

Le patronyme dans la schizophrénie : Une étude à propos de 60 patients.

Rim Rafrafi, Nesrine Bram, Haifa Bergaoui, Imene Ben Romdhane, Zouhaier El Hechmi.

*Service de psychiatrie « F ». Hôpital Razi, 1 rue des Orangers, La Mannouba, Tunisie.
Faculté de Médecine de Tunis. Université Tunis El Manar*

R. Rafrafi, N. Bram, H. Bergaoui, I. Ben Romdhane, Z. El Hechmi.

R. Rafrafi, N. Bram, H. Bergaoui, I. Ben Romdhane, Z. El Hechmi.

Le patronyme dans la schizophrénie : Une étude à propos de 60 patients.

The name in schizophrenia: A study of 60 patients.

LA TUNISIE MEDICALE - 2014 ; Vol 92 (n°03) : 214-218

LA TUNISIE MEDICALE - 2014 ; Vol 92 (n°03) : 214-218

R É S U M É

Prérequis : La clinique de la schizophrénie donne à penser un rapport singulier avec le nom propre.

But : Vérifier et argumenter l'hypothèse stipulant que la non transmission du patronyme puisse constituer un facteur de vulnérabilité à la schizophrénie.

Méthodes : Etude transversale descriptive menée auprès de 60 patients atteints de schizophrénie et leurs familles. Les données ont été recueillies à l'aide d'un entretien semi-structuré.

Résultats : Sept patients portaient un nom de famille différent de celui de leur père (11,6% des participants). La disparité a exclusivement concerné l'enfant atteint de schizophrénie. Les caractéristiques familiales (rang d'aînesse, caractère désiré ou non de la grossesse, antécédents familiaux de schizophrénie) ainsi que le profil évolutif de la maladie étaient comparables entre les patients portant un nom de famille conforme à celui du père et ceux ayant un patronyme différent.

Conclusions : Il semblerait que le patient souffrant de schizophrénie entretienne un rapport particulier avec le nom propre. Ce rapport pourrait intervenir dans la genèse de la schizophrénie. Notre hypothèse du début, soutenue par les théories psychanalytique, transgénérationnelle et comportementale, serait plausible et constituerait un point de départ pour des études à plus large spectre incluant des témoins de la population générale et psychiatrique.

S U M M A R Y

Background: Clinical aspects in schizophrenia suggest a unique relationship with the proper name.

Aim: Discuss the validity of the hypothesis that the non-transmission of the surname may be a vulnerability factor in schizophrenia.

Methods: Descriptive cross-sectional study conducted among 60 patients with schizophrenia and their families. Data were collected using a semi-structured interview.

Results: Seven patients carried a different surname from their father (11.6% of participants). The disparity has only concerned the child with schizophrenia. Family characteristics (birth rank, desired character of pregnancy, family history of schizophrenia) and evolutive profile of the disease were comparable between patients with a family name according to the father and those with a different surname.

Conclusions: It appears that patients with schizophrenia maintain a special relationship with the proper name, which could be involved in the genesis of schizophrenia. Our early hypothesis, supported by the psychoanalytic, transgenerational and behavioral theories, would be a plausible starting point for studies with a broader spectrum including witnesses of the general and psychiatric populations.

Mots-clés

Schizophrénie, Nom, Psychopathologie.

Key - words

Schizophrenia, Name, Psychopathology.

Le patronyme est ce qui fonde chacun de nous dans sa singularité subjective, dans son appartenance à une génération, dans le fait qu'il relève d'une lignée, d'une histoire. Freud écrivait en 1913 dans Totem et tabou : «Le nom d'un être humain est une composante essentielle de la personne, peut-être même un fragment de son âme ». Dans certaines cultures, telles que l'Egypte pharaonique, la privation de ce nom constitue le châtement extrême aboutissant à la damnation éternelle, la personne innommée n'étant jamais appelée dans l'au-delà.

La problématique du patronyme dans la psychose est une question toujours posée et loin d'être complètement élucidée. En pratique clinique, il est intéressant de voir à quel point patronyme et symptômes morbides paraissent parfois enchevêtrés. Des patients qui hallucinent leur nom (comme le président Schreber qui entendait les voix l'appeler « Petit Schreber... »), d'autres qui mettent leur nom en acte, ou qui tentent de devenir leur nom, sont des constatations cliniques souvent rapportées dans la littérature (1).

Plusieurs lectures psychopathologiques ont été formulées autour de ce phénomène. En effet, dans le syndrome de Cotard, le sujet en perdant son nom, se trouve éjecté hors de la chaîne des générations et perd le lien avec le temps et l'espace. Il devient unique, immortel, universel. Dans les délires de filiation, le nom « réel » étant rejeté, il est substitué par un autre. Le sujet qui ainsi se nomme, s'auto engendre. Il engendre ses ascendants, ses descendants ainsi que toutes les sciences et les religions. Il représentera l'unité du monde et des doctrines (1). Ainsi, le patronyme, tantôt omis tantôt re-créé, semble profondément lié à la psychose. Ce constat nous amène à réfléchir sur la nature de ce lien, et à fortiori à s'interroger sur l'effet d'une éventuelle privation de nom sur l'apparition (ou non) de la maladie schizophrénique. D'ores et déjà, l'hypothèse que la non transmission du nom puisse constituer un facteur de vulnérabilité à la schizophrénie semble s'imposer. Le but de ce travail a été de vérifier et d'argumenter la validité de cette hypothèse.

MATERIEL ET METHODE

Une étude transversale descriptive a été menée auprès de patients suivis à la consultation externe, au service de psychiatrie « F » de l'hôpital psychiatrique Razi de Tunis. Les critères d'inclusion étaient les suivants : le diagnostic de schizophrénie a été retenu selon les critères du manuel statistique et diagnostique dans sa quatrième édition (DSM-IV). Ce diagnostic a été porté depuis au moins cinq ans. Les malades inclus étaient en phase de stabilisation clinique (absence de rechute et de changement significatif du traitement depuis au moins 3 mois) et avaient donné leur consentement pour participer à l'étude. La présence d'au moins un membre de la famille du patient au cours de l'entretien a été exigée.

Un entretien semi structuré a été passé à chaque malade et au(x) membre(s) de sa famille. Il a permis d'explorer la biographie du patient, son histoire familiale et son histoire clinique. Les noms du patient, de sa fratrie et de son père ont été particulièrement relevés. Les patronymes ont été vérifiés, dans la mesure du

possible, à partir des cartes d'identité nationale respectives. Dans les cas échéants, l'information a été recueillie à travers l'interrogatoire.

L'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) a permis d'apprécier l'état évolutif socio-clinique du patient au jour de l'entretien. La saisie et l'exploitation des données ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 10 sur windows. L'analyse des données a porté sur la comparaison de variables qualitatives en utilisant le test Chi 2. Le seuil de signification retenu a été de $p < 0,05$.

RESULTATS

1. Nombre de malades et caractéristiques générales de l'échantillon

Soixante patients, soit 85,7% de l'ensemble des patients atteints de schizophrénie consultant durant la période de l'enquête, ont accepté de participer à l'étude. Le sex ratio était égal à 4. Les caractéristiques cliniques et sociodémographiques de ces patients sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques générales de l'échantillon

Données cliniques et sociodémographiques	Moyenne	Extrêmes
Age moyen (années)	39,3	20-65
Nombre d'années d'étude	7,9	0-17
Durée totale de suivi (années)	14,7	5-45

2. Différences avec le patronyme paternel

Sept patients portaient un nom de famille différent de celui de leur père, ce qui correspondait à 11,6% de l'ensemble des participants. Il s'agissait de six hommes et d'une femme.

Dans tous ces cas, la disparité a exclusivement concerné l'enfant atteint de schizophrénie. Le reste de la fratrie portait un nom de famille identique à celui du père.

La présence d'une inadéquation entre le nom du père et celui du patient a permis de discerner, au sein de la population étudiée, deux groupes distincts : celui des patients portant un nom de famille conforme ($n=53$), et celui des patients ayant un patronyme différent ($n=7$). Les paramètres suivants ont été relevés et croisés entre les deux groupes : rang d'ainesse, caractère désiré ou non de la grossesse, antécédents familiaux de schizophrénie et profil évolutif (évalué par le score EGF). Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les deux groupes concernant ces variables. Les résultats correspondants sont récapitulés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques familiales et pronostic de la maladie en fonction du patronyme.

Données familiales et évolutives	Noms différents (N = 7)	Noms conformes (N = 53)	p
Ainé de la fratrie*	2	12	0,1
Grossesse désirée	2	21	0,5
ATCD familiaux de schizophrénie	4	26	0,7
Profil évolutif mauvais ou moyen**	7	50	0,7

*Nombre de patients aînés de leur fratrie

**Profil évolutif mauvais : EGF < 30. Profil évolutif moyen : EGF entre 30 et 60.

3. Nature de la différence et explications avancées par les familles

La différence entre le nom du patient et celui de son père consistait en une erreur de frappe portant sur une lettre dans un seul cas. Dans le reste des situations, un patronyme radicalement différent a été attribué.

Les familles n'ont pas clairement expliqué les raisons de cette singularité. Pour certains, il s'agissait d'un nom que portait une branche lointaine de la famille qu'on voulait honorer, pour d'autres ce seraient les services de l'état civil qui auraient proposé de changer un nom « trop répandu » dans la région. Enfin, l'erreur administrative a souvent été invoquée en dehors même de toute autre explication. Cette « erreur administrative » a été corrigée dans deux cas : à l'âge de cinq ans chez une première patiente et de dix sept ans dans un deuxième cas.

DISCUSSION

Ce taux de 11,6% d'inadéquation entre les noms du père et de l'enfant semble élevé, même si le taux des erreurs de patronymie en population générale tunisienne ne soit pas répertorié.

Cependant, et bien qu'aucune sélection n'ait été opérée dans le recrutement des patients, ce résultat est difficilement extrapolable à l'ensemble des patients souffrant de schizophrénie.

De plus, et en l'absence de témoins de la population générale et psychiatrique, l'interprétation hâtive de cette impression dans le sens d'un facteur de risque schizophrénique est hasardeuse. Seules les études de cohortes pourraient affirmer ce fait.

Toutefois, ce travail permet d'ores et déjà d'accepter la validité d'une telle hypothèse puisque, comparativement à la fratrie, seul l'enfant « mal nommé ou même innommé » a développé la maladie. Rien ne désignait cet enfant : ni un rang particulier d'aînesse, ni le caractère désiré ou non de sa conception, ni le caractère familial ou sporadique de la pathologie...sauf son nom !

Par ailleurs, cette hypothèse serait plausible, amplement soutenue par les théories surtout psychanalytiques mais aussi systémiques et comportementales.

1. Point de vue psychanalytique

1.1. Privation de nom et faillite du Nom du père

Lacan fonde sa théorie de la psychose sur le concept de forclusion du nom du père : "c'est dans un accident dans le registre du signifiant, à savoir la 'forclusion du Nom du Père' à la place de l'autre étant l'échec de la métaphore paternelle, que nous désignons le défaut qui donne à la psychose sa condition essentielle avec la structure qui la sépare de la névrose" (2).

Mais, quel lien pourrait-il exister entre la privation d'une transmission patronymique et ce mécanisme spécifique de la psychose, qu'est la forclusion du Nom du père ? La réponse à cette réflexion renvoie à la théorie Lacanienne du signifiant. Le signifiant du Nom du père est le signifiant fondamental, « un point de capiton », comme dit Lacan. C'est un signifiant qui condense, qui polarise tout un champ de significations : le Nom,

la Filiation, la Loi, l'Autre, l'accès au Symbole, au Langage et à la différence des Sexes (3, 4).

Le père exerce ainsi une fonction essentiellement symbolique, conférant à l'enfant une « conception immatérielle » (5, 6). Ce père symbolique, qui à la fois limite l'ampleur folle du père imaginaire et donne une valeur à ce que produit le père réel, est l'agent de la castration symbolique, celui qui empêche la jouissance archaïque mère – enfant et situe le champ de l'Autre symbolique. Il permet au sujet un accès partiel au savoir, un investissement dans le savoir qui oriente phalliquement la pensée, la parole et la perception du monde (7).

Le père détient cette représentation symbolique car c'est justement lui qui nomme, qui donne son nom, et par cet acte, il est l'incarnation du signifiant : « la fonction paternelle tend à s'inscrire sur le patronyme » (8). Si la mère donne la vie à un enfant, le père lui donne un nom, cette nomination purement symbolique, est une identification déterminante pour accéder au champ social dans lequel désormais, il sera reconnu comme sujet en devenir, sujet pris dans le discours commun d'une civilisation (8).

Cette place symbolique doit également exister chez la mère. Le père est en effet, une fonction qui se situe d'abord dans le psychisme maternel. C'est la manière dont la mère va parler du père, l'usage qu'elle va faire de la parole du père, en quoi elle va reconnaître le père dans sa parole vis-à-vis de l'enfant qui va être déterminant (3).

Que se passerait-il alors si jamais la transmission patronymique se trouve entravée ? Comment l'enfant privé du nom de son père pourrait en arriver à symboliser le signifiant du Nom du père ? Et s'il y avait eu un effacement de la représentation du père de l'imaginaire et du discours de la mère, électivement vis-à-vis de l'enfant « mal nommé » ? Pourrait-on envisager un chevauchement entre les registres réel et symbolique du nom, de sorte que l'absence ou « l'inadéquation » du premier signifierait la forclusion du deuxième ?

Toutes ces interrogations débouchent sur une réflexion plus profonde, faisant référence à notre hypothèse de départ : la non transmission du patronyme « réel » pourrait elle se solder par l'échec de la métaphore paternelle et la faillite du Nom du père, précipitant ainsi l'éclosion du processus schizophrénique ?

1.2. Privation de nom, trouble de l'identité et trouble de l'identification

S. Ammar et al (9) attestent, dans leur travail « les conditions familiales de développement de la schizophrénie » que « le père est d'abord par son nom, l'origine de toute identité. Dans la schizophrénie, le père est souvent annihilé par exclusion fonctionnelle ou distorsion de son image. Ainsi, toute possibilité d'identification est devenue distordue, sinon impossible » (9).

Mais, comment s'identifier à un père de surcroît, évincé par une exclusion patronymique ? Par quel moyen ce père pourrait-il transmettre sa culture, son savoir et sa parole si ce n'est par l'acte de nommer ? Comment un père, « exclu fonctionnellement », pourrait devenir l'idéal du moi de l'enfant, derrière lequel se profile la trajectoire dans la réalité ?

En l'absence de ce nouage par le nom propre, le processus d'identification au père se trouverait mis à mal, distordu, condamnant le sujet à une identité fragile et jamais achevée.

Dans cette perspective, certains auteurs (10, 11), considèrent que le conflit dans la psychose se situerait notamment au niveau des identifications : « le seul langage qui rende formulable et compréhensible la problématique de la psychose est celui de l'identification. Ce que le psychotique attend de l'autre est toujours une même et seule chose : une signification (...) qui lui permette de s'assurer les repères nécessaires pour distinguer le temps de la vie du temps de la mort, le passé du présent » (11). Cette signification, capitale pour s'assurer des repères et pouvoir situer le temps, se trouverait, à juste titre dans le nom. D'ailleurs, Cabeston et al (12) affirment que le nom assure à notre existence une continuité fondamentale tout en l'inscrivant dans une histoire, une généalogie. Le nom est l'expression symbolique d'une libre existence qui demeure soi même en se temporalisant (12).

Il va sans dire que c'est dans la schizophrénie que l'ébranlement de l'identité atteint son point culminant (12). Le patient lutte en permanence pour tenter de redonner quelque consistance à une identité en miettes, menaçant de dissolution.

Mais de quelle identité s'agit-il précisément ? Certains auteurs mettent en exergue qu'il est question essentiellement de l'identité narrative. Il s'agit de cette identité que le sujet élabore à partir de la mise en intrigue des différents événements de son existence. Ceux-ci forment alors une histoire dans laquelle le sujet peut se reconnaître et sans laquelle son existence sombre dans la discordance et le chaos psychotiques. Ces auteurs soulignent que sans nom, il ne peut y avoir de récit ni d'identité narrative (12, 13). C'est ce qui fera dire à Azorin et al que « la schizophrénie n'est pas un trouble de l'identité comme les autres, c'est un trouble des fondements de l'identité » (14).

Ainsi, la privation du nom paternel mettrait en déroute le processus de l'identification au père et serait à l'origine d'une identité poreuse et fragile. De ce fait, la privation de nom pourrait constituer un élément de la psychogenèse de la schizophrénie.

1.3. Patronyme et éclosion de la schizophrénie

Czermak (1), dans son œuvre « Patronymie : Considérations cliniques sur les psychoses », affirme que, dans la schizophrénie, le nom représente souvent le seul « capitonnage », le seul nouage à la réalité. Le nom devient « une brique réelle » qui ne s'adosse pas au symbole, si cette brique s'effondre, c'est le sujet qui est éjecté, qui disparaît sous la forme de ce que Lacan appelle « mort du sujet » (1).

L'auteur illustre ce constat par des vignettes cliniques de patients ayant sombré dans la psychose au moment précis où on leur a ôté leur nom, où ils étaient amenés à changer de nom ou encore à taire leur nom. La séparation avec le nom a été chez ces patients un facteur de fragilité, précipitant la survenue de la schizophrénie (1).

Czermak considère que l'impact de telles « pertes » du patronyme s'inscrit dans un registre symbolique plutôt que dans le réel ; quand on leur a privé, d'une manière ou d'une autre, de

leur nom, qui n'avait de valeur que réelle, ces patients se sont trouvés éjectés, morts comme sujets (1).

Ainsi, cette pensée nous amène à concevoir l'absence du nouage nominal au père (et par conséquent à la réalité) comme facteur possible de vulnérabilité à la schizophrénie.

2. Point de vue transgénérationnel

D'après Lebovici, le concept de mandat transgénérationnel présume que chaque individu, au regard de sa filiation ascendante et descendante, est inscrit sur un génogramme, un arbre de vie sur lequel s'inscrivent à la fois la filiation de l'enfant, son origine, mais aussi son affiliation, c'est-à-dire sa parentalisation. La transmission du nom est fondamentale dans la mesure où elle sous-tend toute une part de transmission intergénérationnelle. L'héritage nominal contient les éléments essentiels du destin transgénérationnel de l'enfant (15, 16).

Dans cette perspective, par la privation de nom, « le processus de parentalisation-filiation, qui définit normalement le mandat transgénérationnel de l'enfant est ainsi désamorcé, et l'affiliation est interrompue » (16).

D'autre part, la « non transmission » du nom pourrait être conçue comme justement un ordre de transmission intergénérationnelle des conflits, drames ou histoires compliquées qu'ont pu vivre les générations antérieures. L'exclusion patronymique viendrait démentir un « secret de famille », ou impliquer l'enfant, à son insu, dans une sorte de « mythe familial ». Ces élaborations de l'enfant imaginaire, projetées sur l'enfant de la réalité, pourraient introduire dans le processus de filiation une difficulté annonciatrice de psychose (16).

Cette réflexion nous renvoie aux patients de notre étude auxquels on avait attribué un nom que portait une branche lointaine de la famille qu'on voulait « apparemment » honorer.

3. Point de vue cognitivo-comportemental

En référence au modèle Stress-vulnérabilité, la non affiliation serait un facteur de stress socio-environnemental qui précipiterait l'éclosion de la schizophrénie.

La non affiliation constitue une situation permanente qui nécessiterait une adaptation particulière. Chez un individu vulnérable, les stratégies de coping requises pourraient s'avérer insuffisantes, et le stress créé par la privation de nom générerait alors la maladie (17).

CONCLUSIONS

Le nouage (ou non) par le nom propre, du désir de la mère, de la reconnaissance du père et de la légitimité de la filiation, constitue un lieu d'intersection d'un ensemble de représentations, où se conjuguent naissance et mort, origine et histoire, désir et fantasme (8).

La clinique de la schizophrénie donne à penser la fonction symbolique, de référence, d'arrimage et de vectorisation du patronyme.

Le sujet atteint de schizophrénie entretient un rapport singulier à ce signifiant privilégié qu'est le nom propre. Ce rapport

pourrait s'avérer déterminant dans la genèse de la schizophrénie : ne pas « porter » le nom de son père serait une entrave à la capacité de « se porter » dans la vie.

Notre hypothèse du début paraît plausible et constituerait un point de départ pour des études à plus large spectre, incluant des

témoins de la population générale et psychiatrique.

« Le nom du père n'est pas une référence, c'est ce à partir de quoi il peut y avoir de la référence » (Czermak) (1).

References

1. Czermak M. Patronymies : considérations cliniques sur les psychoses. Paris : Masson, 1998.
2. Lacan J. Les formations de l'inconscient. Bulletin de psychologie 1954; 9 : 4-5.
3. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF, 2002.
4. Cambfort JP. Enfances et famille : une approche psychosociologique. Paris : L'Harmattan, 2001.
5. Dumas D. Sans père et sans parole. Paris : Hachette Littératures, 1999.
6. Rassial JJ. La division du père. Cliniques méditerranéennes 2001; 64 : 21-27.
7. Desprats-Péquignot C. Patronymie et filiation : questions sur l'incidence subjective de leur rapport chez la fille. Cliniques méditerranéennes 2001; 64 : 123-34.
8. Ammar S, Ledjri H. Les conditions familiales de développement de la schizophrénie. Paris : Masson, 1972.
9. Clit R. Une forme limite de délire et son rapport au conflit psychique. L'évolution psychiatrique 2006; 71 : 773-81.
10. Aulagnier P. L'apprenti-historien et le maître-sorcier : du discours identifiant au discours délirant. Paris : PUF, 1984.
11. Cabestan P. Qui suis-je ? Identité et crises d'identité : narcissisme, maniérisme et schizophrénie. Psychiatr Sci Hum Neurosci 2008; 6 : 113-19.
12. Ricoeur P. Soi même comme un autre. Paris : Seuil, 1990.
13. Azorin JM, Naudin J. Psychothérapie des schizophrènes. In; Pringuey D, Kohl FS, eds, Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie : la philosophie du soi et ses implications thérapeutiques, Paris : le cercle herméneutique, 2001 : 173.
14. Bydlowski M. Le mandat transgénérationnel selon Serge Lebovici. Spirale 2001; 17 : 23-25.
15. Zaouche-Gaudron C. La problématique paternelle. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2001.
16. Simonet M, Brazo P. Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie. Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie 2005; 37-290-A-10.