



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Mise au point

## Le retrait à domicile de l'adolescent phobique scolaire, réflexions thérapeutiques

### School phobic teenager's Hikikomori

E. Boë<sup>a,\*,b</sup><sup>a</sup> Centre Hospitalier Ste Anne, GHU Paris, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France<sup>b</sup> Université de Paris, PCPP, EA 4056, 92774 Boulogne Billancourt, France

#### INFO ARTICLE

##### Mots clés :

Phobie scolaire  
Hikikomori  
Retrait à domicile  
Adolescence  
Conduite thérapeutique

##### Keywords:

School phobia  
Hikikomori  
Home withdrawal  
Adolescence  
Conduct treatment

#### R É S U M É

Nous interrogeons l'articulation entre deux troubles des conduites qui parfois se superposent et pourtant ne se confondent pas, la phobie de l'école et la réclusion à domicile autrement appelée Hikikomori. La négativité organise ces deux retraits, retrait de l'école et retrait chez soi. La littérature concernant le syndrome Hikikomori mentionne souvent une interruption du lien scolaire, un décrochage. La dimension d'anxiété n'est pas manifeste contrairement à l'expression de la phobie scolaire. Cette dernière est tout de même citée par le gouvernement japonais comme appartenant au trouble Hikikomori. En revanche, la littérature sur la phobie scolaire s'attarde rarement sur la question de l'enfermement, qui constitue pourtant un frein majeur à la prise en charge. Nous discutons l'évolution des deux dimensions, la phobie et la réclusion, chez deux adolescents que nous avons suivis plusieurs années. La phobie paraît la plus résistante au traitement psychothérapeutique et nécessite impérativement une prise en compte du degré d'enfermement qui l'accompagne. Mettre l'accent sur la remise en mouvement, d'abord physique et spatio-temporel, est un préalable à toute préoccupation concernant un réinvestissement du monde interne et une reprise de scolarité.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### A B S T R A C T

We question the articulation between two conduct disorders which sometimes overlap and yet are not confused, school phobia and confinement at home otherwise known as Hikikomori. Negativity organizes both withdrawals, withdrawal from school and withdrawal at home. The literature concerning Hikikomori syndrome often mentions an interruption of the school connection, a dropout. The dimension of anxiety is not manifest, unlike the expression of school phobia. The latter is still cited by the Japanese government as belonging to the Hikikomori disorder. On the other hand, the literature on school phobia rarely dwells on the issue of confinement, which nevertheless constitutes a major obstacle to care. We discuss the evolution of the two dimensions, phobia and seclusion, in two adolescents we have followed for several years. Phobia seems to be the most resistant to psychotherapeutic treatment and imperatively requires taking into account the degree of confinement that accompanies it. Emphasizing movement, first of all physical and spatio-temporal, is a prerequisite for any concern about reinvestment in the internal world and resumption of schooling.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

\* Correspondance.

Adresse e-mail : e.boe@ghu-paris.fr

La phobie scolaire et le Hikikomori<sup>1</sup> ont en commun de ne pas constituer des diagnostics psychiatriques mais de représenter des troubles des conduites traversant la nosographie. Ces deux troubles s'organisent autour d'objets apparemment différents, l'école repoussoir pour l'un et la maison attractive pour l'autre. Cependant, ils aboutissent bien souvent au même résultat puisqu'en fuyant l'école, l'adolescent a tendance à se réfugier à la maison. Une même position de toute-puissance caractérise la radicalité de leur refus et déconcerte, en premier lieu, leurs parents qui sont écartelés entre la violence de l'insistance et à l'abandon du renoncement. La difficulté de la position parentale vient souvent résonner avec des traumatismes transgénérationnels ou d'autres déstabilisations antérieures comme la confrontation à un enfant particulier, avec un haut-potentiel ou un trouble instrumental léger.

La différence entre ces deux syndromes résiderait dans le mouvement de fuite, d'échappement qui définit la dimension phobique. L'angoisse n'est pas manifeste chez les jeunes hikikomoris réputés être des reclus indifférents, sans désir, sans pathologie. Ils sont plutôt décrits comme désintéressés du monde, adoptant volontiers un discours nihiliste qui peut évoquer une conduite délibérée avec toutefois un fort déterminisme social [2]. Une posture caractéristique du type « je m'en fiche, ça ne m'intéresse pas » peut aussi faire écran, recouvrir une angoisse plus profonde chez les phobiques scolaires chronicisés qui ont renoncé, ainsi que leur entourage, à affronter ce qui les affole et se rapporte à l'école. L'objet phobogène « école » reste générique et imprécis, il recouvre toute une gamme d'éléments et de situations, depuis la concrétude des murs du collège jusqu'à la dimension symbolique du rapport aux apprentissages : quitter la maison, faire le trajet, fréquenter les camarades, recevoir un enseignement, réaliser les devoirs etc.

