

**La peur du Covid-19 va-t-elle créer de nouveaux hikikomori ?
Quel risque pour le vivre ensemble ?**

**Will the Fear of Covid-19 Create New Hikikomori?
What is the Risk for Living Together?**

BEHTANE Abdelkader

Université 8 mai 1945, Guelma (Algérie),
Laboratoire de recherche en sciences sociales LARES (E1090800, Skikda)
behtane.abdelkader@univ-guelma.dz

Received: 18/10/2021

Accepted: 13/12/2021

Published: 31/12/2021

Résumé:

La pandémie du Covid-19 a paralysé le monde entier et a bouleversé notre rapport à la peur. Il apparait que celle liée au coronavirus serait due à l'incertitude et à l'inquiétude, dans le sens de privation de repos psychologique.

En effet, cette pandémie a bousculé nos vies puisque nous sommes restés confinés afin d'éviter au maximum de contact avec l'extérieur. Aussi, nous avons dû apprendre à survivre en appliquant ce qu'il est convenu d'appeler « les gestes barrières ».

Ainsi, nous nous demandons si ce confinement forcé et la peur de la contagion ont pu donner naissance à l'envie de vivre reclus, à l'image de l'hikikomori. Nous nous interrogeons également sur les conséquences psychiques et sociétales de ce « grand confinement ». À force de vivre dans la suspicion et la peur, éloignés les uns des autres, n'y a-t-il pas un risque pour le vivre ensemble ?

Mots-clés: hikikomori ; peur ; vivre ensemble ; confinement ; pandémie.

Abstract:

The Covid-19 pandemic has paralyzed the whole world and shattered our relationship with fear. It appears that the one linked to the coronavirus is due to uncertainty and worry, in the sense of deprivation of psychological rest. Indeed, this pandemic has changed our lives as we remained confined in order to avoid contact with the outside as much as possible. Also, we had to learn to survive by applying what we call "barrier gestures".

Thus, we wonder if this forced confinement and the fear of contagion could have given rise to the desire to live in reclusion, like the hikikomori. We also wonder about the psychological and societal consequences of this "great confinement". By dint of living in suspicion and fear, far from each other, isn't there a risk for living together?

Keywords: hikikomori ; fear ; living together ; confinement ; pandemic.

1. Introduction:

La pandémie du Covid-19 est un événement qui a paralysé le monde entier. Cette maladie bouleverse notre rapport à la peur et à la mort. Si la peur désigne une émotion produite à la vue d'un danger, il nous semble que celle liée au coronavirus est surtout due à l'incertitude et à l'inquiétude, dans le sens où nous sommes privés de repos psychologique.

En effet, cette pandémie a bousculé nos vies puisque nous avons dû rester, entre autres, confinés afin d'éviter au maximum le contact effectif avec le monde extérieur. Aussi, nous avons dû apprendre à survivre en appliquant ce qu'il est convenu d'appeler « les gestes barrières » entre distanciation sociale (que nous voyons comme une forme de « dé-civilisation ») (Dumas, 2015), port du masque et utilisation de gel hydroalcoolique.

Par ailleurs, nous vivons dans la peur : peur sanitaire (peur du « déconfinement » du fait que le virus circulerait toujours, peur de la contagion, peur des variants, peur de la mort, peur du vaccin dont nous ignorons les effets secondaires ultérieurs etc.) ; peur des conséquences économiques (perte d'emploi, faillite) ; peur sociale (solitude, perte de lien) ; et peur de l'autre (les contaminés, asymptomatiques, ceux qui refusent de porter le masque ou de se faire vacciner etc.).

Ainsi, nous nous demandons si ce confinement forcé et la peur de la contagion ont pu donner naissance à l'envie de vivre reclus, à l'image de l'hikikomori (non confiné mais cloîtré). Nous nous interrogeons également sur les conséquences psychiques et sociétales de

ce « grand confinement ». À force de vivre dans la suspicion et la peur, éloignés les uns des autres, n'y a-t-il pas un risque pour le vivre ensemble ?

2. D'où vient la peur ?

Avant de commencer, faisons un point sur la peur. Elle désigne une émotion, souvent négative, en présence d'un danger ou d'une menace, ou encore elle accompagne la prise de conscience d'un danger ou d'une menace à venir. Elle s'accompagne de sensations variées comme des palpitations, une sudation (« sueurs froides »), la sécrétion d'hormones, un rythme cardiaque qui s'accélère (Bougerol, 2007), une forme d'ambivalence entre envie de s'enfuir et impression d'être « clouer sur place ».

