

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Étude de cas clinique de Hikikomori : pertinence de la création d'un
nouveau diagnostic psychiatrique d'un point de vue de thérapie
familiale systémique**

Présentée et soutenue publiquement le 14/10/2020 à 18H
au Pôle Formation
par **Louise LESCROART**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Robin SEMAL

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CMP : Centre médico-psychologique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

AAH : Allocation Adulte Handicapé

SOMMAIRE

Résumé.....	p8
Introduction.....	p10
I/ Hikikomori : présentation d'un comportement à la limite du pathologique..	p12
1) Définition du hikikomori et premières descriptions.....	p12
2) Épidémiologie.....	p13
a) Au Japon.....	p13
b) En France.....	p13
c) Ailleurs dans le monde.....	p14
3) Présentation clinique.....	p14
a) Tableau clinique classique de hikikomori.....	p14
b) Modalités d'enfermement.....	p15
c) Types de hikikomori.....	p15
d) Hikikomori primaire et secondaire : définition.....	p16
4) Neet, Otaku, Freeters, mise au point.....	p17
5) Facteurs précipitants.....	p17
6) Comorbidités fréquentes.....	p18
a) Phobie sociale.....	p19
b) Épisode dépressif caractérisé.....	p20
7) Usage des écrans chez les hikikomori.....	p20
a) Internet comme moyen de gérer l'enfermement.....	p20
b) L'absence de « communauté » hikikomori sur Internet.....	p21
c) Un mode d'utilisation unilatéral.....	p22
8) La violence chez les hikikomori.....	p22
9) Entrée dans les soins.....	p23

10)Prise en charge actuelle au Japon.....	p25
11)Prise en charge actuelle en France.....	p27
II/ Cas cliniques.....	p29
1) Louis.....	p29
2) Victor.....	p32
III/ Apports de la Thérapie Familiale Systémique dans la compréhension du retrait social.....	p37
1) Présentation générale de la thérapie familiale systémique.....	p37
2) Le retrait social comme un retour à la petite enfance.....	p37
3) Principaux cycles de vie.....	p39
4) Blocage du départ de la maison du jeune adulte : une problématique chez les jeunes en retrait social.....	p41
5) Héritages parentaux et individuation, un conflit transgénérationnel.....	p43
6) La famille « classique » d'un jeune hikikomori.....	p45
7) Le retrait comme protection des figures parentales.....	p48
8) Le poids des non-dits.....	p51
9) Reproduction des schémas transgénérationnels.....	p53
10)Le retrait comme agressivité passive envers les figures parentales, seul moyen de lutter contre les injonctions paradoxales.....	p54
11)L'adaptabilité des familles de patient hikikomori.....	p56
12)Symptôme tournant et homéostasie en thérapie familiale.....	p57
13)Fonctionnalité familiale d'un diagnostic médical de hikikomori.....	p59
IV/ Vision systémique élargie à la société.....	p62
1) Historique de l'enfermement à travers les siècles.....	p62
2) Changements sociétaux récents et trans-culturalisme.....	p63

a) Au Japon.....	p63
b) En France.....	p64
c) Mondialisation, usage d'internet et trans-culturalisme.....	p66
3) Société post-moderne et absence symbolique du père.....	p67
4) Hikikomori comme un refus de subir la pression sociétale.....	p70
5) Fonctionnalité d'un diagnostic sociétal.....	p72
VI/ Schématisation des résultats.....	p75
1) Développement normal de l'adolescent vers l'âge adulte.....	p75
2) Schématisation du modèle hikikomori.....	p76
VII/ Discussion autour du diagnostic de hikikomori.....	p78
Conclusion.....	p82
Bibliographie.....	p86

Résumé

Le hikikomori est un phénomène psychosociologique apparu au Japon dans les années 1990. Il concerne principalement les jeunes hommes et consiste en un enfermement volontaire au domicile avec rupture de quasiment tous les contacts extérieurs. Actuellement, en France, leur nombre est certainement très largement sous-estimé et la prise en charge médicale est limitée. Les causes sont multiples, souvent floues et l'absence de demande de soins de la part de ces patients déstabilise le corps médical qui peut être tenté par le fait de créer un nouveau diagnostic psychiatrique afin de nommer et mieux prendre en charge ces individus. Mais cela est-il vraiment pertinent ?

Ce travail, qui cherche à éclairer cette question, se base sur l'observation de deux cas cliniques pris en charge en hospitalisation complète à la clinique Lautréamont (Loos) et reçus parallèlement à la consultation de thérapie familiale à l'Hôpital Fontan (CHU de Lille).

Dans les cas étudiés, le prisme systémique offre une lecture différente de ce phénomène de retrait social actif. Les enjeux relationnels qui lient les membres d'un même système familial peuvent être pointés et travaillés, dans le but de mieux comprendre la fonction du symptôme de réclusion. La mise en lumière de cette fonction ainsi que le travail effectué sur les changements relationnels acceptables par le système peuvent rendre progressivement ce symptôme caduque pour le patient et sa famille. La théorie systémique peut également s'appliquer ici au niveau de la relation que le patient a avec la société.

Sans empêcher la nécessaire recherche de comorbidités psychiatriques qui doivent être soignées, l'apposition d'un diagnostic médical sur ce comportement risque de refermer la réflexion, de cristalliser ce symptôme et d'enfermer le patient dans un rôle

de « malade » duquel il aura peut-être grand mal à sortir.

Au delà des limites de cette étude clinique, ce travail permet d'apporter un regard et une compréhension complémentaires sur ce comportement qui commence à se faire connaître en France.

Introduction

Décrit pour la première fois dans les années 90 au Japon par le psychiatre Saito, le terme Hikikomori sert à désigner des jeunes, majoritairement de sexe masculin, qui présentent des conduites de retrait social actif de plus de 6 mois. Ce phénomène semblant prendre à cette époque une ampleur importante au Japon, les autorités en place, qu'elles soient du domaine sanitaire, social ou éducatif sont interpellées et mettent en place des programmes nationaux pour mieux comprendre et prendre en charge les personnes présentant ces symptômes. Ce comportement ne peut être lié qu'aux particularités de la culture nipponne puisqu'il est retrouvé de manière identique dans différents pays du monde, dont la France. Encore mal connu, il est l'objet de nombreuses recherches actuellement, en particulier dans le domaine de la psychiatrie. Cependant, le terme « hikikomori » ne désigne pas un diagnostic médical puisqu'il n'apparaît ni dans la CIM 10 ni dans le DSM 5 mais bien une conduite de retrait social actif, un phénomène psycho social.

A ce jour la prise en charge de ces jeunes en France se fait surtout via le domaine médical, se heurtant dans un premier temps à l'absence de diagnostic qui gêne le personnel soignant puis à l'absence de conduite à tenir protocolisée concernant ces patients dont les séjours en hospitalisation peuvent être très longs et dont les situations peuvent paraître figées dans le temps, dans une médecine actuelle qui recherche majoritairement l'efficacité et la rapidité dans les soins.

Tout comme « un bébé, ça n'existe pas » selon Winnicott [1], qui pointe par là la nécessité de la présence d'une famille, de figures d'attachements et d'interactions dans la construction du psychisme humain, nous pourrions dire aujourd'hui que « un

hikikomori, ça n'existe pas ». En effet, ces jeunes qui ne sortent pas de chez eux vivent très souvent au domicile parental, la famille prenant souvent part à des jeux relationnels surprenants et se pliant à la tyrannie imposée par leur enfant en retrait social. Dans ce contexte, la thérapie familiale systémique peut être envisagée dans la prise en charge de ces patients, apportant un regard nouveau et différent sur la situation et partant du principe que le symptôme du jeune a une fonction au sein du système familial. Cette vision alternative de la problématique permet bien souvent de mieux comprendre et de donner un sens à ces conduites de retrait, ainsi que de soulager les familles qui se sentent majoritairement coupables et impuissantes.

Ce travail de thèse portera sur la problématique suivante : la création d'un nouveau diagnostic, celui de hikikomori, est-elle pertinente ? Le point de vue adopté sera issu de la théorie de thérapie familiale systémique. Pour cela, après avoir présenté de manière générale les données actuelles à propos de ce comportement, nous décrirons deux cas cliniques pris en charge en hospitalisation. Puis, une analyse systémique de la situation sera proposée, d'abord au niveau familial puis au niveau sociétal.

I/ Hikikomori : présentation générale d'un comportement à la limite du pathologique

1) Définition du hikikomori et premières descriptions

Le terme « hikikomori » est un mot japonais issu du verbe « hikikomoru » qui signifie « se cloîtrer, s'enfermer ». Ce phénomène d'enfermement a été décrit par le psychiatre Tamaki Saïto en 1998 dans son ouvrage « hikikomori, an adolescence without end » [2] qui décrivait alors des cas de retrait social. La première définition de Saito est alors la suivante : « un hikikomori est un jeune qui s'est retiré chez lui et qui ne prend plus part à la société (études, travail, relations), depuis au moins six mois, sans qu'aucune pathologie mentale ne puisse être identifiée comme cause première. »

Le hikikomori comme comportement a été précisé par le ministère de la santé au Japon en 2010 comme tel : « le hikikomori est un phénomène psychosociologique dont les traits caractéristiques sont le retrait des activités sociales, le fait de rester à la maison quasiment toute la journée pour plus de six mois et le fait qu'il apparaisse chez des enfants, adolescents et adultes de moins de trente ans.» [3] Actuellement, le terme « hikikomori » sert à désigner à la fois ce comportement mais aussi les personnes concernées.

L'âge moyen du retrait est estimé entre 15 et 19 ans, et ce phénomène toucherait principalement des jeunes garçons. [4] [5] Cette notion est à nuancer car, même si actuellement les cas retrouvés sont en grande majorité des garçons, il semblerait que le retrait, la claustration au domicile et l'absence d'investissement dans la vie professionnelle chez les jeunes filles soient des faits plus facilement acceptés socialement et qui amènent moins fréquemment les familles à consulter que pour

leurs fils, malgré les mutations sociales récentes de libération de la femme, en particulier en Occident.

2) Épidémiologie

a) Au Japon

Lors des premières descriptions par Saito, l'engouement médiatique est renforcé par l'estimation du nombre de cas faite alors, s'élevant à un million de cas au Japon. Cependant, Saito a effectué cette estimation sur la base de son expérience clinique et de nombreuses études récentes ont revu ce nombre à la baisse. La dernière étude épidémiologique retrouvait une estimation de 541 000 cas de hikikomori au Japon, soit 1,6% de la population des 15-39 ans. [6]

b) En France

Le phénomène hikikomori étant bien moins connu en France, les cas rapportés restent relativement rares. Cependant, la médiatisation récente de cette conduite, notamment grâce à des reportages effectués et diffusés sur les chaînes nationales, a permis à de nombreuses familles de mettre un mot sur le comportement atypique de leur enfant et de prendre contact avec le monde médical. Actuellement, à l'hôpital Sainte Anne de Paris, 180 patients en retrait social sont suivis sur le plan psychiatrique ainsi que leurs familles.

Ce chiffre paraît bien entendu bien faible comparé à la population générale. Il est évident qu'il est loin d'englober la population réelle en France susceptible de présenter ce comportement. Le ministère du travail français a publié en 2012 les résultats d'une enquête nationale concernant la situation professionnelle des jeunes de 15 à 29 ans et a retrouvé 460 272 jeunes « invisibles », c'est à dire ni en formation, ni en emploi, ni en accompagnement et qui ne sont pas en foyer. [7] Les

hikikomori étant par définition absents de toute formation, de tout emploi et bien souvent non accompagnés, il est probable qu'ils représentent une partie non négligeable de ces jeunes invisibles français.

c) Ailleurs dans le monde

Depuis maintenant plusieurs années, des cas de hikikomori sont rapportés par des psychiatres de différents pays, comme les États-Unis, la Corée du Sud, l'Australie, l'Espagne et l'Italie. En 2011, un questionnaire de « dépistage » des hikikomori avait été diffusé dans le cadre d'une enquête internationale et avait retrouvé des cas dans les 8 pays investigués en dehors du Japon, à savoir l'Australie, le Bangladesh, l'Inde, l'Iran, la Corée du Sud, Taïwan, la Thaïlande et les États-Unis. [8] Il n'y a donc aujourd'hui aucun doute quant au fait que le hikikomori n'est pas exclusivement japonais, même si, à ce jour, ce phénomène semble de plus grande ampleur dans le pays du soleil levant, cela pouvant être en lien avec la politique locale de recherche et de prise en charge qui met en lumière ce comportement.

3) Présentation clinique

a) Tableau clinique classique de hikikomori

Le hikikomori est, de manière caricaturale, un homme jeune, issu des classes socio-professionnelles moyennes ou supérieures, qui ne présentait par le passé pas de difficultés scolaires, voire qui était dans les premiers de classe, et qui manie avec aisance les technologies modernes. Un intérêt particulier pour la culture nippone est fréquemment retrouvé (mangas, animés...) ainsi qu'un usage important des écrans. Le rythme nyctéméral est inversé, le jeune homme reclus dormant souvent le jour et étant réveillé la nuit.

Cet individu en retrait social actif vit généralement chez ses parents et ne s'inscrit dans aucune activité extérieure. Les relations avec la famille sont souvent très limitées, voire inexistantes. Plusieurs cas sont rapportés dans lesquels les parents déposent un plateau repas pour leur enfant devant sa porte de chambre et signalent cela par une sonnette ou autre code compris par celui-ci afin qu'il puisse être prévenu tout en évitant tout contact avec les membres de sa famille.

b) Modalités d'enfermement

L'enfermement peut se faire de manière progressive, comme pour notre patient Louis décrit dans le cas clinique n°1 qui évoque des difficultés à aller à l'école depuis l'âge de 7 ans et qui ont peu à peu pris plus d'importance jusqu'à aboutir à un retrait complet au domicile à l'âge de 16 ans.

Cet enfermement peut également arriver de manière plus brutale, sur une durée de quelques jours à quelques semaines, comme pour ce patient, Pierre, vu aux urgences psychiatriques de son secteur, qui, en débutant ses études d'ingénieur dans le sud de la France, s'était du jour au lendemain enfermé dans son logement étudiant. Ses camarades de classe, inquiets, avaient alors prévenu ses parents qui étaient venus le chercher.

L'enfermement peut se limiter au domicile complet, le patient continuant à aller dans les différentes pièces de la maison et ayant quelques interactions avec ses proches. Il peut également être total, le jeune hikikomori ne sortant de sa chambre que de temps à autres, de préférence la nuit, afin de limiter les contacts avec quiconque.

c) Types de hikikomori

Le cliché du jeune homme enfermé dans sa chambre et sur son ordinateur la plupart

du temps est cependant à nuancer. En effet, de nombreux hikikomori arrivent à investir d'autres lieux de la maison. Une étude de 2015 menée au Japon proposait de classer les hikikomori selon 3 catégories de retrait :

-permanent au domicile : concernerait 27% des hikikomori au Japon

-avec de rares sorties à but utilitaire comme faire des courses ou faire semblant d'aller en cours ou au travail pour cacher leur retrait à leur famille.

-avec absence d'isolement mais aussi absence d'intégration socio-professionnelle et absence de démarche pour en sortir. Typiquement, les contacts sociaux se limitent à la famille proche ou éloignée ainsi qu'à des contacts via internet avec des amis ou des étrangers. [9] [10]

d) Hikikomori primaire et secondaire : définition

Dès la première description par Saito en 1998, l'importance de l'absence de pathologie mentale a été précisée. Actuellement, les autorités différencient deux catégories principales de hikikomori, à savoir les primaires et secondaires.

Le hikikomori primaire correspond à un retrait social actif sans pathologie décelée pouvant être à l'origine de l'enfermement. Plus récemment, le gouvernement japonais a proposé d'inclure dans cette catégorie les patients pour lesquels une entrée dans la schizophrénie était soupçonnée mais pas encore officiellement diagnostiquée.

Le hikikomori secondaire quant à lui inclut les patients dont la symptomatologie évoque un retrait social actif de plus de 6 mois mais dont une pathologie, psychiatrique ou non, peut expliquer cette conduite de retrait. Cette catégorie de patients correspond à ce jour à environ 50% des hikikomori selon une étude japonaise datant de 2013. [11]

4) Neet, Otaku, freeters, mise au point

Au Japon, les autorités décrivent différents types de « communautés » parmi les « marginaux » de la société.

Le terme « NEET » signifie Not in Education, Employment or Training. Ces jeunes sont estimés à 640 000 au Japon en 2002 et sont, comme leur nom l'indique, déscolarisés, sans emploi ni formation professionnelle. [12] La différence avec les hikikomori se trouve dans les liens sociaux que les NEETs ont, contrairement aux hikikomori, et dans la capacité à sortir du domicile sans difficulté.

Les Freeters quant à eux représentent 2 090 000 individus environ au Japon en 2003 [12]. Ils correspondent à une population instable professionnellement, n'ayant que des contrats de courte durée ou des emplois à temps partiel. Ils sont caractérisés par l'incertitude de leur avenir professionnel ainsi que la fluctuation de leurs revenus.

Le terme « otaku » signifie « la maison » en japonais. Ce mot désigne les personnes passionnées de mangas et d'animés, y consacrant la majeure partie de leur temps, allant parfois jusqu'à s'habiller et se comporter comme leurs personnages favoris. Les hikikomori ont pendant un moment été considérés comme des otaku « extrêmes » qui s'enfermaient afin de se donner entièrement à leur passion. Cependant, les données plus récentes sur les hikikomori ont montré que, malgré un intérêt fréquemment retrouvé pour les mangas et les animés, les raisons de l'enfermement étaient ailleurs.

5) Facteurs précipitants

Pour expliquer leur conduite d'enfermement, les jeunes patients rapportent souvent un sentiment de déception, de refus de se confronter à nouveau à un monde

extérieur vécu comme hostile et violent. La notion de harcèlement scolaire revient fréquemment dans les écrits des jeunes, ainsi que diverses déceptions relationnelles, qu'elles soient amicales (comme pour notre patient Louis) ou amoureuses. La violence est un thème récurrent chez les hikikomori, qui la rejettent en bloc.

Il est difficile pour les soignants de retrouver un élément déclencheur précis ayant entraîné le repli, les patients eux-mêmes ne voyant souvent pas un événement précipitant mais une accumulation de désillusions à propos du monde extérieur et de la vie en général suivie d'un retrait social progressif. « J'ai juste arrêté d'aller en cours » nous dit Louis, sans autre explication. Dans le dernier rapport de recherche sur le hikikomori au Japon en 2016, les facteurs précipitants retrouvés étaient les suivants : « absentéisme scolaire », « je ne me suis pas adapté à la faculté », « je n'ai pas retrouvé de travail », « maladie », « j'ai échoué à un examen », « parce que je suis à l'intérieur » et « pas de raison particulière ». Ces résultats sont représentatifs du discours retrouvé dans les entretiens avec les patients hikikomori, durant lesquels l'enfermement semble être sans cause. [13]

6) Comorbidités fréquentes

Dans une étude menée en 2011 au Japon comportant 337 sujets hikikomori, les auteurs ont retrouvé 33,3% de trouble schizophrénique, trouble de l'humeur ou trouble anxieux nécessitant une prise en charge pharmacologique. Les autres sujets ont été diagnostiqués comme ayant un trouble de la personnalité ou un trouble envahissant du développement. [11]

Une autre étude datant de 2010 retrouvait une prévalence sur vie entière de 54,5% de troubles psychiatriques correspondant aux critères du DSM-IV parmi une

population de hikikomori au Japon, ce qui est bien plus élevé qu'en population générale, où cette prévalence est estimée à 29,5%. Pour 16% des patients hikikomori de cette étude, un épisode dépressif majeur était détecté la même année que celle marquée par le début du retrait social. En comparaison avec la population générale, les hikikomori présentent 6,1 fois plus de risque de développer un trouble de l'humeur vie entière. [14]

a) Phobie sociale

La majorité des patients hikikomori reçoivent le diagnostic de phobie scolaire ou sociale durant leurs premières rencontres avec la psychiatrie, mettant ainsi le retrait social sur le compte d'une conduite d'évitement face aux situations sociales anxiogènes. Cependant, même si les deux jeunes patients interrogés pour ce travail décrivent une sensation de malaise en société, cela semble plus être lié à un décalage ressenti entre eux et la société plutôt qu'à un réel trouble anxieux de type phobique. Ces deux patients ne remplissent d'ailleurs pas les critères nécessaires à l'établissement du diagnostic de phobie sociale. Il est à noter cependant que le premier patient interrogé, Louis, s'est emparé de ce diagnostic qui lui avait été évoqué lors de l'une de ses hospitalisations et se présente actuellement comme tel. C'est ce diagnostic qui lui permet d'accéder aux soins.

De manière générale concernant les troubles anxieux, la large étude « lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of hikikomori in a community population in Japan » ne trouvait pas de prévalence significativement différente de trouble anxieux dans une population de hikikomori en comparaison à la population générale.

b) Épisode dépressif caractérisé

L'épisode dépressif caractérisé est souvent rapidement évoqué par les psychiatres devant un tableau de retrait social chez le jeune, mettant en lien cette attitude de retrait avec une anhédonie qui peut caractériser certains épisodes dépressifs. Cependant, une évaluation clinique précise de la thymie de ces patients révèle généralement une absence de tristesse pathologique de l'humeur ainsi qu'une conduite de retrait social actif qui ne correspond pas à une perte d'intérêt pour les activités habituellement appréciées par le patient (que l'on retrouve dans l'épisode dépressif).

7) Usage des écrans chez les hikikomori

a) Internet comme moyen de gérer l'enfermement

« Plutôt que de sortir dans le monde parce qu'ils s'y s'intéressent, ils font entrer le monde chez eux, dans leur chambre, via les outils numériques ». [15]

Selon le Dr Tisseron, le numérique peut être salvateur pour les patients présentant un retrait social actif, en leur permettant d'avoir accès au monde extérieur et à ses richesses tout en restant dans le contrôle des interactions avec ce monde et, surtout, anonymes. Les récits ne manquent pas de patients en retrait social qui se découvrent une passion pour un sujet spécifique (langue étrangère, géopolitique, physique quantique...) et qui se forment de manière autodidacte dans ce domaine précis, passant des centaines d'heures à se renseigner sur le sujet. On remarque cependant que l'usage des réseaux sociaux est très limité, semblant représenter pour ces jeunes une facette de la société qu'ils n'apprécient guère, à savoir celle du paraître et de l'image sociale qu'ils considèrent comme hypocrite.

Certains patients entretiennent des relations virtuelles avec des compagnons de

jeux-vidéos habitant à l'autre bout du monde, permettant ainsi le maintien d'un semblant de vie sociale. Quelques patients rapportent même avoir rencontré leur petit(e) ami(e) via internet, cette relation les ayant poussés par la suite à sortir du domicile.

On remarque de manière globale que les rapports sociaux des hikikomori sur internet se font via un média qui fait office de tiers, que ce soit un jeu, un sujet particulier sur un forum, permettant d'éviter la rencontre directe et duelle entre les individus.

L'usage d'internet semble pour ces jeunes patients comme une fenêtre sur le monde, comme un outil attisant la curiosité, comblant l'ennui et permettant de survivre malgré le retrait social. Il est aussi un lieu de liberté d'expression, ou vécu comme tel, dans lequel tout est possible, sans censure, cela pouvant d'ailleurs contraster avec le quotidien des hikikomori, bien souvent rempli de rituels aussi rassurants que contraignants.

b) L'absence de « communauté » hikikomori sur internet

Il est intéressant de noter que les hikikomori dits « primaires » ne sont globalement pas impliqués dans une « communauté hikikomori » sur internet. Il n'y a pas ou très peu d'effet de regroupement de patients sous ce terme japonais, cela étant peut-être en lien avec l'absence de plainte et de recherche d'aide des jeunes patients pour sortir de leur enfermement.

Le constat est différent pour les hikikomori dits « secondaires », qui ont tendance à vouloir expliquer leurs symptômes, trouver des explications à leur problématique et qui peuvent, via ce mot, éviter de se confronter à un autre diagnostic plus lourd de sens tel que la schizophrénie ou l'autisme.

Les familles de patients sont, quant à elles, très actives sur la toile, créant des

forums et s'échangeant des informations à propos de leurs enfants en retrait, trouvant ainsi un soutien dans des situations où elles sont bien souvent démunies, en recherche d'explications et d'aide.

c) Un mode d'utilisation unilatéral

Concernant l'utilisation d'internet par les hikikomori, il a été remarqué que son usage est généralement « unilatéral », c'est-à-dire que le sujet accède au monde via les réseaux mais ne laisse pas l'inverse se produire. Les hikikomori ne laissent pas de trace de leur passage sur les sites qu'ils consultent, n'écrivent pas de commentaires à propos des sujets d'actualité auxquels ils s'intéressent et ont une appétence particulière pour la navigation anonyme, se rendant ainsi le plus invisible possible.

« Internet se propose alors à eux comme une matrice à même de tout donner et de répondre à tous les désirs, en évitant ou en amenuisant les conflits que ne manque pas de provoquer l'altérité. » [16]

8) La violence chez les hikikomori

« Lorsqu'au sein d'une relation significative, le comportement de l'autre est perçu comme une menace du lien, la violence apparaît comme la seule réponse possible dont le but est celui de sauvegarder le lien » [17]

L'usage de la violence est bien souvent très critiqué et rejeté par les patients hikikomori, qui s'insurgent face à elle ainsi qu'à ses acteurs principaux (armée, policiers, dirigeants politiques...). Cependant, l'usage régulier et parfois prédominant des jeux vidéo, en particulier les RPG (Role Playing Game) soumet ces patients à des situations virtuelles qui peuvent être d'une extrême violence et dans lesquelles ces jeunes sont eux-mêmes les acteurs principaux de cette violence.

Quelques faits divers d'une violence rare, en particulier japonais, ont défrayé la chronique. En mai 2019, dans la ville de Kawasaki, un homme de 51 ans, hikikomori, a attaqué au couteau de cuisine un groupe d'enfants qui attendaient le bus scolaire. Une jeune fille de 12 ans a été tuée et l'homme s'est ensuite égorgé dans la rue. Quelques jours plus tard, l'ancien vice-ministre administratif au ministère de l'Agriculture, des Forêts et de la Pêche a poignardé son fils de 44 ans, hikikomori lui aussi, au domicile familial. L'enquête a mis en évidence des faits de violence réguliers de la part du jeune homme envers ses parents, en particulier lorsque ceux-ci voulaient le forcer à effectuer des tâches quotidiennes. Juste avant son décès, il aurait de même menacé son propre père de le tuer à coups de couteau. Ces cas de violence extrême sont fort heureusement rares comparés à la prévalence du comportement hikikomori dans la population japonaise, mais ils ne font que renforcer l'inquiétude et l'incompréhension autour de cette conduite inhabituelle.

9) Entrée dans les soins

De nombreuses familles se rendent en premier lieu chez leur médecin traitant, après souvent plusieurs mois d'isolement, pour évoquer la problématique de leur enfant en retrait social. Régulièrement, les médecins de famille sont amenés à rencontrer ces patients, qu'ils connaissent parfois depuis leur petite enfance, dans un contexte de consultation ou de visite à domicile. Ces médecins généralistes sont, tout comme les proches du patient, facilement déconcertés par ce tableau clinique ainsi que par le refus de soins du patient. Le diagnostic de phobie sociale ou de syndrome dépressif est parfois posé par le médecin traitant, qui peut proposer une hospitalisation programmée au jeune patient, même si cela est rarement accepté par ce dernier.

Hormis via le médecin traitant, plusieurs cas de figures sont présents en France concernant l'entrée dans les soins des patients en retrait social. Lorsque les parents d'un jeune patient en retrait réussissent à l'emmener vers les soins aux urgences, cela se passe souvent dans un contexte de crise. De manière caricaturale, cette consultation a globalement 3 façons de se dérouler : le psychiatre peut voir le patient en entretien, ne déceler aucun symptôme inquiétant motivant une hospitalisation en urgence et orienter la famille vers le CMP de son secteur, CMP dans lequel le patient ne se rendra probablement jamais puisqu'il n'est pas en demande de soins et que cette proposition lui est faite dans un contexte de contrainte par sa famille.

La deuxième possibilité est que le psychiatre s'inquiète pour l'état clinique du patient, que ce soit sur le plan de son retrait ou sur l'absence d'envie verbalisée qui peut être interprétée comme une anhédonie entrant dans les symptômes d'un épisode dépressif. Pierre, jeune patient évoqué plus haut et vu en consultation un soir aux urgences de son secteur se présente comme un jeune homme poli, courtois en entretien. Il n'explique pas son retrait social et n'est pas en demande de soins. Lorsqu'une hospitalisation en soins libres lui est proposée et devant la détresse de sa famille, Pierre répond que, s'il n'accepte pas, cette hospitalisation se fera peut-être contre son gré et qu'il préfère ne pas entrer dans le soin de la sorte. A aucun moment il ne verbalise de souhait franc durant l'entretien, exprimant juste le fait de « préférer ne pas être hospitalisé », caractéristique du discours de nombreux patients hikikomori. [18] Sa passivité en entretien déconcerte les soignants présents qui finissent par prendre la décision d'hospitaliser Pierre sous contrainte à la demande d'un tiers, craignant une sortie très précoce du service hospitalier si son entrée se fait en soins libres. Le lendemain, cette mesure sera levée par le psychiatre du service où Pierre est hospitalisé, celui-ci ne trouvant pas d'argument

clinique en faveur du maintien des soins sous contrainte. Cette vignette clinique illustre bien la difficulté devant laquelle se trouvent les soignants lorsqu'une décision de soins sous contrainte est prise dans ce genre de cas et que l'institution n'est pas formée et n'a pas les connaissances nécessaires à leur prise en charge.

Le troisième cas de figure est celui d'une suspicion hâtive de schizophrénie. Ce cas est malheureusement relativement fréquent dans les premiers accès aux soins pour les patients en retrait social et leurs familles. Certains éléments rapportés par les familles peuvent interpeller les soignants (patient qui urine dans des bouteilles, accumulation d'objets en chambre, dégradation de l'hygiène...) et doivent effectivement poser la question d'un diagnostic de trouble psychotique. Cependant, ces diagnostics doivent être posés après une évaluation clinique suffisamment fournie et précise et ne peuvent être évoqués lors d'une première consultation aux urgences. Ce type d'entretien a souvent comme conséquence un rejet de la famille envers le corps médical et plus particulièrement envers la psychiatrie, entraînant de ce fait un retour au domicile et une prolongation potentielle du comportement de retrait du patient, avec cette fois-ci une sorte d'accord tacite de la part des parents, comme s'ils souhaitaient prouver au corps médical que le comportement de leur enfant n'est pas pathologique.

10) Prise en charge actuelle au Japon

Au Japon, la politique de Santé Publique s'intéresse particulièrement à ces jeunes patients en retrait social qui y sont très nombreux. Tout comme en France, ce sont généralement les parents, la famille du patient qui vont venir chercher de l'aide auprès du corps médical dans un premier temps. Ces familles peuvent être reçues à plusieurs reprises par un psychiatre qui va, avec eux, évoquer les changements

d'attitude possibles de leur part afin de modifier les schémas de communication intrafamiliaux habituels. Il peut s'agir, par exemple, pour les parents, de s'interdire de crier sur leur enfant durant un temps donné. Dans un second temps, la famille du patient va intégrer un groupe de parole et de soutien dédié aux familles de jeunes hikikomori afin d'échanger autour de leur situation. Cette prise en charge se base sur la théorie systémique puisqu'elle considère que, si un ou plusieurs individus du système modifient leur comportement, c'est le système dans son intégralité qui va être transformé. Le but est bien entendu de permettre au jeune adolescent en retrait social de se libérer de son symptôme.

Il existe également des associations au Japon proposant des « rental sisters and brothers », c'est-à-dire des « frères et sœurs à louer ». Il s'agit de jeunes adolescents ou adultes qui sont payés par les familles pour aller rendre visite régulièrement à l'enfant en retrait social. Ils peuvent par exemple venir quotidiennement devant la porte de la chambre de leur « client » et discuter à travers le mur. La communication peut également se faire par téléphone ou par lettre. L'objectif de ce type de prise en charge est de permettre au jeune de lier une relation extra-familiale non virtuelle, avec une personne de son âge.

D'autres associations à but non lucratif comme l'association New Start, proposent des visites à domicile régulières par des équipes bénévoles ainsi que l'accès gratuit à des lieux de vie en communauté où les jeunes adolescents peuvent faire différentes activités ludiques. Cette association propose également des soirées une fois par semaine où le repas est préparé par les jeunes. L'accompagnement à une re-socialisation progressive peut aller jusqu'à la proposition de logement semi-autonome appelé « halfway house » pour une autonomisation par étape.

11) Prise en charge actuelle en France

En France, certains psychiatres sont sensibilisés à cette problématique mais l'absence de connaissances à ce sujet reste majoritaire dans le corps médical. L'hôpital Sainte Anne à Paris est le seul à proposer une prise en charge spécialisée dans le retrait social. Tout comme au Japon, des entretiens « Famille Sans Patient » sont possibles dans un premier temps afin de transformer une situation immobile en début de mobilisation. Les rendez-vous médicaux de la famille sont parfois leur seule sortie de la semaine, leur vie sociale étant à l'image de celle de leur enfant en retrait.

[19]

La prise de contact avec le patient peut se faire de différentes manières. Celui-ci peut spontanément se rendre à l'un des rendez-vous familiaux puis s'engager dans un suivi individuel. Le plus souvent, le premier contact est laborieux. L'équipe de l'hôpital Sainte Anne propose des suivis par média interposé (lettres, mails, appels téléphoniques...) pour les patients qui sont en difficulté pour se rendre aux rendez-vous, mais cela uniquement après une première consultation présentielle. Cette première consultation peut, en dernier recours, se faire en visite à domicile. Cependant, ce n'est pas le premier choix des équipes, qui estiment que cet acte peut être vécu comme intrusif par le patient.

Lorsque le suivi est engagé, des thérapies groupales sont rapidement proposées. Elles permettent au patient de s'éprouver dans de nouvelles expériences sociales non menaçantes car sans enjeu de réussite.

Tout comme au Japon, des groupes de parole dédiés aux familles se réunissent de manière mensuelle. Un site internet a également été créé, recueillant des témoignages de nombreuses familles et patients sur leurs expériences et leurs

vécus. Y sont partagés des articles médicaux, des contacts potentiellement aidants et, surtout, un sentiment d'espoir pour les familles de patients qui se sentent souvent seules et démunies. [19]

Une hospitalisation en urgence peut être envisagée par l'équipe médicale si l'état clinique du patient se détériore ou s'il est en demande d'une prise en charge de ce type. L'apparition d'idées suicidaires ou d'envies de meurtre par exemple sont des signes cliniques qui font considérer ces hospitalisations qui peuvent se faire, si nécessaire, sous contrainte. Lorsque le patient est en demande, les séjours sont prévus à l'avance, balisés. La durée d'hospitalisation est d'une moyenne de 4 mois. La prise en charge est majoritairement institutionnelle, la médication étant évitée dans les premiers temps. Le travail de re-socialisation se fait progressivement avec les pairs et le personnel soignant à travers diverses activités. Ces hospitalisations permettent également aux familles de relâcher une pression qui dure depuis plusieurs mois voire plusieurs années.

La clinique Lautréamont, située dans la région lilloise et accueillant des adolescents âgés de 15 à 25 ans en souffrance psychique, n'est pas spécialisée dans la prise en charge des jeunes en situation de retrait social. Cependant, ces problématiques sont fréquemment rencontrées dans cette population et certains patients présentent des signes évocateurs d'un hikikomori. Les deux patients décrits dans ce travail ont bénéficié d'une prise en charge individuelle dans cette clinique, en hospitalisation, ainsi que d'une prise en charge de thérapie familiale systémique en parallèle dans une autre structure.

II/ Cas cliniques

1) Louis

Louis est un jeune homme âgé de 16 ans lors de sa première visite dans la clinique, en 2016. Il vit avec sa mère et ses deux sœurs, Rose âgée alors de 22 ans et Capucine, âgée de 20 ans. Son père est décédé d'une septicémie compliquant une chute au domicile en 2012. Il est noté dès le premier entretien que la mère de Louis est en recherche d'emploi après un licenciement économique et que la famille est en grande précarité financière.

Dans ses antécédents familiaux, on retrouve une hospitalisation en psychiatrie chez sa sœur aînée suite à une tentative de suicide à l'âge de 16 ans ainsi qu'une addiction à l'alcool chez son père.

Louis consulte à la clinique Lautreámont suite à un diagnostic de phobie scolaire et un retrait au domicile évoluant depuis environ 6 mois. Il est alors inscrit en terminale scientifique mais n'a pas assisté au cours depuis le début de l'année scolaire.

L'absentéisme scolaire aurait débuté selon lui à l'école maternelle, n'étant à l'époque que ponctuel. Louis décrit avoir mis en avant des plaintes somatiques étant petit telles que maux d'estomac, céphalées et sensation de vertige afin d'éviter d'aller en cours. Il n'explique pas cette conduite d'évitement, notant qu'après la maternelle ses résultats étaient bons, qu'il n'avait pas de difficultés particulières et que son entourage amical était satisfaisant. Il précise au sujet de ses absences « je ne sais pas, quelque chose me bloquait. Je n'y arrivais pas. ».

A l'âge de 12 ans, Louis perd son père brutalement, suite à une chute avec traumatisme crânien qui se complique ensuite d'une septicémie en hospitalisation. Les réactions de ses amis de l'époque ne lui semblent pas adaptées à la situation et Louis se dit déçu par les personnes concernées, ne se sentant pas suffisamment

entendu dans sa souffrance à ce moment clef de sa vie.

Concernant son retrait social complet, qui a débuté en fin d'année de première S, Louis ne peut qu'en dire « j'ai juste arrêté d'aller en cours. Il n'y avait rien qui me poussait vers l'extérieur. ». Il reste principalement dans sa chambre, qu'il considère comme étant l'endroit où il est « le moins mal à l'aise ». Son rythme nyctéméral est inversé, ce qu'il considère comme positif puisque cela lui permet de ne croiser personne pendant plusieurs jours s'il le souhaite. Ses journées sont occupées par un apprentissage autodidacte de domaines très variés, alliant la géopolitique, la physique et l'histoire.

A l'époque de la première consultation à la clinique, Louis ne sort quasiment plus de chez lui, à l'exception de quelques rares sorties durant lesquelles il est accompagné de sa mère. Il n'a plus aucun contact avec l'extérieur, ne fréquente plus aucun ami. Sa mère s'inquiète depuis peu de l'apparition d'épisodes d'agressivité verbale au domicile.

Louis met en avant dès la première consultation des problématiques familiales anciennes, datant selon lui du décès de son père.

Concernant l'accès aux soins, Louis a consulté une psychologue en libéral à plusieurs reprises durant quelques mois mais n'a pas su investir ce suivi. Les difficultés financières de sa mère sont un argument de plus pour lui dans sa décision d'arrêt de suivi. En début d'année scolaire de terminale, Louis ne se rend pas en cours et est convoqué par le médecin scolaire. Il refuse de se rendre à ce rendez-vous et c'est à cette occasion que sa mère l'emmène aux urgences psychiatriques, où il est orienté vers la clinique pour adolescents.

Lors de cette première hospitalisation, l'hypothèse diagnostique d'un épisode dépressif majeur est écartée devant l'absence de tristesse pathologique de l'humeur. Le diagnostic s'oriente alors vers un « trouble de la personnalité à prédominance obsessionnelle ».

Durant son séjour, Louis réussit à investir les relations avec ses pairs et à retrouver un rythme veille/sommeil normal. Cependant, la sortie d'hospitalisation est difficile pour lui après 6 semaines de séjour, Louis appréhendant le retour à domicile et émettant des réserves quant à ses capacités à reprendre la scolarité à l'extérieur. Concernant le fonctionnement familial, le médecin référent de Louis précise dans son courrier qu'il remarque « une tolérance de la mère à cette situation d'évitement, et de position de toute puissance qu'il impose à sa famille qui, probablement, renforce la chronicisation des troubles. »

Devant les difficultés de Louis à quitter la clinique, il est décidé en accord avec lui de continuer la prise en charge avec des hospitalisations séquentielles courtes et une reprise du suivi en ambulatoire, afin de ne pas rompre ses liens avec l'extérieur et d'éviter de simplement reproduire les conduites d'enfermement dans la clinique plutôt qu'au domicile.

Aucun traitement pharmacologique n'est mis en place en hospitalisation.

Cependant, la suite de la prise en charge est marquée par des hospitalisations longues (6 semaines, 9 semaines et 6 mois) durant lesquelles Louis alterne entre de l'hospitalisation complète et de l'hospitalisation de nuit, ce qui lui permet une reprise partielle de sa scolarité. Les différents entretiens médicaux révèlent une faible estime de soi, des difficultés de gestion des émotions ainsi que des angoisses de type abandonnique. Après ce long séjour de 6 mois, un retour à domicile est décidé avec une poursuite des hospitalisations séquentielles d'une durée d'une semaine tous les

mois. Cette durée d'hospitalisation est donnée a priori mais peut s'adapter selon l'état clinique de Louis.

Louis verbalise facilement à propos des difficultés familiales, en particulier celles rencontrées depuis le décès de son père. Il dit s'inquiéter pour les différents membres de sa famille et être dans l'incapacité de se projeter dans un avenir de manière positive tant que les relations intra-familiales ne se seront pas franchement améliorées. Il réussit finalement avec le soutien de son psychiatre référent à engager une thérapie familiale dans le centre hospitalier régional universitaire de son secteur.

2) Victor

Victor est un jeune homme de 18 ans lorsqu'il consulte pour la première fois. Grand, fin, les cheveux longs et blonds, il a, comme beaucoup de jeunes de son âge, l'air relativement mal à l'aise avec son corps changeant de jeune adulte.

Il est le puîné d'une fratrie de 2 enfants et vit chez ses parents. Son père, âgé de 55 ans est ajusteur retraité. Sa mère, âgée de 50 ans, est sans emploi. Elle exerçait auparavant le métier d'auxiliaire de vie. Sa sœur aînée, âgée de 20 ans, ne vit plus au domicile et est la mère d'une petite fille de 1 an. Elle ne travaille pas.

Victor présente comme antécédents principaux la présence de migraines pour lesquelles il a un traitement ainsi que des douleurs abdominales inexplicables 2 ans auparavant. Il n'a pas d'antécédent psychiatrique particulier. Dans sa famille, on retrouve un épisode dépressif caractérisé chez sa mère et une pathologie bronchique dont il ne connaît pas le nom, due à l'amiante, chez son père, raison pour laquelle ce dernier bénéficie d'un statut de pré-retraite.

Il est adressé par son médecin traitant dans un premier temps pour une évaluation

diagnostique et thérapeutique d'un décrochage scolaire. A l'époque de son arrivée dans la clinique pour adolescents et jeunes adultes, Victor est scolarisé en terminale Technique en Étude du Bâtiment, option Assistant Architecte. Ses résultats scolaires sont plutôt bons.

Cependant, depuis plusieurs mois, Victor présente des migraines ainsi que ce qu'il nomme des « crises de vertiges » l'empêchant d'aller en cours de manière régulière et de plus en plus fréquente. Son parcours scolaire est marqué par du harcèlement au collège, en lien selon le jeune homme avec ses problèmes d'acné juvénile et ses cheveux longs. Victor évoque lors de son entretien d'entrée des réticences à se rendre en cours depuis environ 2 ans, suite à un premier épisode de migraine intense associé à des douleurs abdominales qui ont entraîné un absentéisme de deux mois consécutifs. Selon lui, cette période d'absentéisme aurait provoqué un décalage avec ses camarades de classe ainsi que des difficultés à rattraper le retard engendré sur le plan des apprentissages, ayant pour conséquence le décrochage scolaire progressif. Son entourage amical semble assez peu étoffé, même s'il dit avoir quelques amis avec lesquels il va jouer au laser game de temps à autres.

Lors des premiers entretiens avec son psychiatre référent, Victor présente une humeur triste, sans pour autant que celle-ci ne soit pathologique. Il présente également des troubles du sommeil à type de décalage de phase, s'endormant tard le soir et se levant tard dans la matinée. Il n'est cependant pas réticent à une reprise de rythme de sommeil « normal » pendant son séjour et réussit rapidement à suivre les règles imposées par le cadre hospitalier concernant ce rythme.

L'intégration au sein du groupe de pairs se fait sans difficultés pour Victor, qui trouve rapidement sa place et crée facilement des liens avec les patients présents dans la

clinique. Un travail psychothérapique est engagé concernant les émotions, Victor ayant visiblement des difficultés à les reconnaître et les exprimer. Une tendance à la passivité ainsi qu'une faible estime de soi sont également retrouvées et travaillées avec les soignants.

Durant cette première hospitalisation, Victor évoque rapidement les problématiques familiales qui provoquent chez lui des sentiments de colère et de culpabilité. L'intérêt d'une thérapie familiale est d'emblée pointé mais la famille ne s'en saisit pas. Il est noté par son psychiatre référent que Victor n'a présenté aucun symptôme migraineux ni vertigineux durant ce premier séjour qui dure un peu plus d'un mois.

4 mois plus tard, Victor est à nouveau hospitalisé durant environ 2 mois à la clinique dans un contexte de fléchissement thymique lié à une rupture amoureuse récente. Cela a eu pour conséquence une majoration du repli à domicile, Victor ne sortant plus de chez lui depuis plusieurs semaines, ainsi qu'une dévalorisation importante. Malgré ces difficultés récentes, Victor garde une thymie mobilisable. Il présente des signes de fléchissement thymique relativement classiques comme une perte d'appétit ainsi que des difficultés d'endormissement, qui s'amendent rapidement en hospitalisation sans qu'un traitement antidépresseur n'ait été introduit. Les différents soignants intervenant auprès de lui remarquent à nouveau sa tendance à la passivité ainsi qu'à la plainte pour obtenir des bénéfices auprès d'eux. Une prise en charge sous la forme d'hospitalisations séquentielles est décidée suite à cette hospitalisation. La tendance à l'immuabilité et la résistance au changement ayant été pointées lors du dernier séjour, l'un des buts de cette prise en charge séquentielle est de donner des objectifs concrets à réaliser à Victor durant le mois s'écoulant entre chaque séjour. Progressivement, Victor s'inscrit dans un nouveau parcours scolaire, souhaitant passer un concours d'assistant vétérinaire, et cherche un stage de 3

semaines dans un cabinet. Il est également orienté vers la Mission Locale de son secteur. Sa vie sociale semble s'améliorer également progressivement, Victor sortant plus facilement pour voir des amis qu'auparavant.

Par la suite, à chaque hospitalisation séquentielle, Victor retrouve un cycle veille-sommeil normal qu'il perd quelques jours après son retour à domicile, par défaut de facteur éveillant externe.

Victor bénéficie de 8 hospitalisations séquentielles et son état global s'améliore. Il trouve un stage dans un cabinet de vétérinaire et effectue là-bas 2 semaines d'observation qui se passent bien. Il se met en couple avec une jeune fille rencontrée sur internet et ne présente plus de crises migraineuses ni de vertiges. La participation à différents groupes psychothérapeutiques travaillant sur l'estime et l'affirmation de soi lui permettent de retrouver une image relativement satisfaisante de lui-même. Dans ce contexte, les hospitalisations s'arrêtent en juillet 2016, soit environ un an et demi après le premier séjour de Victor.

Malheureusement, 2 ans après, Victor est à nouveau adressé à la clinique pour une hospitalisation par son médecin traitant pour « prise en charge d'une symptomatologie anxio-dépressive ». Son projet professionnel engagé en 2016 n'a pas abouti et Victor décrit depuis lors un arrêt de son évolution et de son autonomisation, passant la majeure partie de son temps au domicile parental et plus particulièrement dans sa chambre. Sa petite amie vit également au domicile familial de Victor. Lors de l'entretien d'entrée avec son nouveau psychiatre, Victor présente une thymie stable, mettant plutôt en avant des angoisses de mort paralysantes ainsi que des recrudescences anxieuses majeures lors des tentatives de changement. Il est alors noté par le psychiatre que le système familial semble s'être

progressivement adapté au comportement de Victor et que les résistances au changement sont omniprésentes. De la même manière que lors des précédentes hospitalisations, Victor trouve rapidement sa place dans le groupe de pairs et le travail psychothérapique porte alors sur une approche motivationnelle au changement, amenant Victor à se questionner sur les bénéfices potentiels et sur les risques encourus par une prise d'autonomie. Une approche systémique met en exergue les comportements de Victor comme étant en lien avec le climat familial, ses fléchissements thymiques étant concomitants aux périodes de ré-activation des conflits familiaux parentaux et grands-parentaux. L'hospitalisation permet à nouveau une mobilisation de la part de Victor ainsi qu'une amélioration thymique globale. Deux hospitalisations séquentielles sont prévues par la suite et Victor semble tirer bénéfice de ces séjours. La question de l'héritage familial est questionnée et Victor adhère aux hypothèses proposées par son psychiatre référent. Les hospitalisations sont interrompues d'un commun accord devant l'amélioration globale de l'état clinique de Victor qui est invité à poursuivre son suivi en ambulatoire.

Les différents diagnostics posés au fil de ces hospitalisations sont :

- trouble somatoforme lié à des difficultés familiales et scolaires dans un contexte de trouble probable de la personnalité
- trouble de l'adaptation suite à une rupture sentimentale chez un patient présentant des traits de personnalité marqués par une passivité, une tendance à la dépendance et une immaturité
- trouble de l'adaptation et perturbation du processus de développement psycho-affectif
- retrait social actif dans le cadre d'un trouble de personnalité de type passif-dépendant

III/ Apports de la thérapie familiale systémique dans la compréhension du retrait social

1) Présentation générale de la TFS

La thérapie familiale systémique a fait son apparition dans les années 50 aux États-Unis et dans les années 80 en France. Son but premier étant de s'occuper des familles en tant que systèmes et non en tant que simples additions d'individus. Elle considère que le membre de la famille désigné comme « malade » ou « enfant symptôme » est, à un autre niveau de lecture, celui qui est le plus en capacité d'aider sa famille, sortant d'une logique linéaire culpabilisante désignant un individu comme responsable. Ces thérapies adoptent un regard circulaire visant à comprendre les enjeux relationnels existants et permettre un changement au sein du système familial susceptible de libérer l'enfant de son symptôme en permettant au système de trouver un nouvel équilibre.

2) Le retrait social comme un retour à la petite enfance

Le comportement atypique de ces patients en retrait social est facilement comparé à une régression à la petite enfance et même au stade fœtal pour les psychanalystes, la chambre représentant l'utérus de la mère et l'ordinateur, le cordon ombilical.

« Le corps du retirant devient mécanique au point que le hikikomori, lorsqu'il sort pour aller voir un médecin ou faire des courses, accompagne, le plus souvent la mère, comme un appendice de son corps à elle » . [20] Les cas de hikikomori décrits montrent souvent une relation mère-fils fusionnelle malgré l'enfermement. Cette relation n'est pas sans rappeler celle qui existe entre une mère et son bébé, durant les premiers mois de vie de ce dernier. Winnicott décrit ce comportement particulier

de la mère dont l'attention est tout entière dédiée aux besoins de son enfant (au point que les deux ne font plus qu'un) et le nomme « préoccupation maternelle primaire ». Cette relation fusionnelle provoque une sorte d'indifférenciation des deux protagonistes, qui doivent être peu à peu séparés par un tiers (classiquement le père). [21]

« 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 œdipiens de l'adolescence et le maintien de la symbiose omnipotente de l'enfance » [19] écrit le Dr Guedj, caractérisant avec justesse le type de régression possible en terme de relation entre la mère et son fils. La place du père est alors mise à mal, celui-ci étant évincé du duo symbiotique. « Il est à noter que, dans la plupart des cas, les mères continuent de prendre soin de leur enfant en retrait, même lorsque celui-ci dure plusieurs années, alors que les pères se désinvestissent de la relation — quand ils n'en sont pas totalement absents. » [20]. Le fait que le jeune en retrait ait une attitude passive et ne prenne pas sa place d'adulte au sein de la famille et de la société semble rendre encore plus difficile la reprise d'une relation père-enfant sereine comme semble l'expliquer Jean-Pierre Lebrun : « la structure de l'amour maternel est d'aimer son enfant sans condition -le fait qu'il soit là suffit à ce qu'elle l'aime- alors que l'amour paternel ne s'octroie à l'enfant qu'à la condition que celui-ci consente à faire son devoir , à faire ce qu'il faut pour prendre sa place dans la société comme homme ou comme femme. » [22]

Si l'on considère que le comportement du jeune en retrait peut être associé à celui de la petite enfance, alors celui de ses parents apparaît en miroir, prenant en charge

ses besoins primaires et faisant à sa place certains gestes de la vie quotidienne comme s'il était incapable de les réaliser. « L'acharnement fusionnel, représenté par la présence constante du corps du retirant au domicile familial, montre comment la présence physique n'induit pas forcément échange et expression de soi : les autres, ceux qui partagent le même espace quotidien, et plus particulièrement les parents, peuvent exprimer des émotions à sa place, sortir à sa place, travailler à sa place, comme ils ont pu choisir et orienter le cours de sa vie à sa place. ». [20]

3) Principaux cycles de vie

Le principe de « cycle de vie » a été théorisé par Mc Goldrick et Carter qui définissent 6 étapes principales dans la vie d'une famille. [23] Ces cycles ne sont pas clairement délimités dans le temps, peuvent durer plusieurs années et peuvent se chevaucher. Chaque passage d'un cycle de vie est une épreuve pour le système familial qui doit s'adapter et s'équilibrer à nouveau avec toutes les modifications consécutives à ces étapes, qui permettent le développement de nouvelles compétences adaptatives. Selon Haley « Dans n'importe quel système humain, la probabilité de changement la plus importante se manifeste lorsque quelqu'un entre ou sort du système » [24]. Le modèle de cycle de vie, théorisé à une époque différente de celle que nous vivons actuellement, garde sa pertinence, chaque étape étant associée à une période de crise où viennent s'interroger les questions d'autonomie et d'appartenance. Il est évident que cette description des cycles de vie provient d'une vision relativement traditionnelle de la famille qui ne correspond plus aujourd'hui à la réalité, les familles étant actuellement beaucoup plus hétéroclites et complexes. Les étapes traditionnellement décrites se modifient.

Le départ de la maison du jeune adulte correspond au moment où une séparation physique est faite entre l'individu et sa famille d'origine, sans pour autant que celui-ci n'ait établi son propre système familial. Il faut pour cela que la personne ait la capacité de se séparer de sa famille sans pour autant rompre tout lien avec elle.

La formation du couple est une étape délicate pour les individus impliqués puisqu'elle consiste en une construction de valeurs communes, un apprentissage de la manière de fonctionner de chacun afin d'arriver à des compromis satisfaisants que ce soit sur le plan financier, relationnel avec les familles d'origines et les amis ou sur les responsabilités incombant à chacun dans cette nouvelle unité créée. Auparavant, un couple était considéré comme tel à partir du mariage. Dans la société actuelle, la notion de couple est moins nette et le mariage moins utilisé comme symbole d'engagement pérenne des individus entre eux.

L'arrivée des enfants perturbe profondément l'équilibre obtenu par le couple. Les individus doivent trouver une nouvelle manière d'allier leurs vies professionnelle et familiale ainsi que leur vie conjugale. Ils doivent également trouver des accords concernant l'éducation de leur enfant et soutenir son développement, chacun amenant son héritage familial propre.

La famille avec des adolescents constitue un nouveau défi pour le système. Cette période correspond à l'apparition de la puberté chez l'aîné de la fratrie, entraînant de nombreuses modifications de son comportement, cherchant plus d'autonomie et de contrôle sur sa propre vie. Les places de chacun sont alors redéfinies puisque l'enfant, en grandissant, modifie les rapports avec ses parents qui tendent petit à petit vers une relation égalitaire, à terme d'adulte à adulte. De plus, le jeune adolescent dans sa dynamique d'individuation remet en question le fonctionnement familial ainsi que les valeurs transmises par ses parents, de manière plus ou moins

frontale et revendicatrice. Ces attaques de l'adolescent peuvent venir bouleverser le couple parental en venant tester la solidité du modèle conjugal. Les parents doivent alors allier un assouplissement des règles permettant une autonomisation progressive de leur enfant avec un maintien de leur rôle de soutien afin que celui-ci se sente suffisamment sécurisé et qu'il s'autorise à terme à quitter le domicile familial. Cette étape vient tester également le sentiment de sécurité de chacun des parents, les renvoyant à leurs propres histoires d'individuation.

Le départ des enfants de la famille marque un nouveau tournant dans le système familial. Le couple parental se retrouve peu à peu défait de son rôle et la conjugalité doit reprendre la place entre les deux individus, laissant parfois un sentiment de vide qui peut laisser place à des conflits conjugaux jusqu'à lors non résolus. Cette étape renvoie également les individus du couple à leur âge et potentiellement à leurs angoisses liées au vieillissement et à la mort.

Le dernier cycle de vie décrit par Mc Goldrick et Carter est la retraite des parents. Cette étape peut aussi comprendre l'entrée dans une pathologie chronique, l'arrêt d'activité professionnelle ou récréative de l'un des deux parents... Tout événement marquant le vieillissement du couple parental.

Ce modèle de cycle de vie est forcément schématique et réducteur puisque chaque cycle de vie correspond à une crise qui questionne l'autonomie, l'indépendance et la loyauté des individus. Ce type d'événement est en réalité relativement fréquent au sein d'une famille et propre à chacune.

4) Blocage du départ de la maison du jeune adulte : une problématique chez les jeunes en retrait social

Le retrait social actif semble apparaître préférentiellement au moment de

l'adolescence et chez les jeunes adultes, entraînant un blocage des cycles de vie. Le système familial n'est plus alors confronté aux déséquilibres ni contraint de développer de nouvelles compétences pour finalement trouver une stabilité nouvelle. Cette étape d'adolescence et de départ de la maison a normalement beaucoup d'impact sur le futur du jeune adulte. Celui-ci est supposé, au cours de cette période, réussir à construire des buts propres, définir un projet professionnel (qui peut ne pas correspondre aux attentes familiales) ainsi que ses propres valeurs qu'il va piocher dans ses héritages familiaux et extra-familiaux, prenant celles qui lui conviennent. Ce processus d'individuation est capital pour qu'il puisse accéder ensuite à une réelle autonomie et redéfinir les frontières avec sa famille d'origine. « Si la relation parents-enfant demeure inchangée, le jeune adulte pourra soit adopter une position de dépendance prolongée ou encore couper les liens pour accéder à une pseudo-autonomie. ». [25] Dans le cas de nos patients en retrait social vivant chez leurs parents, cette étape semble impossible à dépasser, le jeune ne quittant pas le domicile et ne s'impliquant dans aucune activité extérieure, qu'elle soit professionnelle ou récréative.

« Lorsqu'une famille est grandement perturbée par le départ d'un enfant, il existe un moyen de résoudre cette perturbation et de stabiliser la famille : l'enfant peut rester à la maison. » [24] Le retrait social actif chez ces patients peut donc être compris comme ayant pour fonction de stabiliser le système familial, alors trop fragile pour encaisser le départ de l'un de ses membres. Toute tentative de « normalisation » du jeune en retrait par un investissement dans les relations intimes, dans le travail ou dans la scolarité introduit une menace de séparation et donc, par conséquent, un nouvel « échec » stabilisateur. [24] Celui-ci peut résulter d'angoisse à la sortie du domicile, de déception amicale ou amoureuse, de difficulté dans un début de projet

professionnel... Tous ces événements peuvent être vécus par le patient et sa famille comme des échecs profonds qui renforcent l'attitude de retrait social et donc maintiennent la situation familiale telle quelle. Par ce retrait, le cycle de vie est bloqué et le temps se fige au sein du système familial. Même si les autres membres de la fratrie quittent le domicile et fondent leur propre famille, comme c'est le cas pour la sœur de Victor qui est devenue maman d'une petite fille, la présence du patient en retrait social au domicile empêche l'avancée et la maturation naturelle du système familial.

Cette impression de temps figé, d'immutabilité est clairement mise en lumière par les thérapeutes familiaux en séance, que ce soit dans la famille de Victor comme dans celle de Louis. De la même façon, les thérapeutes en hospitalisation remarquent chez les deux patients une résistance au changement ainsi qu'une passivité importante. Ces comportements suscitent parfois des réactions contre-transférentielles chez certains soignants qui peuvent y voir un manque de volonté ou une attitude passive-agressive de la part des patients.

5) Héritages parentaux et individuation, un conflit transgénérationnel

Comme évoqué précédemment, le jeune adulte pour s'autonomiser doit passer par un processus de bilan et de tri des héritages familiaux afin de choisir ceux qui lui correspondent et dont il accepte de rester porteur. A contrario, il va chercher à se séparer de certains côtés de cet héritage familial qu'il ne souhaite pas conserver en tant qu'adulte individualisé et autonome. Cette étape est cruciale dans le développement de chaque adolescent puisqu'elle permet la construction de son identité propre qui lui permettra par la suite de quitter le domicile familial sans risque.

Ce processus de tri est évidemment sujet à différentes pressions familiales et dépend fortement du type de relation que l'adulte en devenir entretient avec sa famille ainsi que celle que ses parents entretiennent avec leurs propres familles d'origine. Un parent qui n'a pas réussi à se dissocier de sa famille d'origine aura du mal à accepter le besoin d'autonomie et d'indépendance de son enfant. [23] Or, pour que le jeune adulte se permette de s'individualiser, il faut qu'il sente que la relation avec sa famille n'est pas mise en danger par cette différenciation. Si ses propres parents n'ont pas su ou pu se permettre de s'individualiser durant leur jeunesse, comment peuvent-ils transmettre à leur enfant un sentiment de confiance et comment celui-ci peut-il être sûr que le lien affectif sera maintenu malgré sa différenciation ?

Cette période de vie de l'enfant en cours de transition vers l'âge adulte renvoie aussi bien souvent les parents à leurs propres difficultés familiales concernant les processus d'individuation et peut réactiver des conflits familiaux dans les générations précédentes. A partir de cette lecture, le retrait social du jeune adulte peut être compris comme une manière de protéger ses parents contre leurs propres familles. Le cas de Victor semble parlant à ce sujet. Dès le début de la thérapie, les histoires d'autonomisations parentales sont explorées par les thérapeutes. Le père de Victor se présente lui-même comme ayant été « aveuglé » par sa propre mère étant plus jeune, mère envers laquelle il reste paradoxalement encore très loyal malgré son décès. Cette loyauté semble être la source d'une colère sourde chez lui, accentuée par un comportement d'aconflictualité dans lequel il est pris depuis son enfance, probablement dans le but de ne pas irriter cette mère qui semble avoir exercé une emprise puissante sur lui.

La mère de Victor a, quant à elle, eu le rôle de soignante vis-à-vis de sa propre mère, atteinte d'une silicose. Elle évoque cette position comme résultant d'un « devoir d'enfant » au sein d'une relation mère-fille décrite comme fusionnelle. Dernière d'une fratrie de trois, elle caractérise son rôle dans la famille comme sacrificielle, « le bâton de vieillesse » de ses parents, au chevet de sa mère, permettant à ses frère et sœur de s'autonomiser. Sa prise d'autonomie a dû être le théâtre d'un puissant conflit de loyauté. Le poids du sacrifice comme valeur familiale est pointé par les thérapeutes qui essaient de mettre ces histoires parentales en perspective avec le comportement actuel de Victor. En effet, alors que ses parents n'ont pas su élaborer et maturer une plus juste distance avec leurs parents, l'étape d'autonomisation de Victor vient mettre en lumière leurs failles et les difficultés qu'ils n'ont pas su dépasser eux-mêmes. Un mythe familial concernant les processus d'autonomisation semble alors se dessiner autour de cette incapacité à se séparer en confiance de ses figures parentales. Reste alors deux choix : la rupture ou rester à la maison, au prix du symptôme.

6) La famille « classique » d'un jeune hikikomori

Selon Maïa Fansten et Cristine Figueiredo, respectivement sociologue et anthropologue, les familles de patients hikikomori ont des caractéristiques communes. Ces caractéristiques sont bien évidemment à prendre avec du recul, chaque famille ne correspondant pas sur tous les critères à cette description. Néanmoins, il est intéressant de remarquer les points communs entre les modèles familiaux, qui peuvent donner aux thérapeutes des indications sur le fonctionnement relationnel dans son ensemble. Ces caractéristiques sont les suivantes [26] :

- désorganisation symbolique de la place de chacun
- figure du père souvent absent

- lien resserré autour de la mère
- défaillance de la fonction maternelle contenante
- père décrédibilisé par la mère
- extérieur perçu comme dangereux ou inaccessible

Dans la famille de Victor, chacune de ces caractéristiques sont retrouvées au fil de la thérapie familiale. La dépression chronique de la mère est pointée par les thérapeutes, ainsi que les rôles de « gardes du corps » pris par Victor et sa sœur autour de cette mère perçue comme fragile et malade par l'ensemble de la famille. Il est noté par les thérapeutes que lorsque la mère présente plus de symptômes évocateurs de sa souffrance, les liens familiaux ont tendance à se resserrer. Victor et Amélie prennent chacun de manière spontanée un rôle de soignant vis-à-vis de leur mère, ce qui n'est pas sans rappeler le schéma mis en place par leur mère avec sa propre mère atteinte d'une maladie pulmonaire.

Le père est quant à lui régulièrement mis à l'écart (voire se met lui-même à l'écart) en séance, que ce soit par son épouse qui discrédite ses compétences de soignant auprès d'elle (« il ne voit pas les petits signaux ») ou par ses enfants qui disent « on n'a jamais vu notre père régler un problème. ». Par cette absence de prise de rôle paternel par le père de famille, les places symboliques de chacun semblent beaucoup moins claires. Le fils reste auprès de sa mère comme s'il était son époux, la fille prenant le rôle de mère ou de sœur.

En séance, le couple parental oscille entre un discours rempli d'attente concernant les institutions, médicales ou administratives et une passivité extrême, voire une réclusion. Le système familial semble fonctionner en vase clos, le monde extérieur pouvant être perçu comme menaçant. Cette attitude est la même que celle

présentée par Victor au cours de ses différentes hospitalisations. Les thérapeutes pointent ce fonctionnement à la famille et invitent ensuite les membres du système à engager un changement et à passer « des paroles aux actes ». C'est à partir de cette proposition que la thérapie est arrêtée par la famille qui ne prend pas de nouveau rendez-vous.

Concernant la famille de Louis, le schéma familial est légèrement différent. Le père est absent puisqu'il est décédé plusieurs années auparavant d'une chute compliquée d'une septicémie. Sa présence, telle un « fantôme » est cependant toujours active puisque ses cendres sont gardées au fond d'un placard dans la maison familiale et que son décès brille par le fait qu'il ne soit jamais spontanément évoqué par les membres de la famille. Face à ce tabou, les membres de la famille semblent mettre en place des pseudo-conflits permanents afin d'éviter d'évoquer ce décès. Les séances de thérapie familiale permettent d'esquisser l'histoire paternelle : cet homme qui souffrait d'une addiction à l'alcool depuis plusieurs années était enseignant en anglais. Lui et son épouse rêvaient d'acheter une péniche et de s'installer dedans avec leurs enfants. Leur rêve était devenu réalité quelques années avant son décès malgré la situation financière difficile du couple à cette époque. Au fil des entretiens, la notion d'une potentielle maltraitance est évoquée et confirmée par les discours de chacun. Les membres de la fratrie racontent effectivement des épisodes vécus dans leur enfance s'apparentant à des faits de négligence dans un premier temps. Par la suite, les violences verbales de la part du père de famille sont abordées ainsi que les épisodes récurrents d'alcoolisation aiguë, source d'angoisse pour la fratrie. La parole se libère alors peu à peu pour Louis et ses sœurs, qui racontent avec émotion les plans échafaudés lorsqu'ils étaient enfants pour ne pas être séparés si un placement

en foyer venait à être décidé les concernant. La mère verbalise alors à propos de sa vie en tant qu'épouse d'un mari souffrant d'alcoolisme chronique et des difficultés relationnelles que cela avait engendré. Ayant toutes ces informations en mains, l'hypothèse d'un sentiment de soulagement lors du décès du père de famille peut être abordée en thérapie, entendue par les membres de la famille et considérée comme une éventualité.

Dans ce schéma familial, plusieurs hypothèses peuvent être avancées : le père apparaît décrédibilisé en raison de sa pathologie et de sa violence. La mère ; comparée en séance par les thérapeutes à un sphinx, observe silencieusement ses enfants se disputer avec une grande distance et sans montrer la moindre émotion. Avec cette attitude, associée à sa présentation physique (madame a une canne et boîte), elle semble montrer aux thérapeutes qu'elle ne peut assumer un rôle de base suffisamment solide pour offrir la contenance et donc une sécurité nécessaire à l'autonomie sereine des enfants.

7) Le retrait comme protection des figures parentales

« Le thérapeute doit d'abord admettre comme préalable primordial qu'une conduite anormale et insensée est fondamentalement protectrice. » [24] Si on considère cette hypothèse systémique selon laquelle le symptôme d'un membre de la famille a une fonction au sein de cette famille, la question peut se poser du rôle que prend le patient en retrait social au sein de son système familial et de la fonction de ce retrait. Selon Jay Haley « il existe un moyen pour le jeune de stabiliser sa famille. Il consiste à développer un problème invalidant qui le transforme en raté et l'oblige à continuer à avoir besoin de ses parents. La fonction de l'échec est de permettre aux parents de continuer à échanger à travers le jeune, et à son propos, si bien que la structure ne

se modifie pas. » [24]

Ayant vu plus haut le principe des cycles de vie ainsi que les présentations des fonctionnements familiaux de Louis et Victor, nous pouvons avancer des hypothèses concernant le rôle protecteur du comportement des jeunes patients pour leur figures parentales : ce retrait social, en bloquant le cycle de vie durant lequel, normalement, l'adolescent s'individualise et quitte le domicile familial, a permis au couple parental d'éviter l'épreuve de se retrouver à nouveau en tête-à-tête et d'interroger la situation du couple conjugal.

