

L'approche multifamiliale à l'hôpital psychiatrique

par Dr G. SALEM, Dr O. VON NIEDERHÄUSERN, Mlle M. AUBRY,
Mme L. DI GIAMPIETRO

Introduction

C'est une observation courante de constater l'isolement social et moral des familles ayant un membre psychotique. Cet isolement est entretenu par beaucoup de facteurs dont l'analyse est complexe; parmi eux, la honte ou la culpabilité sont fréquemment constatées, mais aussi les mécanismes homéostatiques servant à maintenir à tout prix un équilibre dysfonctionnel entre tous les membres de la famille. Les cliniciens, et plus particulièrement les thérapeutes de famille connaissent bien ce problème qui représente souvent un obstacle à leurs efforts thérapeutiques, quand il ne les met pas carrément en échec. On sait en effet combien le résultat d'une thérapie de famille dépend de la capacité d'ouverture du système familial (critère assez bien défini dans les travaux de E. Wertheim, 1973, 1975).

Un des moyens déjà exploré, aux Etats-Unis, pour lutter contre cet isolement est ce qu'on appelle la *thérapie multifamiliale*, soit le traitement simultané de plusieurs familles réunies ensemble en présence des thérapeutes. Cette technique thérapeutique est assez complexe, elle exige une grande expérience; utilisée correctement, elle peut donner de bons résultats. Elle fait partie, comme la thérapie de famille simple, de la gamme actuellement très étendue des thérapies dites systémiques. Notre propos n'est pas de la décrire ici, mais d'illustrer une application partielle que nous en avons faite à l'Hôpital de Cery avec des familles qui souffraient précisément d'isolement social et moral.

Définition et objectif du travail

Il s'agit donc d'une expérimentation clinique que nous avons menée à Cery pendant une année. L'objectif était de vérifier si des rencontres multifamiliales avec les familles de patients hospitalisés (de toutes catégories diagnostiques) pouvaient avoir une utilité thérapeutique et améliorer l'isolement de quelques familles qui en souffraient. Deux critères méthodologiques essentiels étaient pris en compte:

1. l'orientation *pédagogique* de ces familles: elle visait à sensibiliser ces familles à la dimension systémique des relations familiales et des symptômes du patient désigné;

2. l'action *thérapeutique* directe, selon les principes de base de la thérapie multifamiliale tels qu'ils ont été définis par *Laqueur, Bowen*, etc.

Il s'agissait pour nous, avant tout, d'un ballon d'essai, afin d'en tirer toutes les informations utiles pour d'autres tentatives ultérieures.

Quelques chiffres

L'expérimentation a duré 10 mois et a compté une dizaine de séances à raison d'une séance par mois environ. Sur 13 familles ayant participé à ces rencontres, 5 d'entre elles assurèrent une présence régulière aux séances. 10 familles sur 13 avaient un membre psychotique ou deux. 6 familles sur 13 avaient un patient chronique. Le nombre des participants considérés individuellement variait entre 5 et 17 personnes, sans compter bien sûr l'équipe thérapeutique. Celle-ci se composait de 4 personnes: deux médecins, une assistante sociale et une infirmière responsable de division.

Ces chiffres n'ont pas, bien entendu, de réelle signification statistique, mais ils permettent de mieux se représenter le volume de familles que l'expérimentation a touchées.

Aspects méthodologiques

1. *Sélection des familles*: les familles convoquées étaient celles des patients et patientes hospitalisés dans une des divisions de l'hôpital (division ouverte). N'étaient choisies que les familles atteignables ou disponibles qui n'étaient contactées qu'avec l'accord du patient. Le diagnostic du patient hospitalisé ne jouait aucun rôle dans la sélection. Enfin, les familles qui étaient déjà clairement engagées dans une thérapie de famille n'étaient pas convoquées. Quant à la convocation, elle se faisait par une lettre circulaire. Le libellé de cette lettre a connu deux versions: au premier temps de l'expérimentation, il mettait l'accent sur l'utilité d'un échange entre l'équipe thérapeutique et les familles; au deuxième temps de l'expérimentation, il mettait l'accent sur l'utilité d'une aide et d'un échange que pouvaient s'apporter mutuellement les diverses familles en présence de l'équipe thérapeutique.
2. *Cadre des rencontres*: celles-ci se déroulaient une fois par mois en moyenne dans une salle vaste et bien éclairée de l'hôpital, en générale le samedi matin entre 10 h 00 et midi. Les participants choisissaient librement leurs places autour d'une vaste table circulaire. Au deuxième temps de l'expérimentation, du café et des biscuits, préparés aussi bien par l'équipe que par les familles, furent servis à tout le monde. Enfin, le groupe était ouvert: de nouvelles familles pouvaient s'y intégrer d'une séance à l'autre.
3. *Types d'interventions*: dans le premier temps de l'expérimentation (trois premières séances), l'attitude de l'équipe thérapeutique était très directive (définition des sujets à débattre, «joining» actif, leadership de la discussion, etc.). Par la suite, elle devint plus souple, plus passive, visant surtout à

faciliter les échanges entre les familles elles-mêmes. Les interventions avaient tantôt un caractère pédagogique (informations sur l'hôpital, sur la maladie mentale, sur la dynamique familiale, etc.), tantôt un caractère thérapeutique (manipulation des interactions, clarification des relations, séparation des générations, expression des émotions, etc.). L'accent était mis en particulier sur les leviers intergénérationnels dans l'optique de *M. Bowen* (1978) ou de *I. Boszormenyi-Nagy* (1973).

Observations générales et résultats

L'observation la plus évidente et la plus immédiate était l'*intérêt très vif* manifesté pour cette expérimentation tant par les patients hospitalisés que par leurs familles. L'atmosphère était très animée en division le jour de chaque rencontre. On notait de vives réactions à cet événement chez les autres patients aussi, chez d'autres familles qui ne se décidaient pas à participer aux rencontres, et même chez d'autres soignants.

Les familles ayant un membre malade de façon chronique (6 en tout) faisaient preuve d'une plus grande régularité aux séances. Il s'agissait plus précisément de familles très isolées sur le plan social et moral.

Les effets bénéfiques de ces rencontres, définis comme tels par l'équipe thérapeutique et par les familles elles-mêmes, furent les suivants:

- *ouverture relationnelle* sur le plan intrafamilial et sur le plan social (revitalisation des contacts);
- meilleure *distinction des générations* (par alignements spontanés, au cours des séances, en sous-systèmes variés: parents (versus enfants), enfants (versus parents), pères (versus mères), mères (versus pères), malades (versus sains), etc.: meilleure ré-*définition des rôles et statuts*;
- facilitation de l'*expression des émotions*, grâce à l'effet amplificateur et contagieux (variante de «tracking», selon *S. Minuchin* [1974]) du groupe: (à noter en passant que nombre de ces familles étaient d'abord perçues comme «froides et anaffectives»);
- facilitation des *métacommunications* (sur les émotions, sur les relations intrafamiliales, sur les messages verbaux, paraverbaux et non verbaux);
- apprentissage de *nouveaux modèles* de comportements intrafamiliaux, par analogie avec d'autres familles (effet déjà décrit par *Laqueur* en thérapie multifamiliale) (1972, 1979);
- *nouvelles motivations* exprimées par quelques familles pour entreprendre une thérapie familiale simple.

Observation particulière

L'ambiance et la qualité thérapeutique des rencontres se sont sensiblement améliorées au deuxième temps de l'expérimentation, lorsque l'équipe, un peu découragée par la passivité et l'inertie initiales du groupe pendant les trois premières séances, a décidé d'être moins directive et de demander quelques suggestions techniques aux familles présentes. Le groupe des familles est alors

devenu plus spontané, plus actif, et a fait des suggestions concrètes: par exemple, de mentionner plus clairement dans la circulaire de convocation l'objectif d'*entraide interfamiliale* au lieu de mentionner simplement un «échange d'informations» vague et ambigu. C'est à partir de ce moment-charnière que les effets bénéfiques mentionnés plus haut ont commencé à se manifester.

Discussion

Les rencontres multifamiliales semblent intéresser les familles de patients hospitalisés en milieu psychiatrique, plus particulièrement les familles ayant un membre psychotique et/ou un membre chronique.

Ces rencontres favorisent les échanges sociaux, l'apprentissage par analogie, les métacomunications, l'expression des émotions et une meilleure distinction des générations (autant de résultats longs et pénibles à obtenir dans une thérapie de famille simple). Elles valorisent la notion même de «famille» et constituent certainement un terrain favorable pour préparer des familles isolées et peu motivées à une thérapie de famille simple ultérieure.

Enfin, ces rencontres sont plus fructueuses dans la mesure où l'équipe thérapeutique est peu directive, laisse l'initiative aux familles, reste ouverte à leurs suggestions, tout en acceptant de se remettre en question par le biais de métacomunications. En outre, il semble préférable que l'accent soit mis d'emblée sur la notion d'*entraide interfamiliale* plutôt que sur la notion peu claire «d'échanges d'informations».

Ces premiers résultats demandent à être confirmés par d'autres expériences du même type. Un nouveau projet est en cours d'application à Cery.

Résumé

Les auteurs font part d'une expérience clinique portant sur une année de réunions multifamiliales à caractère thérapeutique et pédagogique dans le cadre d'un hôpital psychiatrique. Les familles réunies en commun étaient celles de patients hospitalisés, le plus souvent psychotiques. La trame théorique de référence était la théorie systémique et contextuelle de la famille. L'expérience s'est avérée positive en ce sens qu'elle a permis de mettre en évidence un levier thérapeutique peu utilisé et pourtant efficace avec des familles décrites souvent comme rigides et fermées aux interventions extérieures.

Summary

The authors describe a clinical experiment of a year of multifamily pedagogical and therapeutic sessions in a psychiatric hospital. The families were those of inpatients, most of them psychotic. The theoretical frame was the systemic and contextual approach of the family. The experiment showed that this therapeutic level can be efficient and useful with families often described as rigid and closed to external interventions.

Zusammenfassung

Der Autor berichtet über eine klinische Erfahrung, die auf einem Jahr aus multifamiliären Versammlungen von therapeutischen und pädagogischen Charakter im Rahmen einer psychiatrischen Klinik beruht. Die gemeinsam versammelten Familien waren die der eingelieferten Patienten, die meistens psychotisch sind. Die theoretische Grundlage referiert sich auf die systemische und zusammenhängige Theorie der Familie. Die Erfahrung hat sich als positiv erwiesen in dem Sinne, dass sie einen therapeutischen Hebel klarzustellen erlaubt hat, der wenig benutzt und dennoch wirksam ist, mit Familien, die oft als steif und verschlossen auf äusserliche Eingriffe beschrieben waren.

Mots-clefs

thérapie multifamiliale – théorie systémique – approche contextuelle – transactions psychotiques.

Keywords

multiple family therapy – systems theory – contextual approach – psychotic transactions.

Schlüsselwörter

Multifamiliäre Therapie – systemische Theorie – zusammenhängige (kontextuelle) Annäherung, Zugang – psychotische Transaktionen.

Bibliographie

Boszormenