

Anne ALMOSNINO

Psychologue clinicienne, psychothérapeute familiale

Centre de Santé Mentale MGEN, Centre de thérapie familiale MONCEAU

La thérapie multifamiliale (TMF)

La thérapie multifamiliale (TMF) est une méthode thérapeutique spécifique regroupant plusieurs familles ensemble dont un ou plusieurs membres présentent des symptômes tels que ceux des schizophrénies, des conduites toxicomaniaques, des troubles de la conduite alimentaire, des violences domestiques ou encore des dysfonctionnements graves.

La TMF se réfère le plus souvent aux concepts fondamentaux de la théorie écosystémique.

Cependant, dans le champ des pratiques cliniques multifamiliales, nous observons des concepts et des méthodes inspirés d'autres courants majeurs de la psychiatrie (modèle psychanalytique, modèle cognitivo-comportemental, modèle structural, modèle stratégique, modèle transgénérationnel, contextuels, modèles issus de la dynamique des groupes). La particularité de la TMF est la rencontre d'un système familial avec d'autres systèmes familiaux en présence de thérapeutes.

L'utilité de la TMF est désormais attestée par maintes expériences cliniques comparées à l'absence de thérapie familiale ou de thérapie familiale individuelle, et par de nombreuses publications scientifiques. (Salem et al., 1985 ; S, 2000)

La TMF a inspiré d'autres contextes : sanitaire, social, éducatif et associatif. Différentes approches se sont développées : la Thérapie MultiFamille (TMF), le Groupe Mutifamilial (GMF), la Consultation MultiFamille (CMF), les Entretiens Multifamiliaux, la Thérapie Sociale MultiFamille (TSM) etc.

La présentation qui suit n'est pas exhaustive de l'ensemble des pratiques expérimentées ou actuelles.

1. Historique et modèles théoriques

La thérapie multifamiliale est née dans des unités de soins fréquentées presque exclusivement par des patients schizophréniques. Comme les premiers psychotropes, son efficacité a été remarquée grâce à un concours accidentel de circonstance. Le clinicien Péter Laqueur a été un des pionniers de cette approche. En 1951, à l'occasion d'une recherche sur le coma insulinaire à l'hôpital d'Etat Greedmoor du Queens à New York (Laqueur et Laburt, 1964), il a commencé à constituer un groupe de 17 patients schizophrènes en cure d'insuline et de leurs familles. Il décrivait ceci : « d'un côté, les familles se fâchaient lorsque le médecin ne parlait qu'aux patients, trouvant qu'il les privait de la compréhension de leur famille ; les patients se fâchaient à leur tour lorsqu'il parlait avec les familles qui leur semblaient alors complices de l'autorité établie ». Laqueur a donc décidé de les réunir tous pour leur expliquer le déroulement du traitement. Le travail s'est développé pour aboutir à des rencontres hebdomadaires avec le thérapeute tentant de faire apparaître les émotions, de montrer les alliances intra-familiales, de souligner les dénominateurs communs entre les

diverses expériences familiales. L'efficacité de ces rencontres se fonde selon Laqueur (1979), sur un processus « d'apprentissage par analogie ». Simultanément, Detre et ses collègues de Yale ont constitué un GMF pour résoudre un conflit entre patients psychiatriques, leurs familles et travailleurs sociaux (Detre, Sayer, Norton et Lewis, 1961). Ils ont tous deux été surpris par les résultats positifs quant à l'évolution symptomatologique des patients, mais aussi l'évolution des familles. Leurs observations n'étaient guère conceptualisées au début et sans lien avec les théories systémiques sur la schizophrénie développées par Jackson, Ackerman, Bowen, Bateson, Wynne, Lidz, Haley.

Plus tard dans les années 1950, au Family Center de Georgetown (Washington DC), Murray Bowen (1978), systémicien, et son équipe instaurent des thérapies multifamiliales et multiconjugales de caractère pédagogique, appliquées parallèlement à une thérapie de famille classique.

Plus près de nous, en 1976, à l'Université de Temple à Philadelphie, James Framo (1979), s'inscrivant dans le courant intergénérationnel, crée la thérapie multiconjugale centrée sur les familles d'origine. Il n'hésite pas à recevoir plusieurs couples ensemble et les membres de leurs familles d'origine. En 1982, à Boston, Norman Paul spécialiste de l'approche systémique du deuil et de la psychose avait mis au point, avec l'aide d'un prêtre, des séances multifamiliales pour héroïnomanes qui se déroulaient dans une église, devant un cercueil vide destiné à recevoir la dépouille du toxicomane " promis à une mort prochaine ".

