

Une « chaise vide » pour travailler avec les familles affectées par une maladie neuro-évolutive

Emmanuelle Ballarin-Chamillard¹

Résumé

La thérapie par l'externalisation est issue des thérapies narratives proposées dans les années 80. Cette approche consiste pour le thérapeute à veiller dans sa narration à dissocier le patient du problème pour lequel il consulte, et à le considérer comme une entité à part entière. L'objet de cet article est de montrer la manière d'utiliser cette pratique clinique avec des familles touchées par une maladie neuro-évolutive telle que la maladie de Parkinson. Nous illustrerons le propos à partir d'une vignette clinique décrivant l'utilisation de la chaise vide comme objet flottant pour restituer une place de sujet pensant au patient désigné. Cette démarche thérapeutique permet d'activer les compétences de la famille à penser et agir la souffrance de chacun.

Abstract: An “empty chair” to work with families affected by neuro-evolutionary disease

Externalisation therapy stems from the narrative therapies proposed in the 1980s. This therapy consists of the therapist taking care in his narrative to dissociate the patient from the problem for which he is consulting, to consider him as an entity in his own right. The aim of this article is to show how this clinical practice can be used with families affected by a neuro-evolutionary disease such as Parkinson's. We'll illustrate this point with a clinical vignette describing the use of the empty chair as a floating object to restore the designated patient's place as a thinking subject. This therapeutic approach activates the family's ability to think and act on their own suffering.

Mots-clés

Thérapie par l'externalisation – Objet flottant – Maladie neuro-évolutive – Aidant familial

Keywords

Externalisation therapy – Floating object – Neuro-evolutionary disease – Family carer

1 Docteure en psychologie, psychologue clinicienne, thérapeute familiale, formatrice à l'approche systémique, chargée d'enseignement à l'Université de Toulouse 2, Jean-Jaurès.

Introduction

Lorsqu'une maladie mentale s'invite dans une famille sans y être priée, les membres de celle-ci ne sont plus maîtres dans leur logis et font face à « une étrangeté » qui vient les déséquilibrer. Nous sommes bien ici dans ce que Freud appelait « Unheimlich » pour désigner le sentiment d'inquiétante étrangeté éprouvée par une personne qui ne reconnaît plus un membre de sa famille (Freud, 1919-1988 ; Lusa, 2019). Comment le psychologue clinicien peut-il activer les compétences des familles pour faire face à cette maladie, un tiers étranger pesant, qui s'imisce dans leur maison et bouleverse leurs relations inter et intra- personnelles ? Cet article propose d'y répondre à travers une étude de cas qui illustre les bienfaits de la thérapie par l'externalisation.

Pour le psychologue clinicien, il est utile de se représenter la « famille » comme une pièce de théâtre, où chaque acteur joue son propre rôle pour le bon déroulé du script familial (Byng-Hall, 1996). Lorsqu'une maladie psychique s'invite sur la scène familiale, elle métamorphose celui qui en est porteur (Coudin, 2004 ; Mollard, 2009 ; Trouilloud, 2012) et impose insidieusement une nouvelle organisation entre ses membres (Ribes & Darnaud, 2014). Ainsi, de nouveaux jeux relationnels s'opèrent entre les membres d'une famille ; pour reprendre la métaphore de la pièce de théâtre, les acteurs doivent ajuster leur texte pour le bon déroulé du script. Une nouvelle dyade [aidant-aidé] s'organise pour la survie de l'histoire familiale. L'aidant familial vient souffler le texte à l'aidé qui ne peut plus assumer son rôle, car il se trouve limité par des troubles cognitifs provoqués par la maladie.

À l'insu de l'aidant et de l'aidé, les effets de la maladie transforment progressivement leur jeu relationnel, et sans être nommée de façon explicite, l'étrangeté de la maladie s'exprime dans leurs attitudes et comportements. Lorsque cette étrangeté n'est pas nommée ni reconnue en tant qu'élément tiers, elle risque d'être projetée sur le malade qui est alors vécu comme le responsable des maux de la famille. Dans ce cas, la demande familiale adressée au psychologue est de réparer cette étrangeté chez « le malade » désigné qui ne répond plus aux attentes. Pourtant, nous découvrons que cette étrangeté n'est pas liée à un seul individu, mais qu'elle est présente chez tous les membres de sa famille.

Comme nous le discuterons avec la famille Allée, chacun est en lien avec l'étrangeté véhiculée par la présence de la maladie, et c'est à partir du moment où on la reconnaît comme un élément à part entière, que chacun peut retrouver sa place pour penser et agir sur elle.

Ma pratique longue de 13 ans auprès des familles touchées par une maladie chronique et incurable m'a enseigné que mettre une distance entre la personne et sa maladie dans ma narration est thérapeutique. Parler de cette dernière comme d'une troisième personne suscite la surprise dans la famille et envoie le message explicite que la personne n'est pas la maladie. Cette posture clinique conduit à s'interroger sur la manière dont chacun des membres de la famille cohabite avec ce tiers étranger qui a pris place dans leur intérieur (Eiguer, 2001, 2004, 2006) sans y être invité. En effet, comme nous le verrons avec la famille Allée, l'étrangeté imposée par la maladie vient redéfinir les frontières entre l'intimité et l'extimité.

La maladie psychique : un tiers étranger à prendre en compte dans la prise en charge thérapeutique

Quand je reçois une famille pour la première fois, j'observe la position de chacun dans l'espace du cabinet de consultation ou à leur domicile. Je repère comment ce tiers étranger « bouscule » la famille, met en tension leurs jeux relationnels, si bien qu'il devient difficile pour ses membres de prendre place. En effet, lorsque je les invite à prendre place dans l'ici et maintenant, j'observe leurs « allers-retours » entre les sièges et des tendances à choisir sa place en fonction du choix d'un autre. Ces mouvements indécis reflètent pour moi l'état de déséquilibre vécu par la famille du fait de l'introduction d'un élément nouveau et la recherche d'un équilibre auprès du psychologue. Je constate la même chose lorsque je me rends à leur domicile. Certaines familles me demandent de choisir les places pour elles, comme si le psychologue pouvait les aider à remettre de l'ordre dans « ce désordre psychique interne » qu'impose la maladie.

Mony Elkaïm (1989, p. 47) a rappelé un principe fondamental des systèmes : « *le comportement d'un membre d'une famille n'est pas dissociable du comportement des autres membres, et ce qui lui arrive modifie la famille dans son ensemble* ».

Ainsi, les états de la personne atteinte d'une maladie chronique, ses fragilités, demandent une adaptation ou du moins une réaction de la part des autres membres de la famille (ou du système dont elle fait partie). Tout changement qui concerne en première intention un membre entraînera inévitablement des répercussions sur l'ensemble d'une famille, d'un système. Il serait donc naturel pour tout système de s'efforcer à maintenir ou retrouver un état d'équilibre lorsqu'il se trouve perturbé par un élément nouveau, ici la maladie chronique.

En effet, je considère la maladie comme un tiers étranger au sein de la relation, vu les ajustements relationnels qu'elle crée entre le proche aidant et son proche aidé, par exemple au niveau de la proximité des corps, des échanges de regard qui disent « est-ce que je peux dire ça ? » ou « j'ai peur de mal dire... toi tu sais mieux que moi », des mains qui veulent rassurer, reconforter.

La maladie qui s'impose en tiers étranger, je la repère également lors de mes consultations à domicile où je vois que la maladie occupe une place dans la maison, avec par exemple, le fauteuil roulant, les barres d'appui, ou encore le lit médicalisé. Ainsi, la maladie, même si elle n'est pas nommée dans le discours des familles, est présente de façon implicite et s'impose comme un tiers pesant-absent (Goldbeter-Merinfeld, 1994, 2005).

Une fois la famille installée dans cet espace (en cabinet ou à domicile), j'interroge chacun de ses membres sur ses besoins de consulter un psychologue. Il n'est pas rare d'entendre dans leurs réponses « *c'est mon médecin qui dit que ça pourrait nous faire du bien...* ou *c'est ma fille* ou *c'est mon infirmière...* » et quand je demande ce que ce tiers pense de la situation, on me répond fréquemment : « *c'est à cause de mon mari* ou *de ma femme* ou *de mon frère* », mais rarement, pour ne pas dire jamais : « *c'est à cause de la maladie* ». Pourtant, si la maladie n'était pas présente aujourd'hui dans le système familial, il y a 99 % de chance pour que cette rencontre avec le psychologue n'ait pas lieu.

J'ai constaté qu'il y a comme une impuissance à agir sur ce qui fait souffrance pour la famille si nous l'attribuons à un seul de ses membres.

Tenant compte de cette réalité, je crée lors de mes entretiens avec les familles un espace permettant à chacun de nommer ce qui fait problème pour lui aujourd'hui en le considérant comme une entité à part entière. Si ce problème est lié à une maladie chronique qui génère une perte d'autonomie, je dissocie la maladie de la personne dans mes reformulations.

J'ai choisi de qualifier la maladie chronique comme « un tiers étranger », en référence aux écrits d'Édith Goldbeter et pour représenter le sentiment d'étrangeté qu'elle suscite dans la relation.

Selon moi, personnifier la maladie en la nommant à la troisième personne ouvre la possibilité de « penser » et « d'agir » sur elle. En parler comme d'une 3^e personne permet de mettre du sens à ce que nous observons et ouvre de nouvelles interrogations : « *Qu'est-ce que la maladie suscite chez vous ? Quelle place occupe-t-elle dans la maison ? Dans vos relations ?* ».

Enfin, représenter la maladie permet d'extérioriser nos pensées, de parler de l'étrangeté vécue et d'élaborer autour de ce qui fait problème aujourd'hui. En effet, la non-crédation d'une distance entre la personne et sa maladie risque d'introduire l'idée implicite que pour sortir du problème, il faut changer « la personne malade ». Cette idée folle nous emprisonne dans une impossibilité et inhibe notre capacité à agir sur ce qui fait problème au sein de la relation.

Ce processus d'externalisation du problème devient donc un levier thérapeutique quand la relation entre le proche aidant et le proche aidé est malmenée par les effets de la maladie.

C'est au cours de ma formation en approche systémique que je découvrirai que cette technique d'entretien appartient aux thérapies narratives développées par White & Epston dans les années 80.

Encourager l'externalisation : la personne n'est pas le problème !

Le principe d'externalisation consiste à dissocier la personne de son trouble. L'un des premiers à avoir considéré ce point de vue est Michael White qui en a fait l'axe central de son approche thérapeutique. White & Epston (1980) nous amènent à penser le problème comme ne faisant partie ni d'un membre de la famille ni d'un système familial.

Cette posture clinique nous invite à un véritable recadrage du problème, la personne n'étant pas le problème. Une distance émerge entre ces derniers et est renforcée au travers des conversations externalisantes engagées par le thérapeute. Le problème est la plupart du temps internalisé et considéré comme identitaire dans les pathologies chroniques en particulier, ce qui ne facilite pas la mise en évidence des exceptions et nécessite de passer par une « conversation externalisante » et une « mise en contexte » du problème afin de déconstruire l'histoire dominante. L'objectif ici est de déposséder ces conclusions « identitaires » de leur statut (culturellement construit), de vérités absolues et de faire émerger les traces des histoires alternatives.

Ma clinique auprès des familles touchées par une maladie chronique s'inscrit dans ce courant, car je considère la maladie comme un élément à part entière dans le système familial.

Dès lors, la formule arithmétique proposée par Caillé (2009) devient $1*1'+1*1' = 3*1'$ où $1'$ représente l'élément étranger (la maladie) et $*$ les interactions entre chacun des membres avec l'élément étranger

(Ballarin-Chamillard & Darnaud, 2022). La maladie est parfois absente dans la narration, mais tellement présente physiquement sans possibilité de la verbaliser qu'elle impose de nouveaux ajustements dans la communication entre les membres de la famille. La rendre visible dans l'espace thérapeutique permet de mettre du sens sur ce qui se passe en chacun vu l'intrusion de la maladie.

Une chaise vide pour représenter la maladie

Dans ma pratique clinique auprès des familles touchées par une maladie chronique incurable, j'utilise une chaise vide comme objet flottant pour personnifier la présence de la maladie dans le système familial ; cette démarche favorise l'expression des émotions et permet en même temps d'obtenir une lecture analogique des comportements en mettant en évidence la dynamique interrelationnelle de chacun avec ce tiers étranger. « La chaise vide » est souvent utilisée dans le champ de la psychothérapie en tant qu'objet flottant (Caillé & Rey, 2004), notamment pour représenter le tiers pesant absent (Goldbeter-Merinfeld, 2005).

Depuis les années 80, les objets flottants se sont développés en tant qu'instruments d'ouverture et de compréhension et non comme outils de réparation ; ils agissent sur les notions d'espace et de temps, d'ordre et de désordre. Leur introduction facilite l'ouverture d'un espace communicationnel, « *l'objet flottant ne se réduit pas à un expédient pour court-circuiter les mots, il vise à une force communicative propre, une magie différente de celle des mots (...) là où menace la collusion paralysante du non encore dit, là où tout semble avoir été maintes fois répété... Effet de fascination tout en stimulant l'imagination, en ce sens esthétique du changement* » (Caillé & Rey, 2004).

On fait appel aux objets flottants afin de révéler les engrammes relationnels et la qualité relationnelle présente. Le langage analogique est le langage par lequel peut s'exprimer pleinement la conscience implicite de la relation telle qu'elle est partagée dans le groupe familial (Watzlawick *et al.*, 1972).

La création réalisée à partir de la position de l'objet flottant, ici la chaise vide, permet d'objectiver la situation relationnelle vécue par la famille en ce qui concerne en particulier son histoire du *care* au moment où nous la rencontrons. L'introduction de la chaise vide est destinée à favoriser un espace de mentalisation et d'élaboration autour de la maladie et de ses conséquences inter- et intrarelationnelles en invitant chaque membre à exprimer ses émotions, et en créer un espace où l'on peut penser l'ici et maintenant.

Étude de cas : la famille Allée

Contexte de la demande

Je rencontre la famille Allée, à la demande de l'infirmière coordinatrice du service soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui rapporte des signes d'un épuisement psychique chez Martine âgée de 52 ans. Cette dernière accompagne son frère aîné Pierre-Yves, âgé de 61 ans, dans un contexte récent de diagnostic de maladie de Parkinson. Depuis 15 jours, le SSIAD intervient pour une aide à la toilette et s'inquiète des signes d'épuisement de Martine.

Lorsque j'appelle Martine et me présente comme la psychologue et thérapeute familiale de « la plateforme des aidants familiaux ²», elle me répond spontanément que son frère aurait besoin d'un soutien psychologique. Dans cet échange téléphonique, je repère que pour elle, le besoin psychologique est du côté de son frère, et qu'il y a une attente implicite « de réparation psychique ». Lorsque je reformule les inquiétudes de l'infirmière sur son état de fatigue, un long silence s'installe puis elle me répond : « *cela me touche que quelqu'un se préoccupe de moi, mais je vais bien cependant ; ça serait bien que mon frère rencontre un psychologue, car il ne va pas bien du tout* ». Nous convenons alors d'un entretien familial avec elle et son frère, en présence de l'infirmière du SSIAD.

Éléments de l'histoire familiale

Martine et Pierre-Yves ont grandi avec leurs parents dans le nord. Ils ont perdu leur mère à la suite d'un cancer aux poumons. Martine rencontre son futur mari Edmond quelques mois après ce décès ; ils auront 4 enfants. Pierre-Yves est resté célibataire, il est passionné d'histoire. Il a toujours vécu aux côtés de leur père. Lorsque ce dernier part en retraite, ils décident de s'installer dans le sud, dans la résidence secondaire familiale.

2 <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/les-plateformes-daccompagnement-et-de-repit>
Les plateformes d'accompagnement et de répit apportent un soutien aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie et de personnes atteintes d'une maladie chronique invalidante ou en situation de handicap. Il est possible de les contacter directement pour obtenir des conseils et du soutien.

Au cours de ce récit, je comprends que cette maison de campagne est très aimée par Martine et Pierre-Yves, et chargée de bons souvenirs en famille.

Je découvre que Pierre-Yves a des problèmes psychiques depuis son adolescence, il a été étiqueté comme présentant une maladie psychiatrique de type bipolaire, mais la famille a refusé le recours à des soins de longues durées telles que des séjours d'hospitalisation. Au moment de notre rencontre, cela fait 4 ans que Pierre-Yves a été diagnostiqué comme souffrant d'une maladie de Parkinson.

Au décès de leur père, Martine et Pierre-Yves ont hérité de la maison du sud qui sera divisée en 3, une partie pour Martine, une partie réservée à Pierre-Yves et une partie pour le vieil ami de la famille. Au moment de leur retraite, Martine et Edmond décident de s'installer à demeure dans la maison du sud. À leur arrivée, ils découvrent que Pierre-Yves vit reclus dans un habitat quasi insalubre. Pendant plusieurs mois, Martine et Edmond s'organiseront pour aménager et adapter l'appartement de Pierre-Yves à ses nouveaux besoins.

Première étape : Énonciation du problème
« qu'est-ce qui fait souffrance pour vous aujourd'hui ? »

Nous avons rendez-vous dans la propriété familiale. Sur le chemin, je suis guidée par l'infirmière du SSIAD et nous arrivons directement à l'appartement de Pierre-Yves. Nous sommes attendues par Martine qui est sur le pas de la porte. Son regard et sa poignée de main me surprennent et font naître en moi le sentiment d'une forte attente à l'égard du psychologue.

Dès mes premiers pas dans le logement de Pierre-Yves, je constate avec surprise que nous entrons par la porte de sa chambre. Je suis gênée par ce sentiment « de faire intrusion » dans l'intimité d'un autre, mais je n'ose pas le dire puisque cela semble être « une routine » pour tous. Durant le premier entretien, je compte m'efforcer de créer l'alliance avec la famille et de partir de là où elle se trouve.

Lorsque je demande où nous pouvons nous installer, un silence s'installe : il y a seulement une chaise pour 4 personnes (Martine, Pierre-Yves, L'IDE du SSIAD, la psychologue) ! S'en suit alors un temps où chacun de nous cherche à trouver sa place. Dans cette chambre médicalisée et rendue étroite par notre présence et les différentes prothèses (fauteuil roulant, déambulateur), pour arriver à créer un espace propice à l'échange, nous devons d'abord trouver une place !

Cette question – « *où pouvons-nous prendre place ?* » – vient rompre la logique du « soin infirmier » attribuée à l'acte de faire la toilette ; ici, le psychologue invite chacun à se poser pour penser sur ce qui fait souffrance ici et maintenant.

Après ce temps de réflexion et d'organisation, Pierre-Yves décide de rester assis sur son lit médicalisé, Martine prend place sur le déambulateur de son frère, ma collègue infirmière s'assoit sur la chaise réservée à l'aide à la toilette et « l'unique chaise » sera réservée au psychologue.

Je prends le temps d'observer où chacun des membres se place, cette lecture analogique de la communication (Watzlawick *et al.*, 1972) m'aide à comprendre le fonctionnement du système familial et à élaborer des hypothèses. Je découvre que Pierre-Yves, en restant sur le lit médicalisé, prend la place « du malade » ou du « patient désigné » ; de son côté, Martine en s'installant sur le déambulateur et compte tenu des éléments de la demande initiale, montre qu'elle se positionne « en soutien » ou « étayage » de Pierre-Yves. Le choix de l'infirmière vient confirmer la place du soin dans l'accompagnement de Pierre-Yves.

La première rencontre avec un système de *care* ou dyade [aidant-aidé] est importante : elle nous permet de recueillir la définition du problème pour chacun et offre au thérapeute une première lecture du problème.

Je suis frappée ici, dès le début, par l'apparence physique de Martine qui manifeste des signes d'épuisement marqués. Elle précise spontanément que son problème est la perte d'autonomie de son frère ; son incontinence urinaire notamment « *contribue au fait que je suis fatiguée, mon frère fait des tas de bêtises... Avant l'intervention des soignants, c'est moi qui devais le changer tous les jours, il y en avait partout... je devais aussi le doucher... ce n'était pas à moi de faire ça, vous comprenez, je suis sa sœur ! Mais que voulez-vous je ne pouvais pas le laisser comme ça !* ».

En même temps, Pierre-Yves tente de couper le discours de sa sœur, il se met en colère, il minimise les faits, et nous assistons à un échange tendu entre frère et sœur. Notre intervention est nécessaire pour rétablir le calme, et c'est l'entrée d'Edmond (le mari de Martine) qui facilitera l'apaisement des tensions.

Pierre-Yves définit son problème en disant qu'il n'aime pas que sa sœur parle de ses difficultés, de son intimité à l'extérieur du cercle familial.

Edmond qui nous rejoint en fin de séance prend place sur le lit médicalisé à côté de Pierre-Yves. Il assiste aux échanges en retrait, mais affiche

un comportement qui donne le sentiment qu'il est concerné par le problème de la famille. Selon lui, son problème est qu'il est inquiet de la relation entre Martine et Pierre-Yves et que « *c'est une longue histoire entre eux deux* ».

Dans la chambre de Pierre-Yves, l'ambiance émotionnelle est lourde, les disputes entre Martine et Pierre-Yves s'ajoutent aux problèmes d'élocution de Pierre-Yves, et rendent impossible l'accès à l'élaboration des affects. Dès que j'interroge le problème de chacun, j'observe la reprise des conflits entre le frère et la sœur. Il semble évident qu'à ce moment-là, la relation de *care* imposée par la maladie vient créer une asymétrie positionnelle entre Martine et Pierre-Yves et que ce dernier tolère difficilement cette place de malade ou d'aidé.

Dans cette situation, c'est l'infirmière qui est à l'origine de la demande de soutien psychologique. Interrogée sur ce qui fait problème pour elle aujourd'hui, elle confie son inquiétude à l'égard de l'état de fatigue de Martine et rapporte des propos négatifs et injurieux proférés par Martine envers son frère, ce qui lui fait penser que cette dernière souffre de la situation. Instantanément, Martine la coupe et minimise les faits, Pierre-Yves montre une certaine impatience en tenant des propos incompréhensibles, empêchant d'aller plus loin dans cet échange. Martine, en tant qu'interlocutrice de Pierre-Yves, rapporte qu'il se sent surveillé par elle et qu'il n'apprécie pas qu'elle parle de ses difficultés d'autonomie à l'extérieur.

Ce premier entretien montre un patient contraint d'accepter une aide familiale, car sa maladie génère sa perte d'autonomie. La clarification d'une souffrance supposée chez son aidant familial (ici Martine) est empêchée par tous les protagonistes, Martine y compris, alors que tout son corps montre les « hématomes » liés à son aide quotidienne auprès de son frère. Pierre-Yves, souffre de sa perte d'autonomie et de ce que cela engendre chez sa sœur et dans leur relation. Edmond souffre de l'état de fatigue de son épouse et de la dégradation de la relation entre frère et sœur. Tous souffrent de la situation, mais nul ne veut le reconnaître. Nous pouvons avancer l'hypothèse que cela soit impossible en raison d'un probable conflit de loyauté, il est impensable de rendre responsable de sa souffrance un membre de sa famille.

Selon moi, ce travail d'élaboration est rendu stérile et inefficace, car il manque l'introduction d'un tiers. En effet, ne pas attribuer la place de tiers dans nos échanges à la maladie, maintient une situation où l'on ne voit qu'un malade et son aidant. Comme celui qui investit le rôle de l'aidant est « bien portant », il lui est difficile d'accepter de reconnaître son épuisement ou sa souffrance sous prétexte que ce n'est pas lui qui est porteur de la maladie.

Du côté du malade, il est aussi impensable de considérer la souffrance de l'autre, alors que cette situation, il ne l'a pas demandée et que l'instauration de cette aide familiale le contraint et lui montre qu'il n'est plus capable de -.

Pourtant, la place pesante de cette maladie est bien présente ; en effet, de ma place de psychologue, ma difficulté est de comprendre Pierre-Yves, sa dysarthrie me contraint à lui demander de se répéter et parfois de passer par sa sœur pour qu'elle le traduise. Cette dynamique relationnelle entre Martine et Pierre-Yves m'aide à repérer la règle implicite du couple [sœur-aidant/frère-aidé], à savoir « *c'est elle qui m'aide à parler de moi* » en même temps qu'elle amplifie l'asymétrie relationnelle créée par la maladie [malade/aidant].

Au cours de ce premier entretien où la maladie n'est pas vue comme un élément à part entière dans le système familial, le psychologue a peu de leviers pour contextualiser et aborder ce qui fait problème pour la famille aujourd'hui. Je comprends que pour celle-ci, le problème est la réification de Pierre-Yves au statut de malade à soigner ; mais à aucun moment, les maladies ne sont nommées, ni par le psychologue ni par la famille elle-même. Les échanges circulent autour de la perte d'autonomie, du soin et de l'intimité de Pierre-Yves, si bien que plus nous abordons cette perte d'autonomie, plus Pierre-Yves devient le « problème désigné », ceci renforçant l'impuissance à en parler dans nos échanges. Tout se passe comme si Pierre-Yves refusait cette place de « patient désigné » qu'on lui attribue, mais qu'en collant trop au problème, il ne peut agir dessus.

Il est probable que la présence de l'infirmière favorise ce type d'échange autour de la perte d'autonomie, tout comme le lieu de notre rencontre, puisque nous sommes dans la chambre à coucher de Pierre-Yves et qu'il est assis sur le lit du malade. Dans l'espace de cette rencontre, il y a peu de frontières entre son intimité et son extimité.

La perte d'autonomie de Pierre-Yves est visible au travers des soins techniques, mais elle n'est pas désignée comme tiers dans le discours ni reliée à une maladie. En ne la nommant pas en tant que telle, c'est-à-dire en ne la rendant pas tiers dans nos échanges, nous risquons de ne voir la perte d'autonomie qu'à travers Pierre-Yves. Or les places occupées par chaque membre rendent bien compte que la perte d'autonomie provoquée par la maladie de Parkinson occupe intérieurement chacun des membres de la famille.

Au moment de la fin de cet entretien, je conclus en exprimant combien j'ai été sensible au fait que chacun essaye de protéger quelque chose

qui semble difficile à nommer, j'ajoute que j'ai entendu les inquiétudes de Edmond vis-à-vis de la relation entre Martine et Pierre-Yves et que s'ils le souhaitent, nous pourrions nous revoir pour poursuivre un travail familial. Les 3 membres de la famille acceptent ce travail « *en espérant que cela nous aide à y voir plus clair !* ».

Deuxième étape : l'introduction de la chaise vide

Pour ce deuxième entretien qui a lieu 2 semaines plus tard, je me retrouve face à une « allée en chantier » qui ne rend pas facile l'accès à la propriété familiale. La configuration de l'espace est bien différente de celle du premier entretien.

Je me fraye un chemin pour arriver devant la maison et là, surprise, il y a 3 portes ! J'ai l'impression de ne plus reconnaître les lieux.

Martine m'aperçoit, elle vient me chercher, et me conduit à l'entrée de l'appartement de Pierre-Yves. Elle m'explique que la maison est divisée en 3 parties dont l'une appartient à un vieil ami de la famille qui occupe aussi la fonction de gardien de la propriété, une autre est celle de Martine et Edmond et la 3^e appartient à Pierre-Yves.

Elle me fait entrer par la porte de la chambre de son frère. Une fois à l'intérieur je demande s'il est possible de nous entretenir dans une autre pièce pour respecter l'intimité de Pierre-Yves. Il sera d'accord avec cette proposition et nous invitera à le suivre dans la cuisine.

Une fois encore, j'observe une difficulté pour Edmond et Martine d'y trouver une place « confortable ». Ils s'affairent à chercher une chaise « convenable » qu'ils vont trouver sur la terrasse, pour asseoir le thérapeute, et choisissent eux-mêmes de s'installer sur les « prothèses » de Pierre-Yves. Edmond occupe le fauteuil roulant et Martine le déambulateur. Pierre-Yves est assis sur l'unique chaise de la cuisine.

Je prends le temps de dire ce qui se passe sous mes yeux, de renvoyer à la famille combien cela semble difficile de prendre pour chacun une place confortable ici, dans cet espace.

Martine réagit en confiant que cette place « d'aidante » auprès de son frère lui pèse et qu'elle n'en peut plus de ses accusations à son égard. S'en suit une dispute entre Martine et Pierre-Yves. Je me retrouve impuissante face à l'escalade symétrique entre frère et sœur et j'ai du mal à les comprendre. Leurs discours sont confus, on s'y perd : tantôt il s'agit de la

maison, tantôt des rancunes du passé. Il y a comme des trous dans leurs narrations et je ressens comme un poids dans leurs échanges. Cela me donne l'impression d'un rébus à déchiffrer. D'un point de vue analogique, j'observe que Martine et Edmond occupent des places « de soutien » pour Pierre-Yves et que cela semble mettre à mal leur relation. Sans être nommé ni reconnu comme un élément à part entière, le problème est attribué à Pierre-Yves et donne l'impression que pour qu'ils aillent mieux, il faudrait que Pierre-Yves aille mieux. C'est bien parce que le problème est vu seulement sous l'angle de Pierre-Yves que nous sommes devant une impasse : régler le problème reviendrait à dire « changer Pierre-Yves ».

En accord avec les techniques d'entretien d'externalisation du problème (White & Epston, 1990, 2003), je crée un contexte où je m'utilise pour nommer la présence de la maladie et la rendre tiers dans nos échanges. Pour cela, je fais l'hypothèse que ma présence de psychologue auprès de cette famille est liée à l'intrusion d'une maladie chronique non désirée. En effet, c'est bien parce que la présence d'une maladie chronique implique la présence d'aidant familial auprès de celui qui en est porteur que cette rencontre avec le psychologue de la plateforme des aidants a lieu. Je confie à la famille que je comprends qu'une maladie est entrée dans la famille et qu'il semble important pour notre travail de la rendre visible.

Je leur demande de trouver une chaise qui pourrait la représenter. C'est Martine qui verra un petit tabouret caché sous l'évier. Nous définissons avec la famille que le tabouret représente *la maladie* qui est entrée dans la famille et qui semble les mettre en tension.

Aussitôt, Martine la saisit de mes mains, et souhaite « la dépoussiérer » ; je lui demande où elle souhaite la situer dans cet espace, et elle réplique avec une violence contrôlée³ « la maladie, je veux la mettre dehors ! », et fait semblant de la jeter par la fenêtre ; je reprends cela avec elle, et elle explique qu'elle sait bien que la maladie est présente, mais elle fait tout pour qu'elle soit la moins perturbante pour tout le monde.

Pour Edmond « la maladie », se situe entre Martine et lui, « *mais aujourd'hui, elle est de côté ; avant elle était bien présente entre nous, elle générait du conflit entre nous, mais depuis l'intervention des aides*

3 Pour rester dans une perspective évolutionniste, disons que la violence se manifeste quand la vie ou le territoire se trouvent menacés ; on peut, par analogie, étendre la notion de territoire géographique à celle, métaphorique, de territoire psychique. (cf. Payen de la Garanderie, 2014).

professionnelles à la maison, elle est de côté, il y a moins de tensions entre nous. »

Pierre-Yves place le tabouret qui représente « la maladie » devant lui et exprime « *la maladie, elle est en moi, je ne peux pas m'en défaire, parfois elle est ON parfois elle est OFF, mais elle est toujours là...* ». Pour la première fois dans le processus thérapeutique, je comprends clairement Pierre-Yves, il se redresse sur sa chaise, et il ne passe pas par sa sœur pour s'exprimer. D'ailleurs, Martine montrera sa surprise et son étonnement à l'écoute des propos de Pierre-Yves.

Fin 1^{re} séance avec la chaise vide : Edmond est assis sur le fauteuil roulant, il se situe entre Martine et Pierre-Yves, Pierre Yves a « la maladie » devant lui.

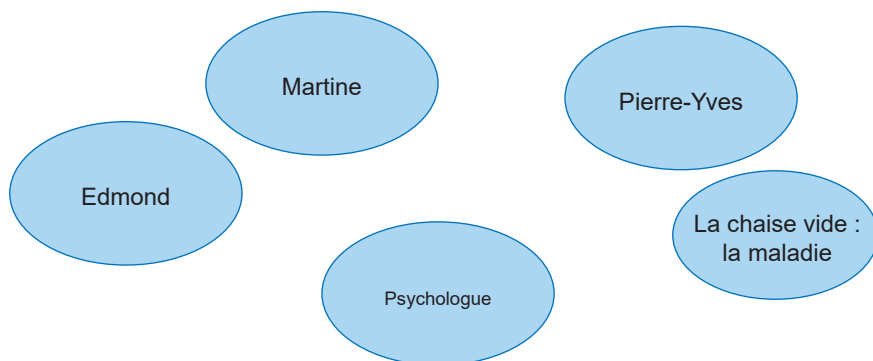
Début 2^e séance avec la chaise vide : comme à la séance précédente, Martine et Edmond cherchent une chaise convenable pour le thérapeute. Martine dit qu'il y a le tabouret, mais qu'on ne peut pas s'en servir, car c'est la maladie, et elle va la placer entre son frère et elle. Elle s'assoit sur le déambulateur, en disant qu'elle s'y trouve plutôt bien finalement, Edmond prend place sur le fauteuil roulant. À cette séance, Martine et Pierre-Yves sont plus proches (entre eux il y a la maladie), Edmond est en retrait, mais cette posture semble favorable pour préserver la relation entre Martine et Pierre-Yves : « *Edmond, il nous maintient, ça me rassure, car moi j'agis sur l'affect, je ne sais pas prendre de recul* », exprime Martine.

Au cours de cette séance, Pierre-Yves s'exprime avec clarté et nous confie pour la première fois que : « *je ne veux pas aller en maison de retraite ! Combien de temps me reste-t-il à vivre ? Je sais que le traitement n'est pas efficace...* ». Au même moment, Martine, d'un geste tendre, saisit la main de son frère : « *si je ne tenais pas à toi, ça ferait longtemps que tu serais entré dans une structure adaptée, mais c'est justement parce je tiens à toi que je fais le maximum pour que tu restes le plus longtemps chez toi* ». Pierre-Yves réagit à son tour : « *je veux que toi aussi, tu ailles bien, que tu recharges tes batteries ; partez en vacances avec Edmond, ça va vous faire du bien. Heureusement que tu es là, Edmond, pour apaiser les tensions parfois* ».

Fin de la 2^e séance avec la chaise vide : Tous les trois sont très émus. Nous décidons de nous revoir dans un mois. Dans l'attente du prochain entretien, je demande à chacun d'effectuer ses recherches sur les traitements non médicamenteux proposés pour la maladie de Parkinson, sur l'association de « France Parkinson » et les hôpitaux de jour.

3^e séance : Pierre-Yves m'accueille et m'invite à entrer par la porte d'entrée de son appartement. Il me fait part de ses recherches sur internet à propos des hôpitaux de jour. Il souhaite en visiter un à proximité de chez lui. Il l'apprécie particulièrement, car il y a la possibilité d'un hébergement temporaire « *pour les fois où Martine et Edmond devront partir en vacances* ». Pour la première fois, c'est Pierre-Yves qui mène les échanges. Martine et Edmond sont en retrait, ils s'expriment peu au cours de cette séance. Pour la première fois aussi depuis le début de notre travail, chacun de nous est assis sur une chaise, il y a le tabouret-maladie à côté de Pierre-Yves. Martine et Edmond sont assis côte à côte, en face de Pierre-Yves (voir ci-dessous). Et c'est au cours de cet entretien où chacun est à sa place que les événements de vie et les blessures du passé sont présentés.

Figure 1 : Représentation spatiale des places dans la séance



Deux semaines après cet entretien, Pierre-Yves est entré en hôpital de jour. Ces deux journées d'accueil par semaine ont permis à Martine de reprendre ses activités de loisirs. Trois mois plus tard, Pierre-Yves a décidé de séjourner en Hébergement temporaire pour que Martine et Edmond remontent dans le Nord rejoindre leurs petits-enfants...

Discussion

L'étude de cas de la famille Allée a permis d'illustrer l'intérêt de l'externalisation dans les psychothérapies des maladies neuro-évolutives. J'ai pu observer que cette technique est également très pertinente dans la prise en charge psychologique des troubles dyslexiques et psychiatriques.

Lorsqu'une famille demande une consultation familiale, elle vit une crise c'est-à-dire un événement qui l'écarte de son état d'équilibre habituel.

Cet évènement est inhabituel pour chacun de ses membres qui se demandent si demain sera comme hier. Je repère cet état de crise dans l'énonciation de leur problème que certains protagonistes expriment en forme de rébus. C'est à partir du moment où le thérapeute invite les membres de la famille à reconnaître la maladie ou le trouble comme un tiers étranger pesant, qu'il lui donne une place dans l'espace thérapeutique. Il devient alors possible d'explorer ce qu'il y a de plus profond en chacun, les craintes sur l'avenir, les blessures passées génératrices de croyances qui entravent les relations présentes. Comme nous venons de le voir avec la famille Allée, le rébus de l'histoire familiale acquière un sens au moment où la maladie désignée comme un tiers étranger pesant prend place physiquement dans l'espace thérapeutique grâce à l'utilisation d'une chaise vide.

Cette technique de l'externalisation est un levier thérapeutique puissant pour travailler avec le patient et sa famille dans le champ du handicap au sens large.

Dissocier le patient de sa maladie et traiter cette dernière comme un élément à part entière lui permet de parler de ses angoisses face à elle, d'arriver à élaborer le conflit intérieur qu'il vit entre le self et ce tiers étranger qui prend place en lui. Une fois la maladie nommée et reconnue, le champ des possibles s'ouvre pour le patient et sa famille. Chacun va pouvoir trouver de nouvelle façon de penser le quotidien et par voie de conséquence, agir ou non sur ce qui fait problème pour eux.

Références

- BALLARIN E. & DARNAUD T. (2019) : An external third party within the couple with Alzheimer's disease. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 5 : 1-6.
- BALLARIN-CHAMILLARD E. & DARNAUD T. (2022) : Le travail relationnel auprès des couples âgés désorientés par une maladie neuro-évolutive. Le processus d'externalisation de la maladie, un outil systémique pertinent en psycho-gérontologie. *Les Cahiers de l'Actif* 548/549 149 : 149-167.
- BYNG-HALL J. (1996) : *Rewriting Family Scripts: Improvisation And Systems Change* (1 édition). Guilford Press, New York.
- CAILLÉ P. & REY Y. (2004) : *Les objets flottants. Méthodes d'entretiens systémiques*. Fabert, Paris.
- CAILLÉ P. (2009) : Comptes et contes dans la relation de couple. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 42(1) : 27.
- COUDIN G. (2004) : La réticence des aidants familiaux à recourir aux services gérontologiques : Une approche psychosociale. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement* 2(4) : 285-296.

- EIGUER A. (2001) : Psychanalyse du déménagement. *L'Autre* 2 : 509-519.
- EIGUER A. (2004) : *L'inconscient de la maison*. Dunod, Paris.
- EIGUER A. (2006) : L'inconscient de la maison et la famille. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 37(2) : 23-33.
- ELKAÏM M. (1989) : *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*. Seuil, Paris.
- FREUD S. (1988-1919) : *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Gallimard, Paris.
- GOLDBETER-MERINFELD É. (1994) : Tiers pesant et tiers absent dans le système. *Thérapie familiale*, 15(4) : 373-380.
- GOLDBETER-MERINFELD É. (2005) : Chapitre 2. De la chaise vide au tiers pesant. In GOLDBETER-MERINFELD É. : *Le deuil impossible : Familles et tiers pesants* (pp. 35-42), De Boeck Supérieur, Bruxelles.
- LUSA M. (2019) : L'inquiétante étrangeté freudienne. *La Cause du Désir*, 102 : 71-77.
- MOLLARD J. (2009) : Aider les proches. *Gérontologie et société* 32/128-129(1) : 257-272.
- PAYEN DE LA GARANDERIE J. (2014) : Violence relationnelle : menace et absence de tiers. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 53 : 31-47.
- RIBES G. & DARNAUD T. (2014) : Du souvenir partagé à la mémoire implicite : une vision systémique d'une co-construction résiliente dans la constellation Alzheimer. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 53 : 113-130.
- TROUILLOUD M. (2012) : Au temps de la métamorphose Régression et/ou décompensation de la famille. In *Alzheimer, éthique et société* (p. 411-422). Érès, Toulouse.
- WATZLAWICK P., HELMICK-BEAVIN J. & JACKSON D. (1972) : Une logique de la communication. Seuil, Paris.
- WHITE M. & EPSTON D. (1990) : *Narrative means to therapeutic ends*. Norton, New York. Trad. française (2003) : *Les moyens narratifs au service de la thérapie*. Ed Satas, Bruxelles.