

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Table des matières

INTRODUCTION.....	3
PREMIERE PARTIE – GENERALITES SUR LE RETRAIT SOCIAL	
I. Eléments historiques.....	5
II. Un problème actuel.....	6
III. Définition psychiatrique.....	7
IV. Etiologies psychiatriques.....	8
V. Caractérisation de différents types de retraits.....	12
VI. Comorbidités de l'isolement social	14
1. Somatiques.....	14
2. Psychiatriques.....	16
3. Sociales.....	16
DEUXIEME PARTIE – LE SYNDROME HIKIKOMORI	
I. Elaboration d'un concept.....	18
II. Caractéristiques épidémiologiques et socio-démographiques.....	20
III. Description clinique.....	22
IV. Débat diagnostique.....	26
1. Hikikomori primaire.....	26
2. Hikikomori secondaire.....	28
3. Syndrome culturel.....	30
4. Comportement non pathologique.....	32
V. Le retrait dans la virtualité : syndrome hikikomori et addiction à internet	33
TROISIEME PARTIE – REVUE DE LA LITTERATURE DES ECHELLES D'EVALUATION DU RETRAIT SOCIAL DES ADULTES JEUNES	
I. Introduction.....	36
II. Méthodes.....	37
III. Résultats.....	39
1. Tableau d'extraction.....	39
2. Les échelles.....	42
IV. Discussion.....	47
V. Conclusion de la revue de la littérature.....	49

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	50
CONCLUSION GENERALE.....	55

Introduction

Le retrait social est un trouble du comportement caractérisé par un rétrécissement de l'existence en un espace restreint ou enclos, où les règles et les usages de la vie sociale n'existent plus. Il s'agit d'un refus ou d'une incapacité à la vie sociale, en l'absence de trouble organique objectif et en l'absence de troubles psychomoteurs. Transnosographique, le retrait social s'observe dans de nombreuses pathologies psychiatriques, concernant de fait une large population de patients. L'identifier précocement est un enjeu thérapeutique essentiel au vu de ses nombreuses comorbidités psychiatriques, sociales, mais également somatiques.

Depuis le début des années 2000, l'apparition d'une nouvelle entité syndromique dans la littérature scientifique suscite l'attention de nombreux auteurs : caractérisé par un retrait social sévère, ce trouble concernerait une population d'adultes jeunes, à priori indemnes de tout autre pathologie psychiatrique susceptible de l'expliquer. Ce syndrome, appelé *hikikomori*, a initialement été pensé comme une manifestation clinique inhérente au contexte culturel japonais. Mais la multiplication des rapports de cas en provenance d'autres pays modernes, amène à reconsidérer cette problématique comme une nouvelle pathologie émergente.

La première partie de ce travail revient sur les aspects généraux du retrait social en psychiatrie, ses caractéristiques, ses causes et les complications qui en découlent.

Dans la deuxième partie, nous mettrons l'accent sur le syndrome hikikomori, le décrivant à la lumière des observations actuelles sur le sujet et en discutant les hypothèses causales proposées par les différents auteurs.

Enfin, dans une troisième partie, nous nous proposons d'explorer les différentes échelles qui évaluent le retrait social chez les jeunes adultes, au travers d'une revue systématique de la littérature.

PREMIERE PARTIE

GENERALITES SUR LE RETRAIT SOCIAL

I. Éléments historiques

Le mot « claustration » (du latin *claustrum*, cloître) signifie « état d'une personne retirée dans un cloître ». A l'origine, il s'agit d'une démarche religieuse chrétienne consistant à adopter une forme extrême de pénitence en s'enfermant dans la solitude d'un espace restreint, une cellule ou un récluse, qui aurait été inaugurée en Syrie par Eusèbe de Téliédan, au sein du monachisme oriental du IV^{ème} siècle. Spirituellement, la réclusion monastique était « une mort au monde ». Aux X^{ème} et XII^{ème} siècles, cette forme de vie religieuse ascétique s'est répandue dans le monde médiéval occidental et l'on commençait à observer des formes de réclusions tellement extrêmes (enfermement dans un tombeau, emmurement dans une pièce où on ne peut tenir ni debout, ni coucher) que l'Eglise en est venue à devoir communiquer des appels à la prudence et à légiférer sur la question. La plupart du temps, les reclus se trouvaient à l'intérieur ou à proximité de monastères ou d'églises et obéissaient à un idéal d'inspiration religieuse et à une discipline partagée par d'autres sujets réunis en congrégations : dès lors, on ne pouvait considérer leur comportement comme purement asocial. Au XII^{ème} siècle, l'ouvrage de l'abbé Ælred de Rievaulx intitulé *La vie de recluse* (1), a entraîné une vague d'enfermements volontaires de femmes à travers toute l'Europe. Certaines agissaient pour des motifs mystiques, mais la plupart d'entre elles étaient des « filles de mauvaise vie », invitées par les autorités à se repentir, et ces recluses du Moyen-Âge bénéficiaient d'une position sociale tout à fait intégrée dans ce contexte historique. Une autre grande figure historique de l'enfermement volontaire est celle de l'ermitte, ou anachorète (du grec anakhôrein, se retirer), qui faisait le choix d'une vie spirituelle dans la solitude et le recueillement. Cette forme d'ascèse se pratiquait déjà en Inde antique et s'est développée en Occident à la diffusion du christianisme, sous l'empereur Constantin. Il n'existe aucune statistique officielle, mais un recensement informel datant de 2001 estimait qu'il existerait aujourd'hui encore, entre 200 et 300 ermites en France, vivant sous la responsabilité d'un évêque (2).

L'idéal mystique n'est pas la seule motivation pour ceux qui veulent se couper du reste du monde. Il existe d'autres démarches, plus anecdotiques, comme la « spéluncophilie », décrite par Lavastine dans les *Annales Médico-Psychologiques* de 1919, qui consiste en « l'amour des grottes et des cavernes ». C'est une réaction rare, qui pour l'auteur n'est « ni un syndrome, ni même toujours un symptôme, mais une simple réaction pittoresque à des causes éminemment variées, avec toutes les transitions du normal au pathologique » (3). Citons aussi le goût pour la solitude et la pratique de « retraites » auxquelles s'adonnent artistes, navigateurs solitaires ou autres misanthropes cherchant à s'éloigner de leurs semblables humains.

II. Un Problème actuel

Le retrait mène à l'isolement social, qui correspond à une carence de contacts interpersonnels. Il s'agit d'un paramètre objectif qui peut être mesuré en examinant si une personne vit seule, son statut conjugal, la taille de son réseau social et sa participation à des activités de groupe. Le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) définit l'isolement social comme « la situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance ou de danger. Les relations d'une qualité insuffisante sont celles qui produisent un déni de reconnaissance, un déficit de sécurité et une participation empêchée » (4). Par convention, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) considère comme isolées les personnes n'ayant eu que quatre contacts ou moins d'ordre privé au cours d'une semaine de référence. L'isolement est différent de la solitude, qui est une expérience subjective d'insatisfaction face à la qualité des rapports sociaux qu'une personne entretient (fréquence, intimité). Ce n'est donc pas seulement la quantité de contacts qui est en jeu.

L'Homme est un être social, écrit Aristote, la nature l'a fait pour vivre avec ses semblables. Dans la plupart des cas, se retrouver en situation d'isolement est pour l'être humain un facteur de stress important, comparable selon certains auteurs à celui d'un deuil (5). Il est aussi l'un des facteurs de risque de développement de complications psychiatriques les plus étudiés (6). L'isolement social, a été déclaré « grande cause nationale » de l'année 2011 en France. L'intérêt porté à ce sujet par la puissance publique est récent et s'explique par la prise de conscience de l'influence du lien social sur la qualité de vie individuelle et collective, et de l'importance croissante au sein de la population française de l'isolement social : La part de la population vivant seule a plus que doublé entre 1960 et 2010. D'après la Fondation de France, 5,5 millions de français seraient en situation d'isolement social, soit plus de 10% de la population (7).

III. Définition psychiatrique

Le retrait social est un trouble du comportement caractérisé par un rétrécissement de l'existence en un espace restreint ou enclos, où les règles et les usages de la vie sociale n'existent plus. Il s'agit d'un refus ou d'une incapacité à la vie sociale, en l'absence de trouble organique objectif et en l'absence de troubles psychomoteurs (8).

Au-delà des pratiques historiques et d'un certain folklore culturel, le terme de claustration a été utilisé pour la première fois en sémiologie psychiatrique par L. Gayral, dans un article des Annales Médico-Psychologiques de 1953, pour désigner « un trouble de l'activité qui consiste dans le refus de la part du malade de participer à la vie sociale et qu'il objective en rétrécissant son champ de son existence à une portion de l'espace très limitée et enclose ». Avant cela, différentes appellations ont été utilisées, sans être unanimement admises : « claustramanie », « réclusion volontaire », « séquestration volontaire » (3).

Il s'agit donc d'une réclusion que s'imposent certains sujets pour se soustraire aux contacts et aux influences du monde extérieur. Cette forme de réclusion est volontaire, contrairement à la séquestration (où la réclusion est imposée par une personne ou autorité externe) et répond à deux critères : le rejet de la vie en société et l'établissement d'une barrière entre soi et le monde. D'après Gayral, la claustration pathologique est presque toujours une réaction anti-sociale commandée par des processus morbides : « Le claustré est l'aliéné-type au sens strict du mot (alienus = étranger) ; il réalise et consomme lui-même son aliénation de la manière la plus immédiate. Ce comportement asocial peut traduire soit une tendance à l'isolement, au repli autistique poussé à l'extrême, soit la conséquence d'un besoin de sécurité et de protection contre des menaces ou des persécutions imaginaires comme il se voit chez les délirants ».

IV. Etiologies psychiatriques

Le retrait social n'est pas un diagnostic en soi. C'est un symptôme transnosographique, présent dans un très grand nombre de pathologies psychiatriques, associés à d'autres manifestations cliniques (9) .

1) Troubles de la personnalité

▪ Personnalité schizoïde :

Les jeunes adultes schizoïdes ne se sentent pas concernés par les relations interpersonnelles, ne recherchent ni n'apprécient la compagnie des autres ; ils sont plus intéressés par leur propre monde mental subjectif que par la réalité objective extérieure et choisissent presque toujours des activités solitaires.

▪ Personnalité schizotypique

Excentriques, les personnes schizotypiques ont des croyances magiques, des intérêts étranges, des expériences de perceptions irréalistes qui les rendent bizarres aux yeux des autres et ils ont de grandes difficultés à établir des relations en dehors de leurs parents au premier degré.

▪ Personnalité évitante

Effrayés par la peur d'être rejetés, et malgré un fort désir de sociabilisation, les personnes évitantes ne sont proches que de rares personnes en qui elles ont pleinement confiance et dont elles sont sûres qu'ils ne les rejeteront pas.

▪ Personnalité narcissique

Auto-centrées, suffisantes, les personnes narcissiques ne sont que peu concernées par les autres. Leurs relations sociales sont superficielles et intéressées et parfois, malgré une vie d'apparence mondaine, elles peuvent se retrouver très isolées.

▪ Personnalité paranoïaque

Le refus de participer à la vie de société fait partie intégrante de la personnalité paranoïaque et les cas de claustration ne sont pas rares. Ce symptôme aurait même, d'après Gayral, une valeur pronostique médico-légale intéressante : la claustration paranoïaque étant en effet selon cet auteur, un indice de dangerosité.

2) Troubles psychotiques

Le retrait du monde extérieur figure parmi les manifestations psychotiques les plus classiques. Toutes les variétés de délires chroniques en fournissent des exemples mais ce sont surtout les délirants persécutés et hallucinés qui présentent de telles réactions.

▪ Schizophrénie

Le retrait social est classiquement décrit comme étant le symptôme prodromique des formes débutantes de la maladie.

Le retrait peut être « actif », dans un contexte de manifestations productives, lié à une thématique délirante persécutive (sentiment de menace) ou bien lié aux mécanismes du délire (syndrome d'influence, intuition d'un danger mortel, injonctions hallucinatoires). Le sujet délirant cherche alors à se protéger des influences néfastes du monde extérieur et se replie dans un espace restreint qu'il essaie de clôturer le plus hermétiquement possible.

Mais le retrait peut également être « passif », s'inscrivant dans une symptomatologie négative, avec repli autistique, apragmatisme, anhédonie, désintérêt pour le monde environnant, négativisme. « L'autisme » était d'ailleurs au cœur de la conception Bleulerienne de la schizophrénie et Kraepelin avant lui, notait l'apparente indifférence au monde externe et la rupture des liens sociaux et amicaux dans la « démence précoce ».

▪ Trouble délirant paranoïaque

Le patient souffrant d'un délire paranoïaque est prédisposé au retrait social pour se protéger des persécuteurs, dans une attitude défensive (avant de passer éventuellement à une attitude offensive).

Dans le délire d'interprétation, décrit par Sérieux et Capagras en 1909 (« folie raisonnante »), construit autour d'idées de références interprétatives, on observe une inadaptabilité sociale handicapante avec des glissements, à certains moments, vers des attitudes de retrait social marqué avec enfermement.

▪ Psychose hallucinatoire chronique ou schizophrénie d'apparition tardive

C'est dans cette affection touchant principalement les femmes de plus de 50 ans que le retrait social est le plus fréquent, avec un isolement social important et une recherche de protection contre « les voix » qui les assaillent ou « les rayons » qu'on leur envoie (enveloppement, cuirasses de toutes sortes, obturation des orifices, etc.)

