
Akiko Awa, chercheuse en sociologie
Assistante sociale de proximité à ville de Yokohama
(2005-2007)

JSPS : Société japonaise pour la promotion de la science
Administratrice du bureau de l'AFRIS Paris-Parmentier
(travail social)



akikopivoine@gmail.com

Oct, 15th, 2024
31 Rue Péclet, 75015 Paris

Traitement du trouble d'accumulation (syndrome de Diogène)

**Département de neuropsychiatrie
École supérieure des sciences médicales
Université de Kyushu
Fukuoka JAPON**

Tomohiro Nakao, Akira Matsuo

(Kings College London Institute of Psychiatry
Dr. David Mataix-Cols – OMS DSM-5)

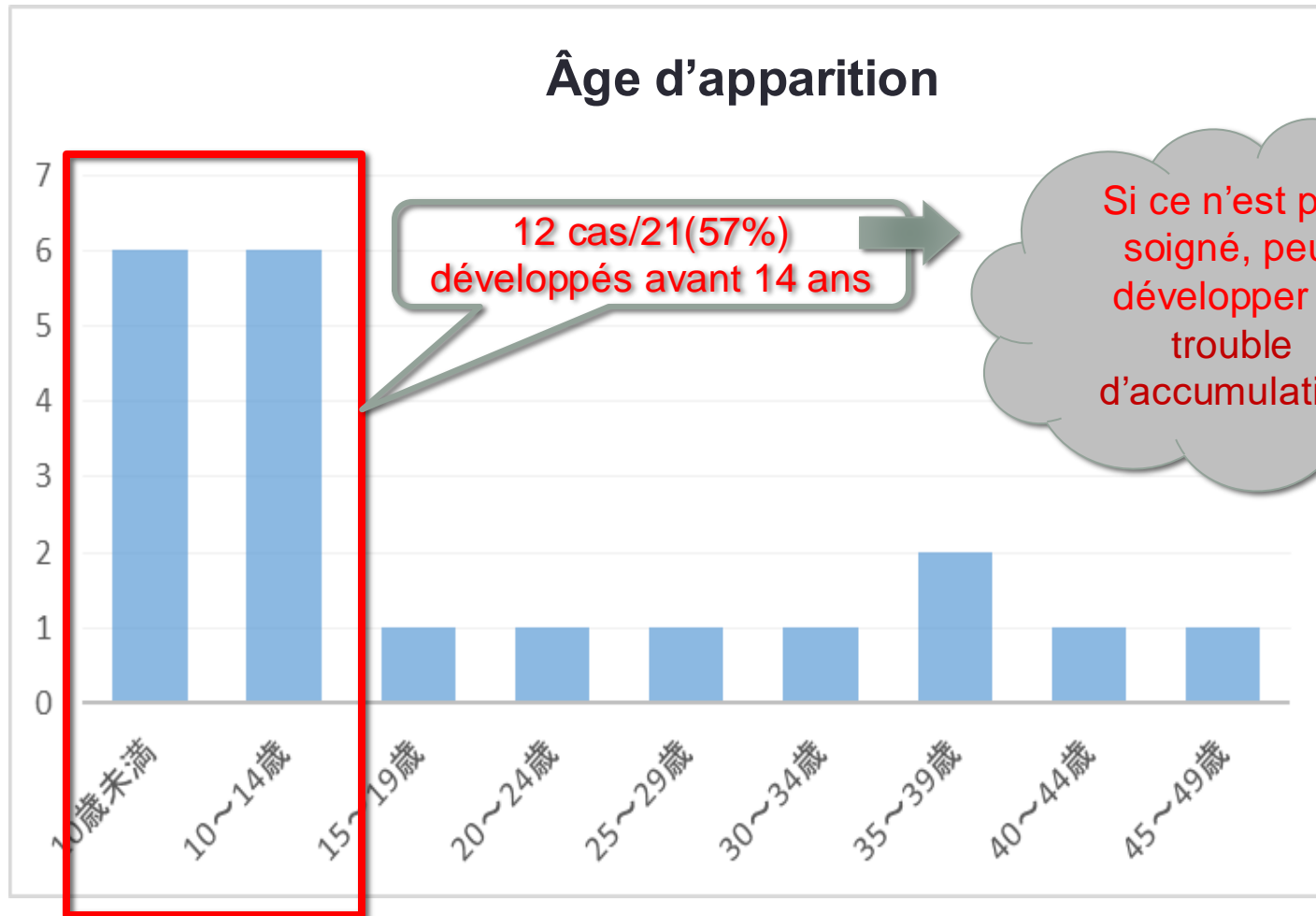


2012-2024 : 80 patients

Divulcation des conflits d'intérêts
Nous n'avons aucun conflit d'intérêts en
ce qui concerne ma présentation