Parallèlement, dans les années 60 le modèle psycho-éducatif prend de l'ampleur dans les pays anglo-saxons et en Europe. En 1962, à Londres, Brown développe l'approche de la Prise en charge Familiale Comportementale (PFC). Dans un premier temps, cette pratique s'adresse aux familles dont un des membres est schizophrène, puis s'étend à d'autres pathologies comme les troubles de l'humeur, les Troubles de la Conduite Alimentaire. Ces groupes familiaux ont pour objectif de faire diminuer le niveau d'Emotion Exprimée des familles, de modifier les habitudes de communication intrafamiliale, de mettre en place de nouvelles stratégies d'adaptation et de résolution de problème.

Repris par les recherches de Vaughn et Leff (1976), l'idée de diminuer le niveau d'Emotion Exprimée au sein des familles pour éviter les rechutes et les hospitalisations des patients schizophrènes va s'étendre à de nombreux protocoles de ce type.

En 1980, sous l'influence des approches psychoéducatives, apparaissent des groupes multifamiliaux comme ceux de Ian Falloon (1985), Robert Paul Liberman au Québec (1985) et William R. McFarlane à l'Institut Psychiatrique de l'Etat de New York (McFarlane et al., 1995 ; McFarlane, 2002). Aujourd'hui, en France, et dans les pays francophone ces pratiques se sont considérablement développées.

Jorge Garcia Badaracco, dans les années 1980, à l'hôpital public de Buenos Aires, met en place des groupes multifamiliaux et conceptualise la psychanalyse multifamiliale.

À la fin des années 1970 en France, dans l'élan de la psychothérapie institutionnelle, Woodbury tente de mettre en place des TMF dans les institutions de soins du XIII^{ème} Arrondissement de Paris et Claude Leroy à l'Institut Marcel Rivière.

Jean-Claude Benoit au C.H.S de Villejuif, en 1980 expérimente un groupe de rencontre multifamiliale dans un pavillon de malades mentaux chroniques qu'il définit comme des entretiens collectifs familio-systémiques. Il observe que ces rencontres permettent de faciliter un processus de déchronicisation, chacun des sous-systèmes concernés, familles, malades, personnels soignants acquérant plus d'autonomie réciproque (Benoit et al., 1980).

2. Le cadre et les techniques thérapeutiques

Les cadres et techniques thérapeutiques des TMF sont divers selon les contextes (sanitaire, social, associatif) et les modèles théoriques sous-jacents ces pratiques dans lesquels ils s'exercent. Quel que soit le champ dans lequel s'inscrivent les groupes multifamiliaux, nous retrouvons souvent les mêmes cadres structurel et fonctionnel, mais les objectifs sont différents. Ils durent environ 2 heures, au rythme d'une séance tous les quinze jours. Ils sont constitués de 4 à 5 familles en moyenne, et animés par deux thérapeutes en général.

Dans le champ hospitalier se développent depuis quelques années en France, des groupes multifamiliaux psychoéducatifs. Les visées de ces protocoles d'intervention inspirées par des techniques cognitivo-comportementales, destinés aux proches des sujets schizophrènes essentiellement, sont les suivantes : une volonté d'écoute et de soutien, un objectif pédagogique d'information sur la maladie, un apprentissage systématique d'habiletés visant à l'obtention d'une meilleure communication intra-familiale et d'une résolution plus efficace de problèmes quotidiens. Nous renvoyons le lecteur au chapitre de ce livre : « l'approche psychoéducative de la famille » de Olivier Chambon, Guy M. Deleu et Michel Marie-Cardine.

Depuis les années 1990, à la clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME) du Centre Hospitalier Sainte Anne, existent des groupes de familles de sujets adultes présentant un trouble du comportement alimentaire. Deux types de groupe sont proposés : un groupe fermé de cinq séances d'informations à visée psychoéducative, suivi de groupes ouverts d'expression centrés sur les interactions émotionnelles entre la famille et leurs proches. Ce dernier groupe s'inspire des techniques de résolution de problème et d'aide à la communication, associées à une approche analytique dans l'étude de la relation parents-enfants (Criquillon-Doulet et al., 2002).