## 1. La découverte d'une phobie liée à l'école

Si l'on se réfère aux définitions de la phobie scolaire qui ont été proposées depuis les années 1940, la question de l'enfermement à domicile n'apparaît pas centrale, ni même périphérique, elle n'est tout simplement jamais mentionnée.

L'école buissonnière a été repérée dès le début de l'obligation scolaire, effective au début du XX<sup>e</sup> siècle. Il s'agissait d'une conduite transgressive, plutôt du côté de l'errance que de l'enfermement. La phobie scolaire est d'abord apparue comme une variante névrotique de cette conduite. Adélaïde Johnson [3] l'a définie ainsi en 1941 : « conduite d'évitement chez un enfant qui, sans pouvoir en dire la raison, refuse d'aller à l'école et résiste avec d'intenses réactions d'anxiété ou de panique quand on tente de l'y contraindre. »

Sitôt nommée, la phobie scolaire est considérée comme dérivant d'une angoisse de séparation, concept émergeant dans les années 50, ou d'une névrose mère-enfant, voire père-mère-enfant. Il a fallu attendre les années 70 pour que les auteurs se penchent spécifiquement sur le cas des adolescents et s'aperçoivent des lacunes du modèle névrotique pour comprendre l'intégralité des troubles [4,5]. L'intérêt pour les pathologies du narcissisme, dans les années 80, a entraîné une relecture de la phobie scolaire. Il existerait une fragilité dans la constitution du narcissisme du petit enfant pourrait rester discrète, recouverte par les ajustements de l'environnement, jusqu'à l'adolescence. L'ébranlement pubertaire révèle cette vulnérabilité, en libérant un afflux de pulsions sexuelles et agressives. Celles-ci sont soit à satisfaire, soit à contenir psychiquement, pour ne pas effracter le Moi vulnérable. Annie Birraux [6] a proposé l'hypothèse d'une tentative de réparation de la faille narcissique

en la colmatant par un objet contra-phobique. Celui-ci s'incarne en une personne proche et disponible pour accompagner l'adolescent à l'école, venir le chercher si nécessaire... Il renverrait précisément à l'objet primaire défaillant (la mère ou son substitut). L'adolescent tenterait ainsi de s'assurer un objet secourable pour réparer son narcissisme blessé. Le mécanisme phobique ainsi conçu maintiendrait l'homéostasie du Moi au prix d'une régression vers une grande dépendance à l'objet contra-phobique. Cette solution se prolonge rarement. L'adolescent, même phobique, ne peut souffrir longtemps un tel sentiment de dépendance infantile si contraire à ses aspirations d'autonomie, et il préfère se défaire de ce soutien plutôt que lutter contre l'inexorable enfermement qui le guette.

## 2. De la phobie scolaire à la psychophobie

À cette même période, dans les années 80-90, l'emploi du terme de phobie scolaire est réfuté par les courants de pensées dominants, qui ne sont plus psychanalytiques. Le « refus scolaire anxieux » s'y substitue, apparu dans les années 70 chez les anglo-saxons et répandu dans les années 80, avec toutefois un foyer de résistance français. Le terme de refus scolaire, générique, a-théorique, regroupe les plus divers accidents du lien scolaire sans considérer les pathologies sous-jacentes (dépression, entrée dans la schizophrénie...). Nous objectons que le refus relève d'un choix, d'un positionnement subjectif ferme, ce dont ces patients sont précisément bien incapables, nous y reviendrons.

Dans la classification CFTMEA [7], parmi les troubles des conduites et des comportements, on trouve la catégorie « phobies scolaires » (7,6) définie comme suit : « manifestations d'angoisse majeure avec souvent phénomène panique, liées à la fréquentation scolaire et interdisant sa poursuite sous les formes habituelles ». Cette définition exclut les manifestations par angoisse de séparation et les diagnostics principaux associés comme la schizophrénie ou la dépression majeure. Elle est précise et efficace dans sa concision. Nous nous y référons dans la suite de cet article.

