



L'essentiel de l'information
scientifique et médicale

www.jle.com

Le sommaire de ce numéro

<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/ipe/sommaire.md?type=text.html>

L'Information
Psychiatrique

Vol. 93 n° 4
Avril 2017

Revue mensuelle
des psychiatres
des hôpitaux



Montrouge, le 01-05-2017

Marie Jeanne Guedj Bourdieu

Vous trouverez ci-après le tiré à part de votre article au format électronique (pdf) :

Retrait social du jeune : phénomène polymorphe et dominantes psychopathologiques. Quelles réponses ?

paru dans

L'Information psychiatrique, 2017, Volume 93, Numéro 4

John Libbey Eurotext

Ce tiré à part numérique vous est délivré pour votre propre usage et ne peut être transmis à des tiers qu'à des fins de recherches personnelles ou scientifiques. En aucun cas, il ne doit faire l'objet d'une distribution ou d'une utilisation promotionnelle, commerciale ou publicitaire.

Tous droits de reproduction, d'adaptation, de traduction et de diffusion réservés pour tous pays.

© John Libbey Eurotext, 2017

Retrait social du jeune : phénomène polymorphe et dominantes psychopathologiques. Quelles réponses ?

Marie Jeanne Guedj Bourdiau

Hôpital Sainte-Anne,
46 boulevard de l'Hôpital,
75013 Paris, France

Résumé. Le repérage historique de la claustration, dès 1953, apparaît transnosographique et lié à un certain état de la société (Gayral). Aujourd'hui, c'est une grande variété de cas qui apparaît. À partir d'une constante, les témoignages écrits des jeunes reclus, l'auteur synthétise les éléments récurrents que l'on retrouve concernant la vision de soi, des autres, la fonction d'internet, la place de la famille. Par ailleurs, le clinicien peut repérer des dimensions psychopathologiques à peu près constantes qui sont présentées dans ce travail. dont le fait que l'enfermement apparaît régulièrement comme une figure de projection dans la clinique de l'adulte. Enfin, une réflexion est menée sur un modèle de sortie de l'enfermement : aller vers en visite à domicile et/ou faire venir ? Tendre la main pour réintégrer le monde des humains tant vers la famille qui peut être reçue seule pendant plusieurs consultations que vers le jeune, selon le modèle de la psychiatrie de catastrophe ?

Mots clés : hikikomori, retrait relationnel, claustromanie, psychopathologie, adolescent, famille, prise en charge, visite à domicile, cas clinique

Abstract. Social withdrawal of the young: a polymorphic phenomenon and dominant psychopathological factors. What are the answers? Confinement was described as early as 1953 by Gayral as transnosological conduct, linked to a specific state of society. Today, a variety of situations are described. Based on written testimonies, the author synthesizes recurrent elements found among French social recluses, concerning the vision of themselves, others, the role of the Internet as well as family issues. Clinicians may find the same psychopathological dimensions that are most often found, including the fact that confinement appears to be a projective feature in adult clinical presentation. In the end, is there a model of therapeutic intervention that can be drawn on regarding home visiting intervention, family or individual medical consultation on the model of disaster mental health care?

Key words: hikikomori, relational withdrawal, claustromania, psychopathology, adolescent, family, care management, home visit, clinical case

Resumen. Aislamiento social del joven: fenómeno polimorfo y dominantes psicopatológicas. ¿Cuáles son las respuestas? La detección histórica de la claustración, desde 1953, aparece como transnosográfica y vinculada con un cierto estado de la sociedad (Gayral). Hoy es una gran variedad de casos lo que aparece. A partir de una constante, los testimonios escritos de los jóvenes reclusos, el autor sintetiza los elementos recurrentes que se encuentran en cuanto a la visión de uno, de los demás, la función de Internet, el lugar de la familia. Por lo demás, el médico puede detectar dimensiones psicopatológicas más o menos constantes que están presentadas en este trabajo, entre ellas el que el encierro aparece con regularidad como una figura de proyección en la clínica del adulto. Por fin, se lleva a cabo una reflexión sobre un modelo de salida del encierro: ¿ir hacia de visita en casa y/o hacer que venga? Ofrecer la mano para reintegrarse al mundo de los humanos tanto hacia a la familia que puede ser acogida sola durante algunas consultas como hacia el joven, según el modelo de la psiquiatría de catástrofe?

Palabras claves: hikikomori, aislamiento relacional, claustromanía, psicopatología, adolescente, familia, atención, visita a domicilio, caso clínico

Ni déraciné, ni sans racine.

Mes racines ont poussé,

Sans atteindre le monde.

Branches et racines se sont rejointes,

Sous forme de bulle protectrice,

Et continuent de grandir ainsi.

(nos vifs remerciements au jeune reclus qui écrit ce poème)

Correspondance : M.J. Guedj Bourdiau
<mj.guedj@ch-sainte-anne.fr>

Introduction

Comment répondre au fardeau supporté par la famille ? Pathologie ou non, le stress familial n'est-il pas en train d'aggraver le dessaisissement de ses moyens par le jeune ? Ce n'est pas seulement un problème théorique qui répondrait à culture japonaise ou non, diagnostic et médicalisation ou non, enjeu de la post modernité ou non. Différentes pistes peuvent aider à imaginer une réponse...

Ni diagnostic reconnu dans le DSMV ni même syndrome, c'est la description d'une conduite. *Hikikomori* en japonais signifie se cloîtrer, rester à l'intérieur, ne plus sortir. Réclusion renvoie à l'enfermement en référence à la vie religieuse ; claustration signifie état d'enfermement dans un lieu clos (Petit Robert). On oppose souvent solitude et isolement : la solitude est-elle subie ou choisie (Guedj 2013 [1]). Le problème ne se pose pour l'enfermement que si on ose le paradoxe : enfermement volontaire.

Les cas rencontrés ou rapportés apparaissent très polymorphes, incitant à la prudence avant une éventuelle généralisation. Pourtant, des traits communs et des axes de développement constants courent à travers les propos rapportés par les familles ou par les jeunes eux-mêmes quand on a pu les rencontrer. Ces traits ou ces dimensions ne relèvent pas d'un diagnostic psychiatrique.

Ce sera notre première hypothèse et elle rejoint les travaux précurseurs de Gayral en 1953 [2] qui décrivait une conduite transnosographique : *il existe des dimensions constantes qui sous-tendent l'enfermement et elles courent à côté d'un diagnostic éventuel*. Toute dépression, toute phobie, toute schizophrénie ne conduisent pas à l'enfermement. Le traitement de ces pathologies conduit certes à une amélioration mais ne règle que partiellement la question de l'enfermement. Cette hypothèse aiderait à en finir avec les discussions sur le caractère primaire ou secondaire de l'enfermement.

Notre deuxième hypothèse est : *la famille souffre et l'aide apportée à la famille, à condition de mettre en œuvre le dispositif permettant d'entendre sa demande, lui fait découvrir les ressources nécessaires pour aider le jeune à sortir de l'enfermement*.

Notre troisième hypothèse est : *l'acceptation de l'enfermement ne saurait relever d'un quelconque romantisme ou d'une quelconque révolte, elle est dommageable pour l'individu*. Celui-ci se dessaisit de ses moyens en ayant basculé dans un monde sans repères, à la mesure de la toute-puissance de sa chambre. L'habillage par le romantisme et la révolte, ou même l'intérêt démesuré pour Internet sont secondaires au retrait à domicile.

Nous avons conservé 7 vignettes cliniques à verser dans l'inventaire de cas décrits dans le monde où les cas déjà décrits en France (Guedj 2011 [3]) ne figurent pas.

Dimensions constantes à côté d'un diagnostic éventuel

Bref rappel sociologique

Le repérage historique de la claustration apparaît très anciennement transnosographique et lié à un certain état de la société (Gayral 1953 [2]). Mais le mot de claustration ne comporte plus guère qu'un sens religieux érémitique.

L'actualisation de cette notion par la dénomination du phénomène *hikikomori* au Japon a le mérite d'en souligner l'extension, de donner un nom à un comportement plus qu'à

une maladie, en même temps que le flou de la notion et l'inquiétude sociétale qui s'y rapporte persistent à alimenter l'imaginaire ; « ce terme souffre aujourd'hui de manque de précision » (Pionnie Dax 2014 [4, 5]).

On publie des cas et des tentatives de compréhension dans de nombreux pays : Espagne, Oman, France, Canada, Italie (Tajan 2015 [6], Li Wong 2015 [7]) mais on n'utilise pas de substantif (autre qu'*hikikomori*) et il y a peu de mise en cause de la société contrairement au Japon.

La dénomination plus générale *d'invisibles sociaux* vient d'apparaître pour les jeunes reclus/*hikikomori*. Et en effet ils n'apparaissent même pas dans les statistiques de demandeurs d'emploi car ils n'accomplissent pas les démarches sociales (Martin 2016 [8]).

L'enfermement à domicile serait-il favorisé par Internet : repas, copains, autodidactisme ? Le jeu vidéo n'apparaît pas comme une cause, mais plutôt comme une tentative d'en sortir. C'est ce qui ressort des témoignages des familles et des jeunes. La poursuite ou la sortie de l'enfermement ne sont pas concomitantes à la poursuite ou à l'arrêt de l'usage d'Internet, et celui-ci ne peut entrer dans la catégorie des addictions car aucun phénomène de sevrage n'existe à l'arrêt de l'usage.

Le phénomène de la réclusion/*hikikomori* se situe au carrefour du psychologique, du social et du comportemental (Li, Wong 2015 [7]) rejoignant curieusement la définition de la conduite addictive (toxicomanie) « au carrefour d'une personnalité, d'un moment socioculturel et d'un produit » (Olivenstein 1983 [9]).

Différentes formes

C'est donc une grande variété de cas qui apparaît aujourd'hui avec une description graduée du retrait social, diverses utilisations d'Internet, selon la catégorie des liens d'attachement, selon le diagnostic psychiatrique associé.

Les auteurs distinguent divers types de retrait (Li, Wong 2015 [7]) :

- permanent au domicile,
- avec de rares sorties à but utilitaire,
- avec une absence d'isolement mais aussi une absence d'intégration socio professionnelle et une absence de démarches pour en sortir.

Et divers types de liens d'attachement (Krieg Dickle 2013 [10]) :

- les hyperdépendants en lien avec la surprotection parentale,
- les interdépendants inadaptés,
- les contre dépendants ou antisociaux.

Diverses pathologies peuvent être en cause, ou du moins leurs formes prodromiques. La définition japonaise en 2010 inclut les troubles psychotiques tant qu'ils n'ont pas encore été diagnostiqués, ce qui aboutit chez certains auteurs à 50 % de diagnostic de syndrome d'Asperger (Kondo 2013 [11], Suzuki 2014 [12]). On retrouve aussi : les phobies, les troubles anxieux, les états dépressifs, les troubles obsessionnels.

Ces catégorisations diagnostiques, quand elles existent, ne suffisent pas à rendre compte de la conduite d'enfermement. En outre, même si le trouble catégoriel est soigné, la rechute éventuelle conduit le jeune à reproduire l'enfermement. À l'inverse, il existe des pathologies entraînant l'enfermement qui ne sont pas appelées ainsi tant domine un autre trouble (trouble des conduites alimentaires par exemple).

Il en résulte que, quoique non reconnu comme une catégorie diagnostique, la dénomination de *hikikomori* soulage la famille et le jeune pour surmonter la honte sociale et œuvrer vers la sortie de l'enfermement.

Pourquoi l'enfermement et le retrait touchent-ils presque uniquement des garçons, du moins dans la forme la plus accomplie du repli quasi total à domicile ? On a pu au Japon noter le lien particulier à la mère. Ce n'est pas la configuration retrouvée à chaque fois. De nombreux travaux psychanalytiques ont abordé la passivité chez le garçon dans sa dimension de refus de la féminité (Bokanowski 1999 [13]). Alors que ce même refus de la féminité développe chez les filles les tableaux de conduites à risque, déployées dans l'espace du dehors : les filles qui vont mal ne s'enferment pas ou peu, rejetant le sort historique de la réclusion des filles à domicile.

Pourquoi cette conduite est-elle plus spécifique du jeune adulte, même si elle peut atteindre les mineurs ? La société se préoccupe plus des mineurs (éducation, justice. . .) que de ceux qui accèdent à l'indépendance sociale, elle les sollicite, les surveille par le biais d'un certain nombre d'institutions. L'injonction d'autonomie sociale (quitter les parents et travailler) est souvent brutale, au moment de la majorité, au moment de l'« adulte émergent » (Arnett 2000[14]).

Quelles dimensions psychopathologiques ?

Enfermement banal

Comment passe-t-on de l'enfermement de l'adolescent (le repli dans sa chambre, dans ses rêves, pour affronter ensuite la difficile rencontre avec l'autre, fascinante ou décevante) banal voire salutaire à la claustration à domicile ? L'adolescent s'enferme pour dire quelque chose à quelqu'un, pour faire avec l'amour et la haine qui l'habitent, et les parents supportent cette hostilité à peine masquée, ils supportent en se différenciant du jeune, en l'aidant malgré lui à trouver sa spécificité de sujet. Le jeune cloîtré à domicile ne peut aborder cette différenciation, par peur de tout perdre il occupe l'espace réel de la maison et celui plus virtuel auquel il a accès (voir la critique de Tisseron de cette notion) [15].

L'errance

Quelques traits psychopathologiques sont paradoxalement communs avec l'envers apparent de la claustration, à savoir la psychopathologie de l'errance, tels l'abolition de l'espace et du temps, la cassure d'histoire, l'absence de tout idéal et de toute croyance, de tout désir aussi, l'horreur de la violence (Gutton 2005 [16]). Serait-ce deux aspects de la solitude si peu choisie à l'adolescence ?

Dimensions psychopathologiques dans la littérature psychiatrique

Le retrait du jeune à domicile est un comportement grave qui témoigne d'une coupure avec le monde relationnel élargi hors du cercle familial, typique de l'adolescence normale. La répression des mouvements agressifs normaux qui y est associée comporte à la fois un risque suicidaire et un risque d'agression. Ne pouvant ni se différencier, ce qui est par nature un acte agressif, ni s'autonomiser, la réclusion à domicile s'instaure peu à peu comme un mauvais compromis entre le rejet des fantasmes agressifs et œdipiens de l'adolescence, et le maintien de la symbiose omnipotente de l'enfance.

On retrouve dans la littérature psychiatrique des dimensions psychopathologiques à peu près constantes mais peu spécifiques : la fragilité de l'image de soi, l'incapacité à l'intimité, le trouble de l'attachement ambivalent évitant, l'aconflictualité et l'apathie, le langage du besoin, l'évitement des émotions, l'indifférenciation du temps et de l'espace (Tajan 2015 [6], De Luca 2013 [17], Guedj 2017 [18]). Dans les pathologies de la dépendance et de l'attachement on avait pu décrire des jeunes réalisant une sorte d'emprise sur la vie familiale qui est l'image inversée de la totale perte de contrôle qu'il éprouve dans la vie extra-familiale (Marcelli, Braconnier 2004) [19].

La dimension de passivité, le trouble de l'activité, était décrite (Gayral 1953 [2]) ainsi que le non agir soutenu d'une passivité active (Jeammet 1984 [20]). La passivité est-elle donnée à voir comme une mélancolie pour préserver l'aconflictualité avec les parents et avec le monde, avec les objets internes ?

Le retrait apparaît lié à une recherche de l'ordre, par impossibilité à subir et à assumer le désordre de la vie où règnent selon eux le chaos, le désordre, où seules des régions restreintes existent où on peut mettre l'ordre pour soi nécessaire. C'est ainsi une mégalomanie du pouvoir et de la gloire en restant enfermé (Suzuki 2014 [12]). Même après la sortie du retrait, il persiste un besoin de solitude fréquent « j'aime mieux rester seul même quand cesse le retrait ».

Édouard R.

Lors de consultations dans un centre de réadaptation chez un jeune de 19 ans ne quittant pas son lit d'hospitalisation depuis 1 an (pour une douleur du genou et un ongle incarné qui, selon lui, empêchaient tout autre position qu'alitée), on va reconstruire a posteriori 18 mois d'enfermement de 15 à 161/2 ans.

Lors des 6 entretiens que nous menons avec lui, le père participe par téléphone « papa je t'appelle, je suis avec le psychiatre ». Il vivait en effet avec celui-ci dans un squatt. La période de harcèlement et moqueries voire brutalités physiques à l'école de 10 à 14 ans n'est pas connue du père. Le jeune l'explique par son besoin de s'isoler, sur quoi les autres renchérisaient en l'isolant encore plus pour le frapper. Quand Édouard s'enferme à 15 ans, le père l'approuve et ils partagent à deux le même sort d'abandonnés de la

société, douloureux chroniques. Une assistante sociale provoque une hospitalisation pédopsychiatrique pour phobie scolaire, sans grand résultat selon le jeune d'autant que, une fois passé l'âge d'obligation scolaire, Édouard retourne s'enfermer devant son ordinateur.

C'est le syndrome douloureux sine materia qui le fera sortir pour être hospitalisé.

Sans que rien puisse vraiment l'expliquer (hormis l'intérêt indéfectiblement porté à la mobilisation physique et psychique, ainsi que familiale), la sortie du centre de réadaptation est demandée par le jeune après les quelques consultations psychiatriques menées avec lui pour réintégrer le lycée et passer ses examens. . .

Écrits des jeunes enfermés Eugène F.

Nous entretenons par mail une correspondance à laquelle il tient beaucoup, nous ne l'avons jamais rencontré, cette correspondance dure depuis 4 mois, il n'est pas prévu d'y mettre fin par une quelconque injonction à consulter, pour le moment.

Eugène a 31 ans, il ne s'est jamais senti intégré, ayant toujours apprécié la solitude, les relations avec les autres l'ont régulièrement enthousiasmé puis déçu. Il témoigne d'un goût pour l'autobiographie décrivant la richesse de son discours intérieur. Ses écrits répondent à 4 thèmes : les événements de sa vie, l'histoire familiale marquée de deuils et d'abandons, la perception de soi, le discours médical objectivant son état (évaluations diagnostiques).

La description propre qu'il fait des traits de sa psychopathologie comporte : le besoin d'auto préservation, dans un balancement entre attachement excessif et détachement brutal, le recours constant à l'idéalisation l'entraînant à ne pas gérer la réalité immédiate, la difficulté à exprimer ou verbaliser envies, besoins, émotions, même par écrit et sans interlocuteur présent, pourtant facilement compensée par une facilité extraordinaire à adopter un masque conventionnel quand il le faut.

Certains patients écrivent et restent silencieux. D'autres alternent entre de longs écrits par mail et une expression plus orale. Cette écriture a davantage l'apparence d'une tentative autobiographique littéraire que d'un besoin de communiquer, dans l'attente d'une réponse [21] (Jackson 1987). Ainsi avons-nous choisi Eugène et Jean Jacques. Dans les témoignages écrits produits par certains de ces jeunes, à côté de leur silence, on retrouve le sentiment d'être nul, figé, ou encore le fait d'être dans la lune débordé par les émotions, de voir les autres avancer autour de soi, d'éluder l'avenir et de suspendre le temps. La déception de soi et du monde, le sentiment de ne pas exister, d'être perdu pour la société trouvent un soulagement, une évacuation par Internet, la musique. . . Et la certitude que la famille, pourtant si proche, se détache, quand celle-ci passe par des phases d'inquiétude et de colère malgré un détachement apparent.

Une constante de ces écrits, qu'on retrouvera dans des psychothérapies d'adultes ayant vécu il y a longtemps

un enfermement hikikomori (observation de Jean O.) est l'incapacité à accepter les compromis nécessaires à l'entrée dans l'âge adulte. L'affirmation intransigeante « je veux vivre dans le vrai, pas dans le flou » va jusqu'au refus presque militant des ruses du jeu social.

Jean Jacques R.

Nous disposons des écrits qu'il a communiqués par mail afin de témoigner de son mieux-être, déclenché par son départ forcé du domicile parental pour se rendre d'abord chez un ami puis chez son parrain. Le récit autobiographique de sa vie a répondu à diverses questions qui ont pu lui être posées ou qu'il a imaginées au fil des années. C'est l'inadaptation et les sentiments dépressifs anciens, dès l'âge de 12 ans, et la mésentente à l'intérieur de la famille qui sont les grands axes de son développement autobiographique pour y ajouter la modalité de sortie liée en partie au hasard (mis à la porte de chez les parents, disponibilité du parrain et de son épouse) liée aux capacités de résilience de Jean Jacques.

Il décrit des parents l'ayant tant surprotégé qu'il n'était pas capable d'affronter la vie. Sur utilisant le discours opératoire : « il a fait ceci il a fait cela » ils n'étaient pas en mesure de s'intéresser à ses forces ou à ses faiblesses. Et quand ils tentaient de lui enjoindre de faire des courses simples, dans le seul but de l'aider, Jean Jacques refusait cette aide où il n'avait pas son mot à dire.

Depuis l'enfance, il était débordé par le stress et les émotions, et il varie entre les sentiments fortement dépréciatifs « je suis une merde, j'ai peur d'être fou », et la recherche de l'oubli dans l'alcool et le cannabis. L'enfermement succède à des années de malaise mais il le décide brutalement, après une soirée perçue comme très ennuyeuse avec les copains.

Peu à peu il va retrouver des rythmes et des contacts normaux quand il est accueilli par des proches, adultes de substitution.

Fantaisies de retrait social et d'enfermement en psychothérapie de l'adulte

Nous avons noté que la représentation de l'enfermement et de la claustration apparaît régulièrement comme une figure de projection ou de reconstruction d'histoire dans la clinique de l'adulte. Cette fantaisie est-elle davantage à l'œuvre dans l'entourage des jeunes qui s'enferment, au début par exemple, idéalisant ainsi ce que le jeune accomplit tandis que l'adulte en rêve. . . Ce serait l'objet d'un autre travail.

Quelles réponses au fardeau supporté par la famille ? Retentissement chez le jeune

Le jeune n'exprime pas de demande de soins ni même de formulation d'une souffrance. La situation s'installe progressivement, avec éventuellement une « explication » par un événement scolaire ou social. Elle est non visible, même

lors de consultations à domicile pour d'autres membres de la famille, puisque le jeune est dans sa chambre, "à travailler sur l'ordinateur". Enfin elle est peu à peu recouverte par la honte de ne pas être comme les autres.

La demande émane de la famille. Elle nécessite un facteur déclenchant qui fait prendre conscience de l'anomalie de l'enfermement : lié au jeune (trouble du comportement auto ou hétéro agressif, aggravation de l'incurie, majoration de ses exigences, inquiétude pour un problème somatique dentaire ou dermatologique) ; changement dans la situation du groupe familial (perte d'un membre ou arrivée d'un nouveau membre, changement de statut socio professionnel, déménagement auquel le jeune refuse de souscrire...). Le délai avant une demande d'aide se compte en mois, le plus souvent en années (3 à 5 ans ne sont pas rares) après le début de l'enfermement.

Abords thérapeutiques. Sortir de l'enfermement

L'idée est alors de transformer une situation immobile en un début de mobilisation. Tendre la main pour réintégrer le monde des humains tant vers la famille qui peut être reçue seule pendant plusieurs consultations que vers le jeune, selon le modèle de la psychiatrie de catastrophe (Lebigot 2011) [22] ? L'enfermement se présente comme une « addiction », du moins une conduite qui se répète. La meilleure piste pour sortir ces jeunes d'un enfermement progressif, non choisi, même quand ils le revendiquent comme un acte antisocial, reste de lutter contre l'oubli selon diverses méthodes. C'est même un soulagement quand on affirme à des parents épuisés qu'on n'abandonnera pas et qu'on enverra des relances, lettres, propositions de rendez-vous.

– La consultation avec les parents seuls (traitée infra) en est un exemple. Lors d'une de ces consultations, une famille rapporte que « les séances avec les parents sont en très nette corrélation avec les sorties du jeune, probablement du fait du changement d'attitude des parents, peut-être parce que l'emploi dans les séances du mot *hikikomori* permet d'en finir avec la honte vis-à-vis de l'entourage ».

– La consultation du jeune en utilisant les médias (lettre, message téléphonique) ou la consultation en ligne (par téléphone ou par mail) peut être mise en place uniquement après des consultations conventionnelles en face à face et pour les poursuivre (Furuhashi, Vellut 2015 [23]).

– La visite à domicile est un autre moyen d'accès, direct celui-là, même si elle semble un ultime recours tant elle est crainte comme une intrusion. C'est souvent la « menace de visite à domicile » indiquée dans une lettre qui représente un facteur de mobilisation permettant la venue à la consultation.

– La modalité de thérapie type nidothérapie (congrès à Londres en 2010) inspire des articles sur le traitement des *hikikomori* (voir les références en fin d'article). Elle consiste en une évaluation partagée sur une modification de l'environnement pour minimiser l'impact de toute forme de maladie mentale sur l'individu ou la société. Spécialement destinée aux troubles chroniques et récurrents, elle consiste en une approche du « nid » où vit le patient plutôt

qu'en un éloignement par l'hospitalisation. L'objectif principal est de développer un consensus autour du besoin de changement de l'environnement puis de permettre de juger de façon neutre quand les changements sont considérés comme possibles. L'accent porté sur le changement de l'environnement, non de la personne, par exemple faire accepter à la famille l'abandon des attitudes d'intrusion est beaucoup plus acceptable pour ces patients.

Marco P.

Il est suivi à l'âge de 15 ans pour des symptômes dépressifs mis en relation avec le haut niveau de violences conjugales dans un milieu socioprofessionnel élevé. À 17 ans il s'enferme, ne fréquente plus le lycée (1^{re} S), et joue en réseau toute la nuit. Plusieurs visites à domicile sont effectuées par l'infirmier et une jeune stagiaire. Ils n'iront dans la chambre que sur invitation de Marco, elle est incurie mais le jeune ne paraît pas s'en apercevoir. Il est souriant, lisse, pose des questions sur l'intérêt du métier d'infirmier, sans hostilité ni attentes non plus, sans projets. Il s'anime sur un seul sujet : ne pas laisser sa mère avec son nouveau mari. Parallèlement ont lieu des consultations ambulatoires avec les parents : l'exigence scolaire est trop lourde pour ces universitaires déçus de Marco mais ils repèrent eux-mêmes l'inutilité voire la nocivité de leurs attitudes d'intrusion.

C'est alors qu'une tante, avec qui Marco est resté en correspondance mail, se manifeste dans la vie du jeune et propose de l'emmener en Chine en voyage. Ce projet peu ordinaire est longuement parlé avec Marco lors des visites à domicile infirmières en un début de complicité tandis que la mère fait part au consultant de sa colère d'en être exclue pendant plusieurs séances. Enfin un accord est trouvé sur ce changement d'environnement.

Pris en main dans un monastère aux règles sévères, Marco reprend une scolarité, abandonne les jeux vidéos en excès et se consacre aux arts martiaux. Il envoie des photos témoignant de sa nouvelle vie, les parents sont ravis et nous remerciant vivement.

En ayant pris le parti de lutter contre l'oubli du jeune replié, en prenant en charge l'inquiétude maternelle, en acceptant de travailler sur l'opportunité d'un changement d'environnement plutôt que sur une psychopathologie qui n'apparaissait pas, un projet inattendu et pourtant idéalisé par le jeune a ainsi été validé.

L'abord par la consultation familiale sans le patient. Guidance parentale

Dans ces situations de claustration durable et progressive avec refus ou impossibilité de relations sociales réelles, incurie ou propreté excessive, aberrations alimentaires, usage immodéré de l'ordinateur et d'Internet, la souffrance n'est pas abordée par le jeune, est-elle même ressentie ? La famille s'inquiète par à-coups quand elle confronte cette situation avec l'idéal social de l'adolescence ; mais elle est paralysée par la crainte du débordement suicidaire ou agressif. Dans l'impossibilité d'intervenir fermement et d'imposer au jeune un début de prise en charge car « la mort rôde »

et il faudrait parler, elle opte plus ou moins consciemment pour une « aconflictualité tolérable ». Quelques éléments la poussent à sortir du huis clos et à demander de l'aide, de façon souvent ambivalente.

La famille fait une demande devenue urgente quand le patient ne peut ou ne veut consulter. Des entretiens rapprochés sur le modèle de la guidance parentale (Hayez 1988 [24]) sont proposés à la famille nucléaire ou élargie. Très classiquement dans les entretiens de guidance, ce n'est pas le changement psychologique qui est visé mais l'apaisement de la situation groupale. Ils peuvent ou non être associés à un approfondissement individuel pour chaque parent. Ces consultations sont complétées aujourd'hui dans notre pratique par un groupe de parole dédié aux familles.

L'entretien permet de recueillir :

- la demande précise de la famille, exaspération ou inquiétude, capacité à accompagner encore le changement ou nécessité absolue de séparer ;

- la description du trouble et des risques supposés ;

- l'anamnèse ou réconciliation avec l'historicité ;

- le recueil des émotions et des peurs ;

- l'évaluation de la violence potentielle verbale ou agie ;

- l'évaluation de l'appel possible à un proche de

l'entourage ;

- le dispositif thérapeutique éventuellement en cours et/ou en échec.

Il a pour but :

- d'engager une alliance de soins ;

- de mobiliser les liens symbiotiques ;

- de rétablir la communication dans l'entourage, ce qui amorce la communication avec le jeune, entre vigilance et déculpabilisation ;

- de recueillir tous les éléments permettant de changer l'environnement (fratrie, amis, grands-parents, voisins, parrain marraine...).

- Sinon de faire accepter la visite à domicile.

Roger H.

Dans cette observation, la réussite du projet engagé, entre psychologue et auxiliaire de vie sociale, s'est soldée par une rupture violente avec la famille.

Plusieurs entretiens sont sollicités par la mère seule (malgré l'éloignement dans la région Centre). L'histoire familiale est lourde, marquée du suicide du père et du frère. La mère témoigne d'une construction personnelle difficile, c'est le remariage qui déclenche les consultations. Lors d'entretiens d'une grande qualité d'élaboration et d'empathie, la position protectrice et angoissée de Roger pour sa mère est longuement abordée. Les consultations de guidance se poursuivent par téléphone, motivées en urgence par le comportement de Roger, violent ou silencieusement inquiétant. Roger vient en consultation, il admet de contacter son ancienne psychothérapeute et souhaite qu'on travaille sur l'intrusion maternelle. Des échanges vifs et accusateurs commencent avec la mère qui met en cause le pouvoir médical, incapable de donner assez vite un statut social à son fils. Au moment d'une nette amélioration dont Roger parle

lors de consultations par téléphone, mère et sœur décident d'interrompre tout le dispositif très brutalement.

L'accès aux soins respecte ces 2 temps, d'abord l'accueil et la guidance de la famille qui reste seule en contact avec ce jeune qui refuse. Après plusieurs consultations, dans un temps de travail second, l'accès au jeune peut être proposé en consultation, l'évaluation des aspects sociaux n'est pas laissée de côté. Redonner un statut social (évaluation scolaire, auxiliaire de vie sociale, demande de RSA) nous semble faire partie du refus de l'oubli, central dans la prise en charge (cf. supra).

Jean O.

Les parents consultent, il a 28 ans et il est enrhumé depuis 5 ans, devant son ordinateur, rythme de vie inversé. 10 ans auparavant, violences contre le père et prises de toxiques, tendances antisociales (cannabis, tags...) le contraire de l'enfermement. Mais il y a 5 ans, presque en même temps : décès du frère par accident de voiture, troubles sévères nécessitant l'institutionnalisation chez la sœur après AVC à l'âge de 25 ans. Jean s'enferme alors progressivement, d'abord au milieu des disputes familiales et même quand elles finissent par cesser ; il rompt avec sa petite amie pour revenir s'installer au domicile parental. Ses préoccupations sont corporelles hypocondriaques digestives, cutanées, respiratoires, parfois sous forme aiguë (bouffée hypocondriaque aiguë d'Ebtinger caractéristique de l'adolescence).

Après plusieurs consultations parentales (6 ou 7), le jeune vient consulter et formule son besoin de rester auprès d'eux pour les protéger après ces 2 drames, pour se faire pardonner son non désir d'enfant « ils ne seront jamais grands parents ». Il consulte pendant 6 mois, c'est sa seule sortie. 5 ans après, c'est de lui-même qu'il souhaite reprendre une psychothérapie. Il sort, peut s'amuser, a renoué avec des copains mais il revendique un goût pour la solitude que ses amis comprennent mal, par moments le besoin du retrait. Il tient à son statut de marginal invétéré, tout en initiant des démarches d'insertion, associées à un plaisir partagé avec ses proches dans une activité artistique.

Les parents sont régulièrement décrits par le jeune comme seulement pourvoyeurs de besoins, indifférenciés dans leur rôle père/mère et perçus comme détachés du jeune.

Quand les familles sont rencontrées lors d'un groupe familles, elles témoignent d'une attention leur permettant les observations ainsi résumées de leur enfant :

- Manque de confiance en soi,

- Toute puissance,

- Perte du pouvoir social en rapport avec tout pouvoir à la maison,

- Empire du paradoxe,

- Selon ses propres règles,

- Hypersensibilité, hyperempathie, décoder les autres qui rentrent en lui,

- Pas de place à la surprise,

– Besoin d’être prévenu, d’organiser son espace-temps, car se sent actif (procrastination constante).

Le retrait du jeune est ainsi associé au retrait de la famille, famille en retrait. L’absence de famille élargie, réelle ou vécue comme telle, existant d’emblée ou s’installant peu à peu, est régulière. L’enfermement sur le noyau parents enfants trouve un début d’ouverture et de sortie hors de l’isolement social quand la situation est enfin dénommée *hikikomori*, hors du champ proprement diagnostique.

Fabrice K.

Fabrice a 17 ans quand son parrain s’inquiète d’un enfermement datant de 18 mois, avec de rares consultations à la Maison des adolescents, les parents étant opposés aux soins, et une scolarité brillante quoique discontinuée du fait de l’absentéisme. Troubles psychotiques et suicides émaillent l’histoire familiale. Père et mère sont rassurés par la présence de Fabrice au domicile et luttent avec lui pour qu’il y reste. Une autre partie de la famille, représentée par le parrain, est de haute tradition intellectuelle et demande une guidance pour obtenir tant un meilleur épanouissement du jeune que l’accord des parents. Il aura fallu menacer de l’intervention du juge, en lien avec la Maison des adolescents qui proposait un accueil de jour, pour que le jeune s’y rende de lui-même.

De 17 à 20 ans, les parents insistent pour obtenir le bilan d’un éventuel syndrome d’Asperger (bilan qui s’avère négatif). Tout cela mobilise Fabrice qui accepte de passer des demi-journées en hôpital de jour. Lors des entretiens de guidance du parrain mensuels ou bimensuels, au cours desquels il rapporte consciencieusement les liasses de documents scolaires et les liasses de productions de Fabrice, c’est une aide à l’intervention dans la famille nucléaire sans être rejeté que nous lui proposons, en préservant à la fois la notion de bonne distance et celle d’un lien spécifique avec son filleul.

À 20 ans, Fabrice réussit au baccalauréat S avec mention Très Bien, et entame une classe préparatoire, en même temps qu’un internat test enfin accepté par le jeune et par ses parents.

Perspectives

Nous avons insisté sur la réalité du phénomène de retrait/réclusion à domicile pour les grands adolescents et les jeunes adultes car il est signalé par des parents en souffrance, dont l’inquiétude est sans doute un facteur d’accroissement d’un retrait qui finit par être à plusieurs.

Nous n’avons pas repris le débat en cours : diagnostic ou non, mondialisation du phénomène ou caractère ethnique.

En ayant mis en place une réponse à la famille qui demande de l’aide, nous avons actuellement une quarantaine de cas auxquels nous tentons de répondre dans notre pratique à la fois hospitalière et libérale, selon le problème posé. Nous avons présenté ici 7 vignettes cliniques parmi ces cas.

Le travail avec les familles s’enrichit aujourd’hui d’une réunion bimensuelle avec les familles. Tout cela participe du refus de les oublier (tant le jeune que sa famille), de l’idée d’une mobilisation douce et progressive mais permanente.

Pour reprendre l’une de nos hypothèses de travail, un tel enfermement n’est pas acceptable dans le développement de la personne. Un accord est trouvé avec la famille puis avec le jeune. Par étapes, par petites touches qu’on valorisera, toute sortie extérieure devient une amélioration. Tout n’est pas réglé. Les questions portent alors sur les enjeux sociétaux de la sortie de l’enfermement. Ce sera le sujet d’un autre travail.

Une future recherche devra être longitudinale, selon des critères de suivi et d’amélioration du jeune et de ses parents, pour lesquels l’apport de l’équipe de sociologues sera primordial.

Liens d’intérêts L’auteure déclare ne pas avoir de lien d’intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Guedj MJ. *La solitude*. Colloque Croix Rouge Fondation pour le lien social, 10 avril 2013.
2. Gayral L, Carrière J, Bonnet J. La claustration. *Ann Med Psych* 1953, 111^e année, T1, avril.
3. Guedj Bourdieu MJ. Claustration à domicile de l’adolescent. *Hikikomori. Ann Méd Psychol* 2011 ; 169 : 668-73.
4. Pionnié-Dax N. Expériences de retrait au Japon : réflexions et regards croisés sur le phénomène hikikomori. *L’Autre* 2014 ; 15 : 64-74.
5. Fansten M, Figueredo C, Pionnié-Dax N, Vellut N. *Hikikomori, ces jeunes en retrait*. Paris : Armand Colin, 2014.
6. Tajan N. Social withdrawal and psychiatry : a comprehensive review of Hikikomori. *Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence* 2015 ; 63 : 324-31.
7. Li T, MH, Wong P, WC. Youth social withdrawal behavior (hikikomori) : a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Aust NZ J Psychiatry* 2015, april 10.
8. Martin C. (sous la direction de) (séminaire Bartle non publié), 2016.
9. Olievenstein C. *La drogue ou la vie*. Paris : Robert Laffont, 1983, 265-73.
10. Krieg A, Dickle JR. Attachment and hikikomori : a psychosocial developmental model. *Int J Soc Psychiatry* 2013 ; 59 : 61-72.
11. Kondo N, Sakai M, Kuroda Y, Kiyota Y, Kitabata Y, Kurosawa M. General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan : psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *Int J Soc Psychiatry* 2013 ; 59 : 79-86.
12. Suzuki K. Hikikomori nos contemporains. In : Fansten M, Figueredo C, Pionnié Dax N, Vellut N, éd. *Hikikomori, ces jeunes en retrait*. Paris : Armand Colin, 2014, 78-93.
13. Bokanowski T. Les enjeux de la passivité chez l’homme. *Rev Franç Psychanal* 1999 ; 5 : 1571-6.
14. Arnett JJ. Emerging adulthood : A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist* 2000 ; 55 : 469-80.
15. Tisseron S, Missonier S, Stora M. *L’enfant au risque du virtuel*. Paris : Dunod, 2012, Coll. « Inconscient et Culture ».
16. Gutton P. Insularité. *Adolescence* 2005 ; 23 : 907-14.
17. De Luca M, Thoret Y. Hikikomori à l’adolescence. Syndrome de retrait à domicile chez les adolescents japonais. *EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie* 2013 ; 10 : 1-7 (article 37-214-A-60).
18. Guedj Bourdieu MJ. Comportement de retrait social et de claustration. Hikikomori. In : Duverger P, éd. *Troubles psychiques et comportementaux de l’adolescent*. Paris : Lavoisier, 2017, 115-24.

19. Marcelli D, Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson, 2004.

20. Jeammet P. Actualité de l'agir. *Nouvelle Revue Psychanalyse* 1985 ; 31 : 201-22.

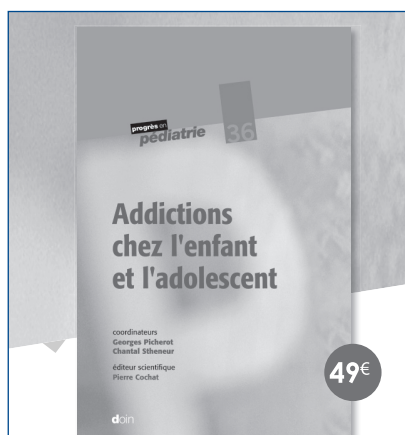
21. Jackson JE. D'une solitude à l'autre. *Nouvelle Revue de psychanalyse* 1987 ; 36.

22. Lebigot F. *Traiter les traumatismes psychiques*. Paris : Dunod, 2011.

23. Furuhashi T, Vellut N. Expériences de consultations en ligne avec de jeunes hikikomori. *Adolescence* 2015 ; 33 : 559-72.

24. Hayez JY. *La guidance parentale : l'accompagnement des parents dans l'aide éducative et thérapeutique*. Paris : Privat, 1988.

à part auteur



Collection Progrès en Pédiatrie

• Avril 2014 • 16 x 24 cm • 262 pages
• ISBN : 978-2-7040-1397-5

Un ouvrage d'expertise incontournable sur le vaste domaine des troubles addictifs

S'appuyant sur la contribution de plus de 40 professionnels venant de spécialités et d'horizons divers, cet ouvrage :

- aborde les données épidémiologiques, psychopathologiques et sociétales des troubles addictifs,
- fait état des conséquences des addictions parentales sur le fœtus et l'adolescent,
- détaille les consommations de produits licites et illicites.
- fait une grande place aux anorexies mentales restrictives et aux addictions sans substance,
- propose des expériences originales de travail avec les familles, les associations et l'école.



Ouvrage disponible sur www.jle.com

doin®