Le comportement de l'adolescent en retrait peut provoquer des réactions plus ou moins fortes chez les parents. Ceux-ci peuvent se mettre au travail ensemble afin de trouver des solutions pour aider leur enfant, ce qui renforce leur lien. Cette situation peut permettre un rapprochement entre les deux parents et ainsi masquer des différends au sein du couple.

A contrario, cette même situation peut accentuer des conflits déjà latents entre les deux parents, voire provoquer des situations susceptibles de conduire à la rupture si les deux partis ne trouvent pas d'accord concernant l'attitude à adopter avec leur enfant en retrait social.

Concernant la situation de Victor, il semblerait que son retrait social ait eu comme conséquence un rapprochement de ses parents. Ceux-ci ont réussi à trouver un accord et tiennent un discours commun devant les soignants concernant l'état de leur fils et leur implication. Même si l'état du couple conjugal n'a pas été abordé en thérapie familiale, les attitudes de chacun des deux parents laissent supposer des conflits latents. Le poids des héritages familiaux semble peser sur le couple et les rôles de soignants que Victor et sa sœur prennent auprès de leur mère laissent à

penser que cette place, qui pourrait être prise par le père en tant qu'époux soutenant de madame, est laissée vacante.

Le retrait social de Victor semble aussi avoir une fonction protectrice envers sa mère isolément du couple, puisqu'ils alternent tous les deux les rôles de malade et de soignant l'un envers l'autre, Victor étant victime de migraines et d'incapacité à sortir du domicile, sa mère présentant des symptômes de dépression. Via ce fonctionnement, la mère de Victor continue à lui être indispensable dans sa vie quotidienne à l'heure où elle devrait normalement faire face à l'inévitable séparation qu'accompagne la prise d'autonomie de ses enfants. Ce sentiment d'utilité maternante auprès de son fils lui permet de ne pas sombrer dans les symptômes dépressifs, en jouant par ailleurs un rôle de revalorisation narcissique chez cette dame qui semble avoir une faible opinion d'elle-même.

Concernant le cas de Louis, il semblerait que le retrait social participe à l'homéostasie du système dans son ensemble. De la même manière que pour Victor, l'absence de prise d'autonomie de la part de Louis permet à sa mère de ne pas rester seule alors que ses deux filles aînées commencent à quitter le domicile. En effet, le début des symptômes de Louis correspond à une période durant laquelle sa sœur aînée projette de quitter le domicile familial pour s'installer seule alors que sa seconde sœur est en première année d'études supérieures et commence à évoquer l'idée de partir en Erasmus durant une année dans un pays étranger. L'hypothèse des thérapeutes est que le comportement de retrait présenté par Louis peut être vu comme un sacrifice de sa part, permettant à ses sœurs de s'autonomiser tandis qu'il reste au domicile auprès de sa mère. Ce retrait de Louis et l'inquiétude qui en découle ont ainsi un effet « bénéfique » pour le système puisqu'ils provoquent un

mouvement de rassemblement familial. Les deux sœurs se questionnent sur son état de santé ainsi que sur la capacité de leur mère déjà fragile à assumer ce fils « malade ». Durant les séances de thérapie familiale, l'état de santé psychique de la mère de famille peut être pointé par les enfants et nommé : dépression. L'intérêt d'une prise en charge par des professionnels de santé peut alors être abordé avec, comme perspective, la libération progressive de leur rôle de soignant et l'autonomisation de chacun.

8) Le poids des non-dits

Dans les familles respectives de Louis et Victor, le sentiment de solitude intense apparaît frappant. Les thérapeutes utilisent dans ces deux prises en charge l'expression « plusieurs solitudes ensemble » pour caractériser leur ressenti face aux membres de la famille. Cette sensation de solitude va de pair avec un sentiment de « faux-self », de « pseudo-conflits », qui semblent vouloir détourner l'attention des problèmes véritables.

Dans la famille de Louis, après avoir évoqué l'addiction à l'alcool du père et le contexte de violence intra-familiale qui sont déjà des traumatismes familiaux forts, de nouvelles informations sont révélées peu à peu par les enfants de la fratrie. Rose évoque sa tentative de suicide à l'âge de 16 ans, âge identique à celui du retrait social de son frère. Louis profite de la thérapie familiale pour verbaliser à l'ensemble de la famille ainsi qu'aux thérapeutes des attouchements subis à l'âge de 7 ans, provenant de sa sœur aînée âgée alors de 13 ans. Il précise qu'à ce moment, sa deuxième sœur était au courant de ces faits et qu'elle avait essayé de prévenir ses parents qui seraient restés sourds à son appel. Rose, à la suite, verbalise quant à

elle avoir également subi des attouchements de la part de l'un de ses professeurs de collège durant une année scolaire à cette période sans n'en avoir jamais parlé à personne. Cette séance très riche semble avoir enfin permis aux membres de la famille d'évoquer directement leurs traumatismes sans chercher à détourner l'attention des thérapeutes par des pseudo-conflits. Lors de la séance suivante, ces sujets sensibles ne seront cependant pas abordés par la famille, qui passera sous silence les graves révélations faites précédemment, probablement dans le but de ne pas déséquilibrer le système familial. Cette manière systématique d'éviter de communiquer autour des sujets difficiles sera pointée par les thérapeutes et entendue par les membres de la famille.

Dans la famille de Victor, de la même manière que dans celle de Louis, les choses importantes sont tues. En effet, cela apparaît de manière flagrante lorsque Victor évoque durant les séances qu'il n'a appris que très récemment que sa sœur avait été atteinte d'un cancer durant son adolescence, cancer pour lequel elle avait dû être opérée sans qu'il soit informé. De la même façon, la tentative de suicide d'Amélie à l'âge de 16 ans est évoquée, de manière succincte, sans que les thérapeutes ne puissent vraiment aborder les raisons qui ont poussé cette jeune fille à effectuer ce geste ni les conséquences que cela a pu avoir sur le reste de la famille. Les relations entre Victor et sa sœur se seraient pourtant distendues après ce passage à l'acte, pour n'être plus réduites qu'aux moments de visite d'Amélie à ses parents, le frère et la sœur n'ayant quasiment aucun contact en dehors du domicile parental.

Cette révélation sur l'absence de communication au sein de la famille à propos des sujets les plus graves donne des explications aux thérapeutes sur cette sensation d'angoisse d'anticipation permanente qu'ils ont pu déceler chez Victor. Il semblerait

en effet que les parents de Victor aient considéré qu'il valait mieux ne pas l'informer du cancer de sa sœur ni de son opération. Cependant, il est évident que Victor a ressenti les angoisses de chacun tout comme le poids du secret et qu'il a imaginé, de manière plus ou moins consciente, les pires scénarios. Peut-être s'est-il aussi demandé pour quelle raison on le maintenait à l'écart d'un événement important, se culpabilisant probablement de ne pas être suffisamment fiable pour être mis dans la confiance. Dans ce contexte, son retrait social peut aussi être vu comme un moyen simple et sûr de ne jamais quitter le domicile familial, afin de pouvoir veiller sur chacun des membres de la famille et de ne pas rater d'information importante à propos de leur état de santé, comme si la mort rôdait et pouvait survenir à tout moment, de manière brutale et inattendue.

Dans ces deux familles, les échanges entre les membres de la fratrie entre eux semblent limités et toujours triangulés par les parents. Les échanges directs sont très pauvres. L'un des objectifs de la thérapie familiale pourrait être de permettre aux individus de la fratrie de s'émanciper de ce joug parental et de construire une nouvelle relation fraternelle directe. Cependant, accéder à cela nécessite que le parent en question soit suffisamment solide pour accepter de ne plus être nécessaire dans la relation qui lie ses enfants entre eux.

9) Reproduction de schémas transgénérationnels

Même si cela n'a pas été abordé en séance, il pourrait être pertinent de s'interroger sur la reproduction de schémas transgénérationnels de ce type, en particulier concernant les non-dits et les secrets de famille. L'âge de 16 ans semble être un âge charnière pour ces deux familles, Victor et Louis débutant leur retrait social à cet âge

alors que leurs sœurs aînées respectives ont toutes deux fait une tentative de suicide, dont les circonstances restent floues. Les thérapeutes pourraient questionner les parents sur leur adolescence et sur les événements traumatiques qu'ils ont pu vivre à cet âge, ainsi que ce qu'ils savent sur les jeunesses de leurs propres parents et grands-parents. Il n'est pas rare de rencontrer des jeunes en psychiatrie souffrant de troubles psychiques qui semblent « sans explication ». Une recherche approfondie concernant les histoires familiales peut éventuellement révéler un traumatisme parental ou grand-parental jusque là tui. Il est actuellement prouvé que les traumatismes peuvent se transmettre sur plusieurs générations. [27] A partir de la mise en mots du traumatisme par les générations précédentes, l'adolescent peut alors mettre des mots sur son propre malaise et s'en libérer peu à peu.

10) Le retrait comme agressivité passive envers les figures parentales, seul moyen de lutter contre les injonctions paradoxales

L'injonction paradoxale remplit les critères suivants :

- 2 ou plusieurs personnes sont dans une relation intense qui a une grande valeur, au moins pour l'une des personnes.
- Le message est structuré de sorte qu'il affirme quelque chose tout en affirmant quelque chose sur sa propre affirmation alors que ces deux affirmations s'excluent mutuellement.
- Le récepteur du message est mis dans l'impossibilité de sortir du cadre fixé par ce message.

Parmi les réactions possibles face aux injonctions paradoxales, on retrouve celle de

se retirer du jeu et bloquer les voies de communication, ce qui semble être une des voies choisies par les patients hikikomori. [28]

Dans les deux familles suivies en thérapie familiale, de nombreuses injonctions paradoxales sont retrouvées dans la communication entre les différents membres de la famille, en particulier concernant l'autonomisation de Victor et Louis.

Dans la famille de Louis, l'attitude maternelle est petit à petit remise en question par les membres de la fratrie qui mettent en avant des injonctions paradoxales dans le discours maternel. En effet, leur mère leur « ordonne » de quitter le domicile familial et de s'émanciper tout en verbalisant des idées suicidaires à l'évocation de sa propre solitude, mettant de ce fait ses enfants dans une situation d'impasse où ils ne pourront jamais la satisfaire pleinement quelle que soit leur décision. L'attitude de Louis avec sa mère, de type passive-agressive, peut être interprétée comme une des réactions possibles face à la tension interne provoquée par cette injonction paradoxale, lui-même envoyant des signaux paradoxaux du même ordre par son retrait complet au domicile familial. De la même façon, ses sœurs lui envoient aussi des messages paradoxaux concernant son autonomisation puisqu'elles tiennent un discours officiel pressant leur frère à s'individualiser, lui reprochant son retrait social tout en lui montrant leur inquiétude concernant l'état de leur mère, renforçant de ce fait l'idée que celle-ci n'est pas capable de rester seule.

Dans la famille de Victor, les injonctions paradoxales concernant l'autonomisation sont du même type. Entre la demande officielle de Madame lors la première prise de rendez-vous qui est que son fils prenne enfin son indépendance et le schéma familial de position soignante des enfants vis-à-vis de leur mère en souffrance, le choix est

impossible. Risquer de quitter le domicile, c'est risquer de laisser leur mère malade avec un père perçu comme incompétent.

Par leur retrait social, les deux jeunes hommes répondent de manière simple aux injonctions paradoxales maternelles et cette réponse peut être schématisée de la sorte :

Discours maternel	Réponse
« autonomise toi ! »	« je n'ai pas besoin d'être en contact avec toi. »
« si je me retrouve seule, je meurs. »	« je suis en permanence à la maison. »

11) L'adaptabilité des familles de patient hikikomori

Dans quasiment toutes les premières rencontres entre soignants et famille de patients hikikomori, un des sentiments prédominants plus ou moins verbalisé par les familles est celui de la honte. Même si cette notion de honte est très fortement présente au Japon, résultat d'une pression sociale forte, il semblerait qu'elle soit aussi extrêmement présente dans les familles françaises. En effet, ne pas réussir à expliquer le comportement de son enfant ni à l'aider sans qu'il ne soit « officiellement malade » est une situation très particulière pour les proches qui se sentent généralement impuissants et incompris par le monde extérieur, représenté par le corps médical, les institutions et l'entourage amical. Ce sentiment de honte provoque petit à petit un enfermement de la famille sur elle-même, la maison prenant peu à peu la même forme que la chambre du jeune hikikomori : figée dans le temps et ne laissant entrer personne. Au Japon, ce phénomène est appelé « le double hikikomori », incluant le retrait du jeune mais aussi de toute la famille. Il semblerait que, par son enfermement, le jeune hikikomori prend petit à petit le pouvoir sur le

fonctionnement familial. Les parents se plient bien souvent à ses exigences les plus diverses : préparer les repas à l'avance et les mettre au frais pour que leur enfant puisse manger quand il le souhaite et le prévenir via une sonnette ou un code spécial lorsqu'il peut venir chercher son plat, lui acheter un nouvel ordinateur dernier cri pour qu'il puisse continuer à jouer plusieurs heures par jour, le prévenir par un code spécial lors de l'utilisation de la salle de bain afin que celui-ci puisse n'y aller que lorsqu'il est sûr de ne croiser personne.

« Plus les jeunes gens à problèmes sont démunis et handicapés, plus ils sont dominateurs dans la famille. Les parents, eux-mêmes divisés, sont incapables d'exercer leur autorité, et le jeune a tendance à décider ce qui doit se passer. » [24]

Cette adaptabilité extrême de la famille à la tyrannie du patient hikikomori n'est pas sans rappeler les schémas qui se mettent bien souvent en place de la même manière dans les familles dont l'un des membres souffre d'une problématique addictive ou d'un trouble du comportement alimentaire.

12) Symptôme tournant et homéostasie en thérapie familiale

Nous avons vu plus haut la fonction que pouvait prendre le comportement de retrait social chez les jeunes hikikomori dans le système familial, le but étant que ce dernier reste stable. Dans tout système humain, il existe, lors de changement interne ou externe au système pouvant provoquer un déséquilibre de celui-ci, un mouvement inverse créé par l'intérieur du système (en l'occurrence les membres de la famille) dans le but de faire retrouver au système son état d'équilibre antérieur. Cette notion d'homéostasie du système familial est une extension de l'homéostasie décrite en biologie qui se définit comme « processus de régulation par lequel l'organisme maintient les différentes constantes du milieu intérieur (ensemble des liquides de

l'organisme) entre les limites des valeurs normales ». [29]

Durant la thérapie de la famille de Louis, Capucine semble porter le rôle de garante principale de l'homéostasie du système, alternant des comportements ouvertement agressifs envers ceux qui pourraient menacer l'équilibre familial (sa sœur et les thérapeutes) et des attitudes maternantes envers les autres membres du système.

Comprenant le principe d'homéostasie, on peut facilement concevoir l'idée que, si le « patient désigné » guérit de ses symptômes alors que ceux-ci participent à l'équilibre familial, il est possible qu'émergent d'autres symptômes chez lui ou chez l'un des membres de la famille, dans le but de maintenir l'équilibre global du système.

Dans la famille de Louis, le symptôme présenté en début de thérapie semble se déplacer et prendre différentes formes entre les membres de la famille. Rose est la première à être « le nouveau patient désigné » lorsque Louis est dans une phase où les sorties en extérieur sont moins difficiles et qu'il reprend les cours. Alors qu'elle s'autonomise et vit la moitié du temps à l'extérieur, elle est pointée alors par sa sœur et son frère comme « dépressive », « ayant un problème d'alcool », voire comme « trahissant la famille ». Ponctuellement, c'est la mère qui est désignée par ses enfants comme « ayant besoin de soins », « déprimée ». Ayant connaissance de l'histoire de la famille et des troubles présentés par chacun des membres (tentative de suicide, dépendance à l'alcool, attouchements intra-familiaux, dépression), l'hypothèse peut être faite selon laquelle le retrait social de Louis ne serait qu'un symptôme familial parmi tant d'autres, venant mettre en avant de façon différente une souffrance familiale beaucoup plus ancienne. Lors d'une séance de thérapie familiale, Capucine dit « depuis que Louis va mieux, la situation est bloquée. »,

comme pour illustrer l'importance du symptôme de Louis dans le fonctionnement familial.

Dans une émission de télévision (Tout Le Monde En Parle) où des familles d'individus en retrait social viennent témoigner, une mère de famille explique que son fils aîné a eu le même comportement de retrait au même âge que celui présenté par sa fille cadette, reproduisant un symptôme qui semble alors lié au fonctionnement familial et non à une problématique individuelle.

De la même façon, la sœur d'un patient en retrait depuis 2 ans explique ne pas être surprise par l'attitude de son frère, ayant elle même eu à plusieurs reprises cette envie de s'isoler du monde extérieur. Elle exprime même un sentiment envieux envers ce frère qui, selon elle, fait toutes les choses qu'elle pense à faire, n'osant pas passer à l'action. [30]

13) Fonctionnalité familiale d'un diagnostic médical de hikikomori

Après avoir longuement développé l'analyse systémique des familles de ces jeunes patients hikikomori ainsi que la fonction que peut avoir leur comportement pour le système, l'intérêt d'un diagnostic médical au sein de la famille peut être évoqué. Le retrait social actif, ou hikikomori, n'est à ce jour pas reconnu comme un diagnostic médical et est encore peu connu par les professionnels de santé.

Le fait de poser un diagnostic médical n'est pas un acte anodin et peut avoir de lourds impacts sur les individus soignés ainsi que leurs proches, selon ce que ce diagnostic implique dans l'imaginaire de chacun et dans l'imaginaire collectif du système familial.

Dans la famille de Victor, il a été décrit plus haut ce schéma transgénérationnel selon lequel chaque génération compte une personne malade, le fonctionnement familial s'articulant autour de celle-ci. Un diagnostic médical de hikikomori posé sur son comportement pourrait ne faire que reproduire ce schéma, maintenir cette croyance familiale autour de la maladie ainsi que la famille dans cette immuabilité présente déjà depuis plusieurs mois voire plusieurs années. Au cours de la thérapie familiale, est émise l'idée par les thérapeutes d'entamer les procédures afin que Victor puisse bénéficier d'une RQTH (Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé) voire de l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) devant ses grandes difficultés à sortir du domicile et s'engager dans la vie active. Cette proposition n'est pas saisie par la famille.

Dans la famille de Louis, il semblerait que chaque personne désignée comme malade (la mère ayant fait un épisode dépressif, Rose « ayant un problème d'alcool » selon son frère et sa sœur, le père ayant une dépendance à l'alcool) soit pointée du doigt comme personne symptôme du système familial, responsable du mal-être ambiant et des difficultés de communication intra-familiales. Poser un diagnostic médical sur le comportement de retrait de Louis l'exposerait donc potentiellement à une culpabilité pérenne au sein de la famille.

Puisque le diagnostic de hikikomori n'existe pas actuellement en France, les réactions familiales ainsi que les ré-arrangements relationnels conséquents de l'annonce diagnostique ne peuvent qu'être imaginés. Il est possible que le fait qu'un diagnostic médical soit posé sur l'enfant symptôme de la famille permette une nouvelle mobilisation des figures parentales autour de cet enfant malade, laissant de

côté les reproches qui lui avaient été faits auparavant et laissant place à un entourage plus aidant, le comportement atypique du jeune étant en quelque sorte justifié par cette « maladie » et perçu comme « plus légitime ».

Du point de vue du couple parental, le diagnostic médical peut, en provoquant la mobilisation parentale, provoquer également un rapprochement des conjoints qui doivent s'accorder afin d'accompagner au mieux leur « enfant malade ». De ce fait, le diagnostic médical peut prendre la fonction de « ciment » du couple, surtout s'ils ont des difficultés à laisser place à leur vie conjugale à l'opposé de leur vie parentale.

A contrario, si le couple a déjà des difficultés à gérer la situation avec son enfant en retrait et ne s'accorde pas sur une ligne de conduite, le fait de poser un diagnostic médical peut renforcer ces difficultés et provoquer une alliance forte entre un parent soignant et son enfant contre le second parent, qui est statistiquement, dans les familles de patient hikikomori, le père. [5]

IV/ Vision systémique élargie à la société

1) Historique de l'enfermement à travers les siècles

Le retrait social semble avoir toujours existé au sein des populations humaines. L'Inde Antique comptait déjà des ermites, ou anachorètes (du grec *Anakhôrein* qui signifie se retirer) pour lesquels une vie spirituelle riche venait de solitude et de recueillement. Au IV^{ème} siècle avant J-C, le philosophe Diogène de Sinope décide de mener une vie isolée, rejetant avec force toute convention sociale, prônant le dénuement afin d'accéder à une liberté totale. Il vit alors dans la rue, dormant dans une grande amphore et se nourrissant de ce qu'il trouve au sol. Ce phénomène de retrait social actif est retrouvé ensuite au IV^{ème} siècle de notre ère, en Syrie, où il est choisi par certains individus comme un acte de pénitence et de chrétienté absolu. Il consiste alors en un retrait au monde, une vie d'ascète, souvent dans des espaces restreints, l'objectif étant l'accès à un niveau spirituel plus élevé. Entre le X^{ème} et le XIII^{ème} siècle, l'engouement des croyants pour cet acte de rédemption devient majeur, particulièrement à la suite de l'ouvrage de l'Abbé Aelred de Rielvaux *L'Amitié Spirituelle* qui provoque une vague de réclusion, en particulier chez les femmes, pour des raisons mystiques ou pour racheter une « mauvaise vie ». Ces réclusions se font alors proches des églises, dans des monastères et sont parfois doublées d'un vœu de silence. Actuellement, il n'existe pas de chiffre officiel concernant les personnes « ermites » en France mais elles sont estimées à quelques centaines et s'inscrivent dans la communauté religieuse.

Au Japon en 1932 apparaît le concept de « taijin-kyofu » ou phobie de la situation interpersonnelle qui décrit un malaise grandissant au sein de la société nippone dans laquelle les individus semblent craindre de manière croissante les relations avec autrui. Par la suite, dans les années 1970 apparaît la « student apathy » qui désigne

des étudiants qui abandonnent leur cursus universitaire. Ce n'est qu'un retrait social partiel puisqu'il ne concerne que le domaine scolaire.

Le retrait social semble prendre différentes formes et épouser différentes causes au fil des siècles. Selon Cristina Figueirido, anthropologue, le retrait social a toujours existé. Il prend la forme que nous connaissons sous le nom « hikikomori » en conséquence des modifications sociétales qui permettent actuellement aux familles des personnes concernées de les entretenir financièrement, rendant le phénomène plus visible qu'il n'était auparavant.

2) Changements sociétaux récents et trans-culturalisme

a) Au Japon

L'un des mythes fondateurs de la religion shintoïste est celui de la déesse du soleil Amaterasu. Celle-ci, excédée par les conflits récurrents avec son frère, décide de se retirer dans une grotte dont elle scelle l'entrée, plongeant l'univers dans la pénombre. Cette légende évoque la fuite et le retrait comme mode de défense répandu au Japon, qui est d'autre part un pays imprégné de la philosophie bouddhiste pour laquelle le détachement et l'ascétisme sont une des voies majeures d'accès à la béatitude.

Durant la seconde moitié des années 1950, l'école change au Japon et se veut d'un égalitarisme absolu. Tous les individus y suivent exactement les mêmes règles, sont habillés de la même manière et subissent la même pression. Elle est censée représenter une société sûre, rassurante, uniforme, monolingue et mono-ethnique, ce qui, potentiellement, peut empêcher l'apparition de la diversité propre à l'adolescence. Il est à noter que, pour les enfants immigrés ou élevés à l'étranger, des écoles spéciales sont dédiées, gérées par des organismes municipaux ou des

associations. « Il y a de la place pour un sujet, mais un sujet qui a perdu sa dimension spécifique [...] c'est devenu un sujet entier, compact, non divisé. » [31]

A la fin des années 1990, le Japon traverse une grave crise économique et de nombreux japonais se retrouvent sans emploi. Les étudiants et les jeunes adultes voient leurs opportunités professionnelles se réduire dans une société qui prône la réussite par le travail, en particulier pour les garçons. La pression sociale, parentale et professionnelle y est lourde, entraînant de nombreux cas de surmenage et de refus scolaire anxieux. Cette crise économique correspond à l'époque des premières descriptions de hikikomori par le psychiatre Saïto. C'est aussi l'époque d'expansion des NEET et des friters. Cette jeunesse qui se comporte différemment des générations précédentes attire le regard. Les jeunes adultes restent plus longtemps chez leurs parents, ne cherchent pas forcément de travail et semblent avoir moins développé le goût de l'effort que leurs prédécesseurs.

Le concept d'*amae*, développé par le psychiatre Takeo Doi [32] désigne la co-dépendance particulière des mères à leurs fils dans la culture japonaise, à l'image de la société nippone collectiviste dans laquelle les individus sont inter-dépendants. Ce lien fusionnel mère-fils est fréquemment décrit dans les familles de patients hikikomori.

b) En France

La société post-moderne a vu le monde du travail se métamorphoser. Le passage d'un modèle paternaliste (dans lequel un homme commandait les autres qui devaient effectuer une tâche précise), qui peut rapidement glisser vers un modèle dictatorial, à un modèle « américanisé » de « self made man » (dans lequel l'individu peut prendre

en charge sa propre réussite mais doit pour cela être multi-tâche et faire preuve d'autonomie) a profondément bouleversé les attentes sociales pesant sur les individus dans leur vie professionnelle. [4] « comme le dit au milieu des années 1980 un groupe de médecins de la région parisienne : la déprime a tendance à se substituer aux angines dans l'absentéisme des salariés. Le travail a commencé à changer. C'est le culte de la performance. »

Ces attentes ne sont plus celles d'un « bon travailleur » qui sait faire ce qu'on lui demande mais bien d'un individu autonome, dynamique, volontaire et épanoui. Cette injonction au bonheur est d'autant plus paradoxale qu'elle intime aux individus un bonheur « standardisé ». Les notions même de bonheur, d'épanouissement et de développement personnel sont dictées à chacun.

Afin d'accéder aux postes convoités qui symbolisent la réussite sociale, la durée des études supérieures s'est globalement allongée, impliquant pour le jeune adulte une prolongation de sa dépendance financière à ses parents, ce qui gêne son accès à cette autonomie placée au sommet de toutes les vertus. Cette pression sociale pour les études supérieures de longue durée vient entrer en conflit avec celle intimant aux individus une indépendance totale et rapide. Ce schéma rappelle celui des injonctions paradoxales qui place le jeune adulte dans une situation sans issue satisfaisante possible.

Le monde du travail n'a pas été le seul à être bouleversé. « L'enfant est devenu, avec l'évolution de la société, comme le but d'un couple, l'accomplissement de celui-ci, au même titre que la réussite professionnelle. Cet enfant doit être beau, intelligent, en santé... et ne pas poser de problème. » [17] La société moderne occidentale pose l'enfant du couple au centre de la famille. Il va symboliser, en

quelque sorte, la réussite du couple. L'évolution des connaissances scientifiques concernant la petite enfance a mis en évidence l'importance des interactions parents-enfants dans le développement du psychisme de l'enfant. Cela a pu améliorer la reconnaissance ainsi que les accompagnements soignants et sociaux des familles en difficulté. Cependant, cette évolution conduit aussi à une certaine forme de pression sociale sur la famille concernant le bien-être de ses enfants, ce bien-être étant « évalué », entre autres, via leur réussite scolaire. Ainsi, avoir un enfant en retrait social peut être synonyme « d'échec » pour la famille.

Le domaine médical a lui aussi subi de nombreuses modifications. La société post-moderne a vu de nombreuses « nouvelles pathologies » apparaître. En 1975, l'American Academy of Pediatrics propose le concept de « nouvelle morbidité » pour désigner les problèmes non infectieux dont le nombre s'accroît et qui touchent les enfants et leurs familles, désignant une morbidité comportementale. « Cette intrication du médical et du social qui caractérise la nouvelle morbidité représente une reconceptualisation de la santé *en général* : via la santé mentale, les relations sociales sont au cœur de la santé [...] Le statut du symptôme d'abord : le trouble mental est l'expression d'une difficulté liée à la socialisation et les critères du fonctionnement social deviennent essentiels – c'est l'ascension de l'axe 5 du DSM » [33]. La dimension sociale des troubles mentaux devient centrale dans l'étude et la prise en charge des patients. Les jeunes patients en retrait en sont un bon exemple.

c) Mondialisation, usage d'internet et transculturalisme

Le phénomène de mondialisation a, outre son intérêt économique, permis à de nombreux pays d'acquérir une porosité nouvelle à leurs frontières, rendant plus aisés

les échanges monétaires, commerciaux mais aussi culturels. La culture des pays voisins et de ceux de l'autre bout du monde ne paraissent plus hors de portée. L'arrivée d'internet et l'utilisation massive des ordinateurs et réseaux sociaux par toutes les tranches de la population rendent possibles les échanges rapides d'informations et ce avec n'importe quel individu sur la planète. Ce phénomène de mondialisation s'étend à tous les domaines. La culture japonaise a, elle aussi, bénéficié de cet effet de mondialisation. Les mangas ont fait leur apparition dans les années 1980 en Europe et ont conquis une large partie de la jeunesse de l'époque.

[34]

Alors que le phénomène hikikomori était décrit à la base comme propre à la culture japonaise, il a rapidement été mis en évidence qu'il existait également en dehors du Pays du Soleil Levant. [8] Cependant, un délai supérieur à 10 ans existe entre les premiers rapports de cas japonais et européens. Il est possible que le phénomène hikikomori soit effectivement de base japonaise mais que ce dernier se soit propagé à de nombreux pays via l'usage d'internet, d'autant plus que les patients en retrait social de ce type sont, dans la majeure partie des cas, des utilisateurs quotidiens de ce type de média. De plus, une grande partie d'entre eux présente un intérêt particulier pour la culture japonaise.

3) Société post-moderne et absence symbolique du père

Depuis les années 1970, la société patriarcale a été le théâtre de changements majeurs via les différentes étapes d'émancipation des femmes. « 1970. La puissance paternelle est remplacée par l'autorité parentale, suppression de la notion de chef de famille. L'autorité parentale sur un enfant naturel est exercée *par la mère seule*, même si le père l'a reconnu. » [35] Le rôle masculin subit alors une crise sans

précédent. La famille qui, jusqu'à lors, était dirigée symboliquement par l'homme, se modifie.

« l'évolution de la société a permis une mutation de l'autorité paternelle en autorité parentale. Le rôle des parents devient alors comme des rôles de mère et mère-bis. L'enfant ne peut donc plus faire sa première expérience d'altérité, de rencontre avec l'autre dans une relation dissymétrique, de confrontation à la différence. Cela implique alors que tout exercice d'autorité peut être en conséquence considéré comme abusif, violent, destructeur pour le sujet. » [22]. Comme l'explique Jean-Pierre Lebrun, le rôle des pères change fondamentalement et cette restructuration des rôles de chacun vient remettre en question toute la notion d'autorité parentale, et en particulier paternelle. Celui qui représentait auparavant l'autorité devient acteur dans la vie de son enfant quasiment au même titre que la mère, à la différence qu'il y semble moins légitime. « Ainsi, nous sommes passés d'un monde borné à un monde -qui peut apparaître- sans limite. D'un monde orienté par la référence au Père, à un grand Autre qui avait la charge de rappeler la limite, nous avons migré vers un monde où c'est l'inexistence d'un grand Autre qui est la règle ». [22] L'absence symbolique du Père aurait pour conséquence de modifier les limites des individus et de leur donner l'illusion de leur absence.

Par ailleurs, le pouvoir, le discours paternel qui représentait auparavant la Loi à laquelle l'enfant se confrontait, a muté. C'est aujourd'hui la Science qui occupe cette place centrale, ses énonciations ayant valeur de Vérité et n'étant pas remises en question par les individus. Cette transformation des figures d'autorité ne permet pas aux adolescents d'y trouver un guide, un père symbolique contre lequel se rebeller et, à partir de cette rébellion, construire leur propre identité. Comment trouver sa place dans une société marquée par l'aconflictualité, l'absence de confrontation à

l'autorité ? Le retrait serait-il une manière « soft » de gérer cette absence de Père ? C'est la thèse soutenue par Jean Pierre Lebrun : « voilà aussi pourquoi nous soutenons que l'apparition de « nouvelles maladies de l'âme » a un rapport étroit avec ce fonctionnement social qui redouble la mère plutôt que de soutenir l'intervention tierce paternelle. » ; [22] « Sans limite, nous ne faisons pas groupe et nous ne disposons alors plus de ce qui nous permet de fonder un lien social et nous ne sommes plus que des uns à côté des autres. » Selon lui, l'absence de confrontation à l'autorité paternelle symbolique provoquerait un malaise dans la subjectivation, cela venant compliquer l'appartenance au groupe de pairs et, de manière plus générale, la vie en société. « A une norme transcendante à laquelle nous pouvions spontanément nous référer -que ce soit pour l'accepter ou pour la contester et la transgresser-, qui permettait à la société de se représenter une, s'est substitué le vœu de trouver une norme qui ne se réfère qu'à elle-même. » [22] L'absence de limite constituée, délimitée par une autorité supérieure, renvoie l'individu, et en particulier l'adolescent, à ses lacunes en terme de construction psychique de ses propres limites. Le vide ressenti face à cela peut être source d'angoisse majeure pour l'adolescent qui peut se sentir incompetent, incomplet, insuffisant face à ce défi de taille.

En plus de l'absence symbolique du Père, la société post-moderne donne l'illusion aux individus que le pouvoir de l'Homme est sans limite. Alors qu'elle est une société du projet, la jeunesse se retrouve dans l'incertitude devant toutes les possibilités qui semblent s'offrir à elle. Ceci provoque, selon Maia Fansten, un repli chez les adolescents et jeunes adultes sur le présent. L'engagement sur le long terme se fait plus rare et la vision de l'avenir est emplie de scepticisme. Ce « monde des possibles » peut être vécu de manière angoissante par des individus qui préfèrent

alors s'en retirer afin d'éviter de se confronter à cette immensité ainsi qu'au risque d'échouer en tant qu'adulte.

4) Hikikomori comme un refus de subir la pression sociale

Nous avons vu plus haut que des changements ont eu lieu dans le monde du travail. L'engagement personnel du travailleur est demandé et les attentes sont multiples : management, compétences émotionnelles, relationnelles et sociales. Dans les années 2000, la notion de bonne santé prend de l'importance. « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » dit la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé. On passe alors d'un modèle qui lutte contre la maladie à un modèle qui s'oriente vers la santé, celle-ci comprenant plusieurs domaines de vie dont la vie sociale.

De plus, l'image véhiculée par les médias de l'idéal de vie est une personne épanouie sur tous les plans (professionnel, familial, relationnel), faisant attention à son physique et surtout... heureuse. Cette injonction au bonheur et à la perfection exerce une lourde pression sur les individus. Dans une émission consacrée aux hikikomori, un jeune adulte en retrait social dit : « j'ai l'impression qu'il faut que je sois parfait pour éviter les jugements négatifs. » posant cette sensation d'attente sociale forte comme une des causes principales de sa réclusion au domicile de sa mère. Rappelons également que la plupart des retraits sociaux actifs surviennent après un événement qui peut être vu comme un « échec social » : harcèlement, rupture sentimentale, échec scolaire...

