne etwas mehr zum Thema Diagnose erfahren.	Hat die betroffene Person eine Diagnose erhalten?	Diagnosen z.B. Depression, Zwangsstörung, Schizophrenie, PTBS, Persönlichkeitsstörungen, ... durch wen vergeben?	Wer hat die Diagnose vergeben?	Wurden noch andere Diagnosen vergeben?
		Erklärt die Diagnose für Sie die Symptome oder bleiben Symptome unberücksichtigt?	Passung der Diagnose	Ist die Vergabe dieser Diagnose für Sie nachvollziehbar? Gibt es für Sie eine Diagnose, welche besser passen würde?	Welche Symptome werden bei der gegebenen Diagnose zu wenig berücksichtigt?
<b>Komorbidität</b>	Wie sieht es bezüglich Komorbiditäten / weiteren Erkrankungen aus?	Hatte die Person weitere psychische oder körperliche Erkrankungen?	Psychische & somatische Komorbiditäten z.B. Sucht (Game, Internet, Alkohol), Depression, Schizophrenie, Angststörungen, Verletzung, Behinderung, ...	Falls keine komorbiden Diagnosen vorhanden sind: Hatten Sie den Verdacht, dass die Person eine weitere Krankheit haben könnte?	Gibt es noch weitere relevante Erkrankungen?
		Bestand die soziale Isolation bereits vorher oder ist sie als Symptom dieser Erkrankung zu sehen?	primäres / sekundäres Hikikomori		Wie beurteilen Sie bei diesem Fall die Wechselwirkung zwischen dem sozialen Rückzug und der Erkrankung?

Thema	Überleitung	Leitfragen	Zur internen Überprüfung	Zusatzfragen	Aufrechterhaltende Fragen
<b>Lebenssituation</b>	Kommen wir zur Lebenssituation, in welcher sich die betroffene Person befunden hat.	Wie hat die Person gelebt?	Grad der Isolation: Wohnort Arbeitstätigkeit / Schulbesuch	Wo wohnte die Person?  War die Person arbeitstätig oder hat eine Schule besucht?	Als was hat die Person gearbeitet?
		Wohin hat sich die Person zurückgezogen?	Grad der Isolation: Rückzugsort (z.B. Zuhause, Kinderzimmer, eigene Wohnung, Obdachlosigkeit)	Wohnten noch andere Personen in diesem Haushalt?	Wohnte sonst noch jemand im selben Haushalt?
		In welcher Art und Weise hat sich die Person zurückgezogen?	Grad der Isolation: z.B. Zimmer verlassen, Sprechen mit Familie, Fremden	Wie hatte die Person Kontakt zur Aussenwelt?	Können Sie das anhand von Beispielen erklären?
<b>Soziales Netzwerk</b> <b>Soziales Verhalten</b>	Gehen wir weiter zum sozialen Umfeld und zum Verhalten der Person in diesem Umfeld.	Wie sah das soziale Netzwerk der betroffenen Personen aus?  Quantität	Freundschaften  Online Freunde  Familie  Enge Freunde / Intime Beziehungen  Peers	Pflegte die Person Freundschaften im realen Leben? Wie viele?  Pflegte die Person virtuelle Freundschaften? In welchem Ausmass?  Hatte die Person noch Kontakt zur Familie?  Hat die Person enge Freunde oder eine intime Beziehung?  Hatte die Person Kontakt zu anderen Menschen, die sich sozial isolierten?	Gibt es weitere Beziehungen, welche die Person pflegen konnte?

Thema	Überleitung	Leitfragen	Zur internen Überprüfung	Zusatzfragen	Aufrechterhaltende Fragen
		Wie gestalteten sich die benannten Beziehungen?  Qualität	Beziehungsqualität  Kontaktaufnahme   Instrumentalisierung der Beziehung	Von wem ging die Kontaktaufnahme aus?   Wieso hat die betroffene Person diese Beziehung aufrechterhalten?	Wie würden Sie die Beziehung zur Familie / zu den engen Freunden beschreiben?
		Falls ein direkter Kontakt bestand: Wie war der Umgang bzw. der Beziehungsaufbau mit Ihnen?	Sozialverhalten	Gab es Besonderheiten, Dinge die Sie irritiert oder verunsichert haben?	Können Sie das anhand eines Beispiels genauer beschreiben?
		Falls kein direkter Kontakt bestand: Wie hat der Angehörige den Umgang mit der betroffenen Person empfunden?	Sozialverhalten	Gab es Besonderheiten, Dinge die ihn/Sie irritiert oder verunsichert haben?	
<b>Entstehung</b>	Vielleicht können Sie mir auch etwas zur Entstehung der sozialen Isolation bei dieser Person erzählen.	Welche Ursachen / welchen Ursprung der sozialen Isolation hat die Person geschildert?	Ursachen (z.B. Eltern-Kind-Beziehung, gesellschaftlicher Druck, Krankheit, Überforderung, Krise, Ereignisse, Erziehungsstil, Schulprobleme,...)	Haben Sie persönlich weitere Ursachen erkannt oder Hypothesen dafür gebildet?	Gibt es noch weitere Faktoren, die zur sozialen Isolation beigetragen haben?
		Gab es Frühwarnzeichen?	Frühwarnzeichen (Schulabsentismus, langsamer Rückzug, ...)	Wurden diese von jemandem wahrgenommen?	Gab es weitere Anzeichen für den sozialen Rückzug?