Alors que la phobie scolaire disparaissait des systèmes diagnostiques internationaux, l'entité Hikikomori voyait le jour au Japon [8,9]. S'agit-il d'une pure coïncidence ?

Phobie scolaire de l'adolescent et Hikikomori ont en commun de viser l'invisibilité sociale à un âge de la vie où les comportements sont typiquement externalisés, ostensibles, bruyants [10]. La négativité organise ces conduites en creux, dont les tableaux sont dominés par l'inhibition, la passivité, la dépressivité. L'énigme de ces conduites est entretenue par un empêchement à penser son propre trouble que rien ne semble pouvoir lever : ni demande de soin, ni souffrance exprimée. D'autant que parfois cet empêchement se renforce d'une phobie du fonctionnement mental [11], autrement qualifiée, par Jean-Luc Donnet de psychophobie [12]. À la puberté, la pensée se sexualise par le fait pubertaire, entraînant son inhibition pour échapper à la reviviscence des désirs et fantasmes œdipiens. La pensée sexualisée devient alors un objet persécuteur. L'école incarne, par déplacement, le lieu symbolique de cette persécution par la pensée et les désirs susceptibles de s'y associer. Au lieu de projeter le mauvais sur l'extérieur, ce qui a une fonction différenciatrice entre dedans et dehors, l'adolescent projette à l'intérieur de lui-même, sur l'outil même de projection, la pensée.

Le paradoxe de cette défense est qu'elle prive de l'aptitude à penser qui fait habituellement partie du système de pare-excitation et a une fonction défensive. La pensée phobogène empêche donc ici de mobiliser la pensée dans sa fonction naturellement contra-phobique.

Les patients ne parviennent qu'à poser les coordonnées factuelles de leur problème, ils ne peuvent l'élaborer et cet empêchement se communique au thérapeute qui ressent également

<sup>1</sup> Nous ne nous référons dans cet article qu'aux Hikikomoris dit « primaires », tels que Tamaki Saito les a décrit le premier en 1998 [1], c'est-à-dire sans trouble psychiatrique expliquant le syndrome.

un barrage associatif, une incapacité à user de sa capacité de rêverie. L'ennui, le sentiment d'impuissance, voire d'incompétence traverse le contre-transfert, semblant indiquer qu'un phénomène d'identification projective est à l'œuvre. Ce phénomène a été décrit par l'école kleinienne de psychanalyse [13], comme un des mécanismes défensifs les plus primaires, consistant en l'évacuation à l'intérieur de l'autre d'éléments contenus en soi. Si ce mécanisme suppose une différenciation entre sujet et objet, et y contribue par la projection, il tend aussi immédiatement à l'annuler en mêlant les identités. Il signe le règne de la toute-puissance narcissique, conformément à l'hypothèse d'une vulnérabilité dans la constitution du Moi acquise dans la toute petite enfance.

### 3. Relations d'inclusion entre phobie scolaire et Hikikomori

Vellut [14] note qu'un décrochage scolaire est généralement mentionné à l'orée de l'enfermement ou comme antécédent. La nature phobique, anxieuse, de la rupture scolaire n'apparaît cependant pas particulièrement. Il est plutôt noté un simple décrochage, une absence d'intérêt ou de désir pour l'école, qu'une angoisse à l'idée de l'école. Si les adolescents phobiques scolaires investissent souvent fortement la scolarité avant de l'interrompre [15], un désintérêt peut aussi apparaître après une certaine évolution, lorsque l'entourage a renoncé à toute pression concernant une reprise scolaire et que l'angoisse se recouvre d'une apparente indifférence. Benoit [2] a d'ailleurs souligné que le gouvernement japonais avait recommandé d'inclure la phobie scolaire dans le syndrome de *Hikikomori*.

Du côté des articles traitant de la phobie scolaire, il est rarement fait allusion à une conduite de réclusion, un trouble *Hikikomori*. L'articulation des 2 conduites n'est pas particulièrement explorée. Nous avons vu d'ailleurs que la définition de la phobie scolaire ne mentionnait pas d'enfermement à domicile. Cette étonnante absence de corrélation entre phobie scolaire et réclusion à domicile ne peut que surprendre les cliniciens de l'adolescence, confrontés bien souvent à des parents qui consultent seuls en premier, leur adolescent ne quittant plus la maison pour aller à l'école ni ailleurs. Et la première victoire de ces prises en charges, si laborieuses, intervient lorsque nous parvenons à rencontrer le jeune en consultation, signe incontestable qu'il a pu amorcer un mouvement hors de chez lui.

Nous allons aborder deux situations cliniques pour explorer l'articulation entre ces notions.

#### 4. Adam, 4 années de suivi

Sa phobie scolaire a débuté à 12 ans, quelques mois après le décès de sa grand-mère qui avait contribué à l'élever aux côtés de sa mère. Cette perte résonnait avec une disparition passée, celle de son père quand il avait 3 ans. Celui-ci avait quitté le domicile subitement, sans plus jamais donner de ses nouvelles.

Adam vint consulter avec sa mère, alors que ses troubles évoluaient depuis 3 mois et que diverses propositions d'aménagement scolaire et d'accompagnement physique avaient échoué. Il décrivait des angoisses qui le figeaient dans son corps sur le chemin du collège. Il faisait demi-tour comme un automate et rentrait chez lui. Il se sentait alors dépit, seul, honteux et regrettait de n'avoir pas réussi à aller en cours, saisi d'un mélange de sentiments qu'il qualifiait de « trou noir ».

Il ne put aborder en entretien aucune des deux disparitions de son enfance lors des premières rencontres. Evoquer la disparition du père déclenchait inmanquablement une posture caractérisée avec flots d'insultes. Parler du décès de la grand-mère le plongeait dans un abîme de désarroi, sans mot.

Après quelques rencontres, j'évoquais l'idée d'une hospitalisation. Sans prononcer de refus, mère et fils ne me donnèrent plus de nouvelle pendant une année. Lorsqu'ils reprirent contact, ils convinrent que ma proposition les avait profondément heurtés. Toutefois, Adam, bien que confusément en demande d'aide à demi-mot formulée, ne parvint à s'inscrire dans aucune autre de mes propositions de soin : ni médiation groupale, ni accompagnement psychopédagogique, ni suivi éducatif. Il ne refusait pas mais ne venait pas non plus aux rendez-vous proposés. Il maintint un lien marqué à la fois par une certaine intensité relationnelle et par une grande discontinuité. Il venait toutes les semaines pendant quelques mois et semblait se saisir de l'espace élaboratif que je proposais, puis disparaissait sans prévenir. Comme s'il fallait que j'éprouve à mon tour l'effet de la disparition. C'était généralement sa mère qui me recontactait pour un nouveau cycle de séances. Le degré d'enfermement fluctuait. À certaines périodes, il lui arrivait de s'aventurer dans le métro pour une sortie motivée par un but utilitaire. Il relatait ensuite les trajectoires parcourues avec une dramatisation romanesque, comme des expéditions semées d'embûches dans une jungle urbaine. À d'autres moments, il ne sortait plus de chez lui, ou seulement au petit matin pour marcher un peu en étant sûr de ne croiser « aucun élève ». Des visites à domicile s'imposèrent un temps pour continuer à le rencontrer. Il semblait avancer dans son travail sur lui-même, traversa le deuil de sa grand-mère et se réconcilia intérieurement avec la figure paternelle. Pourtant, rien ne bougea extérieurement. Adam regardait le monde de sa fenêtre, il fantasmait des histoires de rue entre les jeunes gens qu'il observait de son poste en hauteur, il projetait ses inquiétudes sur le monde dont il suivait les actualités. Son corps restait statique.

Ma persévérance n'aura pas eu raison de cet immobilisme. 4 ans plus tard, Adam continuait à m'investir d'un lien vivant quoiqu'épisodique. Il avait pensé qu'atteindre l'âge de 16 ans, en le libérant de l'obligation scolaire, lui permettrait de reprendre le cours d'une vie sociale, de trouver un stage. Mais il continuait à passer le plus clair de ses journées dans sa chambre, rêvant à ce que ses talents d'informaticien pourraient donner dans la vie réelle, sans toutefois ne rien mettre en œuvre pour l'expérimenter.