3) Troubles dépressifs

Le retrait social résulte de l'humeur dépressive, de l'anhédonie, de l'asthénie et du ralentissement psychomoteur. Il peut être majoré par des symptômes anxieux concomitants. Le retrait se limite souvent à une diminution des interactions sociales mais peut aller jusqu'à un isolement important voire un confinement au domicile (10).

4) Troubles obsessionnels ou anxieux

Les retentissements d'un trouble panique sévère, avec agoraphobie, consistants à adopter des conduites d'évitement pour se protéger des risques potentiels liés aux attaques de panique, peuvent aboutir à un retrait social handicapant. C'est également le cas, dans certaines phobies spécifiques intenses ou des troubles obsessionnels-compulsifs graves (peur des contaminations). Dans la phobie sociale, l'impossibilité d'affronter certaines situations sociales est parfois si intense, que le sujet remanie de nombreux aspects de sa vie professionnelle, relationnelle et affective, jusqu'à s'isoler complètement. De même, une personne peut progressivement se détacher de son entourage et se couper de son environnement après l'installation d'un état de stress post-traumatique.

5) Troubles du spectre autistique

L'isolement autistique est un signe cardinal de la maladie, caractérisée par une incapacité à établir un contact relationnel, présente dès l'enfance. Dans les troubles du spectre autistique avec haut potentiel cognitif (anciennement « syndrome d'Asperger »), il n'existe pas de retard significatif du langage ni du développement cognitif, mais les interactions sociales sont altérées du fait d'un défaut d'empathie et d'une incapacité à être syntone. A l'adolescence, fréquemment malmenés par leur pairs, les jeunes atteints de ce trouble sont susceptibles de se retirer, aspirant à la solitude et l'immutabilité.

6) Troubles addictifs

Décrit chez les usagers chroniques de cannabis, le syndrome amotivationnel associe un désinvestissement des activités scolaires ou professionnelles favorisant la désinsertion sociale et la marginalisation de l'individu avec des troubles du fonctionnement intellectuel, une indifférence affective avec rétrécissement de la vie relationnelle (11).

7) Troubles liés au vieillissement

Le syndrome de Diogène se caractérise par un trouble de la relation au corps (incurie), à l'environnement (retrait au domicile) et aux autres (misanthropie). Il survient au cours du vieillissement et nous distinguons les syndromes de Diogène primaires (sans cause retrouvée) des syndromes de Diogène secondaires (à une pathologie somatique ou psychiatrique). Il se caractérise par un retrait social avec ou sans accumulation et nous retrouvons fréquemment la présence d'un aidant extérieur, dénommé « porteur du panier » entretenant ce mode de vie (12).

8) Le syndrome hikikomori

Syndrome émergent dans la littérature scientifique et qui fera l'objet de plus amples développements dans la deuxième partie de ce travail. On le définit classiquement par un retrait social avec existence centrée au domicile et évitement des contacts et des responsabilités, pendant une période d'au moins 6 mois. Il concerne les jeunes adultes. La personne s'exclurait elle-même sans qu'on ne puisse l'expliquer, à priori, par l'existence d'un trouble psychiatrique connu. Pour certains auteurs, ce serait une forme « pure » de retrait social de l'adulte jeune.

9) Diagnostics différentiels

a. Les pseudo-claustrations

De nombreuses pathologies somatiques, ayant un retentissement sur la communication ou la mobilité, entraînent des réclusions forcées. Des tableaux similaires peuvent s'observer dans le champ de la psychiatrie en rapport avec une grande inertie psychomotrice, telle qu'elle se voit dans le syndrome catatonique, le syndrome démentiel, ou certaines formes cliniques du syndrome mélancolique (mélancolies stuporeuses).

b. Le retrait social non pathologique

Un certain type de retrait peut correspondre à un moment particulier de la trajectoire de la personne, à un moyen d'autoprotection, une façon de retrouver le contrôle de sa vie (13). À l'adolescence par exemple, le retrait est normal et fait partie du processus de maturation physiologique du cerveau. Il doit alerter lorsqu'il conduit à un isolement social durable et qu'il a non seulement une incidence fonctionnelle immédiate mais également pronostique à plus long terme.

V. Caractérisation de différents types de retraits

Le retrait social n'est pas un symptôme uniforme et catégoriel, mais serait composé de plusieurs facettes distinctes. Certains auteurs proposent de faire la discrimination entre 3 sous-types de retrait social, qui reposent sur des motivations psychopathologiques différentes : la timidité, l'asociabilité et l'évitement. Tous trois concourent à la même conséquence comportementale consistant à se tenir en retrait des contacts sociaux (6), mais ce ne sont pas les mêmes caractéristiques tempéramentales qui entrent en jeu. On peut traduire ces trois tempéraments en fonction de la manière dont se combinent l'aspect « motivation pour l'approche sociale » et l'aspect « motivation pour l'évitement social » :

- La timidité est une réaction émotive aux contacts sociaux traduite par un manque d'aisance et un sentiment d'inconfort en société. Elle est caractérisée par un conflit psychologique entre deux aspirations opposées : le désir d'avoir une approche sociale et l'anxiété de s'y soumettre, entraînant un évitement du contact relationnel (14). On retrouve ce même conflit dans l'anxiété sociale, forme pathologique de la timidité.
- L'asociabilité ou l'absence d'intérêt social (15). Les individus asociaux, présentent un comportement apparent de retrait du fait d'une absence de désir pour les interactions sociales. Il ne s'agit pas d'un évitement actif, mais d'une absence d'intérêt pour les relations interpersonnelles et d'une indifférence au fait d'être seul. C'est le trait de caractère remarquable de la personnalité schizoïde.
- L'évitement combine un défaut de motivation d'approche sociale et une forte motivation d'évitement (16). Les individus évitants recherchent activement les opportunités d'être seuls, sans signe d'ambivalence.

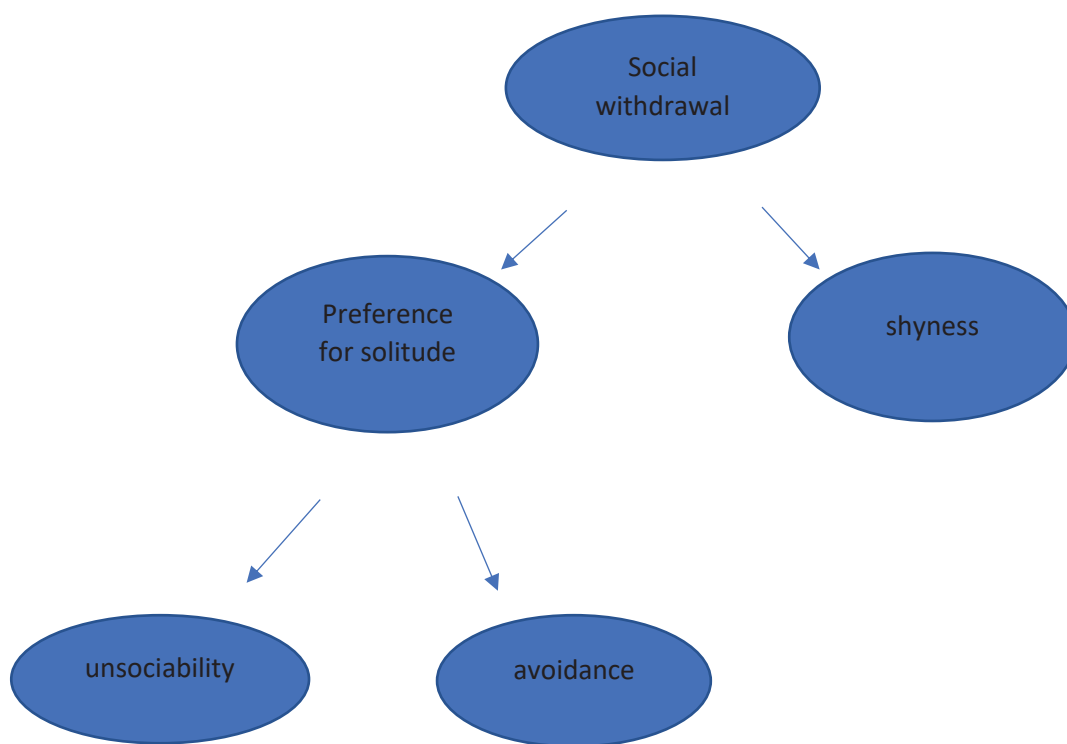
Tableau 1 : D'après Asendorpf 1990 et Coplan 2004 – 2006

	Motivation pour l'approche social	Motivation pour l'évitement social
Timidité	+	+
Asociabilité	-	-
Evitement	-	+

L'asociabilité et l'évitement ont en commun un faible degré de motivation pour l'approche sociale et constituent un sous-groupe qualifié de « préférence pour la solitude ». Développé par Coplan, la notion de préférence pour la solitude désigne une préférence marquée pour les activités solitaires. Il s'agirait d'une construction de la personnalité totalement différente de la timidité et plus fortement

associée que celle-ci à la survenue ultérieure de troubles psychiatriques (17). Dans ces trois cas de figure (timidité, asocialité, évitement), c'est l'individu lui-même qui initie son retrait social et qui se retrouve dans une situation de solitude que l'on pourrait qualifier « d'auto-imposée » par des « motivations intérieures » (18). A l'opposé de ce retrait « actif », existent des cas de retrait « passif », ou subi : isolement par les pairs (rejet, exclusion, harcèlement). Lorsque l'isolement social est la conséquence d'une exclusion par les pairs, on ne peut pas invoquer le phénomène de retrait social, bien que le fait d'avoir été rejeté est un facteur de risque important de développer ultérieurement un authentique retrait social « actif ».

Figure 1 : model conceptuel de la préférence pour la solitude – Wang et al 2013 (19)



VI. Comorbidités de l'isolement social

Le retrait social est le symptôme ou la complication évolutive de nombreuses pathologies ; mais il est aussi en lui-même pourvoyeur de complications d'ordres psychiques, physiques, socio-affectives. Une claustration totale peut en effet être à l'origine d'une déchéance sociale et physique plus ou moins rapide : incurie du patient, insalubrité de l'appartement, mise en danger du patient et d'autrui (gaz, électricité), baisse de l'état général, dénutrition, parfois mort dans un état cachectique (8).

1) Somatiques

Le retrait social est reconnu comme un facteur de risque de mortalité prématurée. Plusieurs études ont clairement établi que l'absence de relations sociales adéquates exercent une influence négative sur la santé et diminue significativement l'espérance de vie (20). L'isolement social et la solitude augmentent le risque de mourir prématurément, un impact comparable à celui de facteurs de risque bien établis comme l'obésité, la sédentarité et même le tabagisme. Les données acquises au cours d'études réalisées sur un panel de 308 849 personnes indiquent que ceux qui ont des relations sociales adéquates ont un risque de mortalité prématurée diminuée de 50 % comparativement à ceux dont les relations sociales sont insatisfaisantes, un impact comparable à l'abandon du tabagisme. Ces résultats sont en accord avec les données acquises par la Harvard Study of Adult Development qui étudie depuis 1939 les facteurs impliqués dans le vieillissement en bonne santé, tant du point de vue physique que psychologique. La principale conclusion de cette étude prospective est que ce sont les relations interpersonnelles de qualité (amicales ou familiales) qui représentent un des plus importants facteurs prédictifs du bonheur et de la bonne santé d'une personne au cours de sa vie. L'isolement social exerce un impact négatif sur plusieurs paramètres physiologiques, avec notamment une hausse de la tension artérielle, des taux de fibrinogène et de cortisol circulant, ainsi que l'activation des processus inflammatoires. Le corps perçoit l'isolement comme une « agression » et provoque l'activation des mécanismes physiologiques impliqués dans la réponse au stress, comme la sécrétion de cortisol et d'adrénaline. Des études (20) ont montré que les personnes isolées avaient des taux urinaires d'adrénaline augmentés, un rythme cardiaque au repos plus élevé et une hausse de la pression artérielle. Les effets du stress chronique ont un effet toxique sur le tropisme cardio-vasculaire et favorise le développement de l'athérosclérose. Une expérience menée dans les années 1950 sur les animaux du zoo de Philadelphie ont montré que l'isolement des oiseaux et des mammifères était associé à une augmentation de 10 fois des lésions d'athérosclérose chez ces animaux. Et chez les humains, une étude a montré qu'un réseau social réduit était associé à une augmentation de calcification des artères coronaires.

A un niveau encore expérimental, des études sur les rongeurs tendent à prouver que l'isolement social a également des effets neurotoxiques sur des zones spécifiques du cerveau comme l'amygdale et l'hypothalamus – dont l'implication dans la régulation du comportement émotionnel et social est connue – via la surexpression d'un neuropeptide appelé la neurokine B. La neurokine B est un neurotransmetteur peptidique de la famille des tachykinines, codé par le gène Tac2. L'étude du California Institute of Technology (Caltech) montre qu'un isolement social prolongé entraîne chez la souris une augmentation de l'expression du gène Tac2 et de la production de neurokine B dans le cerveau, associées à des manifestations cliniques d'agressivité et de peur, comparable à celles observées dans la dépression et l'état de choc post-traumatique. Il existe chez les êtres humains, un système de signalisation tout à fait analogue.

L'institut de cardiologie de Montréal explique que l'isolement social accroît significativement les risques de maladie cardiovasculaires : « Les études épidémiologiques montrent qu'un faible support social est associé à une hausse d'environ deux fois du risque d'événements cardiovasculaires et représente un facteur prédictif d'hypertension, de maladie coronarienne et d'insuffisance cardiaque. Après un premier accident cardiovasculaire, l'isolement social multiplie par trois le risque de récurrence, au même titre que d'autres facteurs de risque bien établis comme l'hypercholestérolémie, le diabète de type 2 ou le tabagisme ».