Dans le champ de la réhabilitation psychosociale, en 1996, Marc Habib en collaboration avec Anne Almosnino crée un groupe multifamilial pour les hôpitaux de jour parisiens de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGÉN). Ce groupe s'inscrit dans la tradition des modèles écosystémiques (contextuel, structural, constructiviste, transgénérationnel). Ces praticiens mentionnent que l'objectif de ce type de groupe est de permettre aux familles et aux patients d'installer un espace de réflexion et de parole afin de trouver une orientation, une direction face aux solutions (sanitaires et sociales) proposées. Au travers de l'écoute des témoignages respectifs des familles, dans une dynamique de réflexivité, les familles peuvent donner un sens à la crise qu'elles traversent et réamorcer un processus temporel permettant d'entrevoir un projet. Ces groupes multifamiliaux proposent l'idée qu'il est nécessaire de passer d'une dynamique de soutien à une dynamique thérapeutique pour qu'une famille puisse bénéficier d'un changement singulier. Le rôle du groupe multifamilial (via le thérapeute) n'est donc pas celui du seul pourvoyeur d'informations, mais celui qui active la circulation de l'information pour que les familles puissent trouver ou retrouver elles-mêmes leurs propres compétences pour résoudre les problèmes qu'elles se posent.

Les thérapeutes activent en séance les processus de métacommunication au travers des questions circulaires, invitant les participants à exprimer leurs émotions, leurs constructions. L'application du principe d'interaction circulaire entre les thérapeutes et les différents membres du groupe donne d'emblée une dimension thérapeutique que les techniques linéaires de cause à effet ne peuvent jamais permettre, plaçant le patient dans une position active (Almosnino et al., 1999).

En 1999, au Centre de Thérapie Familiale Monceau à Paris, Denis Vallée et Anne Almosnino créent une consultation multifamiliale écosystémique. Celle-ci regroupe des familles incomplètes, éclatées, dispersées, des parents esseulés par leurs enfants en errance pathologique, des pères ou des mères seuls, des familles recomposées, des frères et des sœurs, tous proches de personnes présentant de graves troubles psychologiques, psychiatriques et relationnels. Ils observent que ces consultations sont des espaces de réflexion pour tenter de réamorcer les propres ressources et compétences de chacun. Dans une dynamique conversationnelle, la CMF permet de penser à plusieurs et d'expérimenter d'autres patterns communicationnels interpersonnels, à travers les expériences émotionnelles partagées. L'originalité de leur approche s'appuie sur le fait que chaque séance est constituée d'un groupe plus ou moins différent dans sa composition et sa problématique.

Aussi, la CMF peut être unique, et les thérapeutes doivent s'appuyer sur le potentiel de la situation pour le faire jouer en la faveur de chaque participant.

Dans le champ de l'institution scolaire, nous pouvons citer l'expérience de la Thérapie Sociale Multifamiliale (TSM), élaborée par Mohammed El Farricha (2001), psychologue, systémicien, à Villeurbanne. En collaboration avec des co-thérapeutes, une orthophoniste et une assistante sociale dans le cadre du CMP, ils organisent des rencontres entre des familles et leurs enfants ayant des difficultés scolaires ou troubles du comportement. Ils observent que la TSM associe et croise deux dimensions complémentaires : psychologique et sociale, intra-psychique et interpersonnelle, famille et réseau social. Ils notent que la TSM permet par le jeu des réorganisations psychologiques et relationnelles, l'utilisation des auto-solutions familiales aux problèmes scolaires.

3. Les thèmes récurrents

Dans les approches psychoéducationnelles, le thème est imposé par les thérapeutes. Pour les autres approches, la dimension conversationnelle de la dynamique des groupes fait émerger divers thèmes.

Les questions sur l'étiologie de la maladie et les constructions fantasmatisques ou culturelles qui l'accompagnent sont souvent au premier plan de ces rencontres. Les familles, les patients expriment, décrivent les symptômes, les circonstances d'apparition, les conséquences relationnelles, et s'informent des conduites à tenir.

Souvent les familles expriment leurs difficultés à comprendre la diversité des offres de soins en santé mentale qui est à la fois une diversité des pratiques, des statuts des intervenants, des approches théoriques sous tendant la clinique.