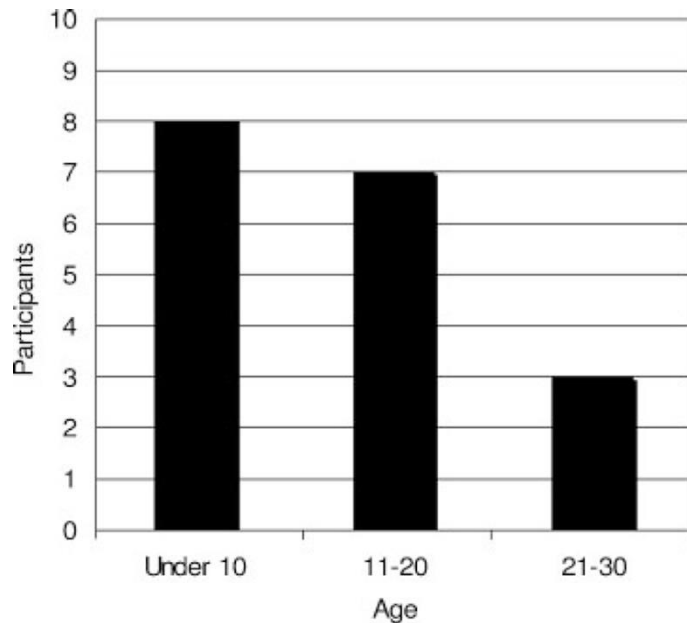
Mataix-Cols D, Fernandez de la Cruz L, Nakao T and Pertusa A:
Testing the validity and acceptability of the diagnostic criteria for
Hoarding Disorder: a DSM-5 survey, Psychol Med. 41:2475-84, 2011.

La trouble d'accumulation apparaît à un jeune âge



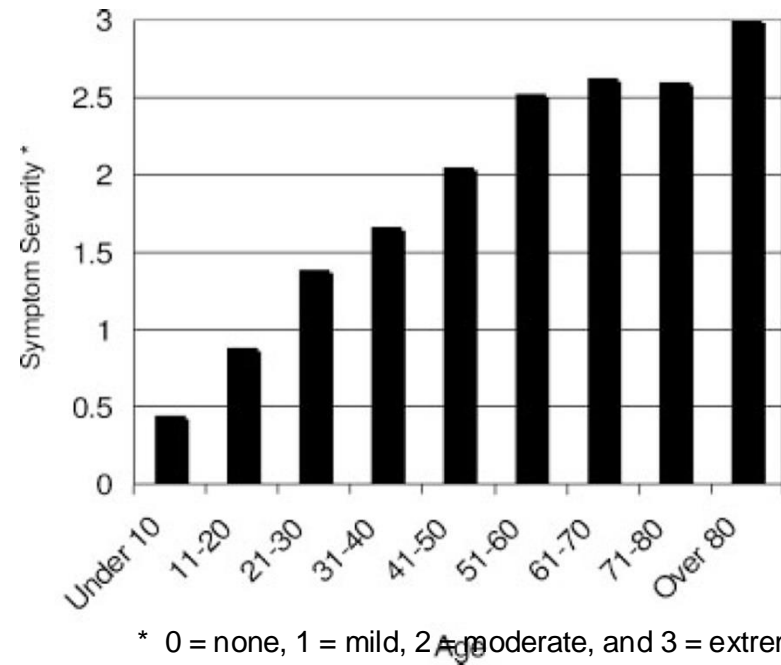
Le trouble d'accumulation survient à un jeune âge et a une évolution chronique

Âge au début des premiers symptômes d'accumulation chez 18 patients adultes.



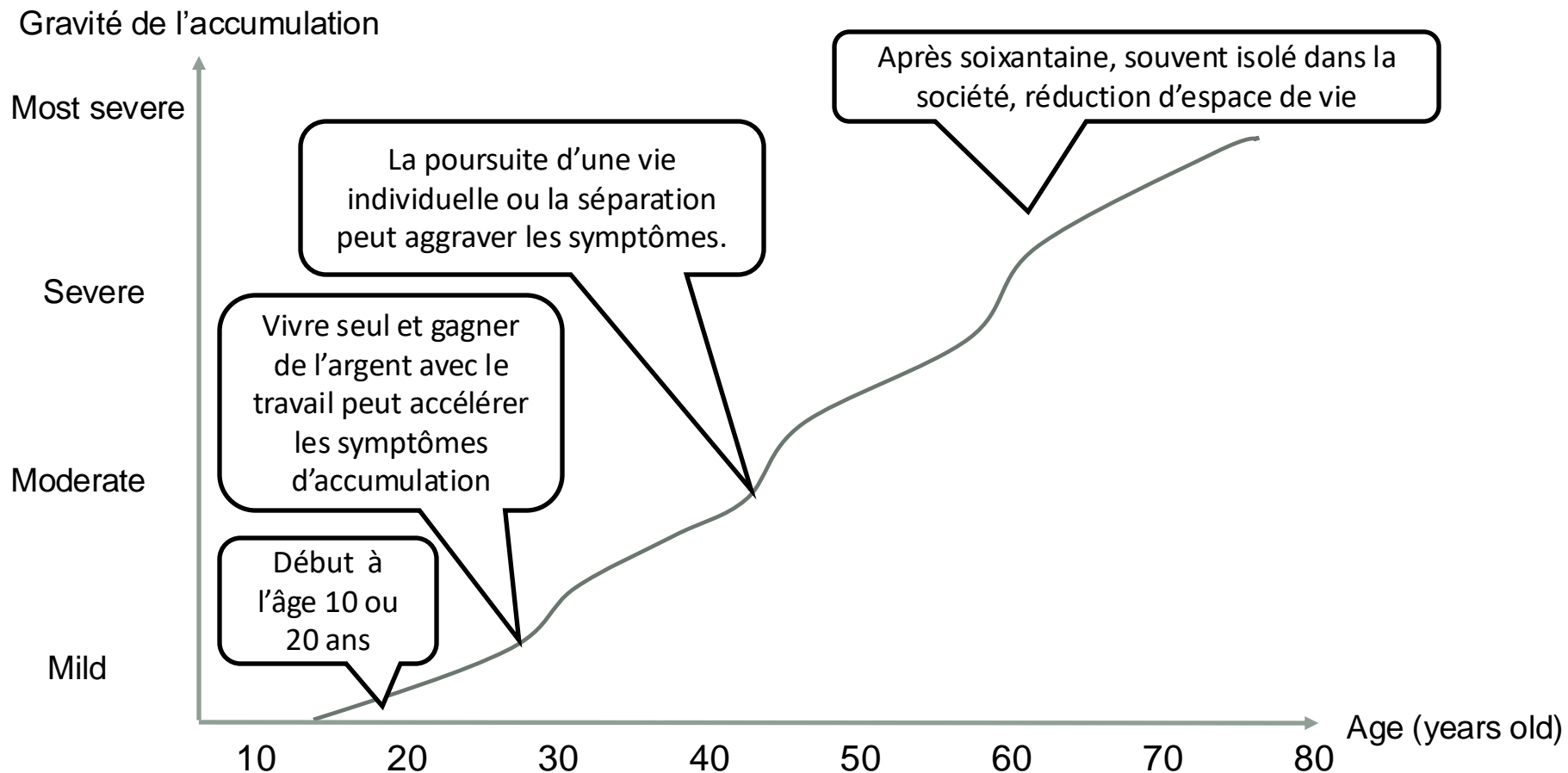
8 patients ont remarqué leurs symptômes avant l'âge de 10 ans, 8 patients pendant l'adolescence (entre 11 et 20 ans) et 3 entre 21-30 ans.

Indice de gravité de l'accumulation au cours de l'âge chez 18 patients adultes.



Tous les participants ont montré que la gravité de leurs symptômes d'accumulation augmentait progressivement au cours de leur vie.

Le processus de symptôme plus en plus grave avec le temps



Il est rare que la situation améliore avec le temps. Les symptômes s'aggravent avec les événements de vie et changements de l'environnement, aussi avec la perte des systèmes de soutien.

Une étude transculturelle du trouble d'accumulation : Perspectives du Royaume-Uni, de l'Espagne, du Japon et du Brésil

Ashley E. Nordsletten*1, Lorena Fernández de la Cruz1, Elena Aluco, Pino Alonso,
Tomohiro Nakao, Masumi Kuwano, Satoshi Yamada, Leonardo Fontenelle, André
Luís Campos-Lima et David Mataix-Cols1

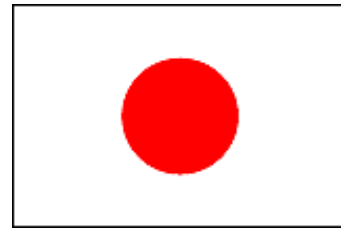


Table 4. Onset and basic hoarding features, by site.

	London (n = 29)		Barcelona (n = 21)		Fukuoka (n = 17)		Rio de Janeiro (n = 15)		Kruskal-Wallis, x ² adjusted for ties
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Age of Onset¹									
Difficulty discarding	15.45 ^a	6.44	20.19 ^a	11.48	16.60 ^a	17.33	33.73 ^b	14.58	13.768*
Clutter	22.36 ^a	7.51	34.20 ^b	10.47	–	–	33.73 ^b	14.58	7.351*
Acquisition	21.57	8.90	26.44	11.73	–	–	33.73	14.58	3.568
Interference	34.07	13.40	34.81	10.04	–	–	37.80	14.54	0.390
Size of accommodation									
Number of bedrooms	2.07	1.22	–	–	–	–	2.53	1.81	0.516
Number of rooms	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Types of items saved									
Number of different types	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Extent of clutter (see Supplemental Appendix 1)									
Present in most living areas	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Less than most living areas	–	–	–	–	–	–	–	–	–
DSM-5 Specifiers									
Excessive acquisition									
Any	29	100	16	76.19	17	100	13	86.67	7.672*
Free items	27	93.10 ^a	14	66.67 ^b	10	58.82 ^b	10	66.67 ^b	8.62*
Buying	22	75.86	12	57.14	14	82.35	10	66.67	3.471
Stealing	2	6.90 ^{a,b}	6	28.57 ^a	0	0 ^b	3	20.00 ^{a,b}	8.408*
Level of insight									10.744
Good	21	72.41	10	47.62	13	76.47	13	86.67	
Partial	7	24.14	7	33.33	4	23.53	1	6.67	
Poor	1	3.45	4	19.05	0	0	1	6.67	

La maladie s'est développée à un jeune âge quand il y a eu le symptôme de difficulté à jeter.

Trouble d'accumulation

- ✓ Difficulté à jeter
- ✓ Faire des réserves
- ✓ Ne peut pas ranger

Other's Exact tests.

Difficulty discarding in Fukuoka (n = 12), and across variables in London: Difficulty Discarding and Clutter (n = 12); ²Missing values for Barcelona (n = 6) and Fukuoka (n = 6); ³Missing values for Fukuoka (n = 4).

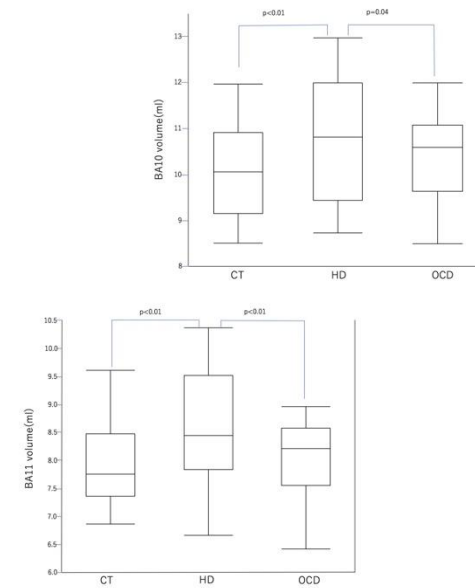
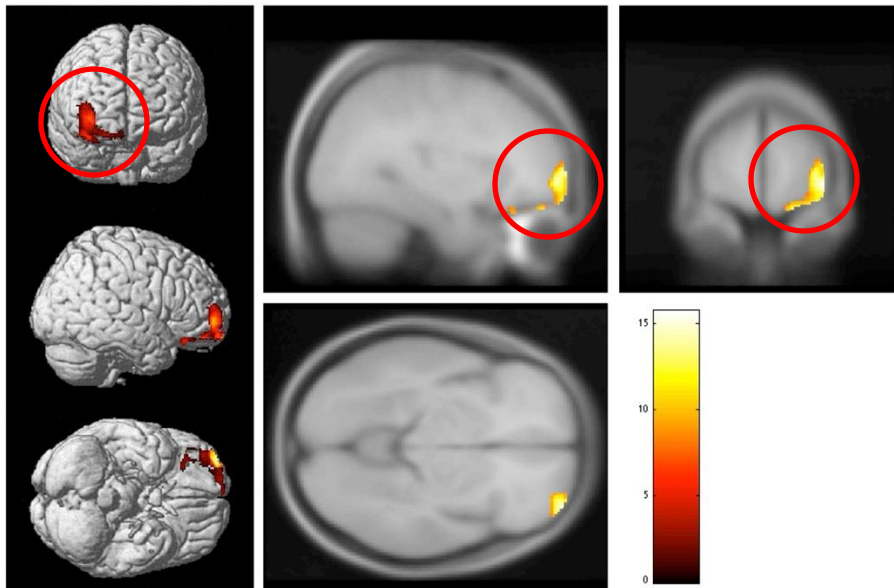
Significant differences (p < .05) following unadjusted post-hoc analyses (Dunn) on significant, omnibus Kruskal-Wallis test; *Significant differences following Bonferroni correction; percentages with different subscripts

- **Taux élevé de comorbidité avec d'autres troubles mentaux**
- **Aucune différence significative n'a été observée dans la gravité des symptoms.**
- **Les patients atteints de trouble d'accumulation ont un faible taux de mariage et vivent souvent seuls.**

Les résultats indiquent que la gravité et les caractéristiques essentielles de trouble d'accumulation, ainsi que les consciences et les comportements couramment associés à cette maladie, sont largement stables dans toutes les cultures.

Une augmentation unique du volume de matière grise préfrontale dans le trouble de thésaurisation par rapport au trouble obsessionnel-compulsif

Satoshi Yamada ^a, Tomohiro Nakao ^b, Keisuke Ikari ^b, Masumi Kuwano ^b, Keitaro Murayama ^a, Hirofumi Tomiyama ^a, Suguru Hasuzawa ^a, Osamu Togao ^a, Akio Hiwatashi ^b, Shigenobu Kanba ^a

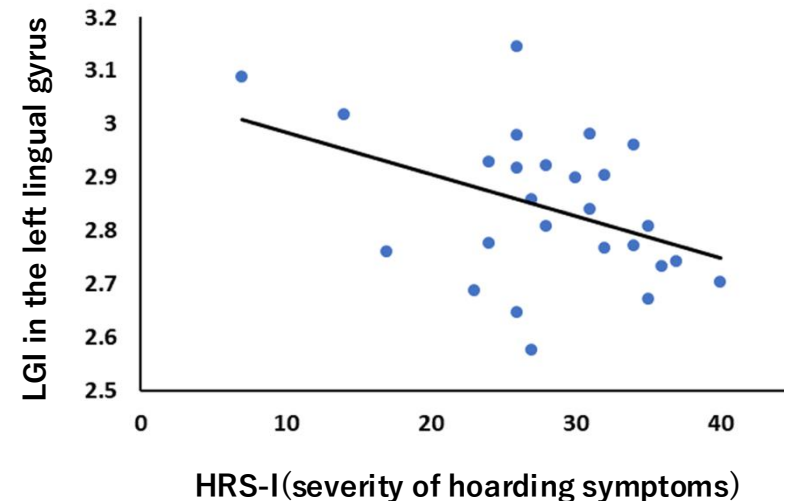
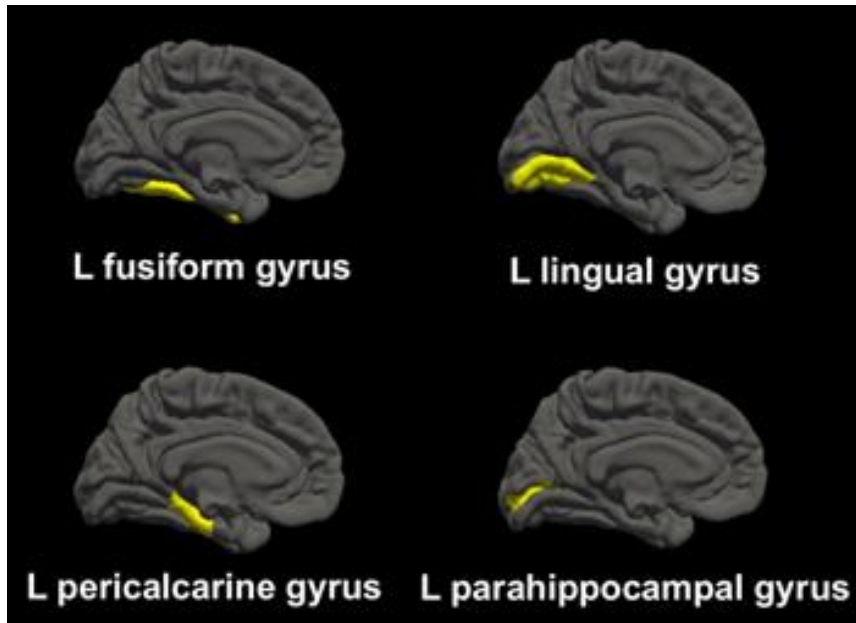


Les patients atteints de trouble d'accumulation ont montré une augmentation du volume dans le cortex préfrontal par rapport aux TOC ou personnes sans trouble.

⇒ Une première découverte au monde que le trouble d'accumulation il y a une partie devant du cerveau qui est gonflée. C'est une partie qui concerne sociabilité, l'attention et la prise de décision, la perception de valeur déséquilibrée.

Hypogyrfication dans les régions médiales des lobes temporaux et occipitaux dans le trouble d'accumulation

Akira Matsuo ^a, Hirofumi Tomiyama ^b, Keitaro Murayama ^b, Kenta Kato ^b, Nami Nishida ^a, Kou Matukuma ^a, Makoto Kawahito ^a, Kana Tsunoda ^a, Mingi Kang ^b, Kenta Sashikata ^a, Osamu Togao ^c, Koji Yamashita ^c, Kazufumi Kikuchi ^c, Tatsuhiro Wada ^d, Tomohiro Nakao ^a



Les patients de trouble d'accumulation ont présenté un indice de gyrification locale (LGI) significativement plus faible (moins de plis) dans les régions médiales des lobes temporaux et occipitaux.

⇒ un anomalie de développement du nerf surtout à la fin de la grossesse. (trouble de développement cerebral)

Biologique + psychologique + environnemental

Il n'est pas encore clair comment travailler pour la prévention, mais il y a une **influence génétique et trouble de développement cérébral**. Aussi, l'environnement que vit le patient, comme **une expérience de séparation, trauma, ou trouble d'attachement**, influence fortement. **Il est important de faire les soins nécessaires à ces événements qui causent un grand stress**. 20-30% des patients de trouble d'accumulation ont aussi le TDAH, trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Le soin avec TCC (thérapie comportementale et cognitive) et médicament peuvent aider l'attention et l'impulsion pour améliorer le symptôme d'accumulation.

Pour TOC trouble obsessionnel compulsive, il y a des rapports qu'avec le soin TCC et médicament, la partie concernée du cerveau va améliorer. Il n'est pas encore prouvé mais pour le trouble d'accumulation il est aussi possible.

Les patients de trouble d'accumulation sont souvent isolés. Avec **le lien relationnelle ou participation à des activités sociales**, leur fort attachement aux choses peut alléger. Des visites régulières des soignants de confiance peuvent être une occasion pour améliorer la situation d'accumulation.

- **Une psychoéducation et un traitement personnalisé utilisant la thérapie comportementale et cognitive sont nécessaires**
- **Peut ajouter des soins psychologiques ou soins du trauma en parallèle.**

Le mot japonais « HIKIKOMORI » est utilisé pour les personnes qui n'ont pas de contact en dehors de la famille plus de 6 mois. Un comportement et/ou l'état des personnes enfermées socialement. De l'état non pathologique à l'état pathologique grave, reconnu depuis les années 1970.

Le Dr. Tamaki Saito a initialement mis en évidence le mot « Hikikomori » en 1998.

Oxford Dictionaries

The world's most trusted dictionaries

Listed in Oxford Dictionaries Since October 2010



hikikomori

Pronunciation: /hi.kēkə'mōri/

Definition of **hikikomori**

noun (plural)

(in Japan) the abnormal avoidance of social contact, typically by adolescent males.

- a person who avoids social contact.

Origin:

Japanese, literally 'staying indoors, (social) withdrawal'



Quelle est la fréquence des hikikomori au Japon ?

Psychiatry Research 176 (2010) 69–74



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Psychiatry Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychres



Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of “hikikomori” in a community population in Japan


Asuka Koyama ^{a,*}, Yuko Miyake ^a, Norito Kawakami ^b, Masao Tsuchiya ^{b,c},
Hisateru Tachimori ^a, Tadashi Takeshima ^a

The World Mental Health Japan Survey Group, 2002–2006

^a National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

^b Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, the University of Tokyo, Tokyo, Japan

^c Hygiene and Preventive Medicine, Okayama University, Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences, Okayama, Japan



1.2%
(232,000?)

Koyama A et al. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of “hikikomori” in a community population in Japan. *Psychiatry Research*, 2010;176(1);69-74

Why won't 541,000 young Japanese leave the house?

De 15 à 39 ans

By Emiko Jozuka, CNN

🕒 Updated 1056 GMT (1856 HKT) September 12, 2016

Rapport 2016 du Cabinet Office du Japon



DEVELOPING STORY

LURING JAPAN'S YOUNG RECLUSES BACK TO LEARNING

CNN

10:40 PM GMT

@CNBRK

DOCTOR SAYS CLINTON WAS "OVERHEATED AND DEHYDRATED"

Source: CNN

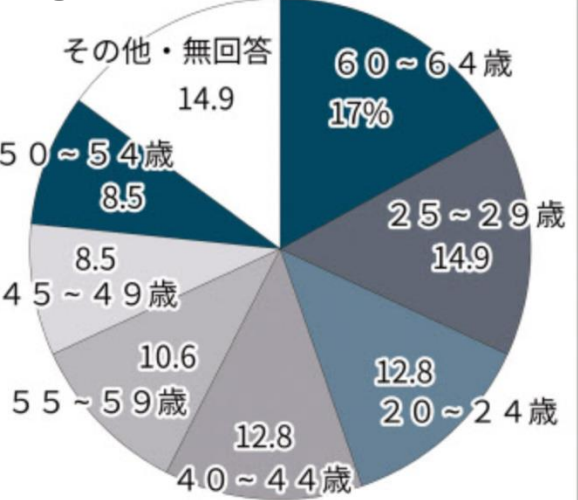
Le nombre de hikikomori 50-70 ans ont augmenté, Ainsi, le nombre de hikikomori est beaucoup plus élevé.

Survey reveals 610,000 middle-aged people live as shut-ins

THE ASAHI SHIMBUN

March 29, 2019 at 18:30 JST

ひきこもりの状態になった年齢 Âge début de Hikikomori



(15-39 ans)
540,000

+

(40-59 ans)
610,000

1,150,000



JULIA NASCIMENTO

LIFESTYLE

The prison inside: Japan's hikikomori lack relationships, not physical spaces

BY ANDREW MCKIRDY

STAFF WRITER

Le « problème 8050 »

HIKIKOMORI qui ont 50-59 ans vivant seules
avec des parents âgés de 80-89 ans

(Japan times, 1 June 2019)

Hikikomori x Trouble Obsessionnelle Compulsive

Lifetime psychiatric diagnoses in participants with a history of hikikomori ($n=22$).

Diagnosis	Japan <i>n</i>	United States <i>n</i>	Total <i>n</i>	%
Avoidant personality disorder	4	5	9	41
Major depressive disorder	2	5	7	32
Paranoid personality disorder	2	5	7	32
Posttraumatic stress disorder	1	5	6	27
Social anxiety disorder	2	4	6	27
Dysthymic disorder (current only)	1	3	4	18
Obsessive-compulsive personality disorder	2	2	4	18
Specific phobia	0	4	4	18
Alcohol abuse or dependence	0	3	3	14
Cannabis abuse or dependence	0	3	3	14
Obsessive-compulsive disorder	2	1	3	14
Panic disorder	2	1	3	14
Binge eating disorder	0	2	2	9
Bipolar disorder, type I	0	2	2	9
Dependent personality disorder	2	0	2	9
Schizoid personality disorder	0	2	2	9
Antisocial personality disorder	0	1	1	5
Agoraphobia without panic disorder	0	1	1	5
Borderline personality disorder	0	1	1	5
Depressive disorder not otherwise specified	0	1	1	5
Generalized anxiety disorder (current only)	0	1	1	5
Narcissistic personality disorder	1	0	1	5
Other bipolar disorder	0	1	1	5
Schizotypal personality disorder	1	0	1	5
Stimulant abuse or dependence	0	1	1	5
Substance-induced anxiety disorder	0	1	1	5
Multiple psychiatric diagnoses	4	11	15	68
No psychiatric diagnoses	5	0	5	23

← 14% des hikikomori souffrent de TOC

Percentages total more than 100% as participants may have more than 1 disorder. Participants were evaluated for a current or past (unless otherwise specified) history of 45 Axis I and Axis II psychiatric disorders using the SCID-I and SCID-II and according to Diagnostic and Statistical Manual-IV-Text Revision criteria. Diagnoses with a frequency of zero are excluded.

(Teo et al. Psychiatry Res 2015)

Hikikomori et le trouble d'accumulation

(Un cas fictif basé sur un cas réel)

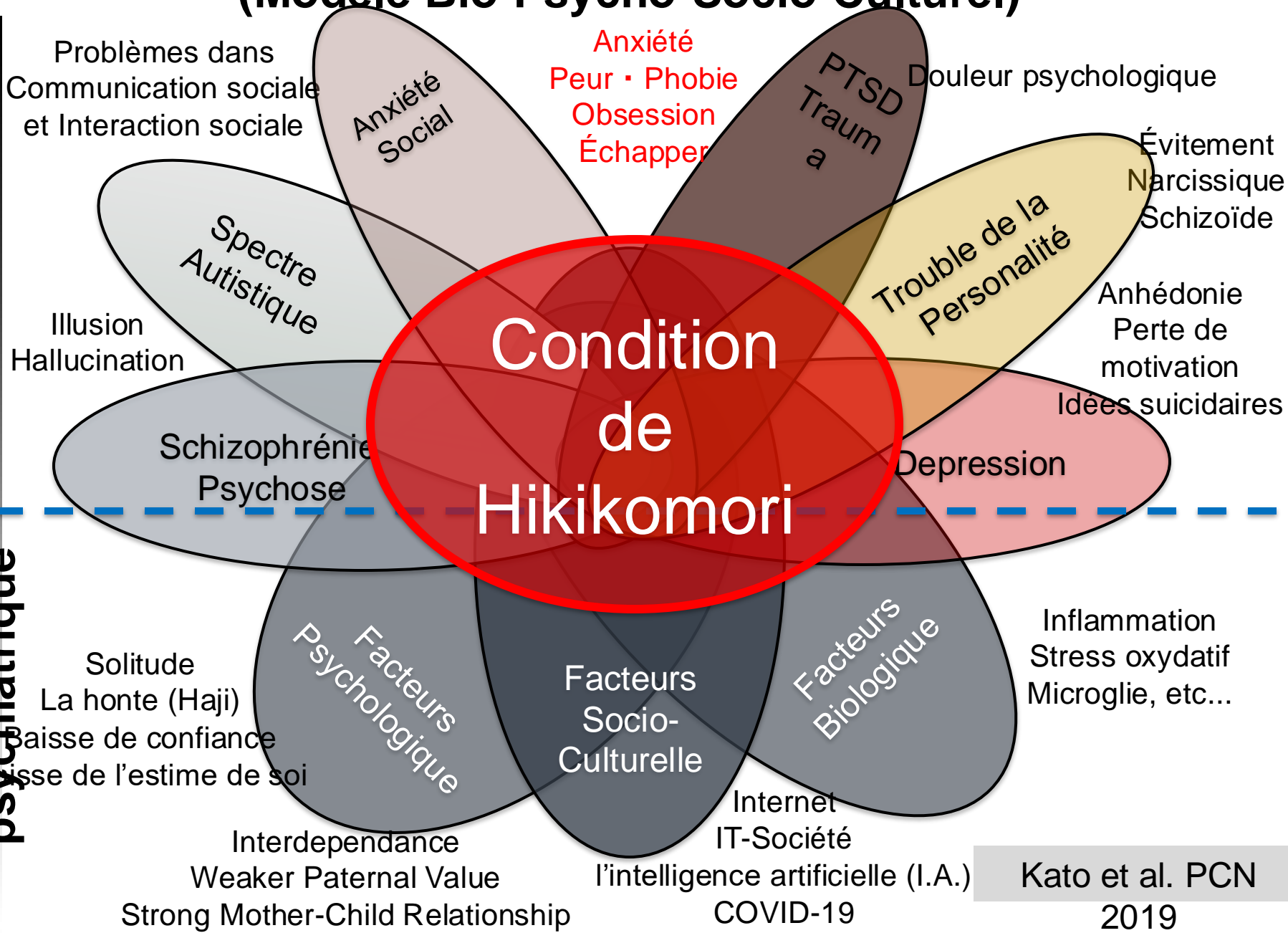
Mme X, une femme de 40ans, a échoué ses études, et est retournée vivre chez ses parents. Elle reste à la maison sans travailler, et lorsque sa famille l'encourage à sortir, elle devient verbalement violente, ce qui a entraîné une détérioration de l'environnement familial. Sa famille l'a amenée à notre hôpital. Elle a été hospitalisée pour un ajustement médicamenteux en raison de symptômes dépressifs et d'irritabilité. Lors d'une visite à domicile pendant l'hospitalisation, on a découvert une grande quantité de e cartons dans sa chambre. Elle a commencé une thérapie comportementale pour son trouble d'accumulation.

Au fur et à mesure que ses symptômes d'accumulation s'amélioraient, ses relations familiales s'amélioraient également, et elle a commencé à fréquenter l'hôpital du jour, et ses symptômes de hikikomori se sont également améliorés.

Localisation du Hikikomori en Psychiatrie (Modèle Bio-Psycho-Socio-Culturel)

État psychiatrique

État non psychiatrique



La dernière définition proposée de Hikikomori

Table 1. Revised Diagnostic Criteria for Hikikomori (Cited and modified from Kato et al. World Psychiatry 2019 ³⁴)

Hikikomori is a form of pathological social withdrawal or social isolation whose essential feature is physical isolation in one's home. The person must meet the following criteria:

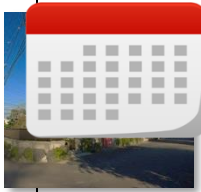
- 1) Marked social isolation in one's home.**
- 2) Duration of continuous social isolation for at least 6 months.**
- 3) Significant functional impairment or distress associated with the social isolation.**

Individuals who *occasionally* leave their home (2-3 days/week), *rarely* leave their home (1 day/week or less), and *rarely* leaves a single room may be characterized as mild, moderate, and severe, respectively. Individuals who leave their home *frequently* (4 or more days/week), by definition, do not meet criteria for hikikomori. The estimated continuous duration of social withdrawal should be noted (e.g., 8 months). Individuals with a duration of continuous social withdrawal of at least 3 (but not 6) months should be noted as *pre-hikikomori*. The age at onset is typically during adolescence or early adulthood. However, onset after the third decade is not rare, and homemakers and elderly who meet the above criteria can also be considered.

The following **specifiers** are not mandatory criteria, however may be useful for additional characterization of hikikomori:

Specifiers

- (A) With lack of social participation, (B) With lack of in-person social interaction, (C) With loneliness, (D) With a co-occurring condition, (E) Age of onset, (F) Indirect communication, (G) Family pattern and dynamics, (H) Cultural background, & (I) Intervention.





France-Japan Hikikomori Research Workshop

Organized by Hikikomori Research Lab @ Kyushu University
Supported by JSPS and AMED

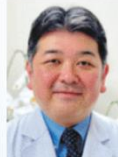
16th October - 2024
15:00-17:00 JST (GMT+9)



**Online
Registration**

No participation fee

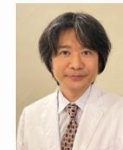
Organizer



Tomohiro Nakao
Professor and Chair,
Department of Neuropsychiatry,
Kyushu University, Japan



Naotaka Shinfuku
Emeritus professor,
Kobe University, Japan



Takahiro A. Kato
Associate Professor,
Department of Neuropsychiatry,
Kyushu University, Japan

PROGRAM

Chairpersons: Prof. Takahiro A. Kato and Prof. Nicolas Tajan



**[Special Lecture] Hikikomori/Social Withdrawal/Cloistering:
What are the Perspectives in France Today?**

MJ Guedi Bourdieu
Ancien chef de pôle Hôpital Sainte Anne, Paris, France



Cloistering and Social Withdrawal In France (1953-1985)

Nicolas Tajan
Associate Professor, Kyoto University, Kyoto, Japan



Novel Concepts of Hikikomori: Pathological and Happy Hikikomori

Takahiro A. Kato
Associate Professor, Department of Neuropsychiatry, Kyushu University, Fukuoka, Japan
Director, Hikikomori Research Lab @ Kyushu University, Fukuoka, Japan



**Online
Registration**

No participation fee



*Les visites à domicile
et la thérapie comportementale et cognitive sont efficaces*



Nous sommes des Minions !!

Comment repérer et traiter le syndrome de Diogène : côté social au Japon

Centre d'action sociale (public)
Fukushi jimusho

Conseil de protection sociale (semi-public)
Shakaifukushi Kyougi-kai

Centre sociale globale (privé sous mandat)
Houkatsu Shien-Center

Comité de protection civile
Minsei-iin



① **Comité de protection Civile « médiateur de proximité sur les services sociaux et du droit »**
 Histoire : 1917 débuts d'activité, 1928 devient un service national
 Combien ? 230,000 sont actifs
 Statut : **Fonctionnaire bénévole mandaté par ministre de la Santé**. Sans salaire mais formations et frais de transport payés. 3 ans de mandat, renouvelable.
 Qui ? : **personne recommandé par les habitants du quartier**
 Obligation de secret professionnel jusqu'à la fin de la vie.

Participe à des activités du quartier, visite les domiciles des personnes isolées

Partage de connaissances cliniques entre les membres



« Paix, attention et contribution »



Prise de contact
Messages laissés régulièrement
Aussi par téléphone

Jour J: Premier contact et
communication avec les
bénévoles du quartier



Relais
Par les
bénévoles



② Conseil de protection sociale (semi-public) Shakaifukushi Kyougi-kai (créer la communauté)

Créer une communauté d'entraide « une personne problématique est une personne qui rencontre un problème ».

Assistant.e sociale de communauté (1 pour 30 000 habitants) : cherchent des voisins qui peuvent faire le lien entre les habitants et crée des réseaux des bénévoles (fort lien avec comité de protection civile)

Personnes handicapés, âgées, HIKIKOMORI*...

Ville de Toyonaka (Osaka), **650 maisons rangés en 20 ans (3/mois)**

Pour une ville de 400 000 habitants, 8000 bénévoles actifs

Rangement est le début de la création des liens.

*HIKIKOMORI : personnes sans interaction sociale en dehors de la famille depuis 6 mois. Et qui ont des moyens. Avec Amazon, Uber Eats, beaucoup de cartons, boîte de pizzas, avec le Covid cela s'est aggravé en raison des hausses des achats par internet, ont appris une vie sans sortir.

Conseil de protection sociale, comité de protection civile et création de réseaux des bénévoles du quartier



Personne handicapé, dépendance à l'alcool et HIKIKOMORI, qui avait syndrome de Diogène. Voisin qui vient lui parler à chaque sortie de la maison



Lieu qui accueille les habitants, menés par les bénévoles du quartier.



Fêter l'anniversaire

Des événements sportifs ensemble avec les assistants sociaux



Jour de l'intervention : J1 de naissance du lien avec la communauté bienveillante qui l'entoure. Solliciter les habitants qui se plaignent pour participer au rangement, pour connaître la personne.

Message « Il y a des personnes qui pensent à vous »

**Médiateur de proximité
+ création des liens**

(photos: partagé par assistante sociale de communauté Mme Katsube)



Par les docteurs :

Le syndrome d'accumulation se produit souvent dans un environnement isolé et clos. Les symptômes progressent de manière chronique, l'intervention se fait souvent après que la situation est devenue grave.

La sensibilisation est nécessaire que c'est une maladie, pourtant il est souvent considéré en tant que problème personnelle.

Nombreux patients expriment leur colère que leur famille ou amis ont jeté leurs objets précieux sans leur accord. Il est nécessaire de comprendre la cognition des personnes qui ont ce trouble (choses utiles, ressenti de valeur esthétique des choses, fort attachement affectif, etc.) et de les soutenir tout en discutant sur leur cognition. Il faut des personnels formés pour travailler avec ces patients.

Nous espérons que nos recherches visant à élucider la base biologique du trouble peuvent conduire à un diagnostic précoce et à une intervention précoce.



Côté sociale :

Les interventions par conseil de protection sociale, plus précisément par l'assistante sociale de communauté en lien avec les comités de protection civile ont du succès durable avec le support des bénévoles du quartier, mais cela diffère selon le dynamisme de l'assistante sociale de communauté. La personne très renommée a été née dans ce quartier, a lutté pour améliorer son environnement et a été médiatisé en tant que modèle. Même s'il y a les mêmes structures dans la plupart des communes, ils n'ont pas toujours les mêmes succès. Il est clair que si on recrute des bénévoles pour ranger les maisons des autres, il n'y aura pas 8000 bénévoles réguliers. Il est important de mettre en avant la valeur de **créer une communauté sécurisée et solidaire**, mais pour cela, il faut un **engagement des professionnels sur le long terme et constant**.