

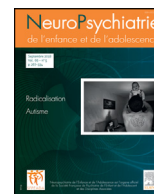


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Éditorial

Le phénomène de retrait à l'adolescence : quelles actualités cliniques, nosographiques et sociales?



Bridging the gap between clinical and social approaches in adolescents with social withdrawal

Dix ans après la 1^{ère} journée « Clausturation–Hikikomori » organisée à l'hôpital Sainte Anne, s'est déroulée le 15 novembre 2019 une nouvelle journée de conférence sur le thème « *Retrait social, Clausturation, Hikikomori chez l'adolescent et l'adulte jeune* ». La publication de contributions de plusieurs de ces intervenants dans la revue *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* est l'occasion de prolonger ce temps de réflexion.

1. Le retrait à l'adolescence comme phénomène clinique de rupture

Depuis les travaux pionniers d'Anna Freud, les conduites de retrait à l'adolescence ont fait l'objet de descriptions psychopathologiques par des auteurs comme E. Kestemberg, P. Mâle, M. Laufer ou plus récemment P. Jeammet. Le renversement de l'affect et les formations réactionnelles du mépris et de l'égoïsme sont décrits comme autant de façon de se dégager des liens d'investissement infantiles. La suspension des enjeux psychopathologiques propres à l'adolescence est constante, et les craintes d'une « *reddition affective* » pour reprendre l'expression d'Anna Freud [1] ne trouvent pas d'autres issues que le statut-quo que représente l'enfermement dans des conduites de retrait. Ces conduites peuvent être associées ou non à un trouble psychiatrique catégoriel sans qu'il soit toujours possible de trancher sur leur nature causale ou secondaire. Le refus de s'inscrire dans une demande d'aide, l'intransigeance de l'adolescence, et la banalisation de toutes part retardent la prise en charges de plusieurs mois ou années quand la rencontre avec une équipe de soin est possible.

2. L'inhibition comportementale comme marqueur d'une vulnérabilité développementale

Une propension plus marquée à l'inhibition comportementale au cours des interactions qui peut s'observer dès les premiers mois de vie constituerait le trait le plus stable de vulnérabilité aux manifestations d'anxiété et de retrait relationnel tout au long de la vie [2]. Les travaux de psychopathologie développementale ont montré la continuité de ces symptômes au cours du temps, même si leur expression varie selon les exigences développementales auxquelles est confrontés l'individu (anxiété de séparation lors de

l'entrée en collectivité, anxiété de performance chez l'enfant d'âge scolaire, anxiété sociale à l'adolescence, troubles panique chez le jeune adulte). Si certains travaux mettent l'accent sur la contribution de facteurs de vulnérabilité individuelle liés à l'enfant (comme une disposition tempéramentale); il revient aux auteurs inspirés par la théorie de l'attachement d'avoir montré la dimension adaptative des conduites de retrait chez le jeune enfant. Une perspective développementale place les difficultés de régulation des émotions au cœur des conduites d'inhibition et de retrait de l'adolescent, quand bien même ces dernières seraient longtemps passées inaperçues.

3. Hikikomori comme une conduite à l'histoire naturelle bien spécifique

Qui sont les jeunes Hikikomori? Il ne nous appartient pas ici de revenir en détails sur les critères de repérage discutés ailleurs [3]; disons qu'il s'agit quasi-exclusivement d'adolescent ou de jeune adulte passant la majeure partie de leur temps au domicile, évitant toute participation sociale (études, travail, amical, familial) sans qu'une incapacité physique ou trouble psychiatrique déjà diagnostiqué ne justifient cet enfermement. Pourquoi s'intéresser à ces jeunes? D'abord parce que la souffrance engendrée par le jeune et sa famille se décrit mal autrement. Le contraste est saisissant entre la sévérité du retrait relationnel qui peut durer plusieurs années et la pauvreté des symptômes psychiatriques quand une observation clinique est possible, le plus souvent en milieu hospitalier. Le discours des adultes sur ce qui s'apparente à une forme de comportement antisocial organisé a de moins en moins de prise: ni celui des familles (pris dans le sentiment de honte et d'enfermement secondaire), ni celui des services scolaires ou éducatifs (habituellement convoqués en cas de manquement aux obligations scolaires), ni celui des systèmes de soin (coincé entre l'impossibilité d'organiser des soins ambulatoires et l'absence de décompensation psychiatrique aiguë). La conduite d'enfermement est parfois décrite comme choisie par le jeune, voir revendiquée sur un mode identitaire, sans qu'il soit rare que l'on retrouve l'assentiment implicite d'adultes dans l'entourage, nourris de leur propre imaginaire adolescent.