Il existe différents degrés de peur selon que le danger perçu ou envisagé est plus ou moins proche : l'inquiétude (être privé de repos moral), la crainte (redouter quelque chose), l'angoisse et l'anxiété (vive inquiétude accompagnée d'un sentiment d'oppression), la frayeur (trouble provoqué par la menace d'un mal), l'épouvante (peur intense produite par une menace devenue perceptible), la panique (terreur soudaine et irraisonnée), la phobie (peur morbide et irrationnelle provoquée par un acte ou une entité extérieure), la terreur (émotion causée par la présence d'un danger). Le stress (réaction suite à une agression ou un traumatisme) nous semble plus une conséquence de la peur et de l'incertitude. La peur semble être provoquée par un changement brutal et intense du mode de vie engendrant l'angoisse.

Avant le confinement, nous avons pris l'habitude d'avoir des réponses claires à

nos interrogations sanitaires. Avec l'apparition de ce nouveau virus, nous nous sommes retrouvés confrontés au vide et au flou, du moins au début. Nous qui avions pris l'habitude de tout planifier, nous avons dû faire face à l'incertitude.

Également, nous voyons que la peur est véhiculée par des indications contradictoires mais également par une surenchère de polémiques et de fausses informations anxiogènes (fake news) qui circulent sur les réseaux sociaux. Nous en voulons pour preuve les injonctions contradictoires au sujet des masques ou encore la longue énumération des chiffres mortifères (décompte des cas, décompte des morts, taux d'occupation des hôpitaux) en augmentation chaque jour qui passe.

Pourtant, il semble que l'on aurait dû être moins enclin à la peur, du fait que les virus existent depuis au moins aussi longtemps que l'homme (peste, rage, variole, SIDA, tuberculose, paludisme, grippe, chikungunya, syndrome respiratoire sévère, Ebola, H1N1, etc.). Malgré tout nous sommes restés comme pétrifiés par un phénomène d'ampleur mondiale, un peu comme si la prédiction du bug de l'an 2000 (Berg, 2020) tant annoncé avait pris la forme d'un virus. Souvenons-nous, en 1999, certains prédisaient la fin du monde, d'autres pensaient que tous les systèmes informatiques allaient s'arrêter du jour au lendemain (faisant craindre le déclenchement d'une guerre nucléaire). Finalement, le passage à l'an 2000 a eu lieu sans encombre, les différents pays ayant eu le temps d'anticiper. Ce n'est que vingt ans plus tard qu'un bug d'un genre nouveau (un « bug pandémique ») fait vaciller le monde. La peur s'est propagée comme une

trainée de poudre : certains, craignant une pénurie du fait du confinement, se ruèrent dans les magasins à la recherche de produits de premières nécessités.

3. Vivre comme des hikikomori (Saito, 2013) :

Sur le plan étymologique, le terme est composé de hiku et komoru qui signifient se retirer, se cloîtrer (Suzuki, 2009). Le Ministère de la Santé japonais définit le hikikomori comme : « une personne qui évite toute participation sociale en raison de différents facteurs et causes et qui reste cloîtrée en permanence chez elle pendant plus de six mois ». (Teo & Gaw, 2010; Vellut, 2015)

Le hikikomori désigne des individus sans participation sociale pour au moins six mois (famille, travail, éducation, formation, amis), sans pathologie psychiatrique (telle la schizophrénie) et sans incapacité physique. Sur le plan somatique et psychique ils paraissent « normaux » parce qu'ils sont en contact avec la réalité contrairement aux schizophrènes. Cependant, ce monde réel est moins favorisé chez eux par rapport au monde dit virtuel. La raison pour laquelle la définition du hikikomori oscille entre problématique sociale, économique, culturelle, et expressions traumatiques et mentales.

Cependant, deux auteurs (Kato & al., 2019a; Teo & Gaw, 2010) proposent d'inclure ce symptôme dans le DSM. Ce syndrome hikikomori ne faisant pas consensus (Lescroart, 2020; Trebalag & al., 2019), deux groupes ont été mis en place : les hikikomori primaires qui ont choisi leur état et qui n'ont aucune pathologie et les hikikomori secondaires ayant une maladie

mentale. Si le hikikomori n'est pas répertorié comme une pathologie de structure à part entière, il semble qu'un enfermement voulu, d'une période d'au moins de six mois, peut être classifié comme une organisation limite (limite entre névrose et psychose).

Les hikikomori qui semblent choisir leur état de retrait à titre individuel, trouvent leur bien-être, durant la pandémie, puisque les États, pour la plupart, ont obligé leur population à rester enfermés chez eux (Cailloce, 2020). Le confinement dû au Covid-19 imposé à la population peut à ce titre engendrer un repli social, une phobie sociale, une phobie scolaire, un besoin de protection, une inadaptation, etc. Dans cette optique, nous nous interrogeons si cette population ne serait pas prédisposée à devenir des hikikomori.

