

ADOLESCENCE RECLUSE ET REFUS DE L'ALTERITE

le phénomène Hikikomori

Par Nicolas Sajus

Pages 117 à 124

La clinique que nous proposons d'exposer est la tentation du retrait social au travers d'un phénomène encore peu connu en France, celui de Hikikomori. Il s'agit d'un jeune, le plus souvent un préadolescent ou un adolescent, qui s'est reclus chez lui depuis au moins six mois, n'envisageant plus de lien social (amis, famille, études, sport). Ce comportement apparaît dans les années 1990 au Japon et a été qualifié de « syndrome de Hikikomori » par le psychiatre japonais Tamaki Saito en 1998 [1]. Cette dénomination s'appuie sur l'étymologie du verbe « hikikomoru » qui signifie « s'enfermer chez soi, se cloîtrer ».

Certains des sujets ne présentent pas obligatoirement de troubles psychiatriques associés. Néanmoins, est-ce un phénomène nouveau ? Walters et Ray avaient déjà décrit, en 1960, l'isolement social via l'anxiété chez les étudiants qui devenaient apathiques [2]. Lock avait également décrit en 1978 les phobies scolaires.

Au début de la décennie 2000, le Hikikomori prend une dimension sociale, devenant une figure héroïque des mangas japonais. Cependant, les articles se multiplient, notamment aux États-Unis, sur l'ampleur de la marginalisation de certains jeunes au Japon. Fansten [3] évoque le phénomène des Hikikomoris comme un produit sociétal en regard d'adolescents en retrait. En 2002, l'émergence de nouvelles attitudes, où de jeunes Japonais s'enfermaient dans leur chambre pour vivre reclus pendant des mois, retient l'attention des autorités sanitaires. En 2004, le gouvernement japonais s'organise sur la gestion de cette nouvelle problématique, à l'instar d'une pandémie. Il instaure un comité d'experts qui établit une définition et élabore un outil diagnostique standardisé composé de 45 items : la Hikikomori Behavior Checklist.

Très vite, des recommandations de prise en charge seront mises en œuvre, tout comme des enquêtes épidémiologiques. Les résultats sont alarmants : 250 000 jeunes Japonais devaient présenter le syndrome de Hikikomori et plus de 1,5 million étaient évalués « à risque ». Le concept de Hikikomori s'élargit alors bien au-delà du seul champ de la médecine. Une communauté se développe, s'étayant sur les parents de patients, permettant d'organiser des groupes de soutien, de donner la parole à des spécialistes, ce qui a conduit à rendre plus explicite le syndrome [4].

C'est à partir des années 2005 que des échos commencent à apparaître aussi bien au Moyen-Orient qu'en Europe. Le terme Hikikomori infuse ensuite le monde anglo-saxon dans les années 2010. Des cas ont été par la suite décrits en Corée, en Italie et plus récemment en France.

Clinique

Cette conduite de retrait est spectaculaire. Ces jeunes adolescents, le plus souvent des garçons, s'isolent dans leur chambre, ne la quittant plus pendant une durée de deux ans en moyenne. Ils vivent volets fermés, sans rythme voire en inversant le rythme jour/nuit. Ils sont

souvent dans une grande incurie, rompent progressivement tout lien social et abandonnent études ou travail. L'échange avec leur entourage familial s'appauvrit progressivement.

Les premiers jours d'isolement sont interprétés comme une manifestation de fatigue et de découragement. La virtualité demeurerait leur seul lien avec le monde extérieur. Alors, la société japonaise, sous le primat de la révolution numérique, était-elle responsable de ce phénomène ? Existait-il de telles attitudes ailleurs qu'au Japon ? Les cliniciens hésitaient entre une forme de phobie ou a contrario celle d'une liberté choisie par le jeune pour se mettre en marge d'une société qu'il rejette.