Un soutien social satisfaisant procure en effet aux personnes touchées par un événement de vie négatif, un support qui permet de mieux absorber le choc et de réduire ainsi les conséquences physiologiques néfastes qui découlent du stress chronique. Les individus disposant d'un réseau social développé sont également plus actifs physiquement et sont aussi susceptibles d'être mieux conseiller en cas de problème de santé.

Il est démontré en outre que l'isolement social contribue au renoncement aux soins : les travaux sur le renoncement aux soins font apparaître une forte corrélation avec l'isolement relationnel des personnes. A titre d'exemple, la recherche menée avec les Centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie (CETAF) montre que le non-recours aux soins est fortement lié au fait de « vivre seul ». Le risque de non-recours au médecin ou au dentiste et l'absence de suivi gynécologique est ainsi multiplié par 1,2 à 2.

2) Psychiatriques

Le retrait social peut être le seul signe d'alarme révélateur d'un trouble sous-jacent : « La claustration est un signe privilégié. Il y a peu de manifestations qui expriment aussi directement les tendances profondes du malade, son ton réactif et la signification réelle de son activité morbide » (Gayral 1953). Le retrait social chez l'adulte jeune est identifié par les chercheurs comme étant un facteur prédictif d'un nombre varié de pathologies. Une méta-analyse de 2002 (21), le présentait comme un robuste facteur de risque de développer une schizophrénie. Il peut également être la manifestation prodromique d'une dépression (22), de troubles anxieux (23) ou d'une crise suicidaire (24).

Ce symptôme est aussi l'un des facteurs de risque de développement de complications psychiatriques les plus étudiés (6), au premier rang desquelles les troubles dits « internalisés » (troubles anxieux et dépressifs) (25). Il consiste aussi en un facteur de risque secondaire de suicide. C'est en effet la première cause évoquée pour le suicide des hommes (un quart des suicides masculins en France) et la troisième cause évoquée de suicide chez les femmes (16% des suicides féminins, après la dépression 20% et la situation conjugale ou familiale 17%).

Sur le plan cognitif, il engendre des idées auto-dépréciatives, détériore l'estime de soi (14) et abaisse les compétences sociales (26).

3) Sociales

Le comportement de retrait allant à l'encontre de l'attitude attendue, il expose les sujets à un risque de harcèlement dans le milieu scolaire (27) et de difficultés d'insertion dans le milieu professionnel. De fait, ce cercle vicieux aggrave le retrait et plus celui-ci se prolonge, plus il est difficile d'en sortir.

DEUXIEME PARTIE

LE SYNDROME HIKIKOMORI

I. Elaboration du concept

« Hikikomori » est le qualificatif utilisé pour décrire les adultes jeunes, en situation de retrait social extrême, en l'absence – à priori – de tout autre trouble psychiatrique pouvant expliquer ce retrait. Ces jeunes « retirants » évitent toute activité sociale et dans les cas les plus graves, peuvent rester mutiques et enfermés dans leur chambre pendant des années, sans aucun contact avec l'extérieur.

Ce phénomène est d'abord un phénomène japonais. L'expression « hiki - komori » (引きこもり) signifie littéralement « retiré ». A l'origine, il s'agissait d'un terme générique utilisé pour qualifier les individus n'ayant aucunes relations sociales. Il était occasionnellement employé dans le vocabulaire de la psychiatrie pour décrire le symptôme de retrait social observé dans les troubles autistiques, la schizophrénie, la dépression ou chez le sujet âgé.

Au cours des années 1990, au Japon, il a été constaté une augmentation considérable du nombre de jeunes gens socialement retirés sans raisons apparentes. D'autres descriptions similaires ont ensuite été rapportées dans d'autres pays culturellement différents du Japon.

Le phénomène a pris tant d'ampleur, qu'au début des années 2000, il a fini par susciter une telle inquiétude dans l'opinion publique qu'il est devenu un enjeu de santé publique et un nouveau domaine d'intérêt en psychiatrie.

Cette notion d'hikikomori en effet, alimente un courant de publications et de recherches, mais aussi de communications médiatiques, sur ce phénomène de retrait qui ne serait pas schizophrénique. Le nombre d'articles scientifiques consacrés à ce problème n'a fait qu'augmenter à partir des années 1990 avec un pic après les années 2000, illustrant la façon dont certains troubles peuvent occuper le devant de la scène et faire l'objet de préoccupations sociales importantes.

Le psychiatre japonais Tamaki Saito a été le premier à utiliser le terme « hikikomori » pour désigner plus spécifiquement les jeunes adultes qui restent confinés chez eux, pendant une durée d'au moins 6 mois, sans qu'il n'existe de trouble psychiatrique apparent. Son livre, intitulé *Shakaiteki Hikikomori : Owaranai Shishunki (Retrait social, une adolescence qui n'en finit pas)* publié en 1998, est devenu rapidement un best-seller (28). Dans cet ouvrage, il définissait le hikikomori comme un jeune qui s'est retiré chez lui et qui ne prend plus part à la société (études, travail, relations), depuis au moins 6 mois, sans qu'aucune pathologie mentale ne puisse être identifiée comme cause première.

En 2003, le Ministère de la santé et du travail du gouvernement japonais a officiellement reconnu ce trouble et communiqué des critères diagnostiques reprenant les travaux du Dr Saïto (29):

- A. Une existence centrée à la maison
- B. Absence d'intérêt ou de volonté d'aller à l'école ou au travail
- C. Persistance des symptômes pendant au moins 6 mois
- D. Exclusion de diagnostic de schizophrénie, retard mental ou autres troubles mentaux
- E. Absence de relations amicales

II. Caractéristiques épidémiologiques et socio-démographiques

Prévalence

Les jeunes reclus sont par définition difficiles d'accès aux chercheurs, d'autant que le taux de consultations spontanées pour ce motif est très bas. De plus, si le phénomène de retrait est bien repéré par les instances éducatives tant qu'il concerne des mineurs scolarisés, il devient méconnu ou sous-estimé dès lors qu'il touche de jeunes adultes désinsérés de la société. Les études épidémiologiques sur le phénomène sont de fait peu nombreuses et les estimations sur son ampleur sont variables. Pour le Japon, elles oscillent entre 200 000 (30) à plus d'un million selon le Dr SAITO. Le Ministère de la Santé, du Travail et de la Politique Sociale évaluait en 2010 entre 260 000 et 696 000 le nombre d'hikikomori nippons. Dans son étude conduite en 2010 à partir d'un échantillon généré aléatoirement de 4 134 personnes interviewées au téléphone (31), Koyama estimait au Japon la prévalence du phénomène à environ 1% des 20-49 ans, soit plus de 600 000 cas dans le pays. KIYOTA en 2008, évaluait la prévalence dans la population entre 0,9 % et 3,8 %. Furlong (2008) (32), diagnostiquant 14 cas au sein d'un échantillon de 1 600 familles, considérait qu'en extrapolant ces résultats au pays entier, on en retrouvait 410 000 cas.

En France, il n'existe pour l'heure aucune étude épidémiologique d'ampleur, mais les rapports de cas se multiplient dans la littérature et de plus en plus de cliniciens sont confrontés à cette problématique qui risque de devenir centrale dans les années à venir.

Age

La notion de « jeunes adultes » étant imprécise, les critères d'âges précisés dans les articles sont assez souples, allant en général de l'adolescence jusqu'à 35 ans, voire plus. L'âge moyen du diagnostic repéré par plusieurs auteurs serait de 27 ans (33).

Sex-ratio

On observe une très forte prédominance masculine : on estime en effet que 70 à 80% des cas sont des hommes (31) (34) (35). Il existe des facteurs socio-psychologiques pouvant expliquer cette large majorité de cas masculins (la constitution de « couples mère-fils » au domicile, l'importance majorée de la réussite scolaire et sociale chez les garçons par exemple), mais il y a un biais d'observation qui peut amener à cette sur-représentation dans la littérature : L'effet d'invisibilité du phénomène chez les femmes pour des raisons culturelles (il est en effet plus admis dans la société qu'une femme passe beaucoup de temps à la maison et ce syndrome, lorsqu'il concernera une femme, ne suscitera pas

toujours autant d'inquiétude que s'il s'agissait d'un homme). Les expériences de retrait chez la femme seraient ainsi peut-être plus fréquentes qu'on ne le croit, mais moins visibles socialement (36).

Géographie

Initialement décrit au Japon dans les années 1990, le phénomène « hikikomori » est d'abord un phénomène japonais. Certains auteurs d'ailleurs, ont soutenu l'idée que l'existence des hikikomori était spécifique à la culture japonaise en raison de ses singularités socio-culturelles. Mais depuis quelques années, de nombreuses descriptions de cas ont été réalisées dans plusieurs pays. Des cas de hikikomori et des tentatives de compréhension du mécanisme ont en effet été rapportés aux Etats-Unis (37), au Canada (38), en Corée du sud (39), à Oman (40), à Hong-Kong (41), en Inde (42), en Espagne (43), en Italie (44) et en France (45).

Milieu social et entourage familial

Le phénomène serait plus représenté dans les classes moyennes et les milieux éduqués et urbains (46). Les hikikomori vivant presque toujours tous au domicile parental, il est plus aisé pour les familles des classes moyennes d'entretenir leurs enfants dans leur propre chambre ; elles sont également plus enclines à consulter auprès de spécialistes (32). Cela ne veut donc pas dire que ce trouble est inexistant dans les milieux défavorisés ; mais il serait alors moins visible.

En France, le trouble hikikomori survient en majorité au sein de familles monoparentales où le garçon vit seul avec sa mère. Notons qu'au Japon, si les divorces sont beaucoup moins fréquents, il n'en demeure pas moins que les familles touchées par le phénomène se distinguent par une très forte présence maternelle et une relative absence paternelle (ce dernier étant accaparé par son travail, les soirées plus ou moins obligées entre collègues et les temps de transport).

III. Description clinique

Le principe du phénomène « hikikomori » est basé sur l'auto-réclusion intentionnelle de jeunes adultes pendant une période d'au moins 6 mois. Ces individus ne disposant plus dès lors, d'aucune relation sociale, d'activité scolaire ou professionnelle. En dehors de l'isolement social qui en découle, le tableau clinique est souvent très pauvre et ce sont donc les mécanismes de cet isolement qu'il s'agit de caractériser. Il s'établit au travers d'un triple retrait : un retrait psychique, un retrait spatial et un retrait temporel. Son intensité est variable (selon les sujets et au cours du temps pour un individu donné) et sa pérennisation rendue possible par des transactions familiales qui le permettent.

Retrait psychique

Selon l'expression du professeur Kunifumi Suzuki (47) : le hikikomori est d'abord un « retirant » psychique, puis très vite un « retirant » social. Il se retire d'abord mentalement du monde, puis renonce à se confronter à ce qu'il en attend (et à ce que le monde attend de lui).

Leur présentation est dominée par la froideur émotionnelle, comme s'ils étaient déconnectés, clivés, de toutes les perceptions émotionnelles qu'on pourrait leur prêter dans une telle situation (honte, culpabilité, angoisse) (48). Ils sont apathiques et ne parviennent à exprimer ni envie, ni ambition, ni intérêt. Mais leur humeur est rarement triste et on ne retrouve quasiment jamais d'idéations suicidaires. En fait de tristesse, c'est l'alexithymie qui domine. Lorsqu'on les interroge, leurs réponses sont laconiques, factuelles, au mode indicatif et ponctuées de « je ne sais pas ». On retrouve de manière attendue une absence de plaisir (anhédonie) dans les activités sociales, en notant que selon un point de vue cognitiviste, il s'agit plus souvent de la perte de l'anticipation du plaisir, que l'absence de plaisir elle-même dans les activités sociales qui participe au retrait et à l'apragmatie. Ils paraissent sereins et détachés, ne manifestant aucune anxiété, si ce n'est une légère inquiétude pour l'avenir.

Leur aconflictualité est tant intérieure qu'extérieure. Il n'y a rien de révolutionnaire ou de révolté dans leur discours. Ils n'ont aucune revendication sur lesquelles appuyer leur refus social et ne théorisent pas leur mal-être face aux difficultés de la société actuelle. Le langage utilisé est lisse et conventionnel.

Le comportement est oisif, mais ne présente pas de signes de désorganisation apparente. Pour occuper le temps, ils lisent des mangas, surfent sur internet, jouent à des jeux vidéo.

Leur symptomatologie est égo-syntonique. Les hikikomori interrogés ne trouvent pas que leur situation soit irraisonnable ou excessive. Ils n'expriment pas de demande de soins, ni même de formulation d'une souffrance. Lorsqu'une demande de prise en charge existe, elle émane de la famille et le délai entre le début de l'enfermement et la demande d'aide se compte en mois, le plus souvent en années. La prise de conscience de la morbidité des troubles par la famille nécessite souvent la

survenue d'un événement intercurrent qui vient bousculer l'inertie établie : problème somatique, déménagement, irruption de troubles du comportement externalisés. Les gestes auto et/ou hétéro-agressifs sont rares (coup de poing dans le mur, violence contre un des membres de la famille) ; ils ne concernent qu'un cinquième des hikikomori et surviennent lors de tentatives abruptes de déloger le jeune de sa chambre.

Lorsque la levée de l'enfermement est permise (parfois un temps d'hospitalisation est nécessaire), l'individu se rétablit en recouvrant son fonctionnement antérieur, sans symptômes résiduels.

Retrait dans l'espace

Le retrait s'exprime par la soustraction de leur corps des lieux communs et un confinement dans un espace restreint. Le phénomène implique en effet un lieu attitré, fermable, où se retirer, mais pas complètement hermétique car il faut continuer à se nourrir, à satisfaire ses besoins naturels. Cet espace est donc presque toujours la chambre du hikikomori, au sein du domicile parental (les cas d'hikikomori disposant de leur propre appartement sont exceptionnels et on ne décrit aucun exil dans des lieux parfaitement isolés). La chambre devient rapidement incurique : il est assez caractéristique d'observer une accumulation de déchets autour du jeune, mais il ne paraît pas s'en apercevoir (49). Un dialogue s'opère entre le lieu du retrait et le reste de la maison. La mère, classiquement, assure le ravitaillement en faisant passer des plateaux-repas devant la porte et le jeune mène des expéditions, la nuit ou quand la maison est vide, pour aller aux toilettes ou se laver.

Lorsque le trouble s'installe, le jeune se retranche d'abord des lieux dans lesquels les attentes sociales sont les plus exigeantes, l'école ou le travail : L'absentéisme scolaire/professionnel est observé dans 96 % des cas (28) comme la première manifestation du comportement de retrait.

Ce corps qui s'efface des regards, est fréquemment perturbé par des sensations de malaise ou des dérégulations végétatives qui précèdent ou accompagnent le retrait : douleurs, maux de ventre, sudation excessive, perte de la libido (36).

Retrait dans le temps

L'installation du trouble est progressive et insidieuse. L'échec scolaire ou professionnel est rarement repéré comme ayant précipité le retrait ; il semble au contraire que les hikikomori ont en commun, avant de se retirer, un fort investissement scolaire et un bon fonctionnement intellectuel (50). Il se produit donc un mouvement de désinvestissement, comme pour éviter un échec avant même d'en être confronté.

Le retrait est d'abord intermittent, puis il se prolonge, se chronicisant dans une temporalité altérée : désynchronisation des rythmes, ralentissement, mauvaise perception du temps qui passe. Ce profond isolement social provoque une altération des rythmes circadiens ; le rythme nycthéméral s'inverse et les repas sont pris à toute heure du jour ou de la nuit. Les journées deviennent stéréotypées et ritualisées. Les récits que peuvent faire *a posteriori* les hikikomori de ces longs temps de claustration sont très pauvres, comme si ces périodes ne laissaient aucun souvenir ou que le temps s'était figé.

La durée du retrait peut aller de quelques mois à plusieurs années. La durée moyenne, selon plusieurs auteurs, serait de 29 mois (33).

Sévérité du trouble

Comme dans tous les processus psychopathologiques, il existe un spectre dans la sévérité du trouble. Il y a en effet une grande variété de cas avec une description graduée du retrait social. Certains hikikomori s'aventurent à l'extérieur, plutôt la nuit pour minimiser le risque de faire des rencontres. D'autres à l'extrême ne mettent pas un pied en dehors de leur chambre, ne se lavant pas et urinant dans des bouteilles pendant des années. Pour un individu donné, le retrait n'est pas toujours homogène dans le temps, avec des périodes plus ou moins intenses de réclusion.

Réaction de l'entourage

Le jeune adulte hikikomori étant retiré au sein même de son foyer familial, celui-ci doit se réorganiser autour de nouvelles transactions entre ses membres.

Les parents sont souvent longtemps contaminés par le déni de l'anormalité de la situation. En dehors de leur retrait social, l'attitude de ses jeunes n'étant pas marquée par une symptomatologie bruyante, les parents ne s'inquiètent pas immédiatement et attendent que leur enfant « agisse de sa propre initiative ». Mais le temps passe et le trouble se pérennise, bénéficiant d'une certaine tolérance parentale. Gayral, que l'on citait en introduction de cet écrit comme le premier psychiatre à décrire le phénomène de « claustration », insistait sur ce paradoxe troublant : « L'on est surpris pourtant de constater qu'un comportement aussi grossièrement anormal bénéficie de l'indifférence, de la tolérance, voire de la complaisance de l'entourage des malades ».

Le jeune retiré peut se montrer tyrannique vis-à-vis de sa famille et souvent rejetant envers l'un de ses parents (classiquement le père) (51). Dans ces familles, le père apparaît symboliquement ou réellement comme absent. S'il est présent, il aura tendance à essayer d'agir, à trouver des solutions dans le but de faire sortir l'enfant. La mère quant à elle, est perçue comme une personne « fragile » et

adoptant un style parental surprotecteur. Elle cherchera avant tout à favoriser le bien-être de son enfant, sans que cela n'implique nécessairement une sortie de l'enfermement.

IV. Débat diagnostique

Le terme « hikikomori » n'est pas un diagnostic en soi. En dehors du gouvernement japonais qui l'a reconnu comme un trouble à part entière et a diffusé une proposition de critères diagnostiques, il n'existe pour l'heure aucune définition qui fasse consensus et le terme n'apparaît dans aucune classification internationale. L'existence même de cette entité est sujette à controverses ; la question étiologique reste très ouverte et la définition proposée par les chercheurs japonais n'aborde pas les causalités du phénomène. Certains auteurs défendent la thèse d'un trouble dit « hikikomori primaire », soit une nouvelle pathologie émergente, quand d'autres soutiennent qu'il s'agit d'un symptôme secondaire à des pathologies déjà connues et parlent donc d'« hikikomori secondaire » (47). Pour les tenants d'une vision culturaliste, c'est un « syndrome lié à la culture », ou la déclinaison culturelle de troubles variés, existant sous d'autres noms dans les classifications internationales. D'autres auteurs enfin, n'y voient pas un trouble psychique, mais une conduite adaptative à de nouvelles pressions psycho-sociales, qu'il s'agirait de ne pas « psychiatriser ».

1. Hikikomori primaire

On appelle « hikikomori primaires », les cas d'hikikomori sans arrière-plan de maladie mentale particulière (47), ceux pour qui il est impossible de caractériser le trouble à l'aide des classifications nosologiques habituelles et qui seraient donc des formes « pures » de retrait social.

Pour le Dr Saïto qui a introduit le terme hikikomori en 1998, 57 % des cas qu'il a observés n'entraient dans aucune autre case du DSM. Les évaluations du gouvernement japonais quant à elles, estimaient qu'un tiers des jeunes retirés étaient des hikikomori primaires. Et l'étude Koyama de 2010 considérait que 45 % des cas étudiés étaient indemnes de troubles psychiatriques (31).

Par ailleurs, toutes les études qui s'appliquent à examiner des cas de hikikomori dans une perspective diagnostique conduisent à la même conclusion : il existe toujours une fraction de situations, d'ampleur plus ou moins importante, qui reste inclassable dans aucune des catégories traditionnelles des maladies psychiatriques.

L'auteur Kunifumi Suzuki, qui a été le premier à proposer une distinction entre formes primaires et secondaires du syndrome, théorise l'existence de trois sous-types différents d'hikikomori, qui correspondraient chacun à un mode de blocage dans le processus de socialisation, au tournant de l'adolescence et de l'âge adulte :

- Les « hikikomori conformistes » qui essaient de s'intégrer en s'adaptant parfaitement à ce qu'on attendrait d'eux et qui se retrouvent bloqués dans une identification excessive au rôle social, qu'ils n'arrivent pas à endosser parfaitement, se retrouvant alors dans une impasse.
- Les « hikikomori conflictuels », qui essaient au contraire à tout prix de se démarquer de ce rôle social qu'ils sont censés assumer, qui évitent de se confronter au réel et d'affronter des épreuves et tentent de sauvegarder leur narcissisme à l'aide du mode conditionnel : « si je faisais ceci ou cela, je serais tel ou tel » et qui finalement ne font rien.
- Les « hikikomori désempoités » qui montrent un désempoitement total de leur articulation à la société. Ils ne reconnaissent pas la sociabilisation elle-même. S'ils ne présentent aucun symptôme psychotique, on pourra les qualifier d'hikikomori primaires.

Un facteur déclenchant est parfois retrouvé. Selon le médecin scolaire C. Guigné (50), le début de l'enfermement est relié à un événement particulier dans 44 % des cas. Cela peut être une agression subie, le décès d'un proche, un échec à une compétition. Si quelques-uns de ces événements peuvent effectivement être considérés comme traumatisants, dans la plupart des cas ils relèvent plutôt de « micro-agressions » banales (bousculades, moqueries, vol de dessert à la cantine).

Ce qui apparaît surtout difficile pour ces jeunes adultes en retrait, c'est la confrontation à des attentes trop ambitieuses de la part de l'entourage familial ou de la société. Une image de soi qui échoue à être à la hauteur du désir supposé des autres. Par évitement de l'échec et de la déception, le renoncement à une vie sociale est le cœur de la problématique des hikikomori, une manière d'esquiver toute injonction ou attente sociale à son endroit. « Le retirant n'est pas seulement celui qui ne veut plus, il ne veut plus qu'on lui veuille quoi que ce soit. » (50).

2. Hikikomori secondaire

Bien que la définition initiale du trouble proposée par Saito précisait qu'aucune pathologie mentale ne pouvait être identifiée comme cause première du phénomène hikikomori, de nombreux auteurs considèrent à l'inverse que l'hypothèse d'un trouble psychiatrique sous-jacent est rarement absente. Plusieurs articles montrent en effet que les cas d'hikikomori correspondraient en réalité à des catégories diagnostiques déjà existantes du DSM (4^{ème} édition à l'époque des études) ou de la CIM-10.

Dans une étude originale de 2012 (46) un questionnaire était adressé à différents médecins pour leur demander, qu'elle était selon eux l'hypothèse diagnostique la plus probable à l'origine de ce syndrome. L'étude révèle qu'il existe de grandes différences dans la perception qu'on les cliniciens de ce phénomène : 50 % des psychiatres interviewés estimaient qu'il s'agit d'un trouble anxieux et/ou dépressif, 30% pensaient que c'est un diagnostic de schizophrénie, 15% un trouble du développement et 10% un trouble de la personnalité.

Dans ce tableau, nous récapitulons les étiologies retenues par les auteurs ayant conduit les principales études japonaises à visée diagnostique :

Tableau 2 : Etiologies des cas de hikikomori secondaires

Etudes	Diagnostics
Tsuujimoto – 2007 (sur 52 jeunes)	35 % Troubles anxieux 19 % Trouble de l'adaptation 12 % Trouble envahissant du développement 12 % Trouble de l'humeur 10 % Troubles somatoformes
Watabe – 2008 (sur 463 jeunes de moins de 21 ans)	31 % Trouble envahissant du développement 10 % Troubles anxieux 10 % Dysthymie 9 % Trouble de l'adaptation 9 % Trouble obsessionnel compulsif 9 % Schizophrénie

Kondo – 2008 (52)	28 % Trouble envahissant du développement
(sur 97 jeunes de 16 à 35 %)	26 % Trouble anxieux
	23 % Trouble de la personnalité (évitante, schizoïde et obsessionnelle)
	8 % Schizophrénie
	8 % Trouble de l'humeur
	7 % Trouble de l'adaptation
	6 % Autres (troubles de l'alimentation, trouble dissociatif)

Nakajima – 2008	27 % Troubles anxieux et somatoformes
(sur 68 jeunes de moins de 30 ans)	24 % Schizophrénie
	22 % Trouble envahissant du développement

Le retrait social seul, étant un symptôme peu spécifique et transnosographique, les diagnostics retenus balayent largement l'éventail de la nosologie psychiatrique

Le diagnostic de « trouble envahissant du développement », qui est un diagnostic majoritairement retenu par les auteurs, fait référence au trouble du spectre autistique avec haut potentiel cognitif. On observe en effet fréquemment des attitudes de retrait social au moment de l'adolescence, quand l'incapacité à être syntone avec le groupe génère un malaise trop important.

La schizophrénie, autre hypothèse diagnostique largement représentée, est fréquemment précédée d'une phase prodromique dont les symptômes ressemblent à ceux du syndrome hikikomori avec un isolement social d'apparence inexplicé, une perte d'intérêt pour des activités précédemment investies et une inversion du rythme nycthémeral. La forme clinique de « schizophrénie simple » dans la CIM10 présente essentiellement cette symptomatologie négative sans productions hallucinatoires. Mais ce diagnostic est controversé et a été retiré de la 5^{ème} édition du DSM à cause de sa pauvre fiabilité et de son manque d'usage (53). De plus, les hikikomori ne présentent pas nécessairement de bizarreries comportementales, ni de déficits cognitifs (38). A noter également qu'une déprivation sensorielle pendant une longue durée (comme c'est le cas lorsqu'on reste enfermé dans une chambre devant son ordinateur), peut conduire à une présentation pseudo-psychotique. Une récente étude

(54), démontrait qu'un usage intensif d'internet pendant une période de 2 mois, pouvait provoquer des symptômes d'apparence psychotique.

L'utilisation de l'étiquette « hikikomori » pour définir un tableau clinique particulier, pourrait correspondre au concept de « diagnostic déguisé ». Proposée par le japonais Munakata en 1986, la notion de diagnostic déguisé renvoie au vocable pudique, parfois utilisé par les praticiens (comme le terme « neurasthénie » à une autre époque) pour s'épargner d'employer un terme qui serait jugé trop stigmatisant. Ainsi, la dénomination « hikikomori », quoique non reconnue comme un diagnostic officiel, serait une appellation plus socialement acceptable que « schizophrénie », « trouble du spectre autistique », ou même « dépression ».

3. Syndrome culturel

Dans la 4^{ème} édition du DSM, la perspective culturelle des diagnostics psychiatriques était consignée en fin d'ouvrage, sous une forme d'annexe, contenant une « esquisse d'une formulation en fonction de la culture » et un « glossaire des syndromes propres à une culture donnée » (*Glossary of Culture-Bound Syndrom*), avec la description brève de 17 syndromes rapportés de diverses localités du monde. Cette notion de syndrome propre à une culture donnée, était définie par l'American Psychiatric Association (2000) comme « la survenue répétée de schémas de comportements aberrants et d'expériences perturbantes spécifiques d'une région et pouvant être lié ou non à une catégorie diagnostique ». Dans la 5^{ème} édition du DSM parue en 2013, la mention des « syndromes propres à une culture donnée » a été remplacée par celle plus concise de « syndromes culturels » divisée en « modalités culturelles du désarroi » et « causes perçues ou explications culturelles », apparaissant dans la section III du nouveau manuel et accompagnée d'un glossaire de 9 syndromes (55).

Le syndrome hikikomori n'y est pas mentionné, contrairement à une autre entité syndromique supposée spécifique au Japon, apparu avant les hikikomori : l'antropophobie ou taijin-kyofu. Conceptualisée en 1932 par Masatake Morita (56) comme un désordre (*shô*) caractérisé par la phobie (*kyofu*) des relations interpersonnelles (*taijin*). Ce trouble est consécutif à la peur d'offenser autrui par un comportement inapproprié ou un défaut physique. Ils craignent par exemple de les importuner par leur regard ou leur odeur corporelle. C'est un terme dorénavant très utilisé au Japon, entré dans le langage commun dans les années 1960, années de la modernisation du pays. Epidémiologiquement, les syndromes *taijin kyofusho* et *hikikomori* sont proches (35) : ils prédominent tous deux chez les jeunes hommes jusqu'à 30 ans. Par ailleurs, dans une série de 24 cas de taijin kyofusho rapportés en 1997, 7 d'entre eux (soit 29%) correspondaient également à la description faite du trouble hikikomori.

Diverses raisons économiques et culturelles ont été mises en avant pour penser les hikikomori comme un phénomène exclusivement japonais :

Un des mythes fondateurs de la religion shintoïste, la légende de la déesse du soleil Amaterasu (représentée sur le drapeau national par un disque solaire) évoque précisément la fuite et le retrait comme un mode de défense vis-à-vis d'une situation conflictuelle : Amaterasu, en conflit avec son frère rival et meurtrier, choisit de se retirer dans une caverne dont elle clôt l'entrée par un rocher, plongeant le reste du monde dans l'obscurité. Le Japon est également imprégné de philosophie bouddhiste qui présente l'isolement et la retraite ascétique comme l'une des voies majeures pour accéder à l'état de *satori* (illumination). La « culture du détachement » et la propension à s'isoler, seraient des marqueurs identitaires importants de ce pays (57).

L'apparition du phénomène des hikikomori est contemporaine d'une grave crise économique qui traverse le pays et les opportunités professionnelles pour les jeunes sont réduites. Or, la pression scolaire pesant sur les enfants nippons est connue pour être très élevée, dans un climat de compétition et d'exigences parentales et sociétales fortes (surtout pour les garçons). Le surmenage est fréquent et pourvoyeur de *futoko*, c'est-à-dire de décrochage scolaire ou de refus scolaire anxieux. La notion d'anomie, élaborée par le sociologue Durkheim en 1933 (36), « caractérise la situation où se trouvent les individus lorsque les règles sociales qui guident leurs conduites et leurs aspirations perdent leur pouvoir, sont incompatibles entre elles ou lorsque, minées par les changements sociaux, elles doivent céder la place à d'autres ». L'anomie serait « un état de désorganisation sociale et de démoralisation de l'individu dans la société qui résulte principalement de la désharmonie entre les buts culturels et les moyens de les atteindre. Ceci peut avoir des traductions comportementales variées : non-conformisme, retrait social, comportement déviant, etc. » Cette définition éclaire pertinemment les développements qu'a connus le phénomène d'hikikomori, entre évolution sociétale, non-conformisme ou souffrance individuelle, et rejoint la notion de pathologies sociales développées par Ehrenberg (36).

Par ailleurs la culture japonaise de type collectiviste, soutiendrait la dépendance de chacun vis-à-vis des autres, notamment la co-dépendance des mères à leurs fils, selon le concept d'*amae* développé par le psychiatre Takeo Doi (58) comme étant un sentiment plaisant d'attachement ou de dépendance, généralement d'un enfant vis-à-vis de sa mère.

Mais depuis quelques années, le phénomène hikikomori est décrit en dehors du Japon : des cas sont rapportés dans la littérature scientifique aux Etats-Unis, en Corée du Sud, en Australie, à Oman, à Hong-

Kong, en Espagne, en Italie, en France. Le sociologue Andy Furlong estimait dans un article de 2008 que les conditions d'une généralisation de ce comportement de retrait des jeunes étaient désormais réunies dans les sociétés modernes occidentales (32).

Une autre hypothèse explicative de cette « exportation » d'un syndrome initialement japonais au reste du monde moderne, serait le phénomène de « contagion » en psychiatrie. La culture japonaise est attractive parmi les jeunes et ceux-ci sont de plus en plus nombreux à connaître le concept d'hikikomori. Il n'est pas exclu qu'une forme de subculture se soit installée et l'on « s'enrôle » dans ce syndrome.

4. Comportement non pathologique

Lorsqu'autant de diagnostics sont possibles derrière un comportement, la pertinence d'un rattachement psychiatrique doit être questionnée (59). Pour un certain nombre d'auteurs, comme le Dr MJ Guedj-Bourdau de l'hôpital Saint-Anne à Paris, « Hikomori n'est ni un diagnostic reconnu dans le DSM V, ni même un syndrome, c'est la description d'une conduite ».

La notion de comportement induit la question des normes et des valeurs d'une société donnée. La sociologue Lise Damailly (60) explique que le caractère « social » d'un trouble mental, s'appréhende notamment par la définition sociale du périmètre de l'anormalité. Ce périmètre est relatif en fonction des époques et des lieux. Désigner ce qui relève du normal ou du pathologique à des enjeux à la fois politiques, sécuritaires, scientifiques, sanitaires et économiques.

Notre société moderne et individualiste encense les valeurs de l'autonomie, qui serait essentielle pour saisir les opportunités de la vie et s'accomplir (sans dépendre des autres). Mais le sociologue Alain Ehrenberg rappelle dans son ouvrage *La société du malaise* paru en 2010 (61), que « les difficultés que beaucoup d'individus ressentent sur le plan psychique trouvent leur origine dans l'impératif d'autonomie, qu'ils ne sont pas à même d'assurer seuls ». D'après le Dr Guedj-Bourdau, ce n'est pas un hasard si cette conduite est assez spécifique du jeune adulte : L'injonction d'autonomie sociale peut être assez brutale lorsque l'on doit quitter ses parents, travailler et « devenir un homme ». Ainsi, le retrait peut apparaître comme une forme de solution, un mode de vie alternatif librement choisi, face à une situation où les exigences sociales sont trop importantes (45).

V. Le retrait dans la virtualité : Syndrome hikikomori et addiction à internet

L'émergence du phénomène hikikomori coïncide avec celui d'un autre trouble récemment reconnu par l'American Psychiatric Association comme un trouble à part entière, celui de l'addiction à l'internet. En 2013, dans la 5^{ème} version du DSM est apparu le diagnostic de « internet gaming disorder » (addiction aux jeux en ligne) caractérisé par les critères suivants (62) :

- A. Préoccupation concernant le jeu sur Internet
- B. Symptômes de sevrage lorsque Internet n'est pas accessible
- C. Tolérance : besoin de passer une quantité croissante de temps au jeu sur Internet
- D. Tentative infructueuses de contrôler l'utilisation du jeu sur Internet
- E. Utilisation excessive d'Internet malgré la connaissance de problèmes psychosociaux négatifs
- F. Perte d'intérêts, de passe-temps antérieurs, de divertissements à la suite de, et à l'exception de l'utilisation du jeu sur Internet
- G. Utilisation du jeu sur Internet pour fuir ou soulager une humeur dysphorique
- H. Compromission ou perte d'une relation importante, un emploi ou une opportunité d'éducation ou de carrière à cause de l'utilisation du jeu sur Internet.

Les personnes addictes à internet sont véritablement happées par leurs écrans, se désocialisent peu à peu jusqu'à se retrouver dans des situations de retrait social comparable à celui des hikikomori. Il est donc intuitif d'imaginer que le tableau clinique décrit comme « hikikomori » soit en réalité la conséquence d'une addiction sévère aux écrans et que ces jeunes délaissent progressivement la vie réelle au profit d'une réalité virtuelle.

Il est en effet avéré que les jeunes reclus se retournent vers internet de manière intensive, avec une durée d'utilisation qui est en moyenne le double de celles des autres individus du même âge. Leurs activités privilégiées en ligne sont le « gaming » (jeux solitaires ou en réseau de guerre ou de sport), le surf compulsif ou le visionnage de vidéos sur les plateformes de streaming (plus rarement la fréquentation des réseaux sociaux) (63).

Mais les études de plus en plus nombreuses dans la littérature scientifique, qui interrogent les rapports existants entre ces deux syndromes, démontrent quasiment unanimement que ce n'est pas l'abus

d'utilisation des écrans qui conduit au retrait social de type « hikikomori », mais que c'est en réalité l'inverse qui se produit : l'usage d'internet est secondaire au retrait social ; il en est la conséquence et non la cause. L'expérience (50) montre que le fait de débrancher internet ou l'ordinateur, ne change en rien le tableau de retrait social (la poursuite ou la sortie de l'enfermement ne sont pas concomitantes à la poursuite ou à l'arrêt de l'usage d'internet).

L'utilisation des écrans est occupationnelle et permet de remplir le vide, d'occuper le temps. Internet offre par ailleurs un formidable refuge dans la vie virtuelle : l'anonymat y est la règle, chacun n'existant que derrière des pseudonymes, des avatars de soi-même que l'on peut modifier à tout moment. Les jeux vidéo sont satisfaisants pour le narcissisme et les bénéfices de la virtualité relationnelle sont immédiats et plus faciles à obtenir, grâce à un sentiment de maîtrise de la communication, la construction d'une image de soi plus valorisante. Les relations sont plus rassurantes et si les attentes d'autrui ne sont pas satisfaites, on peut s'en sortir à tout moment.

Il est donc admis pour les auteurs que le développement des nouvelles technologies n'est pas à l'origine de l'apparition des hikikomori. Leur diffusion coïncide certes avec l'intérêt porté aux hikikomori, mais l'existence de ce phénomène précède la généralisation de l'usage d'internet et l'abus des supports virtuels l'accompagne plutôt qu'il ne l'anticipe.

Enfin, signalons que selon le point de vu de certains auteurs, le recours intensif d'internet par les hikikomori, peut ne pas être considéré comme une complication, mais comme un élément de bon pronostic. Paradoxalement, il peut parfois contribuer à aider à la sortie du retrait, permettant aux jeunes retirés de maintenir malgré tout des interactions sociales, de rester un minimum « connectés » au monde extérieur, de faire de nouvelles rencontres. Ainsi, dans la mesure où cela améliore leur qualité de vie et stimule leur sociabilité, même virtuelle, cet usage d'internet est plus une amélioration qu'une comorbidité. Internet serait alors « un compromis entre la tendance au retrait et la nécessité d'un minimum de contact social » (64), apparaissant ainsi comme une forme de solution auto-thérapeutique au retrait social.

TROISIEME PARTIE

REVUE DE LA LITTERATURE DES ECHELLES D'EVALUATION DU RETRAIT SOCIAL CHEZ LES JEUNES ADULTES

I. Introduction

Le retrait social est un symptôme transnographique et fréquent, concernant un grand nombre d'usagers de la psychiatrie. Depuis le tournant des années 2000, une nouvelle entité clinique a fait son apparition dans le paysage de la littérature scientifique : une forme de retrait social sévère, à priori isolé, touchant une population d'adultes jeunes. Les causalités de ce syndrome appelé « hikikomori » ou « youth social withdrawal » sont encore incomprises et sujettes à controverses. Mais quelle qu'en soit l'origine, son existence est unanimement admise comme étant un tableau caractérisé par un retrait social avec une existence centrée au domicile et un évitement des contacts et des responsabilités, pendant une période d'au moins 6 mois. Le retrait social étant un comportement dont la sévérité est variable, s'échelonnant le long d'un continuum du normal au pathologique, être capable d'identifier précocement les cas les plus préoccupants est primordial car les retentissements médicaux et sociaux sont nombreux. Les échelles psychométriques sont pour cela un outil précieux. Nous proposons ici une revue systématique de la littérature dont l'objectif principal est de recenser toutes les échelles validées pour l'évaluation du retrait social chez les jeunes adultes.

II. Méthodes

Le point de départ de notre travail consiste en une revue systématique de la littérature visant à recenser toutes les échelles existantes d'évaluation psychométriques du retrait social.