4. Portrait du Hikikomori :

Il s'agit, pour la plupart, de jeunes gens (âge moyen 15-19 ans) qui habitent encore chez leurs parents et qui ne sortent pratiquement pas de leur chambre à part pour aller à la salle de bain et s'alimenter. Comme s'ils profitent de leur enfermement en présence des parents qui répondent à leur demande. Ils ont donc moins tendance à sortir de chez eux. Ceux qui ne vivent pas chez leurs parents, sont dans l'obligation de se servir eux-mêmes, par conséquent s'ils sortent, ils préfèrent la nuit, ou ils se font généralement tout livrer à domicile.

Ces jeunes s'isolent dans leur chambre et ne la quittent plus pendant deux ans en moyenne. Ils restent dans l'obscurité complète, sans rythme jour-nuit, sans hygiène corporelle, rompent leurs liens sociaux et abandonnent tout (Benoit,

2015). Ils sont décrits comme insensibles, paresseux, incapables d'agir de manière volontaire, marquent un désintérêt pour leur environnement. Les échanges avec leur famille sont très limités. Leur isolement est souvent interprété comme une forme de fatigue, de découragement, voire de dépression et fait souvent suite à un vécu scolaire traumatique.

Cette forme de retrait social peut être un moyen de lutter contre un sentiment de malaise : l'individu a besoin de se construire à l'abri du regard de l'autre, problème identitaire, maltraitance, violence, difficulté familiale, traumatisme, retrait chrysalide suite à trop de pression.

Plusieurs critères permettent de diagnostiquer le repli social pathologique caractéristique des hikikomori : un confinement continu à son domicile sur une période minimale de 6 mois ; une déficience ou une détresse fonctionnelle importante ; une association fréquente avec d'autres troubles psychiatriques (Kato & al., 2019b; Suzuki, 2009).

Ce phénomène se confond avec d'autres : phobie sociale, anxiété, névrose de retrait (Kasahara, 1978), trouble du comportement, trouble de l'humeur, schizophrénie, délire. Le hikikomori n'est pas uniquement un élément de la culture japonaise. En effet, de nombreux auteurs (Chauliac & al., 2017; Kaito & Tateno, 2012; Souilem & al., 2019) ont signalé sa présence dans d'autres pays.

Le confinement imposé à la population pourrait être à l'origine d'un repli social chez certaines personnes prédisposées (Couillet & al., 2015; Guedj Bourdieu, 2020) peut-être à devenir

des hikikomori parmi lesquelles la plongée dans le monde virtuel, le sentiment d'être protégé, la volonté de protection émanant de certains parents, la phobie sociale, la volonté écologique (économie de l'énergie, diminution des déchets, pollution), la superstition, l'inadaptation avec le monde réel, la timidité, etc.

5. Psychopathologie de l'enfermement :

L'enfermement est associé à la notion de claustration par envie, nécessité ou obligation. La psychopathologie de l'enfermement a été largement étudiée par les chercheurs, notamment en ce qui concerne les prisonniers (Guiter, 2001) ou les « fous » (Eckert; Foucault, 1972). Ces travaux (Gouvernet, 2015) permettent de comprendre les différents problèmes à vivre constamment enfermés. Ainsi, les scientifiques ont noté une diversité de symptômes à la fois psychiques et somatiques : affections dermatologiques, stress, maladies somatiques, angoisses, scarifications, pathologies de l'inactivité, résistance physique amoindrie, troubles de la personnalité, troubles du sommeil (insomnie, inversion du sommeil), préoccupations dysmorphiques (mauvaise perception du corps), troubles obsessionnels compulsifs (TOC), troubles narcissiques, attitudes régressives, dépression, troubles psychotiques, tentatives de suicide, etc.

Au moment de la pandémie, nous nous sommes soudainement retrouvés enfermés et privés de notre liberté de circuler, accaparés par un risque sanitaire majeur. Toutes les issues n'étaient pas bloquées comme pour les « fous » et les incarcérés. Mais nous étions quelque peu semblables

aux hikikomori, pour lesquels l'enfermement se fait de manière plus ou moins brutale et plus ou moins importante. Pendant le confinement, il est possible de sortir de chez soi ne serait-ce que pour faire ses courses ou changer d'air, en respectant les consignes du port du masque et de distanciation inter-individus. En même temps, contrairement aux hikikomori qui semblent fuir la rencontre avec l'autre, nous sommes obligés de minimiser au maximum cette dernière.

