

R. Roch-Suzuki

Dr Risako Roch-Suzuki
33, avenue de la Foretaille
1292 Chambésy

Rev Med Suisse 2012; 8: 1932-4

Une bagarre éclate entre adolescents dans un bus scolaire, le chauffeur arrête son bus sur les rails d'un TER pour intervenir, dix-huit blessés...¹ La violence, les incivilités des jeunes abondamment relatées par les médias font parfois perdre la tête et nous font nous prendre la tête. Devant ces moments incompréhensibles, on se complait à l'idée que ceux qui ne vont pas, que ceux qui posent des problèmes sont les autres; des jeunes d'ailleurs, des immigrés, des situations sociales précaires, etc.

De même, certains jeunes en souffrance qui ne font pas de bruit, qui ne nous dérangent pas, qui ne dérangent pas la société, nous nous plaignons aussi à les imaginer ailleurs, souffrant d'une maladie au nom exotique de Hikikomori. Mais ils sont là aussi, près de nous, un ami de, l'ami du fils du, mon fils... Il s'agit de collégiens ou d'universitaires apparemment sans histoire qui ne vont plus aux cours ou au travail et qui restent des mois, cloîtrés dans leur chambre chez leurs parents, en dormant, en jouant ou en chattant avec des amis virtuels. Les personnes concernées ne consultent pas et les parents en parlent parfois sur un ton de banalité que nous pouvons passer à côté du diagnostic.

Le phénomène a d'abord été décrit au Japon, Hiki-komori, s'écrit avec deux idéogrammes, tirer vers soi (hiku) et s'enfermer/demeurer (komoru). La prévalence et l'incidence sont difficiles à estimer, certains avancent des chiffres d'un million d'individus au Japon, qu'il faut prendre avec précaution.²

De par mon origine japonaise et par ma double pratique, pédiatrique en cabinet privé à Genève, et psychiatrique en milieu hospitalier, je ne pouvais pas rester insensible à cette pathologie qui me semble moins exotique que certains auteurs semblent vouloir croire.^{3,4}

VIGNETTE CLINIQUE

Valentin est un beau jeune homme de 21 ans, charmant, charmeur, et a des

Hikikomori n'est peut-être pas ce qu'on voudrait qu'il soit

yeux un peu tristes. Il est habillé avec une décontraction chic. Il parle avec aisance et raconte qu'il a dû changer plusieurs fois d'école depuis qu'il est tout petit car ça n'allait pas avec la maîtresse et ses parents ne s'entendaient pas avec le directeur. Il a été expulsé d'une école, mais en fait pour lui, ce qu'il a fait n'était pas si grave que ça.

Il a obtenu son baccalauréat de justesse, dans une école privée, même avec un taux d'absentéisme important. Il a commencé à fumer du cannabis vers treize ou quatorze ans, d'abord occasionnellement avec les copains, puis régulièrement et de plus en plus en solitaire. Il a eu des amis, mais dans un cercle restreint. Il regardait beaucoup la télévision et se mettait souvent devant un ordinateur.

À l'université, il a échoué et a refait son année. De plus en plus fatigué, il n'arrivait plus à se lever et n'allait plus aux cours, ne sortant de sa chambre que pour aller se ravitailler. Il ne voyait plus ses amis, il dormait, fumait et buvait des bières dans sa chambre. Il a vécu reclus au milieu des cadavres de bouteilles pendant des semaines. Ses parents l'ont repris à la maison, sans qu'il n'y ait aucun changement. Alarmés par cette situation, ils arrivent après une longue lutte à lui faire accepter de se faire hospitaliser et il est admis en clinique.

ÉVOLUTION

Le premier entretien ressemble à une conversation au coin du feu, mais en fait c'est plus exactement comme si l'entretien thérapeutique tournait autour du feu. À l'entendre, on voudrait le croire, banaliser et s'étonner de l'agitation qui l'entoure. À l'examen psychiatrique, Valentin est adapté, cohérent, sans altération du sens de la réalité, il a juste cette humeur un peu triste, boudeur. Les parents semblent adéquats avec des inquiétudes justifiées.