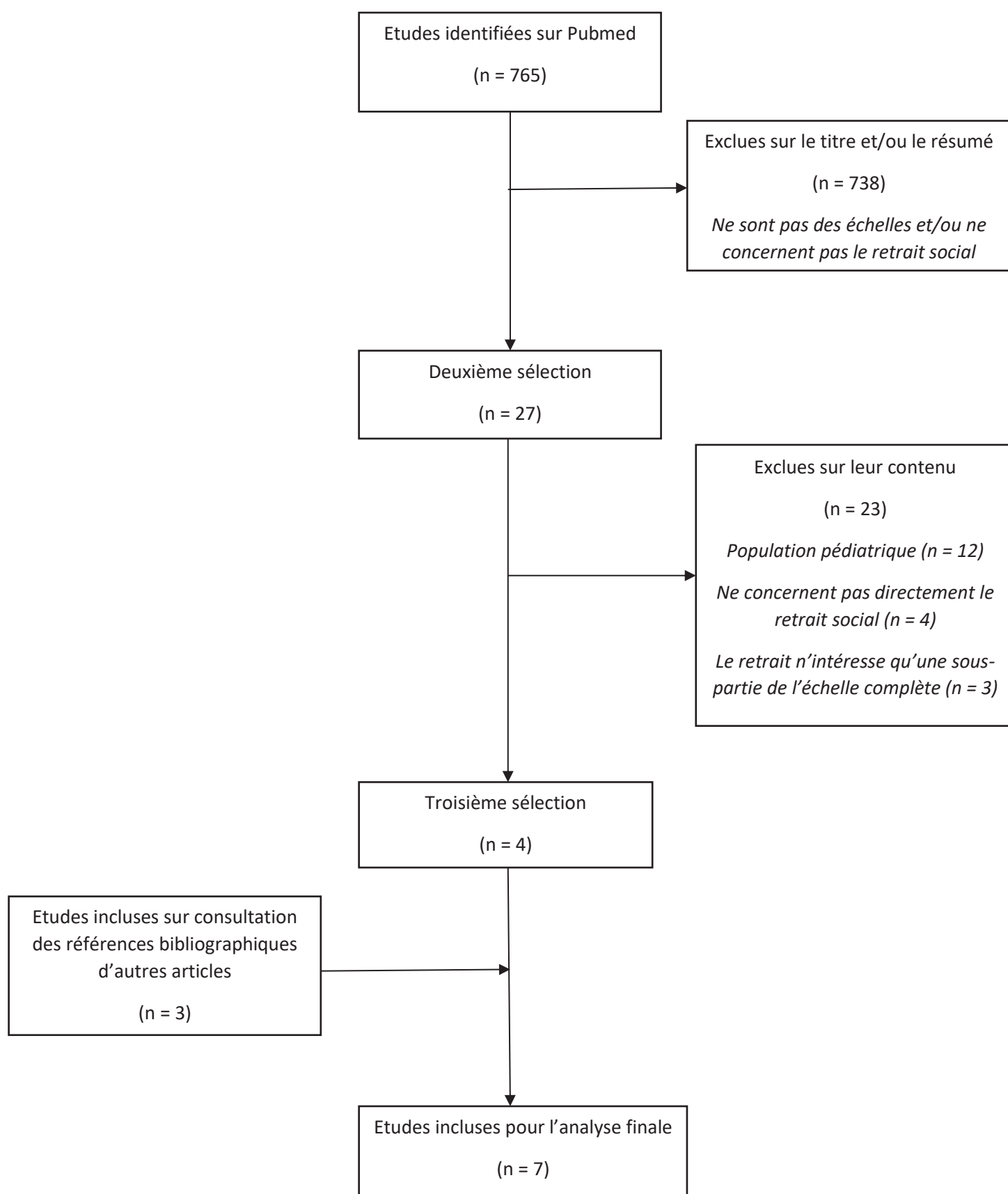
Notre revue a suivi les recommandations PRISMA (65). Ces recommandations impliquent en premier lieu de choisir les termes (mots-clefs) utilisés dans les bases de données, puis de définir de façon rigoureuse les critères d'éligibilité des études retenues.

Pour notre recherche, nous nous sommes appuyés sur la base de données électronique Pubmed. Les mots-clefs anglais *social withdrawal*, *socially withdrawal*, *hikikomori*, *unsociability* et *preference for solitude* sont les termes majoritaires pour aborder le thème du retrait social. Le concept d'évaluation psychométrique est englobé par les expressions suivantes : *scale*, *assessment*, *rating*, *psychometric*, *questionnaire*, *severity*, *measure* et *survey*. L'équation de recherche retenue était donc : « ("social withdrawal » OR hikikomori OR unsociability OR « preference for solitude » OR "socially withdrawal ") AND (scale OR assessment OR rating OR psychometric OR questionnaire OR severity OR measure OR survey) ». Les recherches ont été mises à jour pour la dernière fois le 31 août 2018.

Afin de sélectionner les articles pertinents pour notre étude, nous avons défini les critères d'inclusion suivants : les articles devaient porter sur la présentation et la validation d'une échelle psychométrique originale, dont l'objectif principal était d'évaluer le retrait social. Nous nous sommes intéressés aux échelles qui s'appliquent à dépister le retrait social ou qui en mesurait la sévérité. Pour que les instruments psychométriques soient applicables à la population cible des « jeunes adultes », nous n'avons retenu que les études ayant testé leur échelle sur un échantillon qui comprenait la tranche d'âge 18-35 ans. Nous avons fait le choix de ne pas exclure les échelles dont la population ciblée concernait des patients, dès lors que les items constituant les questionnaires se focalisaient sur l'aspect « retrait social » en faisant abstraction d'éventuelles autres manifestations cliniques. Les articles devaient être rédigés en langue anglaise ou française. Nous n'avons pas exclu d'étude sur le critère de la méthodologie.

Au total, nous avons recensés 765 articles sur la première sélection. Sur la seule lecture des titres, nous avons puis éliminer 738 articles qui soit ne présentaient pas d'échelle, soit n'avaient pas trait au retrait social. Après une lecture complète, 23 autres articles ont été exclues car ne correspondaient pas aux critères d'inclusion fixés. Enfin, nous avons rajouté 3 articles sélectionnés dans les bibliographies, pour parvenir à un total de 8 articles pertinents pour notre analyse finale (figure 3).

Figure 2 : Diagramme de flux de la revue systématique de la littérature



III. Résultats

1. Tableau d'extraction

(Pages suivantes)

Détails de la publication				Caractéristiques de l'échelle		Validation de l'échelle			
Nom de l'échelle	Auteurs	Année	Type	Population ciblée	Objectif principal	Population d'étude	Comparateur utilisé	Résultats	
Hikikomori Questionnaire HQ-25	A. Teo J. Chen Japon/USA	2018 <i>Psychiatry an clinical neurosciences</i>	Auto- questionnaire de 27 items	Jeunes adultes	Dépistage des cas de syndrome Hikikomori	399 jeunes adultes (âge moyens 32 ans) issus de la communauté (n=170) et de centres de soins psychiatriques (n=229)	R-UCLA Loneliness Scale, Préférence for Solitude Scale, Multidimensional Scale of Social Support	Un score > 42/100 dépiste un syndrome hikikomori avec une sensibilité de 94 % Structure à 3 facteurs : - Socialisation - Isolement - Support émotionnel	
Neet/Hikikomori Risk Scale NHR-scale	Y. Uchida V. Norasakkunkit Japon/USA	2015 <i>Frontiers in psychology</i>	Auto- questionnaire de 20 items	Jeunes adultes	Évaluation du risque de retrait social	66 jeunes adultes volontaires sains étudiants (34 hommes et 32 femmes) de 18 à 23 ans.	Comparaison avec une vaste base de données issues d'une enquête épidémiologique sur les « retirants » par le gouvernement japonais.	3 types de facteurs de risques principaux : - Préférence pour un mode de vie sans travail - Déficit de compétences sociales - Ambitions floues pour l'avenir	
R-UCLA Loneliness Scale	D. Russel USA	1980 <i>J. of personality and social psychology</i>	Auto- questionnaire de 12 items	Jeunes adultes	Mesure du sentiment de solitude	162 jeunes adultes volontaires sains étudiants d'une université californienne (64 hommes ; 98 femmes)	Indicateurs de solitude, de relations sociales et de dépression (Beck Depression Inventory et Costello-Comrey Depression and Anxiety Scales).	Mesure le sentiment subjectif de solitude	
Preference for Solitude Scale	J.M. Burger USA	1995 <i>J. of research in personality</i>	Auto- questionnaire de 40 items	Jeunes adultes	Évaluation de la préférence pour la solitude	103 jeunes adultes volontaires sains étudiants	Mesures psychométriques de traits de personnalité qui ont en commun de tenir l'individu en retrait des contacts sociaux (anxiété générale, anxiété sociale, solitude, introversion, faible appétence pour les rapports sociaux)	Plus le score au questionnaire est élevé, plus le niveau de préférence pour la solitude est haut	

Revised Social Anhedonia Scale	Eckbald USA	1982 <i>Article non publié – université du Wisconsin</i>	Auto-questionnaire de 24 items	N.C	Mesure de « l'associabilité »	N.C	N.C	Mesure le degré d'anhédonie sociale en explorant le réseau social et le plaisir suscité par les relations interpersonnelles.
MND – Social withdrawal Scale	S.A. Rigby E.W. Thorton Angleterre	1999 <i>J. of the neurological sciences</i>	Auto-questionnaire de 6 items	Patients atteints d'un trouble neurodégénératif	Évaluation de l'intensité du retrait social	23 patients à des stades de progression différents de la sclérose latérale amyotrophique	Validité approuvée par un avis d'expert	Explore le retrait social au travers de ses 4 composantes : - Intégration dans la communauté - Relations à la famille/aux proches - Emotions liées aux relations - Aspect physique des interactions sociales
Social Withdrawal Scale	S. Rios C.M. Perlman Canada	2017 <i>J. of behavioral health services & research</i>	Auto-questionnaire	Patients atteints de maladies psychiatriques	Évaluation de l'intensité du retrait social	60 571 patients hospitalisés en psychiatrie entre 2011 et 2014	Journal des interactions sociales des malades	Evalue la gravité du retrait social chez les usagers de la psychiatrie, en explorant le manque de motivation, la réduction des interactions, la perte d'énergie, l'émoussement affectif, l'anhédonie et la perte d'intérêt.

2. Les échelles

a) Hikikomori Questionnaire (HQ-25) (66)

C'est l'échelle la plus récente, publiée en juin 2018 par A. Teo qui fait le constat du manque d'outils d'évaluation validés pour mesurer le retrait social des jeunes adultes, phénomène dont l'intérêt est croissant dans le domaine de la santé mentale. Avant cette publication, deux autres échelles seulement s'intéressaient spécifiquement au dépistage des hikikomori : L'Hikikomori Behavior Checklist (qui n'existe actuellement qu'en langue japonaise) et la Neet/Hikikomori Risk Scale. L'objectif de cette nouvelle échelle est de dépister les cas d'hikikomori en se basant sur la définition la plus répandue dans la littérature : état dans lequel une personne jeune passe la majeure partie de son temps au domicile ; ne peut ou ne veut pas avoir de vie sociale comme aller à l'école ou travailler ; est dans cette situation depuis plus de 6 mois ; n'a pas d'amis proches ; n'a pas de pathologie psychotique ou de retard mental.

Testée sur un échantillon de 399 participants, répartis entre un groupe de volontaires sains issus d'une université japonaise (n=170) et un groupe recruté parmi 9 hôpitaux ou cliniques psychiatriques au Japon (n=229). L'âge des participants était compris entre 15 et 50 ans (âge moyen : 32 ans), et la connaissance d'une schizophrénie existante était un facteur d'exclusion. Elle consiste en un auto-questionnaire de 25 items basés sur les caractéristiques psycho-sociales issues de la littérature sur les hikikomori, cotés de 0 (complètement en désaccord) à 4 (complètement d'accord).

L'analyse statistique a permis de démontrer l'existence d'une structure à 3 facteurs : socialisation (11 items, par exemple : « Je me sens mal à l'aise parmi les autres »), isolement (8 items, par exemple : « Je passe la majorité de mon temps seul ») et « support émotionnel » (6 items, par exemple « Il y a peu de gens avec qui je puisse discuter de sujets importants »).

L'échelle est fiable (coefficient alpha de Cronbach = 0.96). Sa validité est démontrée par la convergence des résultats avec ceux de la R-UCLA Loneliness Scale, de la Préférence for Solitude Scale et de la Multidimensional Scale of Social Support.

En utilisant une valeur seuil de positivité établie optimalement à un score de 42 (sur 100 au maximum), on obtient une sensibilité de 94 % et une spécificité de 61 %. Il s'agit donc d'un bon test de dépistage des cas à risque de hikikomori, mais sa valeur prédictive positive est faible.

b) Social Withdrawal Scale (SWS) (67)

Echelle d'évaluation du retrait social publiée en 2017, ciblant spécifiquement la population des malades psychiatriques. La problématique du retrait social est en effet un symptôme largement expérimenté par les personnes souffrant de troubles mentaux, mais est pourtant loin d'être systématiquement évalué en pratique courante. La SWS a été élaborée par les canadiens Rios et Perlman, à partir d'une autre échelle couramment utilisée au Canada : la RAI-Mental Health (RAI-MH). Il s'agit d'une échelle « d'évaluation globale » dont la passation est depuis 2005 systématiquement appliquée à tous les patients hospitalisés dans les services de psychiatrie en Ontario (au moment de leur admission et à celui de leur sortie).

A partir des scores obtenus à la RAI-MH par 60 571 patients hospitalisés en psychiatrie (qui ont passé l'échelle 72h après leur admission, entre 2011 et 2014), les auteurs ont extrait 6 items statistiquement discriminants pour évaluer l'aspect « retrait social » dans le fonctionnement des malades. Ces items questionnent le manque de motivation, la réduction des interactions, la perte d'énergie, l'émoussement affectif, l'anhédonie et la perte d'intérêt.