Il n'existe donc pas obligatoirement une psychopathologie associée. Néanmoins on distingue parfois le Hikikomori dit « primaire », correspondant à la description ci-dessus, du Hikikomori « secondaire », ayant un trouble psychopathologique associé qui justifie le retrait (phobie scolaire, anxiété sociale, schizophrénie). Cependant, les frontières sont mal définies et il existe des enchevêtrements. On retrouve souvent une vulnérabilité personnelle, avec une défaillance narcissique et une personnalité anxieuse, derrière ces comportements d'isolement. Il s'agit fréquemment également de jeunes souffrant de dépression noogène, à savoir une dépression existentialiste où le jeune cherche un sens à sa vie.

Hikikomori : psychopathologie ou phénomène social ?

Comment expliquer l'augmentation de ce phénomène dans notre culture occidentale ? Les réponses sont sans doute à investiguer du côté de l'évolution de la civilisation et des habitus. La conjonction de différents facteurs pourrait expliquer ce repli sur soi :

- la perte des rituels de passage, la sédentarité que l'on retrouve chez de nombreux adolescents aujourd'hui ;
- le confort domestique accru, où tout est accessible depuis chez soi, et une perception d'un monde extérieur hostile, insécurisant ;
- le style de vie contemporain offre souvent une chambre à chaque enfant, qui a parfois télévision, portable et ordinateur. Là où jadis plusieurs générations vivaient dans une même maison, où l'isolement était presque impossible.

Le phénomène Hikikomori pourrait également s'envisager comme l'hypothèse d'une défense se définissant comme une « bulle hyper-protectrice » pouvant devenir pathogénique. L'angoisse sociétale de la performance individuelle prenant de plus en plus le dessus, la tentation de la claustration devient alors une réponse d'autant plus aisée qu'elle est relativement confortable à choisir.

Un autre facteur serait, face à l'angoisse de l'avenir, la possibilité d'un repli sous forme de rupture totale avec le monde extérieur grâce aux écrans et à la virtualité, qui permettent de maintenir un lien au monde sans avoir à s'y confronter. La révolution numérique, qui met le monde à notre portée sans qu'il soit nécessaire de sortir, bouleverse non seulement le mode de vie du plus grand nombre mais aussi celui des plus vulnérables.

Les Hikikomoris seraient ainsi des « premiers de cordée », attirant l'attention du professionnel sur la potentielle hyper-sédentarisation associée à une dépendance à cette modernité incroyable et menaçante que représentent l'omnipotence et la puissance de l'image via les réseaux sociaux, les jeux [5].

Voilà bientôt trois ans que Rémy est en suivi. Il a aujourd'hui 19 ans. Il a progressivement inversé son rythme nyctéméral, c'est-à-dire qu'il dort le jour et passe ses nuits sur Internet et Netflix.

Ce sont ses parents qui l'accompagnent à ses 16 ans. Il se décrit comme un « rebelle » de la société capitaliste. Il dira que l'école n'a aucun sens et qu'une société basée sur le profit ne lui donne pas envie de faire sa place dans le monde dans lequel il vit. Les parents se sentent désemparés, oscillant entre volonté d'aider, compassion et rejet par la colère à l'égard de leur fils qui demeure oisif.

Cette clinique tente de souligner combien les proches essaient d'entraîner le jeune vers l'extérieur, par la douceur, puis parfois par la menace ou la force, mais la résistance décourage et l'isolement se pérennise.

Rémy se livre alors à l'oisiveté, passant son temps à lire des mangas, à surfer sur Internet, à jouer sans limite aux jeux vidéo, rejoignant une autre catégorie d'adolescents : les No Life ou les geeks.

Rémy mange dans sa chambre ce que sa mère lui apporte. Même communiquer avec ses parents se fait via sms. Rémy est apathique, apragmatique, présente un syndrome d'avolition et de désintérêt au monde extérieur.

