

■ Introduction

Comment peut-on être “*hikikomori*”, comment peut-on être enfermé, ne pas voir le jour et la nuit, ne pas parler, ne pas imaginer l’avenir ? Comment peut-on laisser de côté le jugement des autres, la rivalité ?

Mais aussi comment peut-on aujourd’hui ne pas être *hikikomori*, enfermé. Il est si facile de parler avec le monde entier à toute heure du jour et de la nuit, d’avoir la sensation de mieux comprendre le monde, de ne pas s’encombrer des détails trop proches, rebattus depuis toujours dans le cercle de la famille, des amis, du voisinage ?

Le comportement de retrait ou claustration à domicile, pourtant décrit très anciennement, est un problème méconnu, souvent mésestimé par les intervenants de première ligne et les consultations ambulatoires. Il connaît un regain d’actualité car il touche mondialement la jeunesse. La terminologie de “*hikikomori*” associe la claustration monastique et le rejet par la société, on dit aussi : claustration, *house bound syndrome*, retrait social, repli, que ce soit au Japon ou ailleurs.

✉ Charles

« *L’ennui, allégorie. Quotidiennement ce triste ami vient me tenir compagnie pour m’ancrer dans le néant de la solitude, dans l’inertie, la torpeur et la mélancolie. Un compagnon difficile à raisonner, compagnon d’une drôle d’éducation : malgré les injonctions à quitter ma demeure, il n’y a rien à faire, il s’incruste. Dieu merci il a de nombreux amis, me laissant à l’occasion un peu de répit.*

L’expérience m’a bien fait comprendre qu’il ne faut pas présumer de ses moyens et lutter contre le vent. Alors je considère l’horizon, j’y vois s’approcher la misère, la pauvreté qui paradoxalement me paralysent.

Je suis comme en haute mer, une mer bétonnée, goudronnée, pleine, saturée de parfums basaltiques, en quête d’une terre qui aurait conservé ou retrouvé les couleurs qui seules permettraient à mon cœur de s’apaiser et de retrouver la sérénité que je crains d’oublier... Les rives actuelles ne me permettent pas de m’y poser, jamais je ne saurai m’y reposer.

Les années passent, mes repères passent et mes refuges s’effacent.

Les années défilent, les afflictions s’empilent et mes espoirs s’effilent.

Crescendo decrescendo à l’instar de la Lune, mon âme que je souhaiterais être une. »



La claustration à domicile se définit comme l'enfermement d'un garçon de 15 à 30 ans, de milieu social moyen aisé, au domicile familial d'abord, puis presque exclusivement dans la chambre, associée à des aberrations du sommeil et de l'alimentation, qui ne suivent plus le rythme familial. Il s'y ajoute presque toujours l'usage immoderé de l'ordinateur et d'Internet. L'enfermement a été progressif, avec un refus ou une impossibilité de relations sociales réelles, avec une incurie ou une propreté excessive. L'enfermement/hikikomori n'est ni une maladie répertoriée ni un ensemble de symptômes (syndrome), c'est une conduite, un comportement différent.

La configuration familiale est toujours marquée par la honte, la peur, l'isolement, jusqu'à ce qu'un élément tiers bouleverse cette immobilité. Au Japon, on parle de double enfermement, double hikikomori, le jeune et la famille, il en est de même en France.

Comment vivent-ils ce retrait, quelles en sont les conséquences ? Les adolescents et les jeunes adultes qui s'enferment à domicile ont-ils choisi, ont-ils subi ? Ils vivent une solitude réelle à peine agrémentée de quelques contacts parentaux et de contacts virtuels. Souffrent-ils ? Ce n'est pas toujours ce qu'ils en disent durant la claustration. Quelle est la place des mondes virtuels ?

Quelles que soient les justes considérations sociologiques, que cette conduite fasse partie de stratégies de refuge ou de révolte, le dessaisissement des moyens développementaux et l'autosabotage sont au premier plan.

À l'articulation – ou à la désarticulation – du sociologique et de l'environnemental, du psychopathologique, du corporel, le retrait et/ou enfermement nous interroge paradoxalement par l'invisibilité du jeune, la souffrance de la famille, la mise en cause de la société, alors que les stratégies de prévention n'existent pas encore.

Le débat s'ouvre à plusieurs niveaux : association éventuelle à une pathologie, existence comme entité autonome, lien avec la culture, pathologie ou mode d'adaptation aux conditions sociétales actuelles ? Situé au carrefour du psychologique, du social et du comportemental, on rejoint la définition de l'addiction « au carrefour d'une personnalité, d'un moment socioculturel et d'un produit »¹.

Des travaux très anciens s'intéressaient à cette conduite, déjà repérée comme transnosographique (au-delà des classifications des maladies), souvent associée à un certain indice de gravité. Qu'est-ce qui, à travers ce polymorphisme et dans le contexte sociétal actuel, au Japon, en France et ailleurs, semble faire choisir ce trouble des conduites ? Il témoigne d'une psychopathologie souvent sévère de par la régression et le dessaisissement des moyens cognitifs et relationnels. Il prend place

1. Olievenstein C. *La drogue ou la vie*. Paris : Robert Laffont, 1983.

sur une histoire infantile aux failles souvent masquées par un brillant développement scolaire. L'aspect environnemental ou social (interdits, intrusions, pressions) en est une composante majeure. La souffrance familiale est au premier plan, d'autant que les parents, débordés par la honte, demandent rarement de l'aide.

Lors de la prise en charge, plusieurs conceptions s'affrontent. Soit la sortie de claustrophobie est considérée comme prioritaire du fait de la gravité psychopathologique, cela correspond à l'abord psychiatrique en Occident, soit la capacité de renouer des relations interpersonnelles par une action sur l'environnement prévaut, ainsi au Japon on attendrait que l'adolescent émerge.

Nous souhaitons faire part d'un phénomène croissant mobilisant l'inquiétude familiale et interrogeant la pratique clinique, le qualifier et le lier à des problématiques sociétales, notamment l'usage d'Internet dans nos sociétés contemporaines fonctionnant ici comme un amplificateur. En tentant d'établir un échelonnement entre le normal et le pathologique, entre l'aspect dimensionnel et la catégorie psychiatrique, entre ce qui appartient au trouble ponctuel et ce qui est au long cours, les cliniciens et l'entourage seront mieux à même d'interpréter les signes d'alerte et les étapes du dessaisissement progressif du jeune. Pour délimiter ce qui est encore informe au niveau diagnostique et qui fait appel à un spectre assez large, nous nous appuierons sur les descriptions cliniques à travers le monde, sur le hikikomori japonais, mais aussi sur des ressources artistiques (Georges Perec, Franz Kafka...), théâtrales (Hideto Iwai) et nous nous interrogeons quant à l'intérêt ou non de stigmatiser une telle conduite.

Comment accompagner l'évolution de ces situations vers la sortie de l'enfermement qu'elle soit assortie ou non de l'intégration socioprofessionnelle souhaitée ? Le travail sur le fardeau de la famille montre que le désespoir n'est pas de mise quand on peut s'assurer des grandes lignes de la guidance parentale, de l'appartenance à une thérapie multifamiliale de groupe et de la participation active des familles dites expertes.

Quelles sont les voies d'accès ? En sortir, mais pas seulement, et avec quelle motivation ? L'abord des comorbidités, la guidance parentale ne feront pas oublier que c'est une conduite et que, comme toutes les conduites, elle a tendance à se répéter. Si une telle conduite tend à se reproduire, elle imprime elle-même le mode de réaction de l'entourage sans aller jusqu'à l'issue tragique de *La métamorphose* de Kafka.

Néanmoins des voies de recherche s'ouvrent vers les stratégies de prévention (signes avant-coureurs, décrochage scolaire...). Les connaissances sur le sujet se multiplient, y compris avec les dernières publications dans le domaine somatique (réduction de l'hippocampe, cholestérol, ferritine, génétique).