Le diagnostic psychiatrique est difficile à poser, il consomme des substances, il présente quelques critères d'un état anxio-phobique et d'un état dépressif sans que l'un ou l'autre ne l'emporte. Souffre-t-il de Hikikomori?

Durant son séjour, il tourne longtemps autour du feu pour ne pas toucher à des sujets sensibles qu'il veut éviter, puis lentement il s'ouvre. Fils unique, les parents sont mariés et ont une situation socioprofessionnelle stable, mais il y a une mésentente conjugale de longue date. Il a été très proche de sa mère qui a souvent été triste. Il a été exposé, jeune, à des jeux à connotations sexuelles dont il ne pouvait pas comprendre le sens et même à plus de vingt ans, il reste toujours aveugle au sens de ces jeux de domination sadique. Il est devenu entre-temps dépendant de la «pornographie dure», avec une activité masturbatoire quasi compulsive devant son écran d'ordinateur. Les relations amoureuses avec une femme réelle sont difficiles et de courte durée.

Des projets d'avenir ont été abordés en séance familiale, la confrontation avec le réel: l'université et le travail étaient mal supportés et le mettaient mal à l'aise. L'entretien devenait quasi insupportable. Alors, avec l'accord et l'aide des parents tout devenait possible et négociable: une université privée, un certificat médical en sa faveur, des amis qui pourraient l'aider comme par magie et je me trouvais déstabilisée.

DISCUSSION

Cette situation clinique m'amène à réfléchir: comment en est-on arrivé là? Comment s'étaient comportés Valentin tout petit et ses parents chez nous, médecin pédiatre ou généraliste? Quel genre d'enfant avait-il été, quel genre de parents avaient-ils été? Je me demande s'il aurait hurlé en s'agrippant de toutes ses forces aux parents et en poussant ce cri de terreur «sans nom», «au bord d'une angoisse dont nous ne pouvons avoir l'idée».⁵

Comment les parents auraient-ils reçu ce désarroi? Auraient-ils pu supporter la souffrance de leur enfant et la lui rendre tolérable?⁶ Ou trop douloureux pour eux, ils n'auraient pas su la transformer et auraient souffert avec lui durant la consultation?

En voyant Valentin aujourd'hui, j'ai l'impression qu'il ne supportait pas, qu'il ne tolérait pas, qu'il faisait des crises, des crises de panique et tantrums en consultation. Qu'il faisait une réaction quasi allergique.

En allergologie, on aurait parlé d'un dé-

faut d'induction de tolérance à un antigène qui cause une réaction allergique importante. En psychiatrie, on pourrait parler d'un défaut d'induction de tolérance à la frustration. La similitude est frappante. Dans les deux cas, il y a une composante génétique et environnementale et l'enfant ne supporte pas.

Les allergologues ont une explication physiopathologique: c'est la balance entre les lymphocytes T Helper1 et T Helper2 avec l'aide des lymphocytes T régulateurs qui va déterminer la tolérance. Les antigènes peuvent être rendus tolérables selon les présentations.

De même, certains événements de vie peuvent être rendus tolérables par ceux qui prennent soin de l'enfant. Bion a appelé ce mécanisme, la capacité de transformation. L'enfant tout petit est entouré d'éléments/sensations confus qu'il ne peut encore nommer, appelés bêta. Il n'arrive pas à les métaboliser sans l'aide de quelqu'un qui va les lui transformer en éléments alpha-métabolisables.⁷ Cette notion s'entrecroise avec le concept de la rêverie maternelle, dans le stade de la préoccupation maternelle primaire. La mère va, dans sa rêverie maternelle, transformer son mal-être en quelque chose de viable.⁸ Elle s'adapte aux besoins de l'enfant au plus près, par un jeu d'identification à ce bébé. A cette étape très précoce de la vie, le bébé doit pouvoir avoir l'illusion qu'il crée ce dont il a besoin, dans des soins et un *holding* rassurants. Puis, progressivement, la mère doit apprendre à le frustrer, à se séparer de lui, sans que le sentiment d'exister du bébé soit altéré.⁸ Cela ressemble à une induction de tolérance.

Naturellement, il faut aussi considérer l'équipement génétique de Valentin.

S'il ne supporte pas, si on ne peut pas le rendre tolérant, on lui évite ou il va éviter. L'éviction est déjà compliquée pour les cahouètes, mais pour les difficultés de la vie, cela devient quasi impossible sans déformation de la réalité. Chez le médecin, un tout jeune enfant peut fermer les yeux pour se couper du monde. Le monde n'existe alors plus pour lui pour de bon. En fermant les yeux, l'enfant fait disparaître le médecin contre toute logique.

Valentin ne tolère pas la frustration d'être séparé, d'attendre, de ne pas pouvoir. Ce sont pourtant des étapes nécessaires pour quitter la toute puissance infantile.⁹ Il fait des réactions violentes à chaque étape de sa vie, il fait une carrière d'intolérant à la frustration, comme on peut faire une carrière d'allergique. Dès la maternelle, la scolarité

a été chaotique malgré son intelligence.

L'adolescence n'a fait que révéler ce qui se tramait en douce depuis longtemps, il s'est satisfait tout seul, par la drogue, par des films, sans attendre, sans essayer trop d'échecs.

Mais aujourd'hui, plus qu'hier, il est conscient et souffre du manque de l'autre, qui ne peut plus être les objets parentaux d'autrefois. Il finit par apprécier le cadre hospitalier mais, pour venir aux entretiens individuels, il doit engager une lutte avec lui-même pour quitter sa chambre et aller à la rencontre de l'autre. Les activités de groupe où il doit partager le thérapeute, n'être qu'une partie d'un groupe sont plus difficiles, sauf s'il trouve un autre patient avec qui former un couple confondu.

Aujourd'hui, il ne peut plus être un enfant ni pour ses parents, ni pour la société, ni pour lui-même. Il est devant le paradoxe: il ne peut tolérer la frustration, la séparation, d'être lui, seul, insuffisant, mais en même temps, à cause du temps, il doit être un adulte, c'est-à-dire être capable d'accepter sa finitude. Devant l'immensité de ce qui sépare ces deux états, avec l'angoisse qui en découle, il s'enferme dans sa chambre, comme le tout petit enfant qui ferme les yeux.

Comme un tout petit enfant, il vient d'utiliser un mécanisme de défense archaïque de clivage et de déni de façon massive qui permet de penser à un trouble dans la structure de sa personnalité.¹⁰ Une partie de lui, appelée la partie narcissique, tournée vers lui-même, qui ne peut accepter la moindre frustration, cohabite avec une partie saine, adulte, appelée objectale tournée vers l'autre. Ces deux parties existent chez tous et une balance se fait entre les deux. Lorsque la partie narcissique est majoritaire, comme cela semble être le cas chez Valentin, il y a une pathologie avec des manifestations variées. Comme la balance en allergologie entre les lymphocytes: si les lymphocytes Th2 l'emportent, il fera des réactions allergiques.

La définition de Hikikomori est une vie focalisée sur la maison, sans intérêt ou désir d'aller à l'école ou de travailler durant plus de six mois. Sont exclus, ceux qui souffrent de schizophrénie, de retard mental et d'autres maladies mentales et ceux qui ne travaillent pas ou qui ne vont pas à l'école, mais qui gardent des relations humaines (des amitiés).

On ne peut parler de Hikikomori chez Valentin, car il a été amené à être hospitalisé avant les six mois qui permettent de poser le diagnostic. Mais le processus était bien

enclenché et sans l'énorme effort de sa famille, il serait peut-être resté enfermé.

Il me semble que, derrière cette entité, se cache ce que nous appelons une pathologie de la construction de l'individu, une structure narcissique de la personnalité. Celle-ci peut se manifester de différentes manières, allant d'un aspect névrotique phobique, jusqu'à des aspects plus psychotiques.

S'il y a la construction, la structure de l'individu qui est touchée, alors on pourrait comprendre pourquoi les traitements anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques sont comme les antihistaminiques ou les corticoïdes utiles mais d'efficacité limitée.

Comment rééquilibrer la balance Th1/Th2? Comment rééquilibrer la partie narcissique de la personnalité avec la partie saine? Les allergologues tentent d'induire une tolérance par la désensibilisation. Certains psychothérapeutes tentent d'induire une tolérance, c'est-à-dire limiter la destruction et aller vers la vie, par la psychothérapie en touchant à l'archaïque dans le transfert. Comme toute désensibilisation, une désensibilisation à la frustration est un travail lent et minutieux. Dans certains cas graves, l'initiation du traitement peut se faire en milieu hospitalier pour faire face aux réactions violentes.

Valentin est un patient fictif, mosaïque de plusieurs jeunes patients que nous avons eus à la clinique, mais représentatif des jeunes patients en mal d'engagement dans une vie d'adulte, avec des relations amoureuses, une activité professionnelle ou estudiantine. Dans cette clinique, 12% des patients hospitalisés avaient moins de 25 ans et 80% de ces jeunes patients souffraient de la dépendance, des troubles de l'humeur, d'un trouble de la personnalité ou d'une combinaison de ces pathologies. Beaucoup de ces jeunes avaient un peu de Valentin et aucun n'était japonais.

CONCLUSION

Il me semble que Hikikomori, «tirer vers soi et demeurer», reflète un comportement nouveau d'une personne souffrant d'une pathologie de la structure de la personnalité en mal de s'engager dans la vie d'adulte. Cette pathologie est indépendante de la nationalité. Elle a d'abord été décrite au Japon, et des études anthropologiques, sociologiques, psychologiques sont nécessaires pour savoir pourquoi cette forme de manifestation est plus fréquente dans ce pays. Est-elle signe du lieu et de sa culture ou signe des temps?

Ces jeunes patients, présentant une pathologie de la structure de la personnalité, ne répondent que partiellement aux traitements médicamenteux et ils nécessitent en plus un traitement psychothérapeutique long et patient. ■

Remerciements

Aux Drs N. Gervasoni, psychiatre à la Clinique La Métairie, Nyon, P. Eigenmann, allergologue, pédiatre à l'Hôpital des enfants, Genève et A. Abela-Garcia, pédopsychiatre-psychanalyste, La Croix-de-Rozon, pour leur lecture.

Bibliographie

- 1 Fait divers, le 14 décembre 2010, Yonne, France.
- 2 Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, et al. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of «hikikomori» in a community population in Japan. *Psychiatry Res* 2010;176:69-74.
- 3 Teo AR. A new form of social withdrawal in Japan: A review of Hikikomori. *Int J Soc Psychiatry* 2010;56:178-85.
- 4 Teo AR, Gaw AC. Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? A proposal for DSM-5. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:444-9.
- 5 Winnicott DW. Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant. In: *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris: Payot, 1989.
- 6 Bion WR. Attaque contre la liaison. In: *Réflexion faite*. Bibliothèque de la psychanalyse. Paris: PUF, 1983.
- 7 Bion WR. Aux sources de l'expérience. Paris: PUF, 2003.
- 8 Winnicott DW. Le bébé et sa mère. Paris: Payot, 1992.
- 9 Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. *Collection science de l'homme*. Paris: Payot, 1989.
- 10 Bion WR. The differentiation of the psychotic from the non psychotic part of the personality. In: *Réflexion faite*. Bibliothèque de la psychanalyse. Paris: PUF, 1983.