La consultation sera acceptée au départ pour « faire plaisir » à ses parents, qui arrivent au seuil de la rupture. Après avoir travaillé sa demande, peu à peu il va investir cet espace de rencontre. Lorsqu'il vient en séance – qui devient son unique lien social avec l'extérieur – il prend plutôt les rendez-vous le soir, à la tombée de la nuit, avec sa capuche sur la tête. Il ferait presque penser à un mort vivant.

Il pourra dire, petit à petit, que son suivi lui est important, que nos rencontres demeurent un espace essentiel pour lui.

Si j'ai parlé de sa capuche, c'est que depuis peu il arrive à l'enlever. Par ailleurs, il peut dire que le fait d'avoir rencontré une écoute lui a permis de cheminer. Un espace de différenciation parvient à s'élaborer. En ce sens, récemment, il vient même de prendre l'initiative de louer sa propre chambre en ville, ce qui est un pas énorme pour lui.

Cette avancée prendra pratiquement un an et demi. Cependant, ses pratiques demeurent les mêmes. Au plan alimentaire, il se nourrit essentiellement de pizzas et vit dans un grand état d'incurie. La notion de changement ne peut se faire que progressivement. Le chemin demeure encore long pour Rémy. Progressivement, arriver à faire ses courses de manière furtive sera accessible et de l'ordre du grand pas !

Les mots de Rémy au début de sa prise en charge sont typiques du syndrome de Hikikomori. Le discours est nihiliste : il évoque l'absurdité de la vie, l'inexistence de la morale et de la vérité, un sentiment de déception devant l'école, les liens sociaux, la société de manière générale. Il ne parvient pas à exprimer une envie, une ambition, un intérêt. L'isolement a été précédé d'un vécu de moqueries, de dévalorisation voire de honte sur son parcours scolaire car il a fait une filière professionnelle, très dévalorisée selon lui. Jeune, il présentera une phobie scolaire à son entrée en 6e.

À l'instar de Rémy, les antécédents de phobie scolaire sont fréquents dans cette clinique tout comme des comportements hétéro-agressifs ou auto-agressifs à type de mutilations, scarifications (cela demeure rare mais les études peuvent le décrire). L'individualité vue comme séparation, chemin de rencontre vers l'altérité, n'y est pas considérée comme une valeur. Ainsi peut-on trouver le syndrome de Hikikomori au sein de familles d'un haut niveau d'éducation dont les parents hyper-investissent leur enfant dans de grandes attentes de réussite, nourrissant un haut niveau d'anxiété de performance. S'y associent certains événements de vie susceptibles de faire du retrait un comportement défensif. On retrouve également le phénomène comme réponse à des contextes de rejet par les parents ou des pairs, des antécédents de harcèlement scolaire et une vulnérabilité personnelle, à savoir la tendance à ressentir plus facilement le sentiment de honte.

Face à la pression exercée par la société de consommation, aux exigences d'identification et à l'aliénation subjective induite, ces jeunes se seraient reclus dans leur chambre pour ne pas se confronter au lien social. On y trouverait donc une posture sociale, d'un choix d'allure consenti. Il s'agirait d'une tendance existentielle qui pourrait faire le nid du retrait. Le sujet pourrait tirer un plus grand bénéfice de bien-être interne via une diminution des excitations externes.

Le débat pour le rattachement à un trouble psychopathologique ou bien à une posture sociale n'est toujours pas tranché. Par ailleurs, la frontière n'est pas toujours aussi claire. Ce qui ferait différence serait la souffrance psychique que l'on ne retrouverait pas dans le choix d'une posture sociale (-Hikikomori primaire).

Ainsi, le trouble psychopathologique qualifié de -Hikikomori secondaire correspondrait à un sujet, ou son entourage, qui percevrait un état de souffrance psychique conduisant à une demande de soins. Ces patients accepteraient de rencontrer les psychiatres, les psychologues et de rentrer dans une observance de suivi. Mais la clinique démontre que ce n'est pas aussi simple. La formulation d'une demande chez ces jeunes n'est pas en première intention. Comme nous l'avons vu avec Rémy, c'est souvent par le biais des parents qu'émerge la demande de soin.

Dans de nouvelles acceptions du terme, il est admis aujourd'hui que le syndrome de -Hikikomori pourrait rassembler des sujets dont le diagnostic de schizophrénie n'est pas encore établi, comme s'il s'agissait d'une phase prodromique au trouble [6]. La « mode » actuelle du diagnostic de phobie scolaire en France pourrait s'apparenter à un diagnostic déguisé qui dissimulerait parfois le syndrome de -Hikikomori.

Notre lecture clinique imprégnée de psychopathologie clinique nous fait investiguer certaines hypothèses de travail comme le deuil, le traumatisme et leurs retentissements à l'adolescence.

Les jeunes qui sortent de l'isolement sans séquelle pourraient avoir fini de traverser leur adolescence, ayant eu besoin de recourir au retrait pour effectuer leur processus de séparation-individuation. Il s'agirait alors d'une nouvelle forme de rituel initiatique à l'adolescence, sous un appareil moderne du xxi^e siècle d'un certain environnement économique, social et familial. L'isolement témoignerait des remaniements psychopathologiques sous-jacents de l'adolescence et pourrait être une défense face au passage de la vie d'enfant à celle d'adulte. Serge Tisseron postule qu'à l'adolescence, le repli pourrait correspondre à un retrait à l'intérieur de soi permettant de manière inconsciente la gestion des émotions, des conflits, des angoisses relatives à l'avenir [7]. Il s'agirait d'un aménagement psychique, qui s'inscrirait dans une stratégie d'évitement d'une décompensation psychopathologique telle une phobie ou une psychose.

Le processus d'adolescence peut parfois arborer une teneur de troubles psychiques lorsque certains aspects structuraux de la psychopathologie viennent à être remaniés par la pulsionnalité liée à la puberté. Certains parents, de par leurs angoisses, renforceraient l'anxiété de l'enfant, ses stratégies d'évitement et freineraient le développement des capacités d'insertion sociale.

Sur ces tableaux, les jeux vidéo viendraient satisfaire de manière directe les pulsions et se transformeraient en addiction aggravante. La place du virtuel pourrait opérer de manière dialectique avec le syndrome de Hikikomori. Même si tous les jeunes ne deviennent pas dépendants lorsqu'ils sont en retrait, ils demeurent souvent connectés au monde extérieur via « la toile », intéressés par le monde, mais dans des stratégies d'évitement pour ne pas s'y confronter.

La virtualité se propose voire s'impose alors à eux comme une matrice apte à répondre à tous les désirs et toutes les investigations possibles, en évitant ou en amenuisant les conflits que provoquerait tout contact avec le réel de l'altérité. Que l'on parle de lien de causalité ou de conséquences, les nouvelles technologies pérennisent un lien étroit avec les attitudes de repli en valorisant le syndrome de Hikikomori.

Prise en charge du jeune Hikikomori

Comme nous le décrivons avec Rémy, dans la plupart des situations le jeune n'exprime pas une demande de soin et même parfois ne formule aucune souffrance. Aussi la situation s'installe progressivement de manière insidieuse.

La demande émane dès lors le plus souvent de la famille. Elle nécessite un facteur déclenchant qui fait prendre conscience de l'anomalie du retrait : lié au jeune (trouble du comportement auto ou hétéro-agressif, majoration de l'incurie, de ses exigences, irritabilité, etc.) ou changement dans la situation intrafamiliale (perte d'un membre ou naissance, évolution socioprofessionnelle, déménagement auquel le jeune refuse de consentir, etc.).

L'abord thérapeutique sera donc de faire sortir le jeune de l'enfermement. Comme nous l'avons vu avec Rémy, l'idée est alors de transformer une situation d'inertie en un début de mouvement : tendre la main pour réincorporer le monde de l'altérité.

Aussi, en préambule, un travail avec la famille peut être réalisé durant quelques consultations à l'instar de la psychiatrie de catastrophe telle que la propose Lebigot [8]. Soutenir les parents demeure essentiel, surtout dans un contexte où l'enfermement de leur enfant est devenu compulsif à l'instar d'une « addiction ».