#### 5. Axel, 3 années de suivi

Axel, 13 ans, avait également cessé la fréquentation scolaire depuis 3 mois lorsque ses parents sont venus consulter. Il refusait de sortir de chez lui pour rencontrer un psychiatre et ne communiquait pas non plus avec ses parents. À l'inquiétude de ceux-ci se surajoutait le sentiment maternel d'un envahissement par la présence constante de son fils à la maison. Une visite à domicile fut proposée, mais Axel s'étant enfermé dans sa chambre à notre arrivée, aucun contact ne fut possible. Une hospitalisation a alors été organisée, contre le gré d'Axel. Il semble pourtant qu'il s'y soit senti à l'aise, en lien avec ses pairs, appréciant les médiations thérapeutiques, poli bien que distant avec les adultes. Sans trouble psychiatrique manifeste. À sa sortie, quelques mois plus tard, il semblait prêt à retourner en cours. Pourtant, après un unique essai, il resta au fond de son lit plusieurs jours de suite. Son sentiment d'échec était tel qu'il évoqua des idées suicidaires et se scarifia. Toutefois, les soins de suite préconisés par le psychiatre hospitalier ont pu se mettre en place, les parents, comme Axel, considérant qu'il s'agissait d'une prescription, d'un protocole de sortie. Ainsi, Axel a accepté un suivi individuel tout en clamant son inutilité. Il a également fréquenté le CATT (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) attendant à la consultation, pour ne pas retourner à l'hôpital. Et ses parents ont de leur côté investi l'espace thérapeutique familial qui leur avait été proposé. Une scolarité aménagée dans un cadre hospitalier put se mettre en place à petite dose et avec des périodes d'interruption.

Axel racontait rester parfois bloqué pendant plusieurs heures dans les escaliers du lieu scolaire, à pleurer, incapable d'accéder à la salle de classe. L'enfermement à la maison avait par contre laissé la place à de longues déambulations dans la ville, multipliant les rencontres avec des pairs et les expériences adolescentes. Lorsqu'il restait chez lui, il se décrivait comme figé sur le canapé, insensible à l'agitation de ses parents et de sa fratrie autour de lui, indifférent au temps qui passait. Ces moments semblaient faire écho à la période de réclusion, reproduisant les quelques mois d'apathie sur une durée de quelques heures. Il n'éprouvait même pas d'ennui dans ces moments particuliers tant il semblait alors hors du temps, prétendant n'aspirer qu'au calme, à la tranquillité. Il investit progressivement les soins qu'il dénigrait au départ, s'inquiétant de l'interruption des vacances. Axel commença à approcher un intérêt pour son propre fonctionnement en dessinant dans les airs les courbes du mouvement de ses pensées. Leur forme, d'abord frappée de circularité, se déploya amplement dans un second temps, tout en se déformant dangereusement lorsque sa réflexion s'emballait. Par la suite, un contenu commença à colorer ces formes, à contraster les éprouvés. Axel se surprit à découvrir qu'en lui cohabitaient les éprouvés déplaisants et le rire distant, la tristesse se dessinait en filigrane, l'humour apparut, l'angoisse resta indicible. Dans le transfert, Axel manifesta d'abord une ambivalence prudente, un mélange d'attente-déception qui semblait également tinter le lien à son père. Il voulut venir davantage, mais ce n'était jamais assez, d'autant que je lui faisais parfois des réponses qu'il qualifiait de « stupides ». Ce dernier reproche manifestait une agressivité commençant à pouvoir s'exprimer, une possibilité d'entrer en conflit. Il s'identifiait également à ma fonction thérapeutique, manifestant le souhait de devenir psychiatre. Il s'accrochait à la scolarité pour atteindre son objectif, même si les années passant il ne pouvait toujours pas rejoindre le système scolaire traditionnel et continuait à bénéficier de dispositifs très aménagés en petits effectifs.

## 6. Les degrés d'enfermement

Dans la phobie scolaire, différents types de retraits peuvent se distinguer en fonction du degré d'enfermement. À une extrémité, nous positionnons le repli total dans la chambre. À l'autre extrémité, l'isolement est plus symbolique et correspond à une absence d'intégration scolaire sans tentative d'y remédier. Entre ces deux pôles, nous trouvons le repli permanent à domicile et les rares sorties à but utilitaire, telles que décrites dans le trouble Hikikomori [16].

Axel évolue du repli le plus profond à une sortie de l'enfermement, tandis qu'Adam fluctue d'un stade à l'autre sans jamais en sortir. L'existence de symptômes de phobie scolaire n'apparaît pas comme corrélée à ces différents stades, elle reste entière chez Adam, et relative chez Axel malgré la levée de son retrait. L'enfermement est un acte négatif, un non-acte radical. Son verso est le passage à l'acte, scarifications, tentative de suicide ou errance. Décharge ou court-circuit de la pensée ? Il semble qu'Axel parvienne à se dépenser pour ne pas penser, après avoir tenté de figer le temps dans l'inertie du corps. Adam ne renonce pas à ce type de défense contre la déflagration pulsionnelle pubertaire, défense qui pourtant fait barrage au déroulement du processus adolescent.

## 7. Les vertus de l'hospitalisation

Avec l'enfermement, le temps se replie sur lui-même. L'inscription dans le temps qui passe a différé chez nos deux patients, après un vécu commun lié à la période de retrait à domicile.

La situation clinique d'Axel paraissait plus préoccupante que celle d'Adam au déclenchement de la phobie scolaire et de

l'enfermement. La radicalité de son rejet de tout échange et de toute aide, l'ampleur de la négativité et du désaveu auraient pu faire craindre une transition psychotique. La gravité apparente des troubles d'Axel a imposé l'hospitalisation.

L'un des intérêts de celle-ci est apparu ici en tant que jalon temporel. L'hospitalisation a été vécue comme un commencement qui a permis de sortir du temps circulaire de l'enfermement à domicile et a ainsi enclenché une mise en mouvement. Même si elle ne s'est pas traduite par un amendement du symptôme de phobie scolaire, elle a posé les coordonnées de l'évolution du patient. Elle a été possible du fait de la non-complaisance parentale face au symptôme, et de l'absence de bénéfice maternel secondaire à la compagnie quotidienne de son fils. L'hospitalisation a également permis de soutenir le cadre institutionnel proposé par la suite, qui a été accepté en tant que protocole de sortie. Les soins institutionnels au CATT ont renforcé les assises narcissiques d'Axel et lui ont permis de se risquer aux investissements objectaux, tandis que la thérapie de couple a vu les parents évoluer dans leur positionnement à l'égard de leur fils, et dont il a manifestement bénéficié.

## 8. L'indétermination subjective

Adam, par contre, ne s'était pas coupé de tout lien objectal, il communiquait avec sa mère et acceptait de venir consulter. L'hospitalisation ne semblait pas indispensable, et son évocation seule le fit fuir pendant une année. Un suivi en ambulatoire s'est mis en place avec l'illusion longtemps entretenue que des soins institutionnels pourraient s'instaurer. Jamais refusés, ils ne s'enclenchaient pas non plus, Adam n'honorant pas les rendez-vous. Nous étions confrontés au paradoxe d'une demande aux contours si flous qu'elle pouvait renvoyer toute réponse à son inadéquation. Cette posture de « ni-oui ni-non », l'impossibilité à rejeter comme à prendre, signe l'incapacité à adopter une position subjective et à clore le processus d'adolescence engagé. Rien ne marquait le temps, rien ne pressait Adam. Il disait ne pas ressentir d'ennui ni d'impatience. Il ne semblait pas soumis à la flèche du temps. Notre relation était prise dans la circularité de sa temporalité singulière, avec des périodes de contact et des périodes de disparition, dans une alternance immuable.

## 9. Deux dimensions d'une conduite négative

Comment évoluent les deux dimensions de ce que nous avons esquissé comme un même trouble des conduites, organisé par la négativité : l'enfermement et la phobie scolaire ?

Il semble que la dimension phobie scolaire soit plus coriace, plus résistante au temps et aux soins. L'enfermement en constitue pourtant un facteur aggravant, car il redouble la désinsertion spatio-temporelle, et radicalise la phobie en un retrait social global qui ajourne le processus adolescent, en abolissant l'espace comme le temps.

Le principe d'inertie, ou du Nirvaña, correspond à la tendance de la pulsion de mort à ramener l'excitation au niveau zéro [17]. L'aspiration au calme, à la tranquillité, en témoigne dans le discours d'Axel à propos de son repli à domicile. Le masochisme primaire permet d'intriquer les pulsions dans l'environnement maternel des débuts de la vie, et continue par la suite à être sollicité pour supporter la tension et le déplaisir de la conflictualité. Il semble que le noyau masochique se soit insuffisamment constitué chez nos deux patients, dans l'interaction précoce avec leurs mères [18].