Malgré tout, la plupart d'entre nous ont présenté des symptômes de l'enfermement, notamment des troubles du sommeil, des symptômes dépressifs ou encore des troubles du stress post-traumatique (Brooks & al., 2020; Moine, 2020; Solé, 2020). Nous sommes restés face à nous-mêmes avec nos ambivalences : notre esprit oscillant entre acceptation et refus de la situation.

6. Un rapport ambigu à la mort :

Les hikikomori ne cherchent pas la mort physique mais la mort sociale. En effet, un spécialiste des hikikomori (Furuhashi & Bacqué, 2016) montre que le taux de suicide chez ces derniers serait très faible. On ne parle pas de dépression majeure mais plutôt on pense à la dépression essentielle (Marty, 1968) (définie comme un affaiblissement du tonus de vie, sans contrepartie économique).

Les hikikomori chercheraient à devenir invisibles dans la société pour se protéger contre les traumatismes à venir par le biais d'un masque ou d'une carapace, comme disait Dolto (1999) en donnant l'exemple du complexe du Homard qui protège des chocs extérieurs.

Aspirer à éviter la mort physique est une caractéristique fondamentale des personnes présentant ce syndrome. Mais ils veulent vivre le plus longtemps possible tout en ne participant pas à la vie sociale. Tout se passe comme si, pour eux, le fait de vivre en société représentait une menace. Encore à titre défensif, ils peuvent avoir recours inconsciemment à la « formation réactionnelle » ; ils restent enfermés pour exister. Sur le plan virtuel, ils peuvent continuer d'observer et de s'informer sur les nouvelles du monde depuis leur chambre sans avoir besoin de sortir. Cependant, cette volonté de claustration n'est possible que pour ceux qui dépendent de leur famille. En effet, il faut pouvoir subvenir à ses besoins fondamentaux. Pour cela, il faut travailler même de chez soi et donc participer d'une certaine manière à la vie sociale.

7. À l'aube du déconfinement et de la vaccination :

Jusque-là, largement méconnus au-delà des frontières japonaises, les hikikomori seraient en augmentation depuis le début du déconfinement. À ce stade, aucune statistique n'est disponible pour évaluer leur nombre. Le déconfinement, la peur d'une énième vague épidémique, les contraintes liées aux gestes barrières, la peur du vaccin, la crainte de se confronter aux difficultés de la vie quotidienne représentent autant de raisons invoquées par certains pour rester chez eux et vivre comme des hikikomori.

Comme pour de nombreux problèmes d'adaptation avec la réalité, les personnes à risque de devenir hikikomori comprendront des problèmes de santé

publique (stress, phobies) et mentale préexistants. Mais, en raison de la nature invisible du hikikomori (Rooksby & al., 2020), il est peu probable que les voies de soins standards fonctionnent. Au lieu de cela, une collaboration coordonnée entre institutions sera nécessaire pour identifier ceux qui risquent de continuer à « se confiner » au lieu de se réengager dans des rôles pré-pandémie ou de se tourner vers l'après.

À la suite de la pandémie du Covid-19, de nombreux jeunes seront confrontés à des objectifs et des aspirations radicalement modifiés, et ils seront vulnérables face aux impacts découlant de cette pandémie : emploi précaire et vulnérabilité économique. Les conséquences économiques et sociales généralisées du Covid-19 sont susceptibles de dépasser de loin tous les chocs précédents pour les perspectives des jeunes. Certains parlent déjà de génération perdue, voire sacrifiée : les jeunes décrocheurs, le chemin de l'emploi sera long et difficile, certains ont dû retourner vivre chez leurs parents, les perspectives d'avenir s'assombrissent de jour en jour. Autant de facteurs de risque de devenir hikikomori. En même temps, le confinement a créé une bulle sécurisante contre certains aspects envahissants du lien social d'où il peut être parfois difficile de sortir. Dans cette bulle, tout est sous contrôle, aucun imprévu ne vient perturber un quotidien bien huilé.

Le repérage de ces jeunes, par un professionnel de santé ou par leurs proches, est capital pour qu'une prise en charge psychologique adaptée soit mise en place le plus tôt possible, avant que la

désocialisation n'ait des conséquences trop importantes. En ce sens, plusieurs études ont abordé ce sujet. À titre d'exemple des chercheurs (Teo & al., 2018) ont mis en place un « auto-questionnaire » permettant le dépistage des facteurs de risque chez les jeunes adultes de devenir des hikikomori. En parallèle, d'autres auteurs (Landry & al.; Taylor & al., 2020) ont développé une échelle permettant de mesurer le degré de « stress face au Covid-19 ».