Thema	Überleitung	Leitfragen	Zur internen Überprüfung	Zusatzfragen	Aufrechterhaltende Fragen
		Wie kam es schlussendlich zum sozialen Rückzug?	Start	<p>War das eine langsamer oder ein plötzlicher Prozess?</p> <p>War das Ihrer Einschätzung nach eine bewusste Entscheidung oder hat sich die Isolation langsam eingeschlichen?</p>	Wie hat es sich danach weiterentwickelt?
<b>Verlauf</b>	Wenn wir nun den weiteren Verlauf der Erkrankung betrachten:	Welche Faktoren haben aus Ihrer oder aus Sicht der betroffenen Person die soziale Isolation aufrechterhalten?	<p>Aufrechterhaltende Faktoren</p> <p>Umfeld</p> <p>Persönlichkeitseigenschaften</p>	<p>Gibt es auch aufrechterhaltende Faktoren im sozialen Umfeld?</p> <p>Gibt es Persönlichkeitseigenschaften die in diesem Fall der Aufrechterhaltung gedient haben?</p>	Gibt es noch weitere Faktoren, die aus Ihrer Sicht zur Aufrechterhaltung der Isolation beigetragen haben?
		Wie hat sich die Situation weiterentwickelt?	Verlauf: Spontanremission, Verschlimmerung,...	Was würden Sie sagen, war ausschlaggebend, dass sich der Fall in diese Richtung weiterentwickelt hat?	
		Haben Sie im Verlauf des Kontaktes persönliche Hypothesen zum Krankheitsverlauf entwickelt?	Hypothesen zum Verlauf		Können Sie diese genauer erläutern?
<b>Massnahmen</b>		Befand sich die Person in einer Behandlung oder haben Sie weitere Massnahmen empfohlen oder eingeleitet?	Massnahmen, Interventionen	Gibt es weitere Massnahmen, welche Sie rückblickend empfehlen würden?	



Thema	Überleitung	Leitfragen	Zur internen Überprüfung	Zusatzfragen	Aufrechterhaltende Fragen
		Bei längerer Begleitung: Was hat sich bei der Behandlung als hilfreich herausgestellt?	Nützliche Massnahmen, Interventionen	Was war wenig hilfreich oder hat zu keiner Verbesserung der Situation geführt?	Wieso hat diese Massnahme wohl geholfen? Bzw. wenig geholfen?
Weiteres	Wir sind nun schon fast am Schluss des Interviews.	Gibt es weitere Aspekte, welche Sie für das Verstehen des Phänomens als wichtig erachten, über welche wir bisher nicht gesprochen haben?			Gibt es noch weitere wichtige Punkte, über welche wir nicht gesprochen haben?
Soziodemografische Faktoren	Zum Schluss noch ein paar Fragen zu soziodemografischen Aspekten	Welches Geschlecht hat die betroffene Person?	Geschlecht		
		Wie alt war die betroffene Person als sie Sie zum ersten Mal kontaktiert hat?	Alter		
		Lebt die Person in einer ländlichen oder einen urbanen Gegend?	Wohnort		
		Welchen Bildungsstand hat die betroffene Person?	Bildungsstand		
		Welche Staatsangehörigkeit hat die betroffene Person?	Nationalität		

Thema	Überleitung	Leitfragen	Zur internen Überprüfung	Zusatzfragen	Aufrechterhaltende Fragen
Angaben zur interviewten Person		Welche Ausbildung haben Sie?	Ausbildung		
		In welcher Funktion waren Sie zum Zeitpunkt des Kontaktes angestellt?	berufliche Tätigkeit		
Abschluss	Nun sind wir am Ende des Interviews. Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für die Beantwortung der Fragen genommen haben. Haben Sie noch Fragen an mich?				

## Anhang D

### *Transkriptionsregeln*

In Anlehnung an Dresing & Pehl (2013)

I	interviewende Person
B1-B8	befragte Person
/	Wort- und Satzabbruch
(unv.)	unverständliches Wort
//	Sprechüberlappung
(anonymisierte Beschreibung)	sensible Daten

Wort- und Satzabbrüche werden geglättet, sofern nicht nur die Vollendung fehlt.