La meilleure hypothèse pour sortir progressivement ces jeunes de la claustration – même lorsqu'ils la légitiment comme un acte antisocial – reste de lutter contre l'oubli qu'ils choisissent.

La consultation parentale démontre qu'il existe une contiguïté avec la sortie du jeune de son enfermement, du fait probablement d'un changement d'attitude. Le fait de nommer et d'usiter le terme « Hikikomori » permet d'abolir le sentiment de honte : « Nous nous sentons enfin compris, rassurés, car ça existe et ça porte un nom ce que vit notre fils. Nous ne sommes pas seuls ! », témoigneront les parents de Rémy.

L'entretien parental permet de recueillir différentes données :

- l'évaluation du degré d'inquiétude et/ou de saturation des parents ;
- l'anamnèse et l'historicité des signes présentés par le jeune ;
- l'évaluation du degré de compréhension du trouble du jeune ;
- l'évaluation de l'aptitude des parents à demeurer ou non soutien de leur enfant.

Par ailleurs, cet entretien va permettre de mettre en œuvre une alliance dans la prise en charge, de restaurer la communication avec l'environnement relationnel (apaisant la culpabilité et permettant une meilleure qualité relationnelle avec le jeune), de rétablir éventuellement les liens dans la fratrie, enfin d'envisager la visite à domicile. Cette dernière est un moyen d'action vers le changement. Elle est en immersion directe, in vivo, chez le jeune. Cette approche est à réfléchir au cas par cas. En effet, elle pourrait être vécue comme une intrusion, une menace et le professionnel investi comme « mauvais objet ». D'où la pertinence de l'entretien préalable pour affiner l'indication de ce type de prise en charge.

La consultation de l'adolescent peut se faire au départ via des tiers, supports médiateurs à la psychothérapie, comme les messages, le téléphone ou la consultation en ligne. L'idée, comme nous l'évoquions chez Rémy, est de réintégrer progressivement du réel pour aboutir à un setting en face à face [9].

Concernant les modalités de thérapie, les premières séances visent une évaluation clinique et psychopathologique d'un éventuel trouble psychiatrique. La modalité thérapeutique doit être intégrative tant elle concerne aussi bien la structure psychique même du jeune que son lien à l'environnement. De manière progressive, par étapes qui devront être valorisées, il s'agit de co-crée via la thérapie un travail dialectique entre enfermement/séparation/individuation. En ce sens, toute forme de changement qui permet à ce processus d'opérer est une sortie de la claustration du jeune avec lui-même et du jeune dans sa chambre. Chaque pas devient alors une amélioration. Puis les interrogations porteront sur les enjeux sociétaux et d'inclusion du jeune vers un projet d'études ou l'entrée dans le monde du travail.

Conclusion

Indéniablement, le syndrome -Hikikomori fascine et inquiète aussi bien les parents, les familles que les professionnels eu égard à une phénoménologie qui peut être impressionnante. Le manque de prise en compte de cette clinique spécifique de l'adolescence ou du jeune adulte témoigne actuellement d'une méconnaissance en France de ces phénomènes qui ne cessent pourtant de se développer.

Ces adolescents se présentent comme les nouveaux ascètes des temps modernes. Les unités d'adolescents sont de plus en plus sollicitées pour ces conduites de claustration. Entre psychopathologie et posture sociale, la frontière demeure floue.

Cependant, ce phénomène de retrait pourrait répondre à une posture radicale à la jonction entre le monde de l'enfance et celui de l'âge adulte. Il s'agirait d'une crise majeure du processus adolescent, pouvant s'inscrire en sus d'une structure psychopathologique spécifique.

Cette sémiologie clinique interroge le symptôme -hikikomori comme défaillance du lien en regard d'une société en mutation et le paradoxe entre lien virtuel et relation réelle à l'altérité.