Comment avoir le courage de passer d'un stade d'adolescent à un stade adulte au milieu de tant d'attentes sociales ? Comment trouver sa place dans la société alors

qu'on ne correspond pas à tous ses critères ? Selon D. Winnicott, l'adolescence est une alternance entre esprit d'indépendance et besoin régressif de dépendance. La défiance envers sa famille et la société est nécessaire à l'individu pour accéder au sentiment d'indépendance personnelle. Les adolescents en situation de retrait semblent avoir trouvé une manière de défier la société en ne répondant à aucune de ses attentes : la société attend d'eux qu'ils passent beaucoup de temps en dehors de leur logement et qu'ils fassent partie de différents groupes de pairs ? Ils restent au domicile parental et n'ont de contact avec personne. Ils sont supposés déborder d'énergie et de projet, étant dans « la fleur de l'âge » ? Ils n'ont ni projet, ni motivation, ni envie particulière. Plus encore, on attend d'eux qu'ils fassent du bruit, qu'ils se rebellent, qu'ils s'insurgent ? Ils restent silencieux et ne revendiquent rien, pas même le droit de rester dans cette situation.

Depuis cet angle de vue, le hikikomori ressemble à un acte de rébellion pacifique et passif envers une société trop normative. Selon Alain Ehrenberg, « La dépression, le hikikomori, etc., sont une forme de résistance à la normativité de la compétition, de la flexibilité, de l'engagement subjectif et de l'autonomie, ils sont des moyens d'en contester la valeur pour les êtres humains. » [4]

Les jeunes patients en situation de retrait peuvent alors être vus comme prenant à contre-pied le courant individualiste selon Pierre-Henri Castel, directeur de recherche au CNRS. « L'individualisme autarcique est un courant profondément subversif de toute la tradition individualiste, au sens où il cherche non pas tant à concilier individu et société, qu'à protéger concrètement le premier de la seconde. [...] dans l'individualisme autarcique, se conjugue plutôt une horreur de l'État et une joie positive à vivre sinon en retrait du reste des hommes, du moins, de ceux qui ne me sont ni proches ni nécessaires. » [4] « [...] les hikikomori japonais soulèvent une

question redoutable [...] dans une certaine mesure, ils ne se vivent pas comme des « anormaux », mais (peut-être) comme des individus faisant valoir un certain type de solution, qui a sa normalité (le retrait), face à une situation où les exigences sociales et psychologiques qui pèsent sur eux, elles, sont jugées « anormales ». » [4] Le retrait social serait ainsi une façon de se protéger de la société et de ses exigences.

5) Fonctionnalité d'un diagnostic sociétal

Nous avons vu plus haut la fonction que pouvait prendre l'apposition d'un diagnostic de hikikomori au sein de la famille. D'un point de vue systémique, la question des conséquences d'un tel diagnostic sur la relation que l'individu entretient avec la société (et inversement) se pose.

Tout d'abord, il semble important de noter que l'apposition d'un diagnostic n'est pas un acte anodin. Un diagnostic psychiatrique peut enfermer, discréditer, mettre au ban de la société les individus qui le reçoivent. « porter un diagnostic, est-ce découvrir une réalité ou construire une explication ? Est-ce enfermer le jeune ou lui ouvrir des possibles ? ». [24] Tout dépend bien entendu de la façon dont le nom de la maladie est annoncé, reçu par la famille ainsi que le patient et dont il est perçu dans l'inconscient de chacun ainsi que dans l'inconscient collectif. Chaque population a sa culture propre et cela concerne aussi les maladies de l'esprit. Ainsi, une annonce diagnostique de schizophrénie ou de syndrome dépressif n'aura pas le même impact sur le patient ni sur son entourage selon le continent dans lequel on se trouve, le pays, la région ainsi que la catégorie socio-économique de la famille.

« Souffrir de maladie mentale, c'est être profondément disqualifié dans ce qui fait de nous des êtres humains. » dit Philippe Jeammet. [36] Depuis ce point de vue, le fait de créer un diagnostic psychiatrique pour nommer ce comportement de retrait social

ne semble pas être bénéfique pour le patient. Plusieurs auteurs ont déjà critiqué le DSM et ses critères, lui reprochant de « pathologiser » les individus et leurs différences dans un but ultime d'uniformité interindividuelle. Cette idée est reprise avec humour par Jean Jacques Witterzaele : « faut-il souhaiter l'uniformité ? Faut-il même la programmer en construisant des DSM dont on va multiplier les catégories jusqu'à ce qu'on puisse enfin rencontrer notre clone psychologique à chaque coin de rue et aller tous ensemble manger au McDo ? » [37]

« Ces maux touchent les gens individuellement, mais ils ont une caractéristique : ils révèlent un mal commun de nature sociale, voire socio-politique.[...] C'est pourquoi on parle de pathologies sociales. » nous dit Alain Ehrenberg [4] Les jeunes en retrait social peuvent mettre en exergue des difficultés sociales grâce à leur comportement, tout comme l'enfant symptôme le fait dans le cadre de difficultés intra-familiales. Les diagnostiquer hikikomori risquerait de réduire leur comportement à un simple symptôme, le dénuant de toute sa portée messagère. De plus, les individus diagnostiqués se verraient alors encore moins écoutés, entrant dans la grande catégorie des « patients psychiatriques » dont la parole n'a que peu de valeur puisqu'elle est elle-même atteinte par la maladie.

La création d'un diagnostic pour ces patients pourrait également être perçue comme une tentative de « faire entrer dans des cases » ces individus qui ne correspondent pas à ce qui est attendu d'eux. « Étiqueter quelqu'un, c'est prendre du pouvoir sur lui de manière unilatérale en ne lui laissant que la possibilité de valider le label » [37]

L'idée d'un diagnostic médical concernant le retrait social pourrait être perçue comme une chance pour les patients de se reconnaître comme faisant partie d'un groupe et ainsi se retrouver en contact avec leurs pairs. Cependant, il a été remarqué par les

sociologues comme Maia Fansten, qui l'évoque dans une émission de télévision consacrée au sujet, que les jeunes hikikomori ne se saisissaient pas de cette notion de groupe et que celui-ci ne correspondait pas à des valeurs collectives auxquelles ces patients pouvaient adhérer.

VI/ Schématisation des résultats

A ce stade et afin de mettre en évidence les résultats de ce travail, il semble pertinent de tenter une schématisation des résultats abordés. Pour cela, le modèle proposé par Kunifuni Suzuki est utilisé. [4]

1) Développement normal de l'adolescent vers l'âge adulte

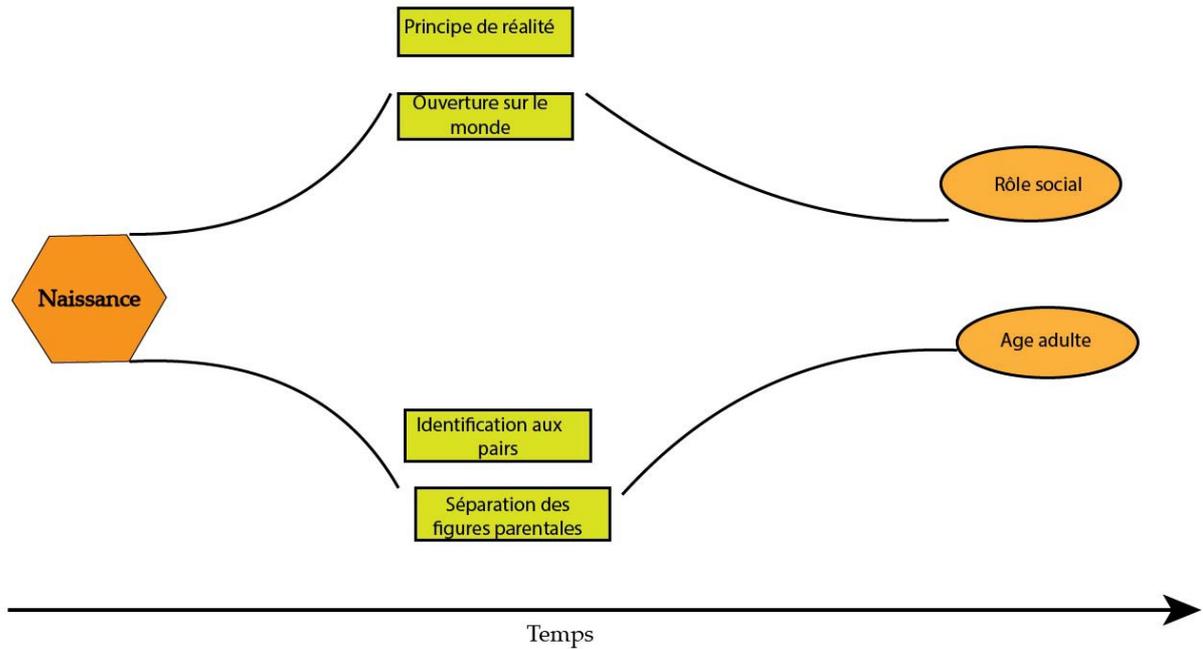
Après sa naissance et le développement psycho-affectif de la petite enfance, l'individu va, au cours de sa pré-adolescence, s'ouvrir peu à peu sur le monde, sur les multiples possibilités qui s'offrent à lui, se rendre compte de tout ce qu'il peut réaliser ainsi que tout ce à quoi il peut avoir accès en tant qu'adulte et dont il ne peut jouir en tant qu'enfant.

Cette ouverture à l'immensité se fait de manière concomitante à la confrontation au principe de réalité : l'enfant se rend compte progressivement que certaines choses ne lui sont pas accessibles et que, même adulte, il ne sera pas tout puissant. Il peut alors se construire progressivement une vision de ses capacités et de ses limites, s'épanouir et accéder à son rôle social. Comme le disait André Gide : « choisir c'est renoncer » (pour pouvoir s'engager).

Cette ouverture se fait aussi via ses pairs. L'adulte en devenir a besoin de cette étape d'identification au groupe de pairs pour pouvoir se différencier et progressivement se séparer de ses figures parentales. Cela lui permet, à terme, d'accéder à l'âge adulte c'est-à-dire à une maturité psycho-affective suffisante pour s'émanciper et accéder à l'autonomie.

Ces étapes peuvent être schématisées selon le modèle suivant :

Figure 1: développement normal de l'adolescent vers l'âge adulte



2) Schématisation du modèle hikikomori

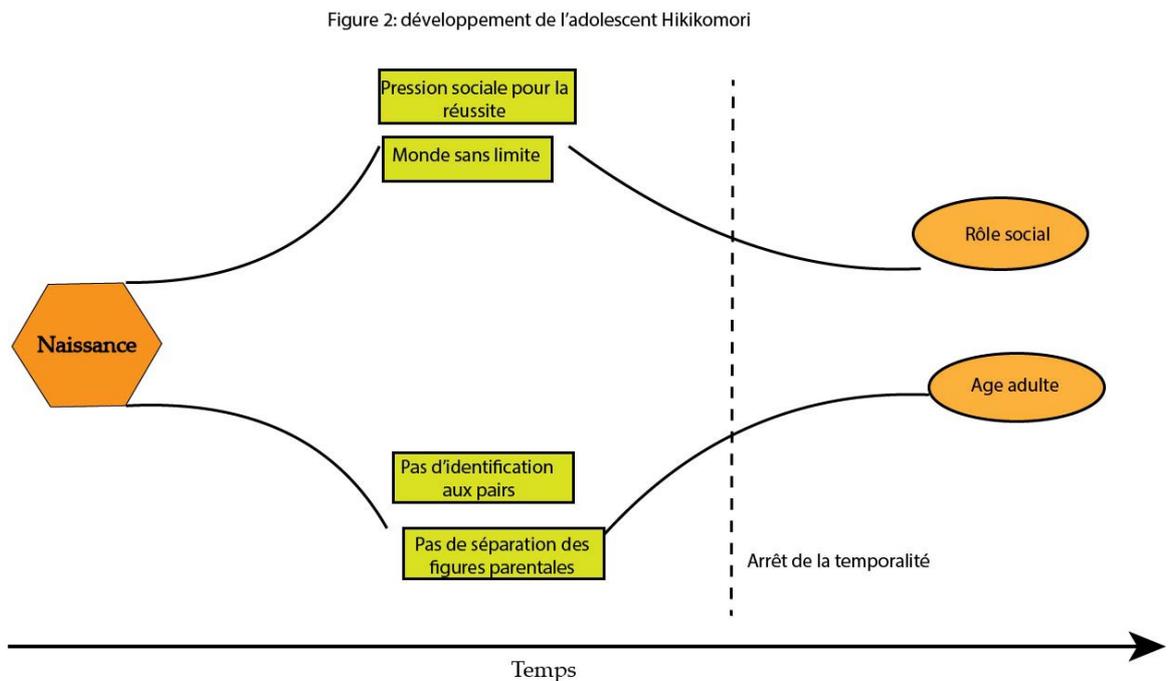
Pour les jeunes hikikomori, le schéma va différer sur plusieurs points.

Dans un premier temps, l'ouverture sur le monde va se faire progressivement mais peut être freinée par un héritage familial selon lequel ce monde extérieur est menaçant. De plus, le vécu d'enfance de l'individu peut être porteur de nombreuses angoisses quant à l'idée d'émancipation et de découverte de l'immensité, comme cela a été vu chez les deux familles présentées.

Les modifications sociétales récentes et cette impression de monde sans limites vont être anxiogènes pour l'adulte en devenir qui ne sera pas confronté de manière sécurisée au principe de réalité (qu'il pourra même vivre de manière traumatisante) alors qu'il sera confronté à une pression sociale pour la réussite très forte.

L'appréhension progressive du rôle social de l'individu devient alors difficile, anxiogène et ce dernier peut se sentir dépassé par les attentes qui pèsent sur lui comparées aux capacités dont il se sent maître.

D'autre part, la construction et le mythe familial entrent en opposition avec le mouvement naturel d'émancipation du jeune adulte, rendu alors incapable de s'identifier à ses pairs et donc d'accéder au processus de séparation des figures parentales. L'accès à l'âge adulte est alors impossible. Le temps se fige, et l'adolescence reste sans fin, comme le pointait Saïto lors de ses premières descriptions.



VI/ Discussion autour du diagnostic de hikikomori

L'apposition d'un diagnostic médical peut être reçue positivement par les familles des patients puisqu'elle légitime l'inquiétude et la souffrance ressentie. De plus, elle est souvent synonyme de prise en charge médicale et donc protocolisée, ce qui est rassurant pour les proches des patients qui font face à une absence de projet pour leur enfant depuis plusieurs mois voire plusieurs années. Cela peut également permettre un accès plus aisé à la thérapie familiale, si celle-ci est considérée comme faisant partie intégrante de la prise en charge du patient. Actuellement, les familles sont démunies face à leur enfant en retrait. « *Nos enfants ne rentrent pas dans les cases. Pas de case, pas de soins.* » témoigne une famille sur le blog consacré aux hikikomori.

Cependant, certains risques à la création d'un nouveau diagnostic psychiatrique nous semblent importants à aborder.

Dans ce travail, différentes interprétations systémiques du symptôme de retrait social qui est présenté par de nombreux jeunes patients à travers le monde ont pu être évoquées. L'apposition d'un diagnostic médical sur ce comportement semble comporter un risque majeur : celui de cristallisation du symptôme du patient au sein de la dynamique familiale, ce qui rend encore plus difficile le changement. Or, dans les deux familles étudiées, l'immobilisme semble déjà de mise et les changements difficilement engagés.

Le diagnostic médical comporte aussi le risque de désengagement du patient, qui pourrait prendre comme « excuse » celui-ci pour rester dans un comportement passif et ainsi ne pas s'impliquer dans la prise en charge psychothérapique. De plus, même si le patient en retrait souhaite changer sa situation, le fait d'être reconnu comme

« malade mental » est lourd de signification et peut lui donner l'impression d'être incapable de sortir de ce schéma et l'empêcher de ce fait d'envisager un accès à l'autonomie.

Actuellement en France (et en dehors de lieux de soins tel que l'hôpital Sainte Anne), dans les situations de rencontre entre les familles des patients en retrait et le corps médical, le sentiment d'impuissance semble bilatéral. Les familles ne se sentent pas entendues par les médecins (qui ne décèlent pas de comportement réellement pathologique chez le patient) et ces derniers, même s'ils perçoivent la souffrance ressentie par les parents du jeune en retrait, ne peuvent leur apporter une aide adaptée puisque ce comportement n'est pas reconnu comme étant pathologique.

Depuis cet angle de vue, l'apparition d'un diagnostic de « hikikomori » pourrait permettre la diminution de ce sentiment d'impuissance. Cependant, à qui cela servirait-il ? Les médecins seraient sûrement plus à l'aise avec les familles, se sentant « capables » de leur venir en aide. Les familles seraient certainement plus apaisées après la rencontre avec le médecin, se sentant déchargées du poids que représente leur enfant en retrait, ce poids étant transféré au corps médical.

Mais qu'en est-il du patient ? Si celui-ci ne peut se saisir du diagnostic pour se reconnaître dans un groupe de pairs et reçoit l'étiquette de « malade mental » qui sera inscrite dans son dossier médical tout au long de sa vie, cela peut-il lui être réellement bénéfique ? Que la prise en charge puisse se faire en partie sur le plan médical semble pertinent. Cela peut amener le patient à participer à des groupes thérapeutiques par exemple, à rencontrer des psychologues et à se re-socialiser petit à petit. Un séjour hospitalier peut aussi permettre au système familial d'amorcer un

changement dans sa dynamique. Cependant, l'amélioration de son état ne pourra se faire sans une réelle mobilisation familiale ainsi qu'un travail social pour lui apporter les informations et l'aide nécessaire à son émancipation lorsque celle-ci sera envisageable par le patient et sa famille. Cette aide sociale peut prendre différentes formes : proposition d'intégrer un Foyer Jeunes Travailleurs, inscription à la Mission Locale, voire constitution d'un dossier auprès de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) afin de demander une AAH (Allocation Adulte Handicapé) si le jeune n'est pas en capacité de travailler.

Un autre point semble à discuter. Ce comportement appelé « hikikomori » peut entrer dans la symptomatologie de plusieurs maladies mentales telles que la dépression ou la schizophrénie. Si le diagnostic de hikikomori venait à apparaître, il pourrait être important pour les soignants de rester particulièrement vigilants à la symptomatologie présentée par le patient afin de ne pas passer à côté d'un autre diagnostic nécessitant une prise en charge médicamenteuse rapide, comme l'entrée dans la psychose avec prédominance des symptômes négatifs de celle-ci.

Le dernier risque en adoptant ce point de vue systémique associé à l'apposition d'un diagnostic médical de hikikomori serait de rendre les figures parentales coupables de la maladie de leur enfant, comme cela a déjà pu être le cas par le passé pour les familles d'enfant autiste. L'héritage familial ainsi que le fonctionnement relationnel intrafamilial semblent effectivement avoir une importance majeure dans le développement de ce comportement de retrait. Cependant, il est du devoir du médecin et du personnel soignant en général, en particulier en psychiatrie, de se rappeler sans cesse du principe de *primum non nocere* et de ne pas accuser

l'entourage du patient, ni même le patient lui-même, d'être responsable du mal qui ronge la famille. Ce fonctionnement familial s'est mis en place suite au vécu de chacun et a certainement été bénéfique par le passé.

Conclusion

Le comportement hikikomori intrigue le monde médical depuis maintenant plusieurs dizaines d'années et concerne, en France, certainement beaucoup plus de jeunes que ce que les chiffres pourraient laisser penser. Actuellement, environ 180 patients et familles sont suivis à l'hôpital Ste Anne à Paris. Or, les invisibles français étaient au nombre de 460 272 âgés de 15 à 29 ans en 2012 et il est probable qu'une partie d'entre eux soit en retrait social actif sans être dans un processus de soins et/ou sans que le mot « hikikomori » n'ait été évoqué. Ce phénomène étant bien connu au Japon, la prise en charge y est plus étoffée qu'en France.

La compréhension et l'appréhension des patients concernés sont laborieuses pour le personnel soignant, qui se trouve rapidement dans un sentiment d'impuissance face à ces adolescents reclus ainsi qu'à leurs familles qui, elles, verbalisent leur souffrance et sont en demande d'aide.

Contrairement à ce qui avait été évoqué comme la cause de l'enfermement par de nombreux médecins, à savoir l'addiction à Internet et aux jeux vidéo, il semblerait que ces jeunes patients ne présentent pas de dépendance à leur ordinateur mais que celui-ci, au contraire, leur serve d'ouverture sur le monde extérieur ainsi que de moyen de garder un lien social virtuel avec des personnes du monde entier.

Le comportement hikikomori ne peut être rattaché à une cause claire pour tous les patients, même si les présentations cliniques sont globalement similaires et que les schémas familiaux peuvent être comparables selon les études. Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes et à rechercher au sein de cette population particulière.

Afin de mieux prendre en charge ces patients complexes et de rassurer les familles (ainsi que les médecins), le corps médical pourrait être tenté par la création d'un

nouveau diagnostic médical de hikikomori, afin d'avoir une ligne de conduite claire dans la prise en charge.

Ce travail, construit à partir de l'étude de deux patients en retrait et hospitalisés en clinique psychiatrique pour adolescents, par ailleurs suivis en thérapie familiale systémique, amène un regard différent sur le symptôme de retrait social chez ces jeunes reclus et en particulier la fonction de celui-ci. Ce type de thérapie, qui se focalise non pas sur le patient « problème » mais sur les enjeux relationnels existants entre les membres d'une même famille, permet une approche globale du système. Ce symptôme de retrait doit être compris au sein de son contexte familial et prendre en compte les histoires parentales individuelles, l'histoire du couple parental, le mythe familial ainsi que les schémas de communication mis en place entre les membres de la famille.

La théorie des cycles de vie, par exemple, permet une lecture différente du symptôme présenté par ces patients et met en exergue toutes les intrications entre histoires personnelles et familiales, et ce pour l'ensemble du système.

Dans les familles des patients hikikomori, des schémas « classiques » sont retrouvés et peuvent être décortiqués et pointés par les thérapeutes en séance, permettant alors à la famille de modifier peu à peu son fonctionnement. Cela peut passer par différents axes de travail : rôle protecteur des enfants de la famille envers leurs figures parentales, vision du monde extérieur perçu comme dangereux, non-dits anxigènes au sein de la famille...

En travaillant ces différents aspects des relations intrafamiliales, la fonction du symptôme « retrait social » peut alors prendre tout son sens et devenir progressivement caduque. Le but, à terme, est de libérer l'enfant ou le jeune adulte

de son comportement tout en permettant au système de maintenir une certaine stabilité.

La théorie systémique peut être applicable aussi au rapport qu'entretient le hikikomori avec la société. Les modifications sociétales récentes japonaises ou françaises (absence symbolique du père, monde qui apparaît sans limites, injonction au bonheur, pression pour la réussite professionnelle) ont eu un impact majeur sur le développement des adolescents et jeunes adultes qui peuvent se retrouver en difficulté face à leur accession à l'âge adulte ainsi que leur prise de rôle au sein de cette société.

Les patients en retrait social actif peuvent être perçus alors comme des « rebelles silencieux » contre ce système sociétal qui ne leur convient pas et dans lequel ils ne peuvent trouver leur place d'adulte.

À travers ce prisme systémique, la création d'un nouveau diagnostic psychiatrique de hikikomori risque de cristalliser ce symptôme, que ce soit au niveau familial ou sociétal, et rendre tout changement encore plus difficile qu'il n'est chez ces patients qui présentent déjà une passivité importante. L'apposition d'une étiquette de « malade mental » est en général très lourde, que ce soit pour le patient concerné comme pour sa famille. L'intérêt de la création de ce diagnostic semble alors limité, voire délétère pour ces patients ainsi que pour le système familial dans lequel ils évoluent.

Cette étude de cas présente évidemment de nombreuses limites et ne peut être généralisée à tous les patients en retrait social. Cependant, elle montre la complexité du contexte dans lequel ce symptôme apparaît et met en avant les risques d'une

prise en charge « protocolisée » propre à la médecine.

Ces patients hikikomori doivent être pris en charge de manière pluridisciplinaire et leur symptomatologie ne peut être réduite à une maladie mentale. Actuellement, le Japon fait face à de nombreux cas de « kodokushi », c'est-à-dire de hikikomori vieillissants qui sont retrouvés morts chez eux plusieurs semaines voire plusieurs mois après leur décès. Ce phénomène risque de faire son apparition en France d'ici quelques années et l'exemple japonais nous permet de mieux l'anticiper. Pour cela, les équipes médicales et paramédicales doivent être formées à la prise en charge de ces patients, qui est longue et doit être la plus précoce possible.

Bibliographie

- [1] Winnicott, Donald. « la préoccupation maternelle primaire ». In *de la pédiatrie à la psychanalyse*, 285-91. science de l'homme Payot. Payot, 1956.
- [2] Murphy-Shigematsu, Stephen. « Hikikomori: Adolescence Without End by Saito Tamaki ». *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 2014
- [3] Tajan, Nicolas. « Le retrait social au Japon : enquête sur le hikikomori et l'absentéisme scolaire (futôkô) ». These de doctorat, Toulouse 2, 2014. <http://www.theses.fr/2014TOU20004>.
- [4] Fansten M, Figueiredo C, Pionnié-Dax N, Vellut N. « Hikikomori, ces adolescents en retrait ». Armand Colin., 2014.
- [5] Chauliac, Nicolas, Audrey Couillet, Sophie Faivre, Nassima Brochard, et Jean-Louis Terra. « Characteristics of Socially Withdrawn Youth in France: A Retrospective Study ». *The International Journal of Social Psychiatry* 63, n° 4, juin 2017 : 339-44.
- [6] Hamasaki, Yukiko, Nicolas Tajan, et Nancy Pionnié-Dax. « Rapport de recherches sur le hikikomori. Synthèse des résultats publiés en septembre 2016 par le bureau du cabinet du Japon ». *L'Information Psychiatrique* 93, n° 4, 1 avril 2017: 289-96.
- [7] « Présentation statistique – Enquête emploi en continu 2012 | Insee ». <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/operation/s1085/presentation>.
- [8] Kato, Takahiro A., Masaru Tateno, Naotaka Shinfuku, Daisuke Fujisawa, Alan R. Teo, Norman Sartorius, Tsuyoshi Akiyama, et al. « Does the 'hikikomori' syndrome of social withdrawal exist outside Japan?: A preliminary international investigation ». *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 47, n° 7, juillet 2012: 1061-75.
- [9] « Managing Categorization and Social Withdrawal in Japan: Rehabilitation Process in a Private Support Group for Hikikomorians - Ogino - 2004 - International Journal of Japanese Sociology - Wiley Online Library ». 2004
- [10] Li, Tim MH, et Paul WC Wong. « Youth Social Withdrawal Behavior (Hikikomori): A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Studies ». *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 49, n° 7, 1 juillet 2015: 595-609.
- [11] Kondo, Naoji, Motohiro Sakai, Yasukazu Kuroda, Yoshikazu Kiyota, Yuji Kitabata, et Mie Kurosawa. « General Condition of Hikikomori (Prolonged Social Withdrawal) in Japan: Psychiatric Diagnosis and Outcome in Mental Health Welfare Centres ». *International Journal of Social Psychiatry* 59, n° 1, 1 février 2013: 79-86.
- [12] Inui, Akio. « Why Freeter and NEET Are Misunderstood: Recognizing the New Precarious Conditions of Japanese Youth ». *Social Work & Society* 3, n° 2, 1 décembre 2005: 244-

251-251.

[13] Hamasaki, Yukiko, Nicolas Tajan, et Nancy Pionnié-Dax. « Rapport de recherches sur le hikikomori. Synthèse des résultats publiés en septembre 2016 par le bureau du cabinet du Japon ». *L'information psychiatrique* Volume 93, n° 4, 9 mai 2017: 289-96.

[14] Koyama, Asuka, Yuko Miyake, Norito Kawakami, Masao Tsuchiya, Hisateru Tachimori, et Tadashi Takeshima. « Lifetime Prevalence, Psychiatric Comorbidity and Demographic Correlates of "Hikikomori" in a Community Population in Japan ». *Psychiatry Research* 176, n° 1, 30 mars 2010: 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.10.019>.

[15] Vellut, Natacha. « Retrait social et usages du numérique ». *Adolescence* T.33 n° 3, n° 3, 10 décembre 2015: 547-58.

[16] Benoit, Jean-Pierre. « Le syndrome de Hikikomori des jeunes Japonais : syndrome, posture, ou imposture ? » *Enfances Psy* N° 65, n° 1, 25 mars 2015: 74-84.

[17] Andolfi M, Mascellani A. *Histoires d'adolescence, expériences de thérapie familiale*. De Boeck Supérieur., 2013.

[18] Vellut, Natacha. « Le retrait des jeunes (ou hikikomori), une préférence négative ». *Adolescence* T. 33 n°3, n° 3, 10 décembre 2015: 593-602.

[19] Bourdieu, Marie Jeanne Guedj. « Retrait social du jeune : phénomène polymorphe et dominantes psychopathologiques. Quelles réponses ? » *L'information psychiatrique* Volume 93, n° 4, 9 mai 2017: 275-82.

[20] Figueiredo, Cristina. « Une nouvelle forme de renoncement ? Le corps en retrait des jeunes hikikomori (retirants sociaux) en France et au Japon ». *Ateliers d'anthropologie. Revue éditée par le Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative*, n° 46, 3 juillet 2019. <https://doi.org/10.4000/ateliers.11419>.

[21] Winnicott, Donald. « la préoccupation maternelle primaire ». In *de la pédiatrie à la psychanalyse*, 285-91. science de l'homme Payot. Payot, 1956.

[22] Lebrun, Jean-Pierre. *Un monde sans limite*. Eres., 2016.

[23] *The changing family life cycle: A framework for family therapy, 2nd ed. The changing family life cycle: A framework for family therapy, 2nd ed.* New York, NY, US: Gardner Press, 1988.

[24] Haley, Jay. *Leaving home, quand le jeune adulte quitte sa famille*. ESF Editeur. Sciences Humaines appliquées, 1991.

[25] Bradley, Marie-France, et Robert Pauzé. « Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence ». *Thérapie*

Familiale Vol. 29, n° 3, 9 octobre 2008: 335-53.

[26] Fansten M, Figueiredo C. « Corps en retrait et désordres familiaux ». In *Hikikomori, ces adolescents en retrait*, Armand Colin., 45-61, 2014.

[27] Youssef, Nagy A., Laura Lockwood, Shaoyong Su, Guang Hao, et Bart P. F. Rutten. « The Effects of Trauma, with or without PTSD, on the Transgenerational DNA Methylation Alterations in Human Offsprings ». *Brain Sciences* 8, n° 5, 8 mai 2018. <https://doi.org/10.3390/brainsci8050083>.

[28] Helmick Beavin J, Jackson D, Watzlawick P. *Une logique de la communication*. Editions du Seuil., 1972.

[29] Larousse, Éditions. « Encyclopédie Larousse en ligne - homéostasie ». Consulté le 13 juillet 2020. <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/homéostasie/13597>.

[30] « toute une histoire "hikikomori: qui sont ces jeunes qui refusent de sortir de chez eux?" », 14 juin 2016.

[31] Melman, Charles. *L'homme sans gravité*. Gallimard., 2005.

[32] Doi T, Pélicier Y, Saunders D. Le jeu de l'indulgence : Etude de psychologie fondée sur le concept japonais d'amae. Paris: L'Asiathèque - maison des langues du monde; 1991. 134 p.

[33] Ehrenberg, Alain. « La santé mentale ou l'union du mal individuel et du mal commun. Discussion de l'ouvrage de Marcelo Otero, L'Ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression, Montréal, les Éditions du Boréal, 2012 ». *SociologieS*, 19 novembre 2013. <http://journals.openedition.org/sociologies/4505>.

[34] Peignot, Jacqueline. « Représentations ? Manga ! Addictions... » *Empan* no 63, n° 3 (2006): 117-27.

[35] Ferrand, Michèle. « L'émancipation des femmes : repères chronologiques ». *Reperes*, 2004, 120-22.

[36] Jeammet, Philippe. *Quand nos émotions nous rendent fous*. Odile Jacob., 2017.

[37] Wittezaele, Jean-Jacques. *L'homme relationnel*. Seuil. couleurpsy, 2003.

AUTEUR : Nom : Lescroart

Prénom : Louise

Date de soutenance : 14/10/2020

Titre de la thèse : Étude de cas clinique de Hikikomori : pertinence de la création d'un nouveau diagnostic psychiatrique d'un point de vue de thérapie familiale systémique.

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : *psychiatrie*

DES + spécialité : *psychiatrie*

Mots-clés : Hikikomori, retrait social actif, jeune adulte, thérapie familiale systémique

Résumé :

Le hikikomori est un phénomène psychosociologique apparu au Japon dans les années 1990. Il concerne principalement les jeunes hommes et consiste en un enfermement volontaire au domicile avec rupture de quasiment tous les contacts extérieurs. Actuellement, en France, leur nombre est certainement très largement sous-estimé et la prise en charge médicale est limitée. Les causes sont multiples, souvent floues et l'absence de demande de soins de la part de ces patients déstabilise le corps médical qui peut être tenté par le fait de créer un nouveau diagnostic psychiatrique afin de nommer et mieux prendre en charge ces individus. Mais cela est-il vraiment pertinent ?

Ce travail, qui cherche à éclairer cette question, se base sur l'observation de deux cas cliniques pris en charge en hospitalisation complète à la clinique Lautréamont (Loos) et reçus parallèlement à la consultation de thérapie familiale à l'Hôpital Fontan (CHU de Lille).

Dans les cas étudiés, le prisme systémique offre une lecture différente de ce phénomène de retrait social actif. Les enjeux relationnels qui lient les membres d'un même système familial peuvent être pointés et travaillés, dans le but de mieux comprendre la fonction du symptôme de réclusion. La mise en lumière de cette fonction ainsi que le travail effectué sur les changements relationnels acceptables par le système peuvent rendre progressivement ce symptôme caduque pour le patient et sa famille. La théorie systémique peut également s'appliquer ici au niveau de la relation que le patient a avec la société.

Sans empêcher la nécessaire recherche de comorbidités psychiatriques qui doivent être soignées, l'apposition d'un diagnostic médical sur ce comportement risque de refermer la réflexion, de cristalliser ce symptôme et d'enfermer le patient dans un rôle de « malade » duquel il aura peut-être grand mal à sortir.

Au delà des limites de cette étude clinique, ce travail permet d'apporter un regard et une compréhension complémentaires sur ce comportement qui commence à se faire connaître en France.

Composition du Jury :

Président : Pr G. VAIVA

Assesseurs : Pr O. COTTENCIN

Pr R. JARDRI

Directeur de thèse : Dr R. SEMAL