La SWS est fiable (coefficient alpha de Cronbach = 0.82) et valide (les scores obtenus à la SWS ont été comparés à un journal des interactions sociales des malades ; de faibles niveaux d'engagement dans des activités sociales correspondant bien à des scores plus élevés à la SWS) pour identifier la présence d'un retrait social chez des individus souffrants de troubles de l'humeur, de schizophrénie, de démence, ou d'abus de substance. C'est par ailleurs un outil simple et rapide d'utilisation.

c) Neet/Hikikomori Risk Scale (NHR-Scale) (30)

Cette échelle, publiée par Uchida et Norasakkunkit en 2015, vise à dépister les facteurs de risque chez l'adulte jeune de se mettre en retrait de la société. Le point de vue des auteurs est que les hikikomori et les « NEET » (« not in employment education or training ») appartiendraient au même spectre de troubles, avec dans les deux cas une forme de marginalisation du jeune vis-à-vis de la société. La différence entre les deux ne serait qu'une question d'intensité : Retrait du monde du travail (pour les « NEET ») au retrait social complet (pour les hikikomori)

53 caractéristiques psycho-sociales compilées depuis la littérature scientifique sur le sujet ont été soumises à une cotation par une population de 66 jeunes japonais (34 hommes et 32 femmes) de 18 à 23 ans. 27 items ont été sélectionnés, cotés de 1 (« tout à fait d'accord ») à 7 (« tout à fait en

désaccord »), pour composer un auto-questionnaire dont la validité a été confirmée par la convergence de ses résultats avec une vaste base de données issues d'une étude épidémiologique sur les « retirants » par le gouvernement japonais (portant sur 10 744 jeunes entre 20 et 39 ans) et disponible sur internet.

L'échelle fait ressortir 3 grands groupes de facteurs de risques principaux, qui sont autant de sous-catégories différentes de retrait (coefficient alpha de Cronbach à 0.83 pour les 2 premiers, 0.79 pour le troisième) décrit de la manière suivante : 1. une préférence pour un mode de vie dénué de travail (choix conscient de ne pas travailler en dépit de capacités et d'opportunités de le faire ; évalué par exemple par l'item : « je ne pense pas qu'il soit nécessaire de trouver immédiatement un travail ») 2. un manque de compétences interrelationnelles (par exemple : « mes compétences sociales sont faibles et je suis mauvais dans la relation à l'autre »), et 3. des ambitions floues pour l'avenir (par exemple : « je ne me soucie pas maintenant de ce que je veux faire plus tard »).

d) MND (Motor Neurone Disease) – Social withdrawal Scale (68)

Echelle publiée en 1999 par S.A. Rigby et son équipe de Liverpool, pour mesurer la sévérité du retrait social chez les malades atteints de sclérose latérale amyotrophique. La sclérose latérale amyotrophique (SLA) est une maladie d'étiologie inconnue, entraînant une neurodégénérescence du motoneurone, qui provoque une paralysie musculaire rapidement progressive. Paradoxalement, la littérature scientifique s'enrichit de plus en plus d'études qui démontrent que la détérioration de la qualité de vie des patients atteints de SLA n'est pas tant due aux dysfonctionnements moteurs, qu'aux conséquences psychologiques de la maladie, au premier rang desquelles, le retrait social (69).

L'échelle a donc été conçue pour mesurer spécifiquement le retrait social, indépendamment de la symptomatologie somatique. Développée à partir d'un échantillon de 23 patients à des stades de progression différents de la maladie, elle est constituée de 24 questions basées sur des problèmes soulevés par les malades eux-mêmes au travers d'interviews semi-structurées. L'échelle est divisée en 4 sous-parties de 6 questions chacune (dont la cohérence interne varie entre 0.72 et 0.83 pour le coefficient alpha de Cronbach), catégorisant les items en 4 groupes qui décrivent : l'intégration dans la communauté (par exemple : « Mon engagement dans des organisations locales/clubs d'activité a sensiblement diminué depuis mon diagnostic »), les relations à la famille ou aux amis proches (par exemple : « J'apprécie moins la compagnie de mes amis proches »), l'aspect émotionnel des relations interpersonnelles (par exemple : « Je me sens sous pression quand je suis entouré par d'autres personnes ») et la composante physique des interactions sociales (par exemple : « J'ai des difficultés à aller aux toilettes dans des lieux publics »). Les items ont été répartis au hasard dans le questionnaire et certains d'entre eux ont été inversés afin de se prémunir d'un biais de réponse. Les

réponses sont échelonnées entre 1 (en total désaccord) et 6 (totalement d'accord). Plus le score final est élevé, plus le retrait social est sévère.

La validité de l'échelle a été approuvée par un avis d'experts de 5 cliniciens.

e) Preference for Solitude Scale (70)

La préférence pour la solitude est une notion conceptualisée par Coplan (15) qui regroupe le tempérament « asocial » et le tempérament « évitant », tous deux caractérisés par une absence de motivation pour l'approche sociale et une préférence marquée pour les activités solitaires. Elle est, avec la timidité, une des causes de retrait social auto-imposé (à la différence des retraits subis).

La Preference for Solitude Scale est un auto-questionnaire de 12 questions, évaluant dans quelle mesure les sujets préfèrent être seuls alors qu'ils pourraient avoir des relations ou activités sociales. Conçue par J.M. Burger (USA) en 1995. Sa fiabilité a été testée sur une population de 103 étudiants volontaires sains (coefficient de Cronbach = 0.73) et sa validité éprouvée par une convergence adéquate avec d'autres mesures psychométriques de traits de personnalité qui ont en commun de tenir l'individu en retrait des contacts sociaux (anxiété généralisée, anxiété sociale, solitude, introversion, faible appétence pour les rapports sociaux). Pour chaque question, les participant doivent choisir entre deux propositions, celle qui leur correspond le mieux, l'une reflétant la préférence pour la solitude, l'autre la préférence pour être en compagnie d'autres personnes : amis, familles, collègues, inconnus (par exemple : « J'organise ma journée de façon à toujours avoir du temps à passer seul », ou « J'organise ma journée de façon à avoir toujours quelque chose à faire avec quelqu'un »). Un score élevé indique un haut niveau de préférence pour la solitude.

f) Revised Social Anhedonia Scale (71)

Développée par Eckblad en 1982 (université du Wisconsin). L'article original n'a jamais été publié mais l'échelle est fréquemment citée dans la littérature.

L'anhédonie sociale est la perte du plaisir procuré par les expériences sociales et affecte donc directement le comportement pro-social.

Il s'agit d'un auto-questionnaire constitué de 40 questions auxquelles le sujet doit répondre par vrai ou faux. Elle estime le degré « d'anhédonie sociale » (considérée comme élevée avec un score supérieur ou égale à 12, c'est-à-dire la pauvreté du réseau social et le manque de plaisir associé aux rapports relationnels, en mesurant l'indifférence schizoïde, l'asociabilité, l'absence de joie sociale et l'indifférence aux autres. Eckblad a procédé à la révision de la Social Anhedonia Scale originale (Chapman et al. 1976) dont la validité n'était pas suffisante pour discriminer correctement ce qui

relevait de l'anhédonie sociale ou de l'anxiété sociale. Mais l'article original n'ayant jamais été publié, nous ne disposons pas des renseignements sur la façon dont elle a été validée. D'après Chapman 1995, sa validité a été « empiriquement soutenue ».

Cette échelle a par ailleurs été utilisée dans plusieurs études ultérieures (72) qui ont démontré qu'il existait une forte corrélation entre un score élevé et le risque de développement futur d'un trouble du spectre schizophrénique.

g) Revised UCLA (University of California, Los Angeles) Loneliness Scale (73)

Auto-questionnaire de 20 items qui évalue le sentiment de solitude d'un individu dans sa vie quotidienne. Les sujets doivent indiquer à quelle fréquence ils se sentent de la manière que décrit chaque item, en cotant de 1 (« jamais ») à 4 (« souvent »). Un score élevé indique un haut niveau de solitude.

Développée en 1978 par D. Russel, l'échelle avait une bonne fiabilité (coefficient de Cronbach = 0.96) mais toutes les questions allant dans le même sens (celui d'un sentiment d'insatisfaction relationnelle), il existait un biais de « réponse systématique » qui pouvait influencer le score final. L'auteur propose donc, en 1980, une version modifiée, comprenant 10 items « inversés » parmi les 20 du questionnaire (par exemple : « il y a des gens dont je me sens proche »).

Testée sur une population de 162 étudiants volontaires sains d'une université californienne (64 hommes ; 98 femmes), sa fiabilité est élevée (coefficient alpha = 0.96) et sa validité est jugée satisfaisante devant la convergence des scores obtenus à l'échelle, avec d'autres indicateurs de solitude, de relations sociales et de dépression (Beck Depression Inventory et Costello-Comrey Depression and Anxiety Scales).

IV. Discussion

Des échelles d'évaluations du retrait social existent. Mais elles sont peu nombreuses à concerner la population des jeunes adultes. 12 études ont été exclues parce qu'elles avaient été conçues pour cibler soit une population pédiatrique, soit une population gériatrique. Cela témoigne du fait que jusqu'à présent, la problématique du retrait social suscitait une préoccupation essentiellement à ces deux extrémités de l'existence (apprentissage de la sociabilité chez les enfants, isolement et solitudes des personnes âgées). Beaucoup d'instruments psychométriques en psychiatrie prennent en compte l'évaluation du retrait social, mais comme un simple symptôme associé à d'autres, dans des échelles plus globales. Il fait parfois l'objet d'une sous-partie dans un questionnaire. La Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) (74) par exemple, comporte 5 sous-échelles qui mesurent les caractéristiques des symptômes négatifs dans la schizophrénie. L'une d'entre elle (« Anhédonie et Asociabilité ») consiste en un ensemble de 4 items qui interrogent les intérêts et activités de loisir, les intérêt et activité sexuelle, l'incapacité à vivre des relations étroites ou intimes et les relations avec les amis ou collègues.

Les qualités méthodologiques de ces échelles sont assez faibles. Les échantillons, utilisés pour tester la fiabilité sont souvent de petite taille (cela tient aux obstacles pratiques d'accessibilité aux personnes retirés) et aucune de ces échelles ne s'imposant comme un *gold-standard*, les études de convergence utilisent des comparateurs différents d'un article à l'autre. Ces moyens de validation hétérogènes les rendent difficilement comparables.

Par ailleurs, un certain nombre d'entre elles ayant été validées uniquement au Japon, où les caractéristiques culturelles sont très spécifiques et où le phénomène « hikikomori » a pendant un temps été pensé comme inhérent exclusivement à ce pays. La transférabilité de ces échelles dans d'autres lieux que le Japon nous est donc inconnue.

A la lecture de ces différentes études, il apparaît que le retrait social n'est pas un simple symptôme catégoriel. Il se décompose au contraire en différents axes tels que le repli sur soi, la cognition sociale, le support relationnel et l'intégration dans la communauté, le tempérament et l'appétence aux relation, le degré d'autonomie. Un outil d'évaluation optimal intégrerait tous ces domaines spécifiques du fonctionnement social. De plus, comme nous l'avons mentionné dans la description clinique du syndrome de retrait social des jeunes adultes, cette manifestation est presque toujours égosyntonique au sujet qui la présente, posant la question d'une forme d'anosognosie vis-à-vis de leur situation. L'élaboration d'une échelle sous la forme d'un hétéro-questionnaire serait donc intéressante pour ne pas laisser l'évaluation de ce comportement à la subjectivité de l'individu.

Plusieurs limites doivent être soulignées concernant cette revue de la littérature.

L'expression « Jeune adulte » utilisée par tous les auteurs s'intéressant à ce sujet n'étant pas la définition précise d'un âge, nous avons nous-même décidé de fixer la tranche d'âge 18-35 ans comme critère d'inclusion de la population cible. Ce choix nous est apparu pertinent à la lecture des différents rapports de cas publiés par les chercheurs (avec un âge moyen au diagnostic de 27 ans). De plus, les populations d'étude des différentes échelles sélectionnées n'étaient pas uniformes : certaines concernaient des sujets sains, d'autres des sujets malades (atteints de troubles psychiatriques ou neurologiques). Nous avons tout de même pris le parti d'inclure toutes ces échelles dès lors que les items constituant les questionnaires se focalisaient sur l'aspect « retrait social » en faisant abstraction d'éventuelles autres manifestations cliniques. Enfin, signalons que nous avons été amené à exclure 3 échelles d'évaluation du retrait social chez les jeunes adultes : deux parce qu'elles étaient en langue japonaise ou coréenne non traduites ; une parce que le texte intégral de l'article n'était pas accessible (*the Social Functioning Scale*) (75).

V. Conclusion de la revue de la littérature

Être capable de diagnostiquer et mesurer la sévérité du retrait social chez les jeunes adultes est un enjeu important pour identifier précocement les situations à risque évolutif péjoratif et adapter les prises en charge des patients. Il existe pour cela des échelles psychométriques, mais celle-ci sont peu nombreuses à être applicables aux jeunes adultes en situation de retrait sévère. Cette problématique, jusqu'à présent méconnue ou sous-estimée au sein de cette population particulière, est en train de gagner en visibilité avec l'intérêt croissant de la communauté scientifique pour le phénomène des « hikikomori ». Le retrait social, isolé ou intégré dans un tableau clinique plus vaste, est un symptôme dynamique, dont les facettes sont multiples (aspect psychologique du repli sur soi, aspect physique et temporel de la réclusion, compétences cognitives interrelationnelles, intégration dans la communauté avec la quantité et la qualité du support social et/ou affectif). Une échelle idéale prendrait en compte tous ces aspects et se présenterait sous la forme d'un hétéro-questionnaire, pour offrir une meilleure objectivité à l'évaluation d'un comportement, dont ceux qui en souffrent n'en perçoivent presque jamais le caractère pathologique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aelred de Rievaulx. La vie de recluse. Réédition aux éditions du Cerfs. 1979.
2. François de Muizon. Dans le secret des ermites d'aujourd'hui. Nouvelle cité. 2001.
3. Gayral L, Carrie J, Bonnet J. [Confinement]. Ann Med Psychol (Paris). avr 1953;111(1 4):469-96.
4. JF. Serres. Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité. Travaux du CESE. 2017.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry, 8th ed. Baltimore, MD, US: Williams & Wilkins Co; 1998. xv, 1401. (Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry, 8th ed).
6. Rubin KH, Coplan RJ, Bowker JC. Social withdrawal in childhood. Annu Rev Psychol. 2009;60:141-71.
7. CNLE. La Fondation de France observe une progression de la solitude, l'une des conséquences de la pauvreté - Le site du CNLE. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/la-fondation-de-france-observe-une.html>
8. Serge Tribolet, Mazda Shahidi. Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques. Guides professionnels de santé mentale. 2005.
9. Baek S-B. Psychopathology of social isolation. J Exerc Rehabil. juin 2014;10(3):143-7.
10. Julien-Daniel Guelfi, Frédéric Rouillon. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson. 3^{ème} édition. 2017
11. Gasman I, Allilaire J-F. Psychiatrie - De l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte: POD. 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009. 464 p.
12. Lecompte M, Bletterie V, Dibie Racoupeau F. Syndrome de Diogène et sensorialité. SANTE Ment. 1 déc 2015;203:62-7.
13. Angelergues J, Léandri M-L, Collectif. Repli sur soi Retrait social : De l'enfant à l'adulte : cliniques de l'isolement. Paris: In Press; 2015. 207 p.
14. Asendorpf JB, van Aken MA. Traits and relationship status: stranger versus peer group inhibition and test intelligence versus peer group competence as early predictors of later self-esteem. Child Dev. déc 1994;65(6):1786-98.
15. Coplan RJ, Prakash K, O'Neil K, Armer M. Do you « want » to play? Distinguishing between conflicted shyness and social disinterest in early childhood. Dev Psychol. mars 2004;40(2):244-58.
16. Coplan RJ, Rose-Krasnor L, Weeks M, Kingsbury A, Kingsbury M, Bullock A. Alone is a crowd: social motivations, social withdrawal, and socioemotional functioning in later childhood. Dev Psychol. mai 2013;49(5):861-75.

17. Coplan RJ, Arbeau KA, Armer M. Don't fret, be supportive! maternal characteristics linking child shyness to psychosocial and school adjustment in kindergarten. *J Abnorm Child Psychol.* avr 2008;36(3):359-71.
18. Bowker JC, Raja R. Social Withdrawal Subtypes during Early Adolescence in India. *J Abnorm Child Psychol.* 1 févr 2011;39(2):201-12.
19. Wang JM, Rubin KH, Laursen B, Booth-LaForce C, Rose-Krasnor L. Preference-for-solitude and Adjustment Difficulties in Early and Late Adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53* [Internet]. 2013;42(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3766447/>
20. Juneau DM, M.D., prévention Frpc et D de la, clinique I de C de MP titulaire de, Montréal F de médecine de l'Université de. L'isolement social, un important facteur de risque de mortalité prématurée. *Observatoire de la prévention.* 2017 [cité 12 janv 2019]. Disponible sur: <http://observatoireprevention.org/2017/05/03/isolement-social-important-facteur-de-risque-de-mortalite-prematuree/>
21. Miller P, Byrne M, Hodges A, Lawrie SM, Owens DGC, Johnstone EC. Schizotypal components in people at high risk of developing schizophrenia: early findings from the Edinburgh High-Risk Study. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* févr 2002;180:179-84.
22. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Early anxious/withdrawn behaviours predict later internalising disorders. *J Child Psychol Psychiatry.* mai 2004;45(4):874-83.
23. Aschenbrand SG, Angelosante AG, Kendall PC. Discriminant validity and clinical utility of the CBCL with anxiety-disordered youth. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53.* déc 2005;34(4):735-46.
24. Herba CM, Ferdinand RF, Stijnen T, Veenstra R, Oldehinkel AJ, Ormel J, et al. Victimization and suicide ideation in the TRAILS study: specific vulnerabilities of victims. *J Child Psychol Psychiatry.* août 2008;49(8):867-76.
25. Gazelle H, Rudolph KD. Moving toward and away from the world: social approach and avoidance trajectories in anxious solitary youth. *Child Dev.* juin 2004;75(3):829-49.
26. Chen X, Wang L, Cao R. Shyness-sensitivity and unsociability in rural Chinese children: relations with social, school, and psychological adjustment. *Child Dev.* oct 2011;82(5):1531-43.
27. Nelson LJ, Coyne SM, Howard E, Clifford BN. Withdrawing to a virtual world: Associations between subtypes of withdrawal, media use, and maladjustment in emerging adults. *Dev Psychol.* 2016;52(6):933-42.
28. Saito Tamaki. Hikikomori: Adolescence without End. 1998.
29. Ministry of Health Labor and Welfare. Lignes directrices pour les activités de santé mentale communautaires entourant « hikikomori » centrées sur les adolescents et les 20 ans. 2012.
30. Uchida Y, Norasakkunkit V. The NEET and Hikikomori spectrum: Assessing the risks and consequences of becoming culturally marginalized. *Front Psychol* [Internet]. 18 août 2015;6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4540084/>

31. Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, Tsuchiya M, Tachimori H, Takeshima T, et al. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of « hikikomori » in a community population in Japan. *Psychiatry Res.* 30 mars 2010;176(1):69-74.
32. The Japanese hikikomori phenomenon: acute social withdrawal among young people - Furlong - 2008 - *The Sociological Review* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-954X.2008.00790.x>
33. Chauliac N, Couillet A, Faivre S, Brochard N, Terra J-L. Characteristics of socially withdrawn youth in France: A retrospective study. *Int J Soc Psychiatry.* juin 2017;63(4):339-44.
34. Kondo N, Iwazaki H, Kobayashi M, Miyazawa H. [Psychiatric background of social withdrawal in adolescence]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* 2007;109(9):834-43.
35. Teo AR. A New Form of Social Withdrawal in Japan: A Review of Hikikomori. *Int J Soc Psychiatry.* mars 2010;56(2):178-85.
36. Pionnié-Dax N. Expériences de retrait au Japon : L'Autre. 15 juill 2014;Volume 15(1):64-74.
37. Teo AR. Social isolation associated with depression: a case report of hikikomori. *Int J Soc Psychiatry.* juin 2013;59(4):339-41.
38. Stip E, Thibault A, Beauchamp-Chatel A, Kisely S. Internet Addiction, Hikikomori Syndrome, and the Prodromal Phase of Psychosis. *Front Psychiatry.* 2016;7:6.
39. Lee YS, Lee JY, Choi TY, Choi JT. Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea. *Psychiatry Clin Neurosci.* mai 2013;67(4):193-202.
40. Sakamoto N, Martin RG, Kumano H, Kuboki T, Al-Adawi S. Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette from Oman. *Int J Psychiatry Med.* 2005;35(2):191-8.
41. Wong PWC, Li TMH, Chan M, Law YW, Chau M, Cheng C, et al. The prevalence and correlates of severe social withdrawal (hikikomori) in Hong Kong: A cross-sectional telephone-based survey study. *Int J Soc Psychiatry.* juin 2015;61(4):330-42.
42. Teo AR, Feters MD, Stuffelbam K, Tateno M, Balhara Y, Choi TY, et al. Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries. *Int J Soc Psychiatry.* févr 2015;61(1):64-72.
43. Malagón-Amor Á, Córcoles-Martínez D, Martín-López LM, Pérez-Solà V. Hikikomori in Spain: A descriptive study. *Int J Soc Psychiatry.* août 2015;61(5):475-83.
44. De Michele F, Caredda M, Delle Chiaie R, Salviati M, Biondi M. [Hikikomori (ひきこもり): a culture-bound syndrome in the web 2.0 era]. *Riv Psichiatr.* août 2013;48(4):354-8.
45. Bourdieu MJG. Retrait social du jeune : phénomène polymorphe et dominantes psychopathologiques. Quelles réponses ? *Inf Psychiatr.* 9 mai 2017;Volume 93(4):275-82.
46. Tateno M, Park TW, Kato TA, Umene-Nakano W, Saito T. Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: a questionnaire survey. *BMC Psychiatry.* 15 oct 2012;12:169.

47. Suwa M, Suzuki K. [Psychopathological features of « primary social withdrawal »]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2002;104(12):1228-41.
48. Fansten M, Figueiredo C. Parcours de hikikomori et typologie du retrait. *Adolescence*. 10 déc 2015;T.33 n° 3(3):603-12.
49. Guedj M-J, Gallois É. La visite à domicile comme réponse à la réclusion de l'adolescent. *Enfances Psy*. 1 mars 2006;no 30(1):43-55.
50. Fansten M, Figueiredo C, Pionnié-Dax N, Vellut N. Hikikomori, ces adolescents en retrait. Paris: Armand Colin; 2014. 216 p.
51. Umeda M, Kawakami N, World Mental Health Japan Survey Group 2002-2006. Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal ('hikikomori') in the community population in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. mars 2012;66(2):121-9.
52. Kondo N, Sakai M, Ishikawa S, Niimuras J, Tanoue M. [Home visits for social withdrawal cases in community mental health and child welfare services]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2008;110(7):536-45.
53. O'Brien D, Macklin J. Late onset simple schizophrenia. *Scott Med J*. févr 2014;59(1):e1-3.
54. Mittal VA, Dean DJ, Pelletier A. Internet addiction, reality substitution and longitudinal changes in psychotic-like experiences in young adults. *Early Interv Psychiatry*. août 2013;7(3):261-9.
55. Alarcón RD. Les composantes culturelles dans le DSM-5 : contenus fondamentaux ou concessions purement cosmétiques ? *L'Évolution Psychiatr*. janv 2014;79(1):39-53.
56. Morita S, Pichot P, Onishi M, Moriyama N, Vila G, Ota H, et al. *Shinkeishitsu : psychopathologie et thérapie*. 146 p.
57. François Lachaud. *Le Vieil Homme qui vendait du thé : Excentricité et retrait du monde dans le Japon du XVIIIe siècle*. Edition du Cerf. 2010.
58. 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.
59. Benoit J-P. Le syndrome de Hikikomori des jeunes Japonais : syndrome, posture, ou imposture ? *Enfances Psy*. 25 mars 2015;N° 65(1):74-84.
60. Lise DEMAILLY. *Sociologie des troubles mentaux*. Edition La découverte. 2011.
61. Ehrenberg A. La société du malaise. *Adolescence*. 17 oct 2011;n° 77(3):553-70.
62. Petry NM, O'Brien CP. Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addict Abingdon Engl*. juill 2013;108(7):1186-7.
63. Valleur M. L'addiction aux jeux vidéo, une dépendance émergente ? *Enfances Psy*. 1 juill 2006;no 31(2):125-33.
64. P. Le Ferrand. Histoire d'un hikikomori occidental. *Rhizome*. 2016. n°61:12-13

65. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*. 21 juill 2009;339:b2700.
66. Teo AR, Chen JJ, Kubo H, Katsuki R, Sato-Kasai M, Shimokawa N, et al. Development and validation of the 25-item Hikikomori Questionnaire (HQ-25). *Psychiatry Clin Neurosci*. 21 juin 2018;
67. Rios S, Perlman CM. Social Withdrawal Among Individuals Receiving Psychiatric Care: Derivation of a Scale Using Routine Clinical Assessment Data to Support Screening and Outcome Measurement. *J Behav Health Serv Res*. 24 avr 2017;
68. Rigby SA, Thornton EW, Tedman S, Burchardt F, Young CA, Dougan C. Quality of life assessment in MND: development of a Social Withdrawal Scale. *J Neurol Sci*. 31 oct 1999;169(1):26-34.
69. Gibbons CJ, Thornton EW, Ealing J, Shaw PJ, Talbot K, Tennant A, et al. Assessing social isolation in motor neurone disease: A Rasch analysis of the MND Social Withdrawal Scale. *J Neurol Sci*. 15 nov 2013;334(1-2):112-8.
70. Burger JM. Individual differences in preference for solitude. *J Res Personal*. 1995;29(1):85-108.
71. Kosmadakis CS, Bungener C, Pierson A, Jouvent R, Widlöcher D. [Translation and validation of the Revised Social Anhedonia Scale (SAS Social Anhedonia Scale, M.L. Eckblad, L.J. Chapman et al., 1982). Study of the internal and concurrent validity in 126 normal subjects]. *L'Encephale*. déc 1995;21(6):437-43.
72. Gooding DC, Padruft ER, Pflum MJ. The Predictive Value of the NEO-FFI Items: Parsing the Nature of Social Anhedonia Using the Revised Social Anhedonia Scale and the ACIPS. *Front Psychol*. 2017;8:147.
73. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol*. sept 1980;39(3):472-80.
74. Andreasen NC. The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. *Br J Psychiatry Suppl*. nov 1989;(7):49-58.
75. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. déc 1990;157:853-9.