Un thème fréquent est le sentiment douloureux d'une culpabilisation des parents par le personnel soignant quant à la maladie de leur enfant. Les traitements médicamenteux et psychothérapeutiques sont souvent évoqués. Ce sujet est l'objet de représentations fantasmatisques très fortes et ancrées dans des croyances familiales très prégnantes. Dans le contexte de la TMF se révèle très rapidement que dans le rapport aux soins se jouent des conflits d'un tout autre ordre.

4. Spécificité des mécanismes et processus de la TMF

Garcia Badaracco (1999) décrit ces groupes comme une matrice thérapeutique qui se comporte comme un continent des composants les plus malades et des moments les plus régressifs des patients. Il observe que dans la relation transférentielle avec le patient psychotique la relation thérapeutique s'appauvrit. L'intérêt des T.M.F, permet de générer des climats psychologiques où la vie en communauté, la capacité de penser, la résolution de conflits, et l'apprentissage réciproque sont facilités par les processus de désidentification des interdépendances pathogènes.

Marc Habib et Anne Almosnino (1999) observent les différents niveaux du système thérapeutique des TMF. Le niveau intra-familial est activé au travers de l'expression des perceptions singulières de chacun des membres d'une même famille quant aux conséquences personnelles de l'émergence de la maladie de leur proche. L'écoute respective à ce niveau, fait apparaître l'idée que la maladie de leur proche est une pathologie de la relation. Le niveau inter familial est révélé par les processus de réflexivité, les mécanismes d'identification projective, par les phénomènes comparatifs inter familiaux. Les familles se confrontent aux constructions des autres familles, ouvrant ainsi à des lectures nouvelles des situations qu'elles rencontrent. Elles échangent leurs expériences, les ressources et compétences qu'elles ont activées pendant les crises. Ainsi, le partage de leurs similitudes favorise l'émergence d'une grande cohésion dans le groupe, sortent les familles de leur isolement, dédramatisent les situations et réinscrivent les souffrances dans une temporalité. Le contexte de la TMF établit ainsi un compromis en ne permettant pas d'alliances secrètes puisque tous les interlocuteurs concernés sont présents. Par le jeu des comparaisons inter familiales émergent les comparaisons intergénérationnelles, révélant lors des recadrages certains mythes familiaux.

G. Salem (2001) observe quatre leviers d'action identifiables en quatre mots-clefs: exposition, confrontation, légitimation, apprentissage. Le mot exposition signifie présenter en ordre un ensemble de faits, impliquant d'exporter la problématique et sa souffrance vers l'extérieur, de "l'exterritorialité" hors du champ intimiste du Moi. En TMF, l'exposition est encore plus accentuée, puisque l'espace où elle se produit dépasse complètement le champ intime du Moi ou de la famille, pour devenir un espace social, sorte d'agora dans laquelle plusieurs familles sont invitées à exposer leurs dilemmes devant le(s) thérapeute(s) et les autres familles. La confrontation signifie mettre en présence (des personnes) pour comparer leurs affirmations. Ce processus en TMF est plus riche, plus dense, plus complexe, du simple fait de la multiplication des points de vue, permettant la rencontre de différents types de constellations familiales, avec leurs misères, leurs ressources, leurs différences, leurs similitudes. La légitimation relève de la dimension éthique des relations humaines, et en particulier des relations familiales. Ce mécanisme est amplifié par la présence d'un jury exceptionnel (autres familles et thérapeutes). De ce contexte émergent des effets rédempteurs et libérateurs pour chaque famille. L'apprentissage relève essentiellement de la mimésis, autrement dit des mécanismes d'identification et de *modeling* activés lors de l'exposition, de la confrontation et de la légitimation. Chaque famille se compare aux autres familles non seulement dans l'identification des problèmes, mais dans la façon de les résoudre et d'innover leur style de solutions (*problem solving*).

Conclusion

Gérard Salem (1985) et son équipe de Lausanne ont relevé à partir des différentes études sur les effets des TMF, que la TMF permet une diminution des rechutes psychotiques, une amélioration du contact social, un meilleur investissement de l'activité occupationnelle, une atténuation des altérations cognitives, et une meilleure qualité de vie globale.

Pourtant, remarque Marc Habib, si les différentes approches en TMF véhiculent l'idée de préserver et d'accroître la cohérence et la qualité des soins des malades, en lien avec leur environnement familial, leurs développements se révèlent paradoxalement très faibles. M. Habib énoncent plusieurs hypothèses : travailler en collaboration avec les familles finit par faire émerger les dysfonctionnements institutionnels ; confronte de façon complexe les loyautés invisibles du patient à l'égard des valeurs de sa famille et celles de son institution, et complexifie le travail dans le sens où de plus en plus les familles prennent une place " d'usagers " bien informés, partenaires actifs du champ de la santé.

La TMF est proposée comme un espace entre le réseau du patient et les équipes de soins. La TSM est également à la charnière entre l'enfant, son réseau éducatif et familial. Nous pouvons entrevoir que la difficulté des pratiques de TMF ou de TSM est qu'elle ouvre aux pratiques de thérapies de réseau et à leurs complexités.

Bibliographie

- ALMOSNINO A., DE BOTTON M., HABIB M., (déc. 1999), Les groupes multifamiliaux : une proposition de collaboration entre les familles et les institutions de soins psychiatriques. *Synapse*, n° spécial, Paris.
- ALMOSNINO A., LIBERMAN R.P., BALTA F., BANTMAN P., HABIB M., Symposium « Diversité du travail avec la famille », 7e Congrès Mondial de Réhabilitation Psychosociale à Paris, 7-10 mai 1999.
- BENOIT J.-C., DAIGREMONT A., KOSSMANN L., ROUME D., (1980), Groupe de rencontre multifamilial dans un pavillon de malades chroniques. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, n°10, p. 1253-1259.
- BOWEN M., (1978), *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson, New York.
- CRUQUILLION-DOUBLET S., LAUGIER F., BRUN-EBERENTZ A., (2002) Les groupes de familles de patients ayant un trouble des conduites alimentaires. *Génération*, n°27, p. 27-32.
- EL FARRICHA M., (2001), La thérapie sociale multifamiliale. *Génération*, n° 24, p. 17-21.
- FRAMO J. L. (1979), Thérapie de couple en groupe. In Bloch D.A., *Techniques de base en thérapie familiale*. Ed. Delarge, Paris, P. 153-170.
- GARCIA BADARACCO J.E., *Psicoanálisis multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del si mismo*. Paidós, Buenos Aires.
- GARCIA BADARACCO J. *Psychanalyse multifamiliale. La communauté thérapeutique psychanalytique à structure familiale multiple*, traduit par Bernard Capdeville, Paris, PUF, coll. le fil rouge, 1999.

- FALLOON I.R.H., BOYD J.L., MCGILL C.W., WILLIAMSON M., RAZANI J., MOSS H.B., GILDERMAN A.M., SIMPSON G.M., (1985), Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, vol. 42, p. 887-896.
- LAQUEUR H.P., LABURT H.A., et coll., (1964), Multiple family therapy, further developments. *Int. J. Soc. Psychiat.*, spécial éd., p 70-80.
- LAQUEUR H.P., (1979), La thérapie multifamiliale: questions et réponses. In Bloch D.A. *Techniques de base en thérapie familiale*, Delarge, Pztid, p. 135-152.
- LEFF J.P., (2000), Family work for schizophrenia : practical application. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*, 102 (407), p. 78-82.
- LIBERMAN R.D., (1985), "Schizophrenia : psychosocial treatment "in Kaplan, H.L, Sadock B.J., (Ed.), *Comprehensive Textbook of psychiatry*, vol. 1, 4e édition, Baltimore, Williams end Wilkins, p.724-734.
- McFARLANE W.R., LUKENS E., LINK B., DUSHAY R., DEAKINS S.A., NEWMARK M., DUNNE E.J., HOREN B., TORAN J., (1995), Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, aug 52 (8), p. 679-687.
- McFARLANE W.R. (2002) *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*, New York, Hardcover, Guilford Publications Inc.
- SALEM G., (2001), Exposition, confrontation, légitimation, apprentissage : quatre mots-clefs pour la thérapie multifamiliale. *Génération*, n° 23, p. 5-8
- SALEM G., von Niederhaissem O., Aubry M., Di Giampetro L, (1985), L'approche multifamiliale à l'hôpital psychiatrique. *Arch. Suisses Neurol. Neurochir. Psychiat.* Vol. 136 (6), p. 67-71.
- SHEFFIELD M., (2000), Alcohol and Drug Unit, recherche présentée au 3^e le congrès annuel de la Société de Recherche sur les Psychothérapies, Chicago.