Keine Erfassung von Pausen, nonverbalen Signalen, emotionalen Äusserungen oder Verständnissignalen.

## Anhang E

### *Kodierleitfaden*

#### **1. Soziodemografische Faktoren der betroffenen Person**

*Definition:* Oberkategorie für soziodemografische Angaben zu den betroffenen Personen.

##### **1.1 Geschlecht**

*Definition:* Angaben zum Geschlecht der betroffenen Person.

*Ankerbeispiel:* I: Welches Geschlecht hat diese Person?

B1: Weiblich. (I1: 230 - 231)

##### **1.2 Alter beim ersten Kontakt**

*Definition:* Angaben zum Alter der betroffenen Person beim ersten Kontakt mit der befragten Person.

*Ankerbeispiel:* I: Wie alt ist sie gewesen, als du zum ersten Mal mit ihr in Kontakt gekommen bist?

B2: 19. (I2: 184 - 185)

##### **1.3 Bildungsstand**

*Definition:* Angaben zur höchsten Ausbildung der betroffenen Person.

*Ankerbeispiel:* I: Welcher Bildungsstand hat sie gehabt?

B1: Sie ist im Kantiniveau gewesen. Danach Sek A. (I1: 236 - 237)

##### **1.4 Wohnort**

*Definition:* Angaben zur Urbanität des Wohnortes der betroffenen Person.

*Ankerbeispiel:* I: Wo hat sie gewohnt? In einer ländlichen oder urbanen Gegend?

B1: Agglo. (I1: 234 - 235)

##### **1.5 Nationalität**

*Definition:* Angaben zur Nationalität der betroffenen Person.

*Ankerbeispiel:* I: Welche Nationalität?

B1: Schweizerin. (I1: 238 - 239)

#### **2 Symptome**

*Definition:* Oberkategorie für durch die befragten Personen beschriebene Symptome der betroffenen Person.

## **2.1 Rückzugssymptomatik**

*Definition:* Allgemeine Aussagen über das Vorhanden sein des sozialen Rückzuges vom familiären und gesellschaftlichen Leben.

*Ankerbeispiel:* B1: Dass sie sich eben zurückgezogen hat, auch sozial von den Gspändli, aber auch von den Geschwistern, von der Mutter. (I1: 49)

### **2.1.1 Dauer**

*Definition:* Angaben über die Dauer des sozialen Rückzuges.

*Ankerbeispiel:* B2: Und jetzt seit zwei, drei Jahren zu Hause ist. (I2: 27)

### **2.1.2 Ort**

*Definition:* Angaben über den Ort des sozialen Rückzuges.

*Ankerbeispiel:* B1: Sie hat sich einfach hauptsächlich in ihr Zimmer zurückgezogen, aus welchem sie nicht mehr rausgekommen ist und sich verbarrikadiert hat und sich auch von mir oder der Mutter oder auch vom Bruder nicht hat motivieren lassen, dort rauszukommen. (I1: 109)

### **2.1.3 soziale Kontakte**

*Definition:* Angaben über das reale und digitale soziale Netzwerk der betroffenen Person.

*Ankerbeispiel:* B1: Dann hat es noch einen ausserfamiliären Kontakt gegeben. Das ist eine ehemalige Nachbarin gewesen von der Mutter. Und mit dieser hat sie ab und zu, wenn sie etwas zusammen abgemacht hat mit der Mutter, hat sie mit dieser Kontakt gehabt. (I1: 117)

### **2.1.4 Tätigkeiten**

*Definition:* Angaben über von der betroffenen Person ausgeführte Tätigkeiten während des sozialen Rückzuges.

*Ankerbeispiel:* B2: Sie hat sich grundsätzlich einfach irgendwie abgelenkt. Sei das mit Lesen, Serien schauen, Gamen. Sie hat teilweise auch Sachen für sich gelernt, also dass sie irgendwie die japanische Schrift geübt hat. Oder jetzt momentan übt sie kyrillisch. Sie hat eigentlich viele Interessen. Sie hat viele gestalterische Sachen gemacht. Aber irgendwie in ständiger Ablenk/. Also vielleicht, dass sie eine Serie geschaut hat und gleichzeitig etwas gebastelt hat zum Beispiel. (I2: 93 - 93)

## **2.2 verweigernde Symptomatik**

*Definition:* Aussagen über das Vorhandensein von verweigerndem Verhalten, wie beispielsweise Schulabsentismus, Ablehnung der Behandlung oder fehlende Krankheitseinsicht.

*Ankerbeispiel:* B1: Ja, also das hauptsächliche Symptom ist schon die Verweigerung. Aber, also dass sie einfach gesagt hat, sie geht nicht. (I1: 49)

## **2.3 ängstliche Symptomatik**

*Definition:* Aussagen über das Vorhandensein von generellen Ängsten, Panikattacken, sozialen Ängsten, Sorgen, Schamgefühlen oder sozialer Unsicherheit.

*Ankerbeispiel:* B2: Sie beschreibt dann auch Ängste vor sozialen Situationen, wenn auch irgendwie zu viele Menschen sind. Wenn sie ein Telefon machen müsste. Weil sie das Gefühl hat, dass sie dann irgendetwas falsch macht, die Anderen sie für dumm halten könnten. Für nicht kompetent halten. Und sehr unsicher im Kontakt. (I2: 35)

## **2.4 depressive Symptomatik**

*Definition:* Aussagen über das Vorhandensein von Deprimiertheit, Gefühlsarmut, Hoffnungslosigkeit, Insuffizienzgefühle, Antriebsreduktion, Gedankenkreisen oder Suizidalität.

*Ankerbeispiel:* B2: Auf der einen Seite eine depressive Symptomatik, welche sie zeigt. Dass sie sehr niedergeschlagen ist. Der Antrieb, die Motivation fehlt. (I2: 35)

## **2.5 Suchtsymptomatik**

*Definition:* Aussagen über das Vorhandensein von problematischem Konsumverhalten, wie beispielsweise übermässiges Gamen oder übermässiges Konsumieren von Alkohol.

*Ankerbeispiel:* B3: Und im Februar 2016 war der Peak, laut Vater. So wie der Vater berichtet hat, konnte er gar nichts anderes mehr machen. Weil er hat bis zu 50 Stunden und mehr gegamed in der Woche. Und der Vater hat versucht, mit gewissen Konsequenzen und Massnahmen wie Internet abstellen und so/. Aber da finden sie ja immer wieder Möglichkeiten. (I3: 44)

## **2.6 dissoziale Symptomatik**

*Definition:* Aussagen über das Vorhandensein dissozialer Verhaltensweisen, wie beispielsweise Aggressivität oder Impulsivität.

*Ankerbeispiel:* B7: Und eine Grundstimmung von Ärger und unterdrückter Wut. So ist er mir erschienen. (I7: 66)

## **2.7 Körperliche Symptomatik**

*Definition:* Aussagen über das Vorhandensein von körperlichen Symptomen, wie beispielsweise Gewichtsveränderungen, Schmerzen, Energielosigkeit, körperliche Verwahrlosung, motorische Unruhe oder Schlafstörungen.

*Ankerbeispiel:* B1: Das andere ist, dass sie gewichtsmässig sehr viel Gewicht verloren hat. (...). Sie hat sich nicht zugetraut, dass sie die Energie hat, dass durchzustehen, so ein Schultag. (I1: 49)

## **2.8 weitere Symptomatik**

*Definition:* Aussagen über das Vorhandensein weiterer Symptome, welche keiner der obenstehenden Kategorien zugeteilt werden können.

*Ankerbeispiel:* B4: Und diese Theorien. Er ist immer wieder gekommen mit dieser Theorie von irgendwelchen Ressourcen, welche wir nicht mehr haben auf dieser Welt. Das hat sich wiederholt. (I4: 27)

## **3 psychische Komorbidität**

*Definition:* Allgemeine Infos über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Diagnose sowie die Passung der Diagnose zu den gezeigten Symptomen.

*Ankerbeispiele:* B3: Von daher war es in diesem Sinne nicht so schwerwiegend, dass es eine Diagnose gegeben hätte, es hat nicht gereicht für eine Diagnose. (I3: 36)

B2: Also Depression ist schon einmal diagnostiziert worden. Und die Trichotillomanie. Und das ADS. Also Trichotillomanie ist für mich mehr ein Symptom, das sich zeigt. Und das ADS, das ist recht gut abgeklärt worden, es kann gut sein, dass sie das hat. Aber es erklärt ihren Zustand nicht. Und auch eine Depression nicht, weil es ja doch ein sehr langer Zeitraum ist. Das heisst, es muss schon irgendetwas anderes dahinter stecken. (I2: 73)

### **3.1 ICD-Diagnosen**

*Definition:* Diagnosen, welche die betroffene Person erhalten hat.

*Ankerbeispiel:* B2: Man hat aber nicht so recht gewusst, was damit anfangen. Ich kann dir das Jahr nicht sagen. Aber nachher ist sie mit zirka 16 Jahren, also vor drei Jahren, nochmals bei einem Psychologen gewesen, auch wieder vom KJPD. Das war nach diesem Vorfall gewesen. Dort hat sie begonnen, ihre Haare auszureissen. Von diesem Vorfall hat sie aber

nichts erzählt. Dort ist eine Depression und eine Trichotillomanie diagnostiziert worden. Trichotillomanie ist dieses Haare ausreissen. Sie hat dann auch Medikamente erhalten, Antidepressiva. (I2: 55)

### **3.2 Verdachtsdiagnosen**

*Definition:* Von befragten Personen geäußerte Verdachtsdiagnosen und Hypothesen bezüglich möglicher Diagnosen.

*Ankerbeispiel:* B2: Und das andere ist die Persönlichkeitsstruktur, bei welcher ich den Verdacht habe auf eine ängstlich, vermeidende, selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung. Ich habe sie jetzt auch nur zwei, drei Monate gesehen. Und eigentlich sollte man Menschen auch über einen längeren Zeitraum begleiten, um das definitiv sagen zu können. Das ist dort, wo ich sie am ehesten einordne. Aber es passt auch nicht 100%, finde ich. (I2: 71)

## **4 Entstehung**

*Definition:* Oberkategorie für von Befragten geäußerte Hypothesen zur Entstehung des sozialen Rückzuges.

### **4.1 Frühwarnzeichen**

*Definition:* Aussagen der befragten Person über Frühwarnzeichen des sozialen Rückzuges.

*Ankerbeispiel:* B1: Ja, scheinbar. Hier sehe ich gerade beim Bericht. Nach der Trennung 2011. Das ist etwa sechs, sieben Jahre vorher gewesen, dass sie damals schon Trennungsängste hatte von der Mutter. Und dass die Mutter nicht mehr in den Keller gehen konnte oder zum Briefkasten. Und dass sie dann getobt habe. Und dass sie schon in der dritten Klasse einige Male nicht gegangen ist wegen Bauchschmerzen. Ah, sie war dann schon in Therapie gewesen. Es ist schon sehr, sehr lange her. Das habe ich gar nicht mitbekommen. Dass sie dann Verhaltenstherapie/. Vierte, fünfte ist sie wieder normal gegangen. Und sechste Klasse hat es wieder angefangen. Also es ist eigentlich schon als Kind scheinbar anstrengend und viel geschrien. (I1: 157)

### **4.2 zeitliche Aspekte**

*Definition:* Aussagen der befragten Person zu zeitlichen Aspekten der Entstehung des sozialen Rückzuges.

*Ankerbeispiel:* I: Und das Kind wollte einfach nicht mehr in die Schule oder/?



B1: Genau, also es ist schon eine sehr lange Geschichte gewesen. In der 6. Klasse hat es angefangen und zu mir ist es eigentlich so in der zweiten Oberstufe gekommen. (I1: 31 - 32)

### **4.3 vermutete Ursachen**

*Definition:* Oberkategorie für von befragten den Personen vermutete Ursachen des sozialen Rückzuges.

#### **4.3.1 Parallelen in der Familie**

*Definition:* Allgemeine Infos über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Parallelen in der Familie.

*Ankerbeispiel:* I: Und hat es innerhalb der Familie ähnliche Geschichten gegeben?

B4: Das weiss ich nicht. Ich vermute nicht. Die Mutter hat mir nichts gesagt von einem Verwandten oder irgendjemandem. (I4: 36 - 37)

##### **4.3.1.1 Eltern**

*Definition:* Psychische Erkrankungen, Symptome des sozialen Rückzuges oder ähnliche Symptomatiken bei den Eltern.

*Ankerbeispiel:* B1: Die Mutter hat schon beschrieben, dass sie als Jugendliche auch sehr zurückgezogen, einzelgängerisch gewesen ist. Und dass sie auch nicht viel Kontakt gehabt habe und auch viel für sich alleine gewesen ist. Das schon. Und der Vater hat kein Kontakt, aber die Mutter hat geschildert, dass er aktuell in der Lebenssituation auch sehr für sich alleine ist, scheinbar. Aber das ist einfach über die Mutter. Aber der Bruder ist vielleicht auch nicht der mit X Kollegen, aber er hat funktioniert. Sagen wir es mal so. (I1: 69)

##### **4.3.1.2 Geschwister**

*Definition:* Psychische Erkrankungen, Symptome des sozialen Rückzuges oder ähnliche Symptomatiken bei den Geschwistern.

*Ankerbeispiel:* B2: Es ist so, dass ihre Schwester, es ist ihre jüngere Schwester, zirka ein Jahr nach ihr auch begonnen hat, nicht mehr zur Schule zu gehen. Etwa dasselbe Muster gezeigt hat. Bei ihr wurden dann irgendwie auch Massnahmen ausgesprochen. Und sie hat schlussendlich eine Lehre beginnen können und macht nun auch diese Lehre. Und das funktioniert soweit. Aber sie hat auch so eine Tendenz in diese Richtung gehabt. (I2: 63)

#### **4.3.2 belastendes Ereignis**

*Definition:* Ein Teil der Ursache des sozialen Rückzuges wird vom Befragten im Erleben eines oder mehrerer belastenden Ereignisse durch die betroffene Person gesehen.

*Ankerbeispiel:* B3: Sie sind von (anonymisiertes Land) in die Schweiz gekommen. Ich weiss aber nicht genau die Geschichte, wie und wann. Aber er ist noch nicht so lange/. Er ist dann hier in die Oberstufe gekommen und hat damals schon nicht wirklich Freundschaften schliessen können. Und hat auch immer Mühe gehabt, sich im sozialen Kontext irgendwo zu integrieren. (I3: 30)

### **4.3.3 psychische Erkrankung**

*Definition:* Ein Teil der Ursache des sozialen Rückzuges wird vom Befragten in einer vorhandenen oder vermuteten psychischen Erkrankung der betroffenen Person gesehen.

*Ankerbeispiel:* I: Sehen Sie noch weitere Aspekte, die wichtig sind, wenn wir die Entstehung des Ganzen anschauen bei diesem Jugendlichen?

B5: Also ich nehme an, die Anlagen. Die Vererbung. Allenfalls wirklich irgendeine Erkrankung oder eine mögliche psychische Störung, die nicht erkannt worden ist. Dass man es nicht abgeklärt hat. Ich denke, man hätte auch etwas verhindern können. Oder sicher anders aufgleisen. (I5: 113 - 114)

### **4.3.4 Leistungsdruck**

*Definition:* Ein Teil der Ursache des sozialen Rückzuges wird vom Befragten im Erleben eines Leistungsdruckes durch die betroffene Person gesehen.

*Ankerbeispiel:* I: Kannst du mal erzählen, wie es in der 6. Klasse angefangen hat?

B1: Dort bin ich selber nicht involviert gewesen. Aber es war glaub so, dass es einfach mit Schulverweigerung/. Leistungsdruck. Übertritt. und dann, dass sie nicht mehr in die Schule gegangen ist. Zunehmend. Und sich geweigert hat in die Schule zu gehen. Und dann zu Hause geblieben ist.

I: Wie konnte sie das?

B1: Ja, sie ist einfach nicht mehr gegangen. Sie ist einfach zu Hause geblieben, in ihrem Zimmer. Und ist nicht mehr raus. Und ja, irgendwann ist sie gar nicht mehr gegangen. (I1: 33 - 36)

### **4.3.5 Familiendynamik**

*Definition:* Ein Teil der Ursache des sozialen Rückzuges wird vom Befragten in der Familiendynamik der betroffenen Familie gesehen.

*Ankerbeispiel:* I: Und du hast vorher aufgezählt, dass auch die Kommunikation innerhalb der Familie speziell oder erschwert gewesen ist. Hast du das auch wahrgenommen?

B1: Also mit dem Vater besteht ja gar kein Kontakt, das ist schon mal erschwert. Das ist ein ganz schwieriges Verhältnis. Und sie und die Mutter, sie hat sich dann auch viel von der Mutter abgegrenzt. Und die Mutter hat auch Mühe gehabt, sie zu verstehen. Warum sie nicht in die Schule geht. Die haben schon auch Konflikte miteinander gehabt. (I1: 82 - 83)

#### **4.3.6 Persönlichkeitseigenschaften**

*Definition:* Ein Teil der Ursache des sozialen Rückzuges wird vom Befragten in den Persönlichkeitseigenschaften der Betroffenen gesehen.

*Ankerbeispiel:* B1: Meine Hypothese ist vielleicht schon, dass halt der Übertritt in die Oberstufe/. Und dass sie schon eine feine, eher ängstliche, aber auch eine die gute Leistungen bringen möchte/. (I1: 149)

#### **4.3.7 keine Anschlusslösung**

*Definition:* Ein Teil der Ursache des sozialen Rückzuges wird vom Befragten beim Fehlen einer Anschlusslösung gesehen.

*Ankerbeispiel:* B1: Also es ist dann auch eine Gefährdungsmeldung/. Und nachher ist sie in die KPS, also in die Klinik gekommen. Und ich kann nicht sagen, wie lange dass sie dort dazwischen/. Ich glaube, es ist nicht ewig gewesen, vielleicht auch maximal zwei bis drei Monate, wo sie nichts als Anschlusslösung gehabt hat. (I1: 40)

### **5 Verlauf**

*Definition:* Oberkategorie für die von den befragten Personen geschilderten Verläufe des sozialen Rückzuges.

#### **5.1 positive Verläufe**

*Definition:* Aussagen über positive Verläufe des sozialen Rückzuges.

*Ankerbeispiel:* B3: Der Lehrabbruch war im Februar. Und kurz darauf hat sich dann der Vater gemeldet. Und im Mai hat er eine Schnupperlehre gemacht. Und das hat dann glücklicherweise gerade zu einer Praktikumsstelle geführt, bei welcher er im Sommer dann eine neue Lehre anfangen konnte. (I3: 16)

#### **5.2 chronifizierende Verläufe**

*Definition:* Aussagen über chronifizierende Verläufe des sozialen Rückzuges.

*Ankerbeispiel:* B1: Sie hat keine Sozialkontakte, auch dort. Sie zieht sich auch dort in dieser Institution viel ins Zimmer zurück. Hat Phasen, in welchen es ihr psychisch nicht gut geht. In welchen sie Gewicht verliert, und das immer eine Sorge ist. Und jetzt noch keine

wirkliche Perspektive da ist von einer dauerhaften Besserung. Also sie ist immer noch am gleichen Punkt. So viel ich weiss. (I1: 205)

### **5.3 aufrechterhaltende oder verstärkende Faktoren**

*Definition:* Oberkategorie für Aussagen der befragten Person zu aufrechterhaltenden oder verstärkenden Faktoren des sozialen Rückzuges.

#### **5.3.1 Personenbezogene Faktoren**

*Definition:* Aussagen der befragten Person zu aufrechterhaltenden oder verstärkenden personenbezogenen Faktoren des sozialen Rückzuges.

*Ankerbeispiel:* B2: Ja sicher diese Unsicherheit, die sie hat. Die Selbstunsicherheit, Unsicherheit im Kontakt. Auch das Vermeidungsverhalten, welches sie macht. Und die Angst etwas Neues anzugehen. Aus dem gewohnten Umfeld heraus zu kommen. (I2: 153)

#### **5.3.2 Umweltfaktoren**

*Definition:* Aussagen der befragten Person zu aufrechterhaltenden oder verstärkenden Umweltfaktoren des sozialen Rückzuges.

*Ankerbeispiel:* B1: Das Thema war natürlich, sie hat ja auch sehr viele Wechsel gehabt. Und ich denke, das ist dann auch schwierig. Sie hat dann jedes Mal wieder neue Kontakte gehabt und vielleicht nicht so intensive.

I: Wie Wechsel? Von der Schule?

B1: Ja von der Schule in die Klinik. Und sie hat ja dort schon immer wieder/. Aber ihre Sozialkontakte haben ja dann auch immer ein anderes Umfeld gehabt. Und ich denke, es ist schwierig so einen Sozialkontakt aufrechtzuerhalten. (I1: 171 - 173)

## **6 Interventionsmöglichkeiten**

*Definition:* Oberkategorie für von den Befragten geschilderte Interventionsmöglichkeiten.

### **6.1 Inhaltliche Aspekte**

*Definition:* Aussagen der befragten Person über möglicherweise hilfreiche inhaltliche Aspekte in der Behandlung der Betroffenen.

*Ankerbeispiel:* I: Und was hätte es aus deiner Sicht für eine Veränderung gebraucht?

B1: Ich denke, dass die Mutter eine andere Ansicht/. Dass sie sich anders Verhalten könnte oder so. Sie hat ja dann immer wieder das Gefühl gehabt, die Institution ist nicht die richtige. Falls dass dann in diese Richtung gegangen ist. Dass ich das Gefühl habe, eine Veränderung

gibt es erst, wenn sich das Kind selbstständig entwickeln kann und aus diesem System lösen kann. (I1: 180 - 181)

## **6.2 Leidensdruck**

*Definition:* Aussagen der befragten Person über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Leidensdruckes beim Betroffenen und seinem System.

*Ankerbeispiel:* B2: Der Vater hat seine Sicht auf das ganze aufgezeigt. Mehr auch dass er verzweifelt ist. Weil er auch nicht mehr weiter weiss, was machen. Er möchte ihr irgendwie helfen. Weiss aber irgendwie nicht wie. (I2: 31)

## **6.3 Organisatorische Aspekte**

*Definition:* Aussagen der befragten Person über möglicherweise hilfreiche organisatorische Aspekte in der Behandlung der Betroffenen.

*Ankerbeispiel:* B2: Oder ob sie etwas gebraucht hätte schon viel früher. (I2: 145)

## **6.4 Fachstellen**

*Definition:* Aussagen der befragten Person über möglicherweise hilfreiche Fachstellen in der Behandlung der Betroffenen.

*Ankerbeispiel:* B2: Etwas wie IV oder so, wo man sie wirklich begleitet und ihr hilft, irgendwie eine Ausbildung oder etwas machen zu können. (I2: 145)

## **7 involvierte Stellen**

*Definition:* Oberkategorie für involvierte Fachstellen.

### **7.1 Beratungsstellen**

*Definition:* Involvierung von psychologischen und sozialen Beratungsstellen.

*Ankerbeispiel:* B3: Und das ist die (anonymisierte Institution), welche wir sind. (I3: 8)

### **7.2 soziale Dienste der Gemeinde**

*Definition:* Involvierung der sozialen Dienste der Gemeinde wie beispielsweise das Sozialamt die Sozialhilfe, die KESB oder Mandatszentren.

*Ankerbeispiel:* B2: Und dann ist dann die KESB eingeschalten worden. Weil dann irgendwie die Schule bemerkt hat, dass irgendetwas nicht geht. (I2: 133)

### **7.3 Schulsystem**

*Definition:* Involvierung von Fachstellen und Fachpersonen des Schulsystems.

*Ankerbeispiel:* B1: Nein, also schlussendlich hat es eine Sonderschulung gegeben, bei welcher sie in ein Therapieheim gekommen ist, in welchem sie jetzt immer noch ist. Das ist dann die folgende Massnahme gewesen, aber sonst/. (I1: 195)

#### **7.4 Gesundheitssystem**

*Definition:* Involvierung von Fachstellen und Fachpersonen des Gesundheitssystems wie beispielsweise Ärzte, Psychologen, Kliniken oder IV-Stellen.

*Ankerbeispiel:* B1: Dann ist sie in der Psychiatrie gewesen. Vielleicht so sechs Monate. (I1: 42)

### **8 Angaben zur Befragten Fachperson**

*Definition:* Oberkategorie für Angaben zur befragten Fachperson.

#### **8.1 Ausbildung**

*Definition:* Angaben zur Ausbildung der befragten Person.

*Ankerbeispiel:* I: Was ist deine Ausbildung?

B1: Ich bin Psychologin. (I1: 240 - 241)

#### **8.2 Funktion**

*Definition:* Angaben über die berufliche Funktion der befragten Person.

*Ankerbeispiel:* I: Und du arbeitest als?

B1: Schulpsychologin. (I1: 242 - 243)

### **9 Kontakt der befragten Person**

*Definition:* Oberkategorie für Angaben zum Kontakt zwischen der befragten Fachperson und der betroffenen Person sowie ihrer Familie.

#### **9.1 involvierte Personen**

*Definition:* Angaben darüber, zu welchen Personen der betroffenen Familie die befragte Person Kontakt hatte.

*Ankerbeispiel:* I: Sie haben sich als Interviewpartner gemeldet, weil Sie einen Fall haben, der in diese Richtung geht. Können Sie mal erzählen, wer hat sich dort bei ihnen gemeldet?

B3: Genau, das ist der Vater gewesen von einem Jugendlichen, der sich gemeldet hat. (I3: 7 - 8)

#### **9.2 Zeitraum**

*Definition:* Angaben darüber, über welchen Zeitraum die befragte Person Kontakt zur betroffenen Person oder deren Familie hatte.

*Ankerbeispiel:* I: Über welchen Zeitraum hast du mit diesen Personen Kontakt gehabt?

B1: Ich muss schnell spicken. Über so ein Jahr. (I1: 19 - 20)

### **9.3 Häufigkeit**

*Definition:* Angaben darüber, wie häufig die befragte Person Kontakt zur betroffenen Person oder deren Familie hatte.

*Ankerbeispiel:* I: Und wie regelmässig?

B1: Es war am Anfang häufiger, als es auch um Beratung gegangen ist. Also sehr, sehr häufig. Und nachher, also nach ein paar Monaten dann einfach noch ab und zu mit der Mutter. Vielleicht jeden Monate ein mal oder so. (I1: 21 - 22)

### **9.4 Kontaktart**

*Definition:* Angaben über die Art des Kontaktes zwischen der befragten Person Kontakt und der betroffenen Person oder deren Familie.

*Ankerbeispiel:* I: Und wie ist es zu diesem ersten Kontakt gekommen?

B1: Die Mutter hat mich telefonisch kontaktiert.

I: Hat es nachher noch weitere Kontakte gegeben oder ist das einfach einmal gewesen?

B1: Nein, es hat nachher sehr viele weitere Kontakte gegeben.

I: Und hast du auch mit der betroffenen Person selbst Kontakt //gehabt//?

B1: //Ja//.

I: Per Telefon oder ist sie zu dir gekommen?

B1: Beides, persönlich. Also vor allem persönlich mit der betroffenen Person. Weniger per Telefon. (I1: 11 - 18)

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: