

Un tiers étranger dans le couple âgé. L'externalisation d'une maladie neuro-évolutive comme levier thérapeutique pour soutenir la relation conjugale

Emmanuelle Ballarin-Chamillard

DANS **THÉRAPIE FAMILIALE** 2023/4 (VOL. 44), PAGES 295 À 316
ÉDITIONS **MÉDECINE & HYGIÈNE**

ISSN 0250-4952

DOI 10.3917/tf.234.0295

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2023-4-page-295.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Un tiers étranger dans le couple âgé. L'externalisation d'une maladie neuro-évolutive comme levier thérapeutique pour soutenir la relation conjugale

Emmanuelle Ballarin-Chamillard Docteure en psychologie, thérapeute familiale, formatrice à l'approche systémique dans le champ du handicap et maladie mentale, chargée d'enseignement à l'Université Toulouse 2 Jean Jaurès, France

Résumé

Nous discuterons dans cet article de comment une maladie neuro-évolutive s'immisce dans la vie du couple en tant que tiers étranger. Nous proposons à partir de trois situations cliniques, de rendre compte d'une nouvelle pratique clinique en gérontologie inspirée des thérapies narratives notamment l'externalisation du problème grâce à l'utilisation des objets flottants (Caillé et Rey, 2004). Hortense nous montrera les répercussions positives du processus d'externalisation sur le couple conjugal. Paul nous permettra d'illustrer la puissance du tiers étranger qui conduit le couple conjugal à une mutation relationnelle. Enfin, nous verrons avec Agathe que le couple adopte une position défensive face au tiers étranger en choisissant le repli.

Introduction

De plus en plus de couples âgés sont concernés par une maladie neuro-évolutive dont la plus connue est la maladie d'Alzheimer. Selon l'Organisation mondiale de la santé (2016), il y aurait environ 47,5 millions de personnes atteintes d'une maladie neuro-évolutive dans le monde, ce nombre devant augmenter de 60 % d'ici 2040 si aucun traitement n'est trouvé d'ici là. En France, nous comptons 11 millions d'aidants familiaux (Baromètre, 2017) dont 4,3 millions aident régulièrement un proche âgé de 60 ans ou plus, à domicile, 44 % d'entre eux étant des conjoints (Drees, 2008). D'après nos calculs, 1,89 million de couples âgés seraient affectés par une maladie neuro-évolutive.

Pour comprendre comment une maladie neuro-évolutive se positionne en un élément à part entière venant faire tiers étranger au sein du couple, nous suivrons l'idée du tiers fondateur du couple dans l'épistémologie systémique (Goldbeter-Merinfeld, 1994, 2005, 2017; Caillé, 1991 2007, 2009) et la formule arithmétique du couple un et un font trois proposée par Caillé (1991).

Par son caractère chronique, l'évolution d'une maladie neuro-évolutive va confronter celui ou celle qui va investir le rôle de l'aidant familial à ce dilemme psychologique « mon proche demeure et dans le même temps il devient un autre non familial ».

Ce dilemme vient donc déséquilibrer la formule arithmétique du couple de Caillé $1 + 1 = 3$ (1991) en effet le couple doit intégrer un nouvel élément, celui de la maladie qui vient s'immiscer dans leur vie.

Pour faciliter la lecture des propos suivants, nous nous autorisons ce court aparté, en comparant la situation des couples confrontés à une maladie neuro-évolutive aux couples confrontés à un accident de la route laissant des séquelles physiques et psychologiques irréversibles, comme c'est le cas de la tétraplégie. Lorsqu'un conjoint devient tétraplégique à la suite d'un accident de la route, c'est toute une vie qui bascule du jour au lendemain pour l'ensemble familial et la sphère conjugale.

Cet évènement extérieur caractérisé par le mot « accident » va conduire les protagonistes à passer d'un état relationnel « avant accident » à un état relationnel « après accident » et le corps du conjoint dit « tétraplégique » portera les marques de cette rupture comme une trace indélébile. Pour le couple « avant l'accident » il doit apprendre à vivre autrement, les partenaires vont vivre de nouvelles interactions. Par exemple, on devine qu'un conjoint va devenir ou investir le rôle d'aidant, dans le sens où il va devoir pallier la situation de handicap de son partenaire qui a de nouveaux besoins.

De son côté le partenaire « porteur du handicap » va être contraint d'apprendre à recevoir l'aide de son conjoint et donc se positionner en conjoint-aidé. C'est ainsi que la venue d'un évènement extérieur, non choisi vient redistribuer les cartes du jeu relationnel entre les protagonistes, la venue de ce nouvel élément vient redéfinir les deux systèmes celui du couple avant l'accident et le système aidant/aidé qu'est devenu le couple après l'accident mais cette évolution ne se fait pas sans interroger chacun des membres et sans son acceptation. L'assentiment des deux protagonistes du couple nous semble être un aspect éthique primordial. Il est souvent négligé dans les situations où le handicap dont est porteur le conjoint-aidé invite à la disqualification de ces propos dans une lecture normative.

Il n'est plus en état de comprendre ce que nous disons en raison de ses atteintes cérébrales, devient alors la justification de sa chosification, voire de son autrui-cide (Maisondieu, chapitre 11, dans Darnaud et Escots, 2020).

À l'aide de cet exemple, nous défendons l'idée que « la tétraplégie » en tant qu'élément nouveau provoquant une transformation sur un membre du couple

« qui devient porteur du handicap » vient se positionner en tiers dans la relation et crée un nouvel équilibre entre les conjoints.

Si la violence d'un accident aux conséquences graves et la rupture qu'il inscrit dans le quotidien sont une évidence, il n'en est pas de même avec les maladies neuro-évolutive en raison de leur caractère insidieux (Darnaud, 2003; Darnaud et Gaucher, 2009).

En revanche, quand les troubles du comportement induits par une maladie neuro-évolutive interdisent le fonctionnement habituel du couple, alors la rupture temporelle s'inscrit et, comme dans les situations d'accident, il y aura un avant et un après généralement symbolisés par l'annonce diagnostique.

Pourquoi la maladie est-elle un tiers étranger ?

Nous avons choisi de définir et considérer la maladie neuro-évolutive comme un tiers étranger à partir de nos lectures incitées par notre clinique auprès de ceux qui vivent la maladie de l'intérieur (Ballarin, 2020).

À l'écoute des patients ayant reçu l'étiquette diagnostique de maladie neuro-évolutive, nous pensions en tant que clinicienne à une crise identitaire ou un sentiment de dépersonnalisation entre ce qui est Moi et non Moi. Par exemple Rose disait « parfois j'ai l'impression de ne plus être moi-même... » mais ce n'était pas suffisant pour expliquer le décalage de la réalité entre celle du conjoint-aidant et celle du conjoint-aidé. Et c'est Michel qui a éclairé notre questionnement et ouvert à cette idée du tiers pour qualifier la maladie neuro-évolutive, lors d'un groupe de parole que nous animions en tant que psychologue exerçant au sein d'un accueil de jour, il nous a dit : « Je suis Michel et aujourd'hui **je vis avec** Alzheimer. »

Le dictionnaire Larousse définit l'utilisation de la préposition « avec » comme « l'accompagnement de quelqu'un ». À travers son expression, Michel reconnaît qu'il vit aujourd'hui en compagnie de la maladie d'Alzheimer mais il ne s'identifie pas à elle. L'utilisation de la préposition « avec » montre à la fois pour Michel la reconnaissance de la maladie mais le fait qu'il ne s'y soumet pas, l'utilisation « avec » lui permet de créer une distance entre lui et la maladie.

Nous avons choisi d'appeler cette représentation de la maladie « le tiers étranger » pour la distancer de la personne et rendre compte du sentiment d'étrangeté qu'elle suscite au sein du couple. En effet, il n'est pas rare d'observer comment les proches aidants s'organisent pour la rendre « invisible » pour ainsi conserver l'homéostasie du couple et de la famille. De la même manière, les personnes ayant reçu le diagnostic expriment leur désaccord aux « accusations » qu'on leur prête, « ce n'est pas moi qui ai fait ça ! » il y a comme une sorte de crise interne entre ce qui est Moi et ce qui est non Moi.

Notre pensée s'accorde avec la recherche clinique actuelle qui démontre combien la présence d'une maladie neuro-évolutive génère des allers-retours à la fois pour le malade [entre présence à soi-même et absence à soi-même] et pour

l'aidant [entre absence et présence de son conjoint] (Verdon, 2014) renforçant la confusion. Pour Verdon, la personne touchée par une maladie neuro-évolutive n'est dès lors ni « tout à fait la même ni tout à fait une autre ».

Le sentiment de continuité d'exister et la permanence des liens d'investissement de soi et de l'autre sont mis à mal et deviennent sources d'angoisse, dans une démarcation claire de ce qui appartient à la réalité propre du sujet et de ce qui relève de la réalité externe (Verdon, 2014).

L'arithmétique du couple avec le tiers étranger

À partir des travaux de Caillé (2007, 2009), nous proposons de modifier les formules arithmétiques proposées par l'auteur en ajoutant le chiffre « 1' » pour représenter le tiers étranger et « × » pour représenter le jeu relationnel qui s'installe entre chaque partenaire et le tiers étranger.

Dès lors, l'ajout de ces deux éléments dans la formule arithmétique de Caillé permet de rendre visible le conflit que vit chaque partenaire avec le tiers étranger. Nous illustrerons nos propos avec des témoignages issus de notre clinique.

(1) $1 \times 1' + 1 \times 1' = 3$: la maladie révèle les dysfonctionnements du couple, elle n'est pas l'objet principal du conflit entre les partenaires (Caillé, 2007, 2009). Pour le reprendre avec nos mots, l'émergence de la maladie ne met pas en danger les fondements du couple, dans sa structuration, il n'y a pas de mutation relationnelle au sein du couple.

Comme nous l'avons vu précédemment les effets de la maladie dans le système couple ne perturbent pas l'homéostasie du couple. Nous supposons que c'est le cas pour René et Germaine :

Témoignage « vous savez la maladie ce n'est qu'une étape de plus dans notre vie, nous avons tellement surmonté d'épreuves avec ma femme, la guerre, les nombreux déménagements... la maladie, elle lui a pris beaucoup de choses, c'est vrai... mais elle ne lui a pas volé son sourire! » (René, conjoint-aidant de Germaine).

(2) $1 \times 1' + 1 \times 1' = 1$: la maladie a toujours tenu le rôle absolu relationnel au sein du couple, elle est le ciment du couple et les partenaires ont tissé leur lien et leur rôle en fonction d'elle (Caillé, 2007, 2009). On peut donc supposer qu'en se positionnant en nouveau tiers étranger, la maladie vient renforcer, les positions de chacun des partenaires.

Au sens de Goldbeter-Merinfeld, le tiers étranger viendrait renforcer le tiers pesant du couple. Dans ce cas les effets de la maladie participent à stabiliser l'équilibre relationnel du couple. Nous supposons que c'est le cas pour Margueritte et Paul :

Témoignage: « quand j'ai connu Paul, je savais qu'il avait un cancer, et ensemble nous avons su y faire face! nous sommes tous les deux passionnés de randonnées,

nous avons gravi les sommets les plus hauts, l'Himalaya par exemple... alors le cancer... et aujourd'hui Alzheimer, c'est un sommet de plus à gravir ensemble main dans la main... finalement je me dis que la maladie a toujours été là, elle est peut-être tellement intégrée... » (Marguerite, conjointe-aidante de Paul).

(3) $1 \times 1' + 1 \times 1' = 4$: la maladie s'introduit dans l'intimité du couple en tant qu'élément étranger, et génère de la distance entre les partenaires (Caillé, 2007, 2009). Cette dernière formulation nous intéresse particulièrement car elle soutient notre hypothèse que le tiers étranger pourrait modifier la structure du couple conjugal. Au sens de Goldbeter-Merinfeld, le tiers étranger entrerait en concurrence avec un des tiers pesant du couple et deviendrait le tiers étranger pesant. Pour le dire autrement, les effets de la maladie neuro-évolutive conduiraient à une rupture de l'équilibre relationnel et donc provoqueraient une mutation relationnelle. Comme nous pouvons le supposer à la lecture des propos de Mona (conjointe-aidante) :

Témoignage: « Cette maladie je la considère comme un monstre qui est en train de m'enlever mon homme! »

L'intrusion de la maladie neuro-évolutive au sein de la relation conjugale vient mettre à mal le sens du mythe conjugal ou l'absolu du couple (Caillé, 2007, 2009) et convoque les partenaires à une nouvelle quête de sens, excepté si la maladie a toujours occupé un rôle relationnel au sein du couple, pour reprendre la formule de Caillé (2007, 2009) $1 + 1 = 1$.

Nous proposons de reprendre le modèle de Goldbeter-Merinfeld (2017) en introduisant notre idée du tiers étranger pour représenter la maladie neuro-évolutive, représenté par notre figure 1.

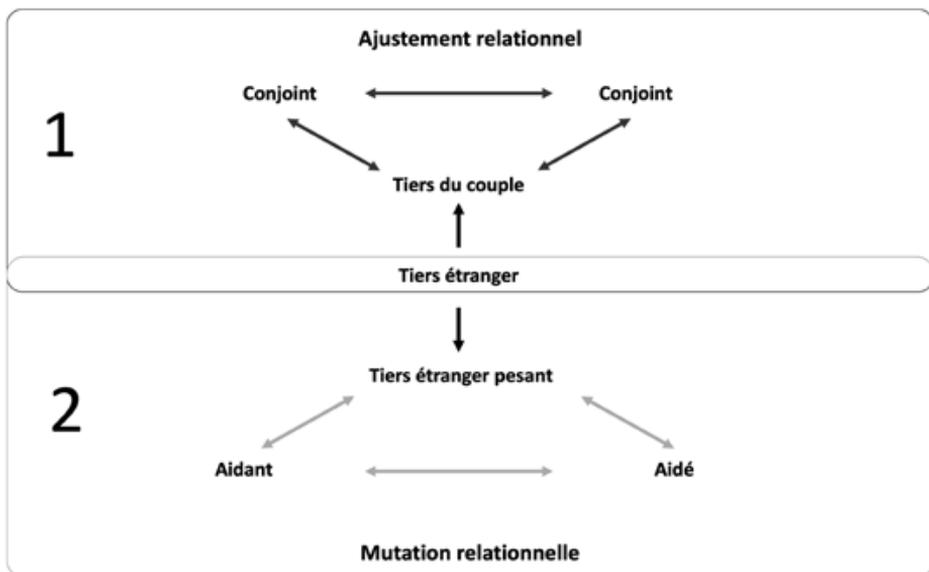


Figure 1. Modélisation du tiers étranger dans le couple.

Nous supposons que la mutation relationnelle conjugale en relation aidant-aidé dépendra de la puissance du tiers étranger sur le tiers fondateur du couple conjugal.

Pour le dire autrement, l'introduction du tiers étranger peut provoquer, selon nous, deux situations différentes (Ballarin et Darnaud, 2019) :

- soit (1) la résistance du ou des tiers fondateurs du couple permet que le couple conjugal reste au premier plan relationnel. Le tiers étranger peut être introduit dans le système couple, mais sa place n'implique pas une nouvelle dynamique relationnelle entre les partenaires dans le sens de structuration (la mutation n'a pas opéré).
- soit (2) il y a mutation relationnelle entre les partenaires si le tiers étranger devient tiers étranger pesant et détermine de nouvelles relations entre les partenaires.

Le conflit psychique de l'aidant :
entre position de conjoint et position d'aidant

Le fait de se représenter la maladie comme un élément à part entière et de le rendre tiers dans la relation permet de mettre en évidence le conflit psychique à l'œuvre chez le conjoint futur aidant (Trouilloud, 2012) et de ses sentiments ambivalents envers son conjoint (Maisondieu, 2003, 2019 ; Pierron, 2017 ; Trouilloud, 2012). La représentation triangulée du conjoint-aidant avec le tiers étranger ouvre progressivement la question du conflit intérieur entre position de conjoint et position d'aidant (dans le sens du *caregiver*).

Ce travail psychique n'est pas sans conséquence sur l'identité même du conjoint-aidant, Pria Veillon (2017) parle d'un processus de reconstruction identitaire.

Ce qui suppose que le tiers étranger peut générer un ébranlement narcissique chez le futur conjoint-aidant ou mettre en tension, [la position conjoint] et [la position aidant].

En effet, le conjoint-aidant vivrait un conflit psychique entre son besoin de sauvegarder l'image de son conjoint pour la survie du couple tel qu'il était (avant la maladie) et son devoir de veiller à sa sécurité compte tenu des troubles cognitifs (avec la maladie) (Ostrowski et Mietkiewicz, 2013). Nous rajoutons que le conjoint-aidant se sent constamment tiraillé entre son besoin de sauvegarder son sentiment identitaire et son devoir de veiller sur son proche malade. Comme nous l'exprime Clothilde :

Témoignage : « Parfois, il m'arrive de ne plus reconnaître l'homme que j'ai épousé [...]. Qui suis-je si mon époux me prend pour sa mère ? [...], et moi je ne suis plus la même, maintenant je soigne, je suis dans le soin. J'ai l'impression de devenir son infirmière. » Clothilde conjoint-aidant.

Le conjoint-aidant s'engagerait dans un travail psychique entre désinvestissement de ce qu'était le conjoint avant la maladie et l'investissement de ce que devient le conjoint aujourd'hui avec la maladie (Trouilloud, 2012).

Nous supposons que pour le conjoint-aidant tout ce qui ne relève pas du contrat implicite de leur union, ou du *Hau* du couple au sens de Caillé (avant la maladie) serait « rejeté » à autre chose, un phénomène nouveau et qui apparaît étrange que nous qualifions de « tiers étranger ».

Nos propos s'accordent avec ceux de Péruchon (2013) disant que la dépendance du conjoint, voire la proximité créée par l'involution de la maladie, peut parfois être si forte qu'elle peut conduire à un « phagocytage de l'objet ». L'image du proche aidé devient clivée, la tendresse et l'affection vers l'objet narcissique idéal, impossible à perdre, que nous représentons par l'image du conjoint intériorisée. Et l'auteur parle d'une hostilité tournée vers cet autre non familial, qui renvoie au vide narcissique que nous appelons le tiers étranger pour représenter la maladie.

Le conjoint-aidant est confronté à des comportements qui le trouble (Pellissier, 2011), des phénomènes d'étrangeté, face à la métamorphose de son époux(se) (Trouilloud, 2012); s'opère alors un bouleversement de l'effet miroir, mon époux(se) ne ressemble plus à l'être aimé, et je ne me reconnais plus dans l'image qu'il me renvoie.

D'ailleurs, de récentes recherches vont dans ce sens et démontrent bien qu'il existe un désinvestissement narcissique qui ébranle l'identité de l'aidant et risque de générer de la violence sur l'aidé (Gatignol, 2019).

Les propos de Marceline illustrent bien ce désinvestissement narcissique envers son conjoint en raison des marques de la maladie, nous nous demandons que devient le conjoint s'il n'est plus investi narcissiquement comme conjoint par son propre conjoint.

Témoignage: « Ce n'est plus l'homme que j'ai choisi d'épouser, j'ai l'impression de vivre avec un étranger... Aujourd'hui de le voir comme ça je ressens du dégoût, je ne supporte plus qu'il me touche [...] il peut m'arriver de penser à lui faire du mal tellement j'ai du mal à le regarder, à le supporter... » (Marceline, conjointe-aidante).

« L'Autre est un autre-que-moi parce qu'il est relativement le même, parce qu'il est à la fois semblable et différent » écrivait Jankélévitch (1960).

Mais cet Autre, compte tenu d'un nouveau langage, devient un Autre non familial qui représente la déchéance, la dégradation, dont il devient difficile de s'identifier au risque de provoquer un phénomène d'autruidé modélisé par Maisondieu (2003) qui signifie la mort psychique du sujet. Mon époux(se) devient un objet de soin et n'est plus considéré comme un sujet pensant. À travers les propos de Marceline, il semble que l'image du conjoint tel qu'il était avant la maladie s'efface pour devenir un autre non familial. Et nous supposons que pour Marceline le couple a muté en quelque chose de nouveau avec un

risque de dépsychisation du conjoint-aidé qui n'est vu qu'à travers les effets de sa maladie, et elle semble mal supporter son nouveau rôle.

À partir de notre expérience clinique nous défendons l'idée que se représenter un tiers étranger pour signifier l'étrangeté ressentie, le changement vécu par les différents troubles qui déroutent le conjoint-aidant, protège du processus d'autruicide développé par Maisondieu (2003, 2020a). Considérer la maladie comme un tiers étranger permettrait pour le conjoint-aidant de protéger la représentation interne du conjoint tel qu'il était autrefois (avant la maladie).

Et de mettre au travail l'investissement de cet autre lui (non familial) c'est ce que nous appelons le processus d'externalisation.

Cadre thérapeutique

Les thérapies narratives : externaliser le problème

Les thérapies narratives, développées à l'origine par White et Epston entre 1970 et 1980 (cité dans Wyk, 2008) permettent, notamment, de revoir les histoires du patient par le processus de déconstruction du problème (White, 2007).

Le thérapeute narratif considère les maladies comme des problèmes extérieurs aux individus, qui doivent apprendre à faire face à leurs problèmes et à créer des plans d'action dans lesquels ils peuvent fonctionner contre le problème, et non comme une partie du problème. En ce sens, l'approche narrative vise à déconstruire les limites imposées par les définitions des maladies.

L'objectif de la thérapie narrative au moyen de l'externalisation du problème est d'élaborer un plan d'action pour agir sur le problème (Drewery et Winslade, 1997 ; Epston, 1998 ; White, 2007). De cette façon, l'individu peut s'approprier le problème et être motivé à agir contre lui, au lieu d'être piégé dans des discours stigmatisés (Epston, 1998). Le but est de rechercher les effets du problème sur la personne, dans sa vie quotidienne et dans ses relations.

L'externalisation permet à un individu d'objectiver et de personnifier un problème oppressant (White, 2007). Le problème est interprété comme étant externe plutôt qu'interne, ce qui permet à l'individu de devenir un agent créatif dans la résolution de problèmes, plutôt qu'un patient passif (Monk, 2009).

Pour ce qui nous concerne ici, le problème est que l'infiltration d'une maladie neuro-évolutive au sein du couple implique pour le conjoint de devenir l'aidant de son partenaire de vie et de ce fait peut mettre en tension la relation conjugale.

Notre travail sera de repérer avec le conjoint-aidant les moments où il se sent conjoint de son partenaire et les moments où il se sent soignant, aidant de son partenaire.

Dans l'espace thérapeutique, l'utilisation des objets flottants devient un moyen d'observer la représentation de la relation conjugale.

Les objets flottants : un moyen d'externaliser la maladie

«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 et Rey, 2004).

Le but des objets flottants est de révéler les engrammes¹ relationnels et la qualité relationnelle présente (Caillé, 2012).

L'objet flottant a la capacité de rendre visible l'invisible, c'est-à-dire qu'il permet de mettre en lumière le langage analogique et donc potentiellement de favoriser l'expression de l'innommable. Le langage analogique est le langage par lequel peut s'exprimer pleinement l'implicite de la relation telle qu'elle est partagée dans le couple (Watzlawick, 1972). La création réalisée à partir d'objets flottants permettra d'objectiver la situation relationnelle dans laquelle se trouve le conjoint-aidant avec son conjoint-aidé dans son histoire au moment où nous le rencontrons.

Notre clinique est fondée sur cette spécificité des objets flottants, c'est pour cela que nous avons retenu cet outil, pour apprécier l'évolution relationnelle ou non du couple.

Caillé et Rey (2004) précisent que le thérapeute s'appuie sur sa pratique des objets flottants qui lui sont familiers.

Nous avons choisi d'utiliser une boîte d'objets que nous utilisons comme des objets flottants. Ces objets sont variés, ils sont issus de nos rencontres auprès des conjoints-aidants qui durent depuis plus de dix ans. Dans cette boîte, il y a 4 ficelles de taille et couleur différentes, 4 bouteilles de parfum, 2 boutons (un grand, un petit), des bijoux, 4 coquillages de différentes formes, 2 cailloux de différentes formes, 1 jeu de cartes, 1 boulon, 1 pince à linge, 1 plaquette de médicament.

Nous avons fait le choix de présenter à travers cet article trois situations cliniques qui mettent en évidence le processus d'externalisation au sein du couple :

- Hortense, « le processus d'externalisation est opérant » ;
- Paul, « le processus d'externalisation n'a pas opéré » ;
- Agathe, « le tiers étranger est tenu à distance ».

¹ Trace laissée dans le cerveau par un évènement du passé et qui constituerait le support de la mémoire (dictionnaire Larousse).

Contexte de la rencontre

Nous précisons que nous avons rencontré Hortense, Paul et Agathe au sein d'une plateforme d'accompagnement et de répit des aidants de la Haute-Garonne² au cours de notre projet de recherche mené dans un travail de doctorat (Ballarin, 2022).

Hortense : le processus d'externalisation a opéré,
la relation conjugale est conservée

Éléments biographiques recueillis au moment de l'entretien

Hortense est âgée de 70 ans, elle accompagne son mari Pascal âgé de 78 ans, qui a une maladie de Parkinson diagnostiquée en 2016 (MMSE = 9/30)³. Ils sont mariés depuis cinquante-deux ans et ont travaillé ensemble pendant quarante années. Ils ont une fille unique.

Il n'y a pas d'antécédents dépressifs chez Hortense. Depuis l'aggravation de la maladie de son mari, elle nous explique qu'ils ont fait le choix de déménager pour se rapprocher de leur fille.

Au moment de notre rencontre avec Hortense, cela fait quelques mois (moins d'un an) qu'elle vit dans une nouvelle maison (située à plus de 250 km de leur ancienne maison). Au cours de notre entretien, les échanges autour du couple sont nombreux et nous observons un plaisir pour Hortense de nous raconter leur histoire d'amour. Elle nous décrit un couple fusionnel en mettant l'accent sur leur complicité, leur goût pour l'aventure. Le couple partage de nombreuses activités communes, comme le sport, le bricolage, les rallyes, les voyages et continue encore certaines de ces activités notamment les voyages et les rallyes.

Hortense nous décrit les qualités de son mari ; nous observons une certaine admiration pour l'homme, elle confiera des moments de tendresse et d'intimité du couple.

Nous constatons que le récit de la vie du couple est très présent dans l'entretien. Les fois où Hortense parle de la maladie, elle la nomme à la troisième personne et nous donne l'impression qu'elle la personnifie, elle dira par exemple « *quand la maladie devient trop présente je m'isole un instant et attends que cela passe* ». Au moment où nous rencontrons Hortense, elle bénéficie

² Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants. <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>

³ MMSE (*Mini Mental Test*) est un test d'évaluation des fonctions cognitives et de la capacité mnésique d'une personne. Une personne ayant un MMSE inférieur à 15 est considérée comme une personne avec un déclin cognitif sévère.

d'un soutien psychologique collectif puisqu'elle participe à du répit psychologique⁴ (Ballarin-Chamillard, 2023). Pascal est accompagné en accueil de jour depuis un mois et le couple a accepté l'aide d'une auxiliaire de vie qui semble être soutenante pour le couple.

Le choix des objets et narration d'Hortense

Lorsque nous demandons à Hortense de choisir un ou plusieurs objets pour nous représenter sa relation avec son époux, elle choisira spontanément en premier (1) la boîte de médicaments, en (2) le parfum, (3) la vis, (4) les coquillages, (5) le roi de cœur et la reine de carreaux, en (6) le lien rouge et en dernier Hortense choisira le lien noir pour évoquer ce deuxième lien avec Géraldine (son auxiliaire de vie).



Image 1. Planche des objets sélectionnés par Hortense.

Ci-dessous, nous avons retranscrit le discours de Hortense au moment où elle choisit les objets et fait sa représentation.

«Les médicaments, ça c'est... pour sa toilette et son bien-être. La vis parce qu'aujourd'hui je bricole à sa place, les coquillages, pour nos moments de vacances, car il y en aura encore... Ah un couple! ça c'est pour notre couple car nous sommes toujours un couple. Les médicaments ça représente les maladies, je

⁴ Nous définissons le répit psychologique comme un accompagnement psychologique du couple par l'ouverture d'un espace propice à l'élaboration psychique qui leur est dédié pour penser et contextualiser la maladie dans leur relation. Ce dispositif est proposé en Haute-Garonne sous le nom de pause-café. En favorisant des espaces d'élaboration psychique et de contextualisation de la maladie, le répit psychologique permet de mettre en œuvre un processus psychologique d'acceptation de cet élément nouveau (pour désigner la maladie) qui a rejoint la vie du couple.

gère toutes les pathologies, la journée commence par le remède Parkinson, plus le diabète, et le midi il y a d'autres médicaments et à 4 heures c'est de nouveau Parkinson; je ne relâche pas toute la journée avec ça! le parfum pour la toilette, la douche et le rasage. Le boulon, pour le bricolage, c'est lui qui le faisait avant et maintenant c'est moi. Le couple c'est au centre pour moi! Le lien rouge pour le lâcher-prise, je me dénoue. Les coquillages pour l'envie de vacances, le lien noir pour mon nouveau lien avec Géraldine, elle me remplace parfois auprès de mon mari... et elle est devenue une amie, une confidente.»

*Hypothèse clinique : le processus d'externalisation a opéré,
le tiers fondateur du couple est résistant au tiers étranger*

Dans le cas d'Hortense, nous repérons que la maladie est abordée comme un élément à part entière, elle est personnifiée et la relation de couple est au premier plan. Il y a un changement lié à la présence de la maladie mais ce changement n'a pas l'effet d'une mutation relationnelle. En accord avec Caillé (2004) et notre modèle du tiers étranger, nous supposons que pour Hortense, la formule arithmétique du couple est $1 \times 1' + 1 \times 1' = 3$, soit un ajustement relationnel.

Paul : le processus d'externalisation n'a pas opéré,
la relation conjugale a muté en relation aidant-aidé

Éléments biographiques recueillis au moment de l'entretien

Paul est âgé de 73 ans, il est marié à Clémence âgée de 75 ans, depuis cinquante et un ans. Ils ont trois garçons qui vivent séparés du domicile du couple (> 260 km). Le lien avec les enfants est décrit comme positif et soutenant pour le couple. Lorsque nous rencontrons Paul, il nous explique qu'il a suivi une formation des aidants dans le cadre de l'association France Alzheimer, qu'il connaît beaucoup de choses sur la maladie. Il ne ressent pas le besoin pour le moment d'être accompagné par un groupe de soutien avec d'autres aidants, justifiant qu'il sait déjà beaucoup de choses sur la maladie. Il ne participe pas à du répit psychologique. Au cours de l'entretien, il décrit des signes qui laissent supposer un état modéré de la maladie, comme des fausses reconnaissances (agnosie), de l'apraxie et des troubles du langage (manque du mot et troubles de la compréhension).

Clémence a reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer en 2015, le MMSE au moment de la rencontre est de 5/30. Aux questions relatives à la relation de couple avant la maladie, Paul nous décrit un couple fusionnel qui n'a jamais vécu de période de séparation. Il n'y a pas d'antécédent dépressif et Paul ne déclare pas de problème de santé.

Paul nous explique que Clémence est accompagnée depuis plusieurs années par une orthophoniste qui vient à domicile avec laquelle le lien de confiance semble efficace. En effet, il nous explique que Clémence est réticente à la visite de certains professionnels.

Ne voulant pas la contrarier, Paul préfère s'occuper de tous les soins nécessaires à Clémence, notamment pour la toilette. Toutefois, dans les échanges, nous repérons que ce moment semble mettre en tension le couple car plusieurs fois Paul décrira des moments d'agitation et de colère de Clémence pour cet acte de la vie quotidienne. Enfin, il décrit un profond mal-être chez Clémence qu'il définit par des pleurs, une méses-time et un repli sur soi.

De notre point de vue, Paul semble au clair sur les effets de la maladie, ce qui nous frappe dans l'entretien, c'est que la maladie prend beaucoup de place dans nos échanges. Lorsque nous essayons d'en apprendre davantage sur Clémence, Paul nous en parle au passé, mettant en avant ses qualités d'épouse, de mère et d'institutrice.

À travers le discours de Paul, nous distinguons deux Clémences [Clémence d'aujourd'hui] et [Clémence avant la maladie], il dira par exemple « *avant c'était elle qui faisait tout ça...* » ou encore « *avant elle était coquette, elle prenait soin d'elle* ».

Paul nous décrit [Clémence d'aujourd'hui], uniquement sous l'angle de ses comportements et de ses attitudes qu'il qualifie d'étranges, de bizarres, les mettant sur le dos de la maladie.

Quand nous essayons d'éclairer le refus de Clémence pour la toilette, elle qui était si coquette par le passé d'après les dires de son mari, Paul dira que c'est à cause de la maladie, « *c'est elle qui décide du quotidien maintenant* ».

Le choix des objets et narration de Paul



Image 2. Planche des objets sélectionnés par Paul.

Lorsque nous demandons à Paul de choisir un ou plusieurs objets pour nous représenter sa relation avec son épouse, il choisira spontanément en premier (1) la boîte de médicaments, en (2) la pince à linge, (3) le parfum, (4) le caillou, (5) le bouton, en (6) la libellule, et en dernier Paul choisira le nœud noir sans dire un mot.

Ci-dessous nous avons retranscrit le discours de Paul au moment où il choisit les objets et fait sa représentation.

« Pour elle. Les médicaments c'est la première chose qu'elle prend tous les matins. Je l'aide pour suspendre le linge, maintenant, je lui donne moi [...] c'est bien différent d'avant. Elle va chercher les cailloux, elle aime bien ça. C'est pour s'habiller. Pour ses bijoux, elle aime ça, elle me demande toujours de lui acheter des bagues. Avant je ne faisais pas tout ça, c'était elle qui s'occupait de moi, plutôt que moi d'elle. »

Analyse du choix des objets

Paul choisi spontanément la boîte de médicaments en premier. La libellule est choisie en référence aux vêtements et bijoux de Clémence.

À travers la narration de Paul, nous observons un descriptif du quotidien, les objets sont choisis pour montrer les différentes actions réalisées par Paul auprès de Clémence, en ce sens il nous semble être dans le faire du quotidien.

Parmi les objets sélectionnés, aucun ne fait référence de manière explicite à la relation conjugale. La relation de *caregiver* prend toute la place dans le discours.

Le nœud noir est choisi en dernier et sa position est au premier plan. Pour nous thérapeute, le nœud noir évoque le deuil de la relation conjugale antérieure.

Enfin, ce qui nous surprend, c'est que les membres du couple ne sont pas représentés. Peut-être que Clémence est représentée à travers la libellule, mais Paul ne s'est pas représenté ; il est dans le faire du quotidien. Dans sa narration, il ne dit pas « Clémence » ou « mon épouse », il dit seulement « elle ».

Hypothèse clinique : le processus d'externalisation n'a pas opéré, le tiers étranger devient tiers pesant et génère une mutation relationnelle

À partir des propos de Paul et des objets choisis, nous supposons que Paul est dans « le faire » du quotidien, la maladie prend toute la place et Clémence d'aujourd'hui est perçue à partir des effets de la maladie. Dans le cas de Paul, nous pensons que la relation conjugale est au second plan, elle est abordée que lorsque nous posons des questions et les réponses apportées sont données au passé.

Dans ses propos, Paul met l'accent sur la relation de *caregiver*. Selon nous, la relation conjugale a muté en relation aidant-aidé.

En accord avec les travaux de Caillé (2004) et notre modèle du tiers étranger, nous supposons que nous sommes ici dans le cas d'une mutation relationnelle du couple, selon la formule arithmétique $1 \times 1' + 1 \times 1' = 4$.

Agathe : le processus d'externalisation est amorcé :
le tiers étranger est tenu à distance

Éléments biographiques recueillis au moment de l'entretien

Agathe est âgée de 77 ans elle est mariée depuis cinquante-six ans à Marius (âgé de 80 ans), ils ont deux enfants vivant à proximité. Le couple n'a jamais vécu de période de séparation. Elle décrit une relation assez fusionnelle avec des intérêts communs.

Elle rapporte un état dépressif dans son histoire personnelle pour lequel elle n'a pas souhaité bénéficier de soutien psychologique. Elle ne rapporte pas de problème de santé la concernant aujourd'hui. En 2018, Marius a reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer. Au moment de la rencontre, le MMSE est de 20/30 ce qui correspond à un stade léger de la maladie (d'après Folstein et McHugh, 1975).

Nous rencontrons Agathe dans un bureau d'une plateforme d'accompagnement et de répit des aidants de la Haute-Garonne pour une consultation psychologique dans le cadre de l'aide aux aidants.

Nous nous souvenons d'une posture réservée, les réponses apportées à nos questions étaient brèves et sans détails, notamment les questions relatives à la maladie, au recours aux aides professionnelles du domicile et/ou les structures de répit.

Elle précisera sur ces questions « *nous n'en sommes pas encore là* » ou « *il n'en est pas encore là* ». Agathe nous dira à plusieurs reprises qu'ils n'ont pas besoin d'être aidés pour le moment.

Au moment où nous la rencontrons, elle nous explique qu'elle a participé à du répit psychologique (participation deux heures) mais n'a pas souhaité revenir justifiant « *je n'en suis pas encore là* ».

Le choix des objets et narration d'Agathe

Lorsque nous demandons à Agathe de choisir un ou plusieurs objets pour nous représenter sa relation avec son époux, elle choisira spontanément en premier (1) le caillou, (2) la fleur, (3) la libellule, (4) la pince à linge, (5) l'as de cœur, et en dernier (6) le lien noir pour représenter l'attachement.

Ci-dessous, nous avons retranscrit le discours d'Agathe au moment où elle choisit les objets et fait sa représentation.



Image 3. Planche des objets sélectionnés par Agathe.

Le discours d'Agathe

« Le caillou, il arrache toujours des cailloux à la campagne, je ne peux pas l'empêcher, c'est devenu maladif d'arracher les cailloux... la fleur car il aime la nature et moi aussi. La libellule pour la légèreté, parce qu'on parle de choses légères parce qu'il ne faut pas parler de choses graves, on plaisante beaucoup, on prend les choses à la rigolade. La pince à linge, car il y a des cracs quelques fois et je dois me mettre en colère, je perds patience, j'essaye d'arrêter. La pince à linge c'est pour retenir, pour l'arrêter un peu et moi aussi surtout ma colère. Les cartes car il aime beaucoup jouer aux cartes. Le nœud noir, car je me sens attachée, coincée mais c'est encore viable mais je suis de plus en plus coincée... »

Hypothèse clinique: le tiers étranger est tenu à distance pour protéger les fondements du couple conjugal

Nous observons que la maladie est tenue à distance, d'ailleurs elle ne choisit pas la boîte de médicaments contrairement à Paul et à Hortense. Il semble que la maladie soit un sujet tabou pour le couple.

Il y a une réaction défensive face à la maladie. En accord avec Caillé (2004) et notre modèle du tiers étranger, nous supposons que dans le cas d'Agathe, la formule arithmétique du couple est $1 \times (1') + 1 \times (1') = 3$, soit une mise à distance du tiers étranger.

Conclusion

Notre analyse clinique rend compte de différentes réalités du couple vivant avec une maladie neuro-évolutive. Cela confirme pour le psychologue la nécessité de travailler à partir de la réalité du couple, quel que soit le contexte de sa rencontre avec ces couples.

Dans le cas d'Hortense, nous voyons que le couple conserve son «Hau relationnel» (Caillé, 1991, 2004, 2007, 2009), c'est-à-dire son tiers du couple. La maladie est conscientisée mais elle est traitée comme un élément à part de la relation conjugale.

Nous considérons que dans le cas d'Hortense, le tiers du couple est résistant aux attaques du tiers étranger, ici la maladie devient tiers léger (Goldbeter-Merinfeld, 2008). La force du tiers du couple fait que la relation conjugale s'ajuste, les deux dimensions relationnelles cohabitent (conjugale et *caregiver*) mais c'est la relation conjugale qui est prioritaire (voir figure 2).

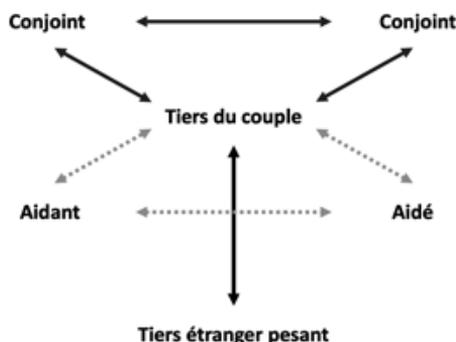


Figure 2. L'ajustement relationnel (le cas d'Hortense).

Nous observons dans le cas de Paul que le couple a perdu son *Hau relationnel* au sens de Caillé (1991, 2004, 2007, 2009), c'est-à-dire son tiers du couple. La maladie rythme le quotidien du couple, leur relation semble déterminée à partir des besoins de soins du conjoint-aidé. Ici, la maladie vient faire tiers étranger dans la relation conjugale et sa puissance fait que le tiers étranger devient tiers pesant générant une mutation relationnelle du couple qui devient aidant/aidé (voir figure 3).

Pour Agathe, nous voyons que le couple résiste pour conserver son *Hau relationnel* (Caillé, 1991, 2004, 2007, 2009), c'est-à-dire son tiers du couple. La maladie n'est pas conscientisée il y a une posture défensive face au tiers étranger.

Nous considérons que pour Agathe, le tiers du couple rejette toutes attaques considérées comme extérieure au Moi-peau du couple (Anzieu, 1985). Ici le couple se protège pour conserver le tiers du couple, probablement en niant une réalité non élaborée car trop douloureuse (figure 4).

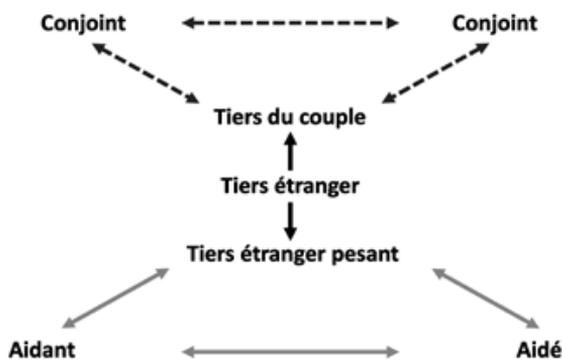


Figure 3. La mutation relationnelle (le cas de Paul)

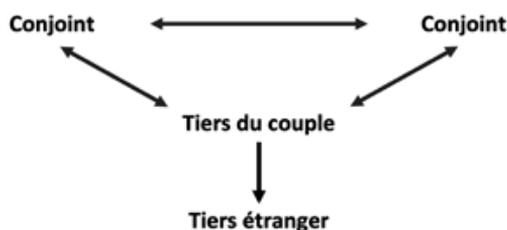


Figure 4. Tiers étranger tenu à distance (le cas d'Agathe)

Vers une clinique de l'externalisation auprès du couple affecté par une maladie neuro-évolutive ?

Notre pratique clinique ouvre la perspective d'une nouvelle clinique du couple âgé confronté à une maladie neuro-évolutive. Elle valorise les thérapies narratives issues du courant systémique (Epston, 1998; White, 2007; Payne, 2006; Semmler et Williams, 2000; Monk, 2009) pour travailler l'externalisation de la maladie au sein du couple, notamment avec l'utilisation des objets flottants (Caillé et Rey, 2004).

Externaliser la maladie neuro-évolutive permet de lutter contre l'assujettissement à une étiquette diagnostique où l'histoire des personnes reste figée par l'existence du problème.

Dans sa clinique, le thérapeute veillera à sa narration en mettant une distance entre le sujet qui consulte (conjoint-aidant ; conjoint-aidé ; le couple) et le problème de maladie neuro-évolutive qui l'amène. Avec l'introduction des objets flottants, cela peut permettre de personnifier la maladie et de mettre en route ce travail d'élaboration.

Par exemple, parler de la maladie comme 3^e personne permet de mettre au travail les questions telles que « Qu'est-ce que la présence de la maladie d'Alzheimer suscite chez vous ? Quelle place occupe-t-elle dans la maison ? Dans votre relation avec votre conjoint ? À quel moment la maladie est-elle la moins

présente dans vos relations? À quel moment vous sentez-vous agir comme conjoint de votre proche? À quel moment vous sentez-vous agir comme son aidant? Son soignant? Son infirmier-ère? ».

En créant l'étonnement et la surprise par nos questions *questionnantes* (et non évaluatives), nous montrons implicitement aux couples que tout n'est pas que maladie, et invitons le couple à penser l'inclinaison que prend leur relation sous l'effet de la maladie.

Cela permettra, entre autres, pour les conjoints de repérer les moments d'exception, c'est-à-dire les moments où il n'y a pas d'influence du problème (tiers étranger) et surtout favorisera la distinction entre le couple conjugal et le couple *caregiver*.

Enfin, par ce cadre thérapeutique qui favorise l'externalisation et la représentation du tiers étranger, nous pourrions explorer l'assentiment des deux protagonistes sur cette nouvelle relation qui s'impose à eux (le couple aidant-aidé) dans un souci éthique. En effet, la maladie neuro-évolutive dont est porteur le conjoint-aidé invite à la disqualification de ses propos dans une lecture normative. Il n'est plus en état de comprendre ce que nous disons en raison de ces atteintes cérébrales, devient alors la justification de sa chosification, voire de son autruicide (Maisondieu, 2020b).

Sur ce point, rappelons que les objets flottants se concentrent davantage sur le langage analogique et par conséquence permettent aux personnes de se centrer sur leurs émotions, leurs ressentis (thérapeute et conjoints) dans un ici et maintenant qui confère une épaisseur au temps présent appelé *kairos* en grec.

Par l'externalisation, l'idée n'est pas de déplacer le problème mais au contraire de le déconstruire, de l'élucider... avec la personne et son entourage familial.

Dans cette clinique d'externalisation que nous proposons, il s'agit de nommer le problème avec la personne et sa famille, de le représenter, de le contextualiser et pas de l'éradiquer mais au contraire de lui faire une place.

Le cadre thérapeutique instauré à partir de l'idée d'un processus d'externalisation permet de parler des angoisses face à la maladie, en les nommant il devient possible de les externaliser, c'est-à-dire de les penser, de mettre en évidence la lutte entre Moi et le tiers étranger pour progressivement établir un plan d'action pour agir dessus et non s'y soumettre.

L'objectif est d'aider progressivement la famille, le couple à apprendre à vivre avec cet élément nouveau qui vient faire tiers dans leur relation. Trouver de nouvelles possibilités de vie, comment cohabiter avec ce tiers étranger qui fait partie maintenant du système couple.

Enfin, notre clinique interroge le pouvoir du couple sur la subjectivation du sujet et de ce fait souligne l'importance d'un accompagnement psychologique pour ces conjoints-aidants qui ont perdu leur «Hau relationnel» du couple et qui sont en quête de sens, voire en reconstruction identitaire (Pria Veillon, 2017).

Pour le clinicien spécialisé en gériatrie, nous pensons que notre modèle du tiers étranger (Ballarin, 2020) pour représenter la maladie encourage la mise au travail du dilemme psychologique auquel est confronté le conjoint-aidant « *c'est mon conjoint mais dans le même temps il devient un autre lui* » ainsi que le conflit intérieur vécu par le conjoint-aidé. Il ouvre également la possibilité d'interroger le fonctionnement du couple avec ce nouvel élément tiers. Enfin, à l'heure où les pouvoirs publics et les établissements médico-sociaux reconnaissent l'aide aux aidants familiaux, nous nous demandons comment les dispositifs de répit et notamment les thérapeutes exerçant au sein de ces institutions peuvent accompagner le conjoint-aidant dans cette nouvelle quête de sens et aider le couple à apprivoiser le tiers étranger. Nous défendons l'idée que le processus d'externalisation est un levier à la construction d'un début de réponse à ces questions.

Bibliographie

- Anzieu D.: *Le Moi-peau*. 2^e éd. Paris: Dunod; 1985.
- Ballarin E. et Darnaud T.: «An External Third Party within the Couple with Alzheimer's Disease». *Gerontology and Geriatric Medicine*. 2019; 5: 1-6.
- Ballarin E.: «Un tiers étranger dans le couple», in Darnaud T. et Escots S., *L'Intervention auprès des familles – Réussir le défi de la coconstruction*. Lyon: Chronique sociale; 2020.
- Ballarin E.: *Un tiers étranger dans le couple âgé. L'effet du processus d'externalisation sur le couple confronté à une maladie neuro-évolutive* [thèse de doctorat, université Toulouse Jean-Jaurès]; 2022.
- Ballarin-Chamillard E.: «Le répit psychologique: un outil thérapeutique pour travailler la crise auprès des couples touchés par une maladie d'Alzheimer?». *Psychothérapies*. 2023; (4). Sous presse.
- Baromètre: *Enquête aidant*. Fondation April et BVA; 2017.
- Caillé P.: *Un et un font trois*. Paris: ESF; 1991. Réédition. Paris: Fabert; 2004.
- Caillé P. et Rey Y.: *Les Objets flottants. Méthodes d'entretiens systémiques*. Paris: Fabert; 2004.
- Caillé P.: *Voyage en systémique – l'intervenant, les demandeurs d'aide, la formation*. Paris: Fabert; 2007.
- Caillé P.: «Comptes et contes dans la relation de couple», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2009; 42 (1): 27. <https://doi.org/10.3917/ctf.042.0027>
- Darnaud T.: «La maladie d'Alzheimer et ses victimes...», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2003; 31 (2): 133-47.
- Darnaud T. et Gaucher J.: «L'impact familial de la maladie d'Alzheimer», *Gérontologie*. 2009; 152: 5-14.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (drees): *Enquête handicap-santé «aidants informels»*. 2008.
- Drewery W., et Winslade J.: «The Theoretical Story of Narrative Therapy», in Monk G., Winslade J., Crockett K., et al., *Narrative Therapy in Practice: the Archaeology of Hope*. Hoboken: Jossey-Bass; 1997, p. 32-52.
- Epston D.: «*Catching Up*» with David Epston: a Collection of Narrative Practice-Based Papers Published between 1991 & 1996. Australie: Dulwich Centre Publications; 1998.
- Folstein M. F., Folstein S. E., et McHugh P. R.: «“Mini-Mental State”: a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician». *Journal of Psychiatric Research*. 1975; 12 (3): 189-98.

- Gatignol C.: « Emprise aidants/aidés ». *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 2019; 19 (109): 19-22. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.10.004>
- Goldbeter-Merinfeld E.: « Tiers pesant et tiers absent dans le système ». *Thérapie familiale*. 1994; 15 (4): 373-80.
- Goldbeter-Merinfeld É.: « Chapitre 2. De la chaise vide au tiers pesant », in Goldbeter-Merinfeld É., *Le Deuil impossible: familles et tiers pesants*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2005, p. 35-42.
- Goldbeter-Merinfeld É.: « Chapitre 5. Le Couple à trois: le mari, la femme et le tiers pesant », in Goldbeter-Merinfeld É., *Le Deuil impossible: la place des absents en thérapie familiale*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017, p. 91-113.
- Jankélévitch V.: *Le Pur et l'impur*. Paris: Flammarion; 1960, p. 67.
- Maisondieu J.: « Vieillir en famille: une situation cornélienne », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2003; 31 (2): 99-110.
- Maisondieu J.: « Concept de thanatose: la sauvegarde de l'intelligible dans les démences des personnes âgées », *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2020a; 20 (119): 303-13.
- Maisondieu J.: « Alzheimer, un diagnostic aliénant par autruicide », in Darnaud T. et Escots S., *L'Intervention auprès des familles – Réussir le défi de la coconstruction*. Lyon: Chronique sociale; 2020b.
- Ostrowski M., et Mietkiewicz M. C.: « Du conjoint à l'aidant: l'accompagnement dans la maladie d'Alzheimer », *Bulletin de psychologie*. 2013; 525 (3): 195. <https://doi.org/10.3917/bupsy.525.0195>
- Payne M.: *Narrative Therapy*. (2^e éd). Thousand Oaks: Sage Publications; 2006.
- Pellissier J.: *Ces troubles qui nous troublent: les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels*. Toulouse, France: Érès; 2011. <https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3917/eres.pelli.2011.01>
- Péruchon M.: « L'Énigme de la maladie d'Alzheimer, prémisses d'une investigation neuro-psychanalytique », in Bergeret-Amselek C., *L'Avancée en âge, un art de vivre*. Toulouse: Érès; 2013, p. 339-43.
- Pierron-Robinet G., et Hédouin C.: « L'Appropriation psychique des vécus d'étrangeté dans un groupe de parole d'aidants... d'un proche malade Alzheimer », *Dialogue*. 2017; 217 (3): 135-46. <https://doi.org/10.3917/dia.217.0135>
- Pria Veillon H.: « Le Lien conjugal à l'épreuve de la maladie d'Alzheimer. Une étude exploratoire auprès de quatre couples, lorsqu'un des conjoints atteint de démence est placé en institution », *Thérapie familiale*. 2017; 38 (1): 71-87. <https://doi.org/10.3917/tf.171.0071>
- Semmler P. L., et Williams C. B.: « Narrative Therapy: a Storied Context for Multicultural Counseling », *Journal of Multicultural Counseling and Development*. 2000; 28 (1): 51-62. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2000.tb00227.x>
- Trouilloud M.: « Au temps de la métamorphose régression et/ou décompensation de la famille », in Gzil F., *Alzheimer, éthique et société*. Toulouse, France: Érès; 2012, p. 411-22. <https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3917/eres.hirsh.2012.01.0411>
- Verdon B.: « La Maladie d'Alzheimer, entre présence et absence à soi-même », *Le Carnet PSY*. 2014; 178: 45-9.
- Watzlawick P., Helmick-Beavin J., et Jackson D.: *Une logique de la communication*. Paris: Seuil; 1972.
- White M. K.: *Maps of Narrative Practice*. Manhattan: W.W. Norton & Company; 2007.
- Wyk R. van.: « Narrative House: a Metaphor for Narrative Therapy: Tribute to Michael White », *IFE Psychologia*. 2008; 16 (2): 255-74. <https://doi.org/10.4314/ifep.v16i2.23815>

Correspondance

Emmanuelle Ballarin

emmanuelle.ballarin.psy@gmail.com

Abstract

An external third party for elderly couples: The externalization of a neurodegenerative disease as a therapeutic lever to support the marital relationship – We will discuss in this article how a neurodegenerative disease interferes in the life of a couple as an external third party. Based on three clinical situations, we report on a new clinical practice in gerontology inspired by narrative therapies, namely the externalization of the problem through the use of floating objects (Caillé and Rey 2004). Hortense will show us the positive impact of the externalization process on a married couple. Paul will illustrate the power of the external third party to bring about a mutation in the married couple's relationship. Finally, we will see with Agathe that couples may adopt a defensive position against the external third party by choosing to withdraw.

Resumen

Un tercero ajeno en la pareja de ancianos. La externalización de una enfermedad neuroevolutiva como palanca terapéutica de apoyo a la relación conyugal – Discutiremos en este artículo cómo una enfermedad neuroevolutiva interfiere en la vida de la pareja; cómo una parte ajena. Proponemos tres situaciones clínicas, informar sobre una nueva práctica clínica en gerontología inspirada en las terapias narrativas, en particular la externalización del problema mediante el uso de objetos flotantes (Caillé y Rey, 2004). Hortense nos mostrará las repercusiones positivas del proceso de externalización en la pareja conyugal. Paul nos permitirá ilustrar el poder de la parte ajena que lleva a la pareja conyugal a una mutación relacional. Finalmente, veremos con Agathe que la pareja adopta una posición defensiva frente a la parte ajena optando por la retirada.