8. Mettre en œuvre une résilience collective :

La résilience signifie rebondir, recommencer quelques soit les obstacles (Anaut, 2005). La société dans son ensemble pose la question de son devenir : une fois que la pandémie sera terminée pourrons-nous reprendre une vie normale ? Serons-nous capable de surmonter cette épreuve ? Quelles sont les clés de la résilience ? Le but de la résilience est de trouver un moyen pour revivre. Ainsi, il ne suffit pas de faire la promotion de la résilience pour que celle-ci ait lieu. En effet, nous ne sommes pas tous égaux face à la résilience. Il s'agit surtout d'un processus individuel : certains auront plus de mal que d'autres à surmonter les épreuves. Il semble que les individus qui ont acquis certains facteurs de protection (matériels, affectifs, familiaux) seront plus aptes à être résilients que les autres.

Par conséquent, la résilience semble être le point d'orgue de la remise sur pied des différents États. Mais il ne suffit pas de la promulguer pour qu'elle ait lieu, il faut l'accompagner. Autrement dit, il ne s'agit pas de décréter un éventuel retour à la normale ou retour à la vie d'avant qui du

fait du choc ne sera pas possible, car il faut tenir compte des changements survenus au sein de la société.

En fait, on peut se demander si les individus qui souhaitent restés cloîtrés chez eux à la manière des hikikomori ne seraient pas dans une forme de refus : d'un côté, ils refusent la séparation d'avec les parents, notamment la mère et, de l'autre, ils refusent les transformations du corps.

Sur le mode compensatoire, on constate qu'Internet permet la satisfaction des besoins et des désirs (commander tout ce dont nous avons besoin, télétravailler et fuir les problèmes du quotidien).

À cette nouvelle identité sanitaire s'est rajoutée la peur : peur d'être contaminé, peur de contaminer autrui parfois sans le savoir (asymptomatiques), peur qu'un membre de notre famille soit contaminé, de faire une forme grave, d'alourdir les chiffres des hospitalisations et des personnes décédées, peur du vaccin confectionné dans la précipitation et dont les effets secondaires sont méconnus, et stress dû aux injonctions paradoxales en tout genre (au sujet des masques par exemple).

La société dans son ensemble s'interroge sur le devenir du vivre ensemble : une fois que la pandémie sera terminée, pourrons-nous reprendre une vie normale ? Serons-nous capables de surmonter cette épreuve ? Pour ce faire, quelles sont les clés, les bonnes stratégies à mettre en place ? En sachant que le but est de trouver les meilleurs moyens pour reconstruire la solidarité. En ce sens, il ne suffit pas de faire la promotion de la citoyenneté et du vivre

ensemble pour que ceux-ci aient lieu. Il faut aussi les accompagner.

9. Étude de cas :

« T », 20 ans, est fils unique et vit avec ses parents. Il n'a pas d'antécédents psychiatriques. Lorsqu'il a développé le Covid-19, il n'est pas sorti de la quarantaine et s'est enfermé dans sa chambre et a arrêté ses études. Il passe la majeure partie de son temps seul dans sa chambre à surfer sur le web ou à lire des livres. Il ne sort de sa chambre que pour manger et aller aux toilettes. Il n'a quasiment aucun contact avec l'extérieur en dehors d'Internet.

Après six mois de claustration, à la fin du confinement, ses parents l'emmènent en consultation. Pendant la conversation, « T » est calme et parle avec aisance. Le contact était de bonne qualité. Cependant, il présente quelques symptômes dépressifs, des troubles du sommeil, une anxiété pour l'avenir, une pathologie si inactivité (prise de poids), une fatigue intense.

On remarque que « T » présente plusieurs troubles dus à son confinement, comme : trouble alimentaire (alternance entre boulimie et anorexie), trouble dépressif (dérégulation émotionnelle, suspicion de dysthymie), trouble de l'humeur, trouble du comportement, trouble anxieux (stress post-traumatique), stress aigu, anxiété de séparation, agoraphobie, phobie sociale, panique, évitement), trouble obsessionnel-compulsif (lavage compulsif, paranoïa), inadaptation, présence de trouble dissociatif de l'identité, peur de la maladie, trouble veille-sommeil (insomnie, cauchemars), délire, confusion, hallucination.

Sa personnalité oscille entre paranoïaque, borderline, évitante, obsessionnelle et antisociale. Tous ces troubles sont survenus à la suite du diagnostic de Covid-19 et ne sont pas dus à l'utilisation d'une substance ou d'un médicament.

Depuis le début du Covid, il a une relation fusionnelle avec ses parents, il craint non seulement pour sa santé et son futur mais aussi pour la santé de ses parents. « T » vit dans la peur permanente. Pour lui, le confinement a été l'origine d'un isolement social extrême. (Dumas, 2015) Il s'est enfermé chez lui par obligation d'abord, puis petit à petit il y a pris goût. Cependant, il note qu'il s'est retrouvé comme prisonnier de son enfermement : il se sentait protégé. D'ailleurs, il compare cette période au stade de chrysalide chez les papillons : « j'étais dans ma bulle, un peu comme le papillon ».

Pour lutter contre son stress, « T » utilise différents mécanismes de défense : mise à l'écart, rationalisation, régression, refuge dans la rêverie, retrait apathique, hallucination, fantasmatisation, manie, compulsion, repli sur soi, anticipation, annulation rétroactive. (Chabrol, 2005; Ionescu & *al.*, 2003) Nous notons également quelques tendances au complotisme : « cette maladie n'est pas arrivée par hasard », « tout a été orchestré pour éradiquer les plus faibles ».

La conscience de soi et de l'environnement ne semble pas être impactée. Du fait du confinement et de sa maladie, il s'est coupé de la sphère sociale : il ne lui reste plus que le contact avec ses parents. Toutefois, il semble gardé un lien avec l'extérieur du fait qu'il se renseigne sur l'actualité mais il reste

passif, il préfère garder ses distances même de manière virtuelle.

10. Méthodes et outils :

Nous utilisons l'entretien clinique et deux enquêtes : questionnaire Hikikomori (Teo & al., 2018) et l'échelle de stress Covid (Landry & al.; Taylor & al., 2020)

10.1. Le questionnaire d'Hikikomori (Hikikomori Questionnaire HQ-25) :

Ce questionnaire a été développé par Teo et al. (2018) pour évaluer les Hikikomori. Ce questionnaire est constitué de trois sous-échelles : socialisation (items 1, 4, 6, 8, 11, 13, 15, 18, 20, 23, 25) ; isolation (items 2, 5, 9, 12, 16, 19, 22, 24) ; soutien (items 3, 7, 10, 14, 17, 21).

Il y a cinq types de réponses : pas du tout d'accord (0) ; plutôt en désaccord (1) ; ni en accord, ni en désaccord (2) ; plutôt d'accord (3) ; tout à fait d'accord (4).

Les différents items ont été créés selon les grands thèmes identifiés dans la littérature concernant le Hikikomori : absence de liens sociaux, isolement social plus ou moins actif, comportement de retrait, évitement de contact, sentiment d'aliénation, marginalisation par rapport à la société.

10.2. L'échelle de stress Covid-19 :

Cette échelle a été développée par Taylor (2020), traduite en français par (Landry & al.) pour mesurer le stress lié au Covid-19. Il comporte 36 éléments répartis en 5 facteurs : danger (items 1 à 6) ; craintes concernant les conséquences économiques (items 7 à 12) ; xénophobie (items 13-18) ; crainte de contamination (items 19-24) ; symptômes de stress traumatique à propos de Covid-19 (items 25 à 30) ; contrôle compulsif (items 31-36).

Il y a cinq types de réponses : pas du tout (0) ; un peu (1) ; moyennement (2) ; beaucoup (3) ; extrêmement (4).

11. Résultats :

Tableau 1 : HQ-25

	Socialisation	Isolation	Soutien
Total	32	19	10
Moyenne	11.86	2.25	2.50

Tableau 2 : Échelle de stress Covid-19

	Danger	Économie	Xénophobie	Contamination	Trauma	Compulsion
Total	20	18	13	21	21	22
Moyenne	3.33	3.00	2.17	3.50	3.50	3.67

12. Discussion :

Concernant le premier questionnaire, nous observons que « T » possède certaines caractéristiques du hikikomori. (Teo & al., 2018) En effet, il ne semble pas rechercher la présence de l'autre, mis à part celle de ses parents. Il dira à plusieurs reprises qu'il ne peut compter que sur ces derniers pour le soutenir en cette période difficile.

En ce qui concerne l'échelle de stress du Covid-19, nous observons que « T » a un stress relativement élevé. Notamment, nous observons qu'il a développé des compulsions (TOC), une forme de stress post-traumatique ainsi qu'une peur de la contamination et de l'autre (Taylor & al., 2020)

Depuis le début de la maladie, il nous avoue qu'il fait des recherches sur les nouveaux vaccins et sur les symptômes. Lorsqu'il a ressenti les premiers symptômes du Covid-19, il a tout de suite adopté les bons gestes (lavage de mains, confinement) afin de ne pas transmettre la maladie. Cependant, nous notons que sa claustration ne s'est pas arrêtée puisqu'il a continué à rester dans sa chambre durant pratiquement six mois.

Tout se passe comme s'il chercherait à devenir invisible pour se protéger contre les traumatismes à venir par le biais d'une carapace (Dolto, 1999).

De plus, il présente des symptômes majeurs des personnes confinées (Brooks & al., 2020; Gouvernet, 2015; Moine, 2020; Solé, 2020) à savoir : des symptômes dépressifs, des troubles du sommeil, une anxiété pour l'avenir, une pathologie en cas d'inactivité (prise de poids), une fatigue intense, stress, maladie somatique.

13. Conclusion :

Notre étude pose la question du vivre ensemble comme point central de la citoyenneté et de la résilience : comment rebondir ? Comment gérer l'après ? Pendant le confinement, la notion de vivre ensemble a été en quelque sorte malmené. Ainsi, nous devons éviter la foule comme si nous étions tous devenus agoraphobes, porter un masque, garder nos distances avec l'autre, montrer « patte blanche » avec une nouvelle identité sanitaire (attestations de sortie, tests PCR, antigéniques ou sérologiques négatifs, passe sanitaire).

Nous faisons face à ce que nous voyons comme une névrose de retrait à caractère phobique. Ici, l'individu se retire de tout contact avec l'extérieur qu'il perçoit comme angoissant du fait de la pandémie. Cependant, par ce retrait, il développe des pathologies de l'enfermement dont il a du mal à sortir.

Bien que la plupart reprendrait volontiers une vie normale après la pandémie, certaines personnes à risque choisiront de continuer le confinement. Ainsi, les données provenant de toutes les cultures montrent que le début typique du Hikikomori se situe à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte, souvent à la suite d'une expérience de honte ou d'événements de défaite (perte d'emploi notamment).

Tout se passe comme si le hikikomori évitait la re-traumatisation en choisissant de se retirer de la société. Et beaucoup se sont retrouvés sans emploi, voire sans avenir. À vrai dire, ce syndrome est encore très méconnu des professionnels du fait qu'il se confond avec d'autres symptômes comme la dépression ou la phobie sociale.

Un blog (Collectif, 2017) mis en place par des proches d'hikikomori et des professionnels met la guidance familiale¹ au centre de la prise en charge de ce phénomène.

Ainsi, au moment du déconfinement, on aura beaucoup de mal à s'intégrer et à s'adapter surtout face à la pérennité du Covid-19 et ses conséquences. Dès lors, bien que la plupart reprendrait volontiers une vie normale après la pandémie, certaines personnes à risque choisiront de continuer le confinement et la claustration.

Pour sortir de cette crise, la population attend des solutions concrètes, parce qu'une partie doute qu'un retour à la vie d'avant soit possible. En effet, il faudra des années à se remettre de cette crise (Van Dok & Uruguchi, 2020). Les solutions apportées devront s'appuyer sur l'écoute et sur la solidarité : il faudra soutenir les plus fragiles, les aider à retrouver un emploi, et les former à de nouvelles techniques contre la peur du Covid-19 et de ses effets.

14. Liste Bibliographique :

Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en Soins Infirmiers*, 3(82), 4-11.

Anonyme. (2017). *Hikikomori*. From <https://hikikomori.blog/>

Benoit, J.-P. (2015). Le syndrome de Hikikomori des jeunes japonais : syndrome, posture, ou imposture ? *Enfances & Psy*, 1(65), 74-84.

Berg, N. (2020). La grande peur de l'an 2020. Le bug du coronavirus et le grand confinement. *Futuribles*, 4(437), 43-52.

Bougerol, T. (2007). Le cerveau et les émotions.

Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920.

Cailloce, L. (2020). Avec le confinement, sommes-nous devenus des Hikikomori ? From <https://lejournal.cnrs.fr/articles/avec-le-confinement-sommes-nous-devenus-des-hikikomori>

Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défenses. *Recherche en Soins Infirmiers*, 3(82), 31-42.

Chauliac, N., Couillet, A., Faivre, S., Brochard, N. & Terra, J.-L. (2017). Characteristics of socially withdrawn youth in France: A retrospective study. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(4), 339-344.

Couillet, A., Chauliac, N., Depraz, P. & Terra, J.-L. (2015). Hikikomori, un concept pertinent pour penser le retrait des jeunes au domicile ? *European Psychiatry*, 30(8), S121-S122.

Dolto, F. & Dolto, C. (1999). *Paroles pour adolescents ou Le complexe du homard*. Paris: Gallimard.

Dumas, G. (2015). L'Hikikomori : un extrême contemporain du rapport contradictoire à l'autre. (Maîtrise Mémoire), Université du Québec, Montréal.

Eckert, N. Un bref historique de la notion d'enfermement en psychiatrie.

¹ La guidance familiale désigne l'aide apportée par des professionnels à des familles en difficulté face à des difficultés d'ordre éducatives et/ou comportementales.

- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.
- Furuhashi, T. & Bacqué, M.-F. (2016). Les « Hikikomori » ou les « disparus-vivants » qui ne voulaient pas mourir. *Études sur la Mort*, 2(150), 113-124.
- Gouvernet, C. (2015). Expériences plurielles de l'enfermement : entre rejet et reprise de contrôle. *Espaces et Sociétés*, 3(162), 31-46.
- Guedj Bourdieu, M.-J. (2020). Retrait social, claustration, Hikikomori, de quoi parle-t-on ? *Santé Mentale*, 260, 26-33.
- Guitier, B. (2001). L'enfermement. *VST - Vie sociale et traitements*, 1(6), 25-28.
- Ionescu, S., Jacquet, M.-M. & LHOTÉ, C. (2003). *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique*. Paris: Nathan.
- Kaito, T. A. & Tateno, M. (2012). Does the "Hikikomori" syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1061-1075.
- Kasahara, Y. (1978). Taikyaku shinkeishou withdrawal neurosis to iu shinkategori no teishou (Proposal for a new category of withdrawal neurosis) In H. Nakai & Y. Yamanaka (Eds.), *Shinshunki no Seishinbiouri to Chiryu* (Psychopathology and treatment in the adolescent). Tokyo: Iwasaki Gakujutsu Shuppan.
- Kato, T., Kanba, S. & Teo, A. (2019a). Defining pathological social withdrawal: A proposal for diagnostic criteria of hikikomori. *World Psychiatry*.
- Kato, T., Kanba, S. & Teo, A. (2019b). Hikikomori : Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 13(427-440).
- Landry, C., Larocque, O., Jacmin-Park, S., Fédele, E., Rossi, M., Aardema, F. & al. Traduction française Les échelles de stress COVID avec permission.
- Lescroart, L. (2020). Étude de cas clinique de Hikikomori : pertinence de la création d'un nouveau diagnostic psychiatrique d'un point de vue de thérapie familiale systémique. (Médecine Thèse de doctorat), Faculté Henri Warembourg, Lille.
- Marty, P. (1968). La dépression essentielle. *Revue Française de Psychanalyse*, 32(3), 595-598.
- Moine, J.-C. (2020). Les effets psychologiques du confinement. From <https://ibrain.univ-tours.fr/version-francaise/actualites/grand-public/media/presse-les-effets-psychologiques-du-confinement>
- Rooksby, M., Furuhashi, T. & Mcleod, H. (2020). Hikikomori: a hidden mental health need following the COVID - 19 pandemic. *World Psychiatry*, 19(3), 399-400.
- Saito, T. (2013). *Hikikomori: adolescence without end*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Solé, É. (2020). Confinement : quels effets psychologiques sur l'humain ? From www.futura-sciences.com/sante/actualites/confinement-confinement-effets-psychologiques-humain-80081/
- Souilem, A., Mrad, A., Brahim, T., Hannachi, R. & Mechri, A. (2019). Syndrome d'Hikikomori ou de claustration à domicile : À propos d'une observation

- Tunisienne. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67(2), 106-108.
- Suzuki, K. (2009). À propos du phénomène de Hikikomori. *Abstract Psychiatrie*, 41, 4-5.
- Taylor, S., Landry, C., Palusek, M., Fergun, T., Pckey, D. & Asmundson, G. (2020). Development and Initial Validation of the COVID Stress Scales. *Journal of Anxiety Disorder*.
- Teo, A., Chen, J., Umene-Nakano, W. & Aikens, J. (2018). Development and validation of the 25-item Hikikomori Questionnaire (HQ-25). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 72, 780-788.
- Teo, A. & Gaw, A. (2010). Hikikomori, a Japanese culture bound syndrome of social withdrawal. A proposal for DSM-V. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 6, 444-449.
- Trebalag, A. K., Pham-Scottez, A., Guedj Bourdieu, M.-J. & Gourevitch, R. (2019). Hikikomori : éclairage sur ces patients repliés dans l'ombre. *French Journal of Psychiatry*, 1, S169-S170.
- Van Dok, G. & Uraguchi, Z. (2020). Coronavirus-résilience. From www.helvetas.org/fr/suisse/ce-que-vous-pouvez-faire/restez-a-l-ecoute/Blogs/Coronavirus/coronavirus-resilience
- Vellut, N. (2015). Le retrait des jeunes (ou Hikikomori), une préférence négative. *Adolescence*, 3(3), 593-602.