4. Recherches cliniques sur les HKM

Plusieurs points communs se dégagent des études de cas détaillées de jeunes Hikikomori: prédominance des garçons, très bon niveau intellectuel avec souvent une survalorisation de l'intellect, imaginaire pauvre, sentiments dépressifs peu exprimés, hypersensibilité à l'autre et absence de perception de souffrance pour soi, aconflictualité, comportement vis-à-vis des parents alternant entre hostilité, indifférence ou comportement affectueux [4]. Des travaux de recherche plus récents ont essayé de circonscrire le phénomène comme une nouvelle entité clinique avec souvent aux premiers plans des questions sur la définition des critères d'identification, le caractère primaire ou secondaire de la conduite, ou encore la différence avec des entités existantes comme l'addiction aux écrans [5]. L'implication clinique de ces études est finalement assez limitée, à l'exception des travaux de Teo and Gaw [6] ayant conduit au développement de l'échelle HQ-25 utilisé de façon consensuelle. En parallèle des travaux de recherche appliquées se sont centrés sur les besoins spécifiques de ces patients et de leur famille ainsi que des dispositifs thérapeutiques pour y répondre: consultations familles sans-patient, visites à domicile répétées, et lieux d'hospitalisations permettant un accompagnement pouvant se prolonger dans le temps [7].

5. Perspectives cliniques, nosographiques et sociales actuelles

En faisant dialoguer le concept d'Hikikomori avec ceux de phobie scolaire ou de psychophobie, le Dr Boë discute des enjeux cliniques et thérapeutiques que l'on observe plus spécifiquement dans la prise en charge de ces jeunes [8]. Après un panorama de la situation des Hikikomori au Japon, le Pr Suzuki, psychiatre à l'Université de Nagoya, présente les spécificités des interventions proposées qui impliquent à la fois les services de soin mais aussi, et surtout, les groupes de soutien [9]. Le psychanalyste italien, Antonio Piotti [10], propose un éclairage psychopathologique des liens entre la conduite d'enfermement et l'usage d'Internet chez les jeunes Hikikomori, revisitant ainsi les questionnements autour des manifestations contemporaines des difficultés adaptatives des adolescents [11]. Le Dr Yann Loisel illustre les liens entre les conduites d'enfermement, le sentiment de vide, et les réactions ascétiques de l'adolescent reclus sous forme d'exemples littéraires tirés de l'œuvre de Samuel Beckett et de son expérience clinique auprès d'adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire [12].

La situation des Hikikomori, exceptionnel en termes de gravité, est riche d'enseignement quant à notre positionnement clinique et la pertinence de notre offre de soin pour les situations de retrait à l'adolescence. Les publications de ces auteurs permettent de croiser différentes perspectives pour répondre aux défis que représentent la prise en charge de ces jeunes et de leur famille.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Freud A. A connection between the states of negativism and of emotional surrender (Hörigkeit). Amsterdam: International Psycho-Analytical Congress 1951; 1952. p. 265 [Int. J. Psch.].
- [2] Benarous X, Guilé JM, Cohen D. Situations de vulnérabilité-Gène et environnement. In: Gérardin P, Boudailliez B, Duverger P, editors. Médecine et santé de l'adolescent pour une approche globale et interdisciplinaire de la santé. Paris: Elsevier Masson; 2019.
- [3] Guedj MJ. Retrait social du jeune: phénomène polymorphe et dominantes psychopathologiques. Quelles réponses? L'information psychiatrique 2017;93(4):275-82.
- [4] Li TM, Wong PW. Youth social withdrawal behavior (hikikomori): a systematic review of qualitative and quantitative studies. Aust N Z J Psychiatry 2015;49(7):595-609.
- [5] Kato TA, Kanba S, Teo AR. Defining pathological social withdrawal: proposed diagnostic criteria for hikikomori. World Psychiatry 2020;19(1):116-7.
- [6] Teo AR, Gaw AC. Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? A proposal for DSM-5. J Nerv Ment Dis 2010;198(6):444-9.
- [7] Guedj MJ. [2/7. Home visits]. Soins Psychiatrie 2010;269:43-4.
- [8] Boë E. Les impasses thérapeutiques dans la phobie scolaire de l'adolescent. La Psychiatrie de l'enfant 2020;63(1):93-114.
- [9] Suzuki K. Hikikomori, nos contemporains: réflexions sur les hikikomori et les failles de la modernité. In: Fansten M, Figueiredo C, Pionnié-Dax N, Vellut N, editors. Hikikomori, ces adolescents en retrait. Armand Colin; 2014.
- [10] Piotti A. Prefazione. In: Ricci C, editor. Hikikomori: adolescenti in volontaria reclusione. Milano: Franco Angeli; 2008.
- [11] Kato TA, Kanba S. Modern-type depression as an "adjustment" disorder in Japan: The intersection of collectivistic society encountering an individualistic performance-based system. American Journal of Psychiatry 2017;174(11):1051-3.
- [12] Loisel Y. Samuel Beckett: Dune langue à l'autre: l'outre-verbe. Paris: MJW Édition; 2020.

X. Benarous^{a,*},
M.-J. Guedj^d

^a Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Amiens-Picardie, 1, rue du Professeur Christian Cabrol, 80054 Amiens, France

^b Unité Inserm U1105 GRAMFC (Groupe de Recherches sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale), université Picardie Jules Verne, Amiens, France

^c Groupe de recherche clinique-15, approche dimensionnelle des épisodes psychotiques chez l'enfant et l'adolescent, Paris, France

^d Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil, hôpital Sainte-Anne, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : xavierbenarous@gmail.com
(X. Benarous)