## 10. Conclusion

La phobie scolaire, dans sa dimension de psychophobie, retire à la pensée sa fonction pare-excitante et contra-phobique. Elle

expose ainsi au paradoxe de s'attaquer par peur à l'outil qui permettrait de lutter contre la peur. Aider ces patients à se réconcilier avec leur propre fonctionnement psychique demande beaucoup d'inventivité afin de déjouer les paradoxes qui ne manquent pas de nous saisir dans le lien transférentiel. Encore faut-il que celui-ci puisse s'établir. Lorsque la phobie scolaire se double d'un retrait au domicile, la rencontre même de l'adolescent est à conquérir. Reclus chez lui, le jeune se prive de l'espace intermédiaire de réciprocité où le lien avec les pairs, dans leur présence charnelle, permet de traiter la pulsionalité débordante par la parole et les gestes d'agressivité, de tendresse et d'amour. L'enfermement alimente alors la psychophobie, l'espace vital se rétrécit et le temps se replie sur lui-même, dans une circularité qui met en impasse le processus adolescent.

Dans la clinique, mobiliser le jeune est d'abord l'aider à sortir de chez lui. Initier un mouvement permet déjà une ouverture vers le soin, marquant le commencement d'un lien qui va être lent et laborieux à établir. Traiter l'enfermement est une priorité avant de s'intéresser à une éventuelle reprise scolaire. La toute-puissance que déploient ces patients nécessite parfois, pour se déjouer, de proposer des alternatives à la relation duelle par un abord groupal (psychodrame, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, voire hospitalisation). Un travail de consultation avec les parents est important à mettre en place, en poursuivant deux objectifs : d'une part, les aider à lutter contre une forme de complaisance aux troubles de leur adolescent qui pourrait s'installer, d'autre part, les encourager à élaborer d'éventuels traumatismes ou répétitions transgénérationnelles qui impactent inconsciemment la dynamique familiale. La reprise scolaire devra également se préparer sans négliger les troubles instrumentaux qui parfois compliquent le rapport aux apprentissages.

#### Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

#### Références

- [1] Saito T. *Social Withdrawal (Shakaiteki Hikikomori)*. Tokyo: PHP Shinsho; 1998.
- [2] Benoit JP. Le syndrome de hikikomori des jeunes japonais: syndrome, posture, ou imposture? *Enfances Psy* 2015;1:74–84.
- [3] Johnson AM, Falstein E, Szurek SA, Swendsen M. School phobia. *Am Journal Orthopsychiatry* 1941;11(4):702–11.
- [4] Lebovici S, Le Nestour A. À propos des phobies scolaires graves. *Psychiatrie Enf* 1977;20(2):383–432.
- [5] Dugas M, Guériot C. Les phobies scolaires. Étude clinique et psychopathologique. *Psychiatrie Enf* 1977;20(2):307–82.
- [6] Birraux A. *Eloge de la phobie*. Paris: PUF; 1994.
- [7] CFTMEA R. *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent r-2012 5<sup>e</sup> édition sous la direction de : Misès R*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2012.
- [8] Tajan N. Social withdrawal and psychiatry: A comprehensive review of Hikikomori. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2015;63(5):324–31.
- [9] Souilem A, Mrad A, Brahim T, Hannachi R, Mechri A. Syndrome d'Hikikomori ou de claustration à domicile : À propos d'une observation Tunisienne. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2019;67(2):106–8.
- [10] Vellut N. Le retrait des jeunes (ou hikikomori), une préférence négative. *Adolescence* 2015;33(3):593–602.
- [11] Kestemberg E. De la « phobie du fonctionnement mental ». *La psychose froide*. Paris: PUF; 2001.
- [12] Donnet JL. Le psychophobe. *Nouvelle revue de psychanalyse* 1982;25:199–214.
- [13] Klein M. *La psychanalyse des enfants*. Paris: PUF; 1932.
- [14] Vellut N. Retirés et connectés, les hikikomori et les écrans. *Revue de l'enfance et de l'adolescence* 2017;1:145–64.
- [15] Guigné C. Une approche biopsychosociale du décrochage scolaire et du retrait social. In: Fansten M, editor. *Hikikomori, ces adolescents en retrait*. Paris: Armand Colin; 2014.
- [16] Guedj-Bourdieu MJ. Retrait social du jeune : phénomène polymorphe et dominants psychopathologiques. Quelles réponses ? *L'information psychiatrique* 2017;93(4):275–82.
- [17] Freud S. *Le problème économique du masochisme. Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF; 1924.
- [18] Ribas D. Chroniques de l'intrication et de la désintrication pulsionnelle. *Revue française de psychanalyse* 2002;66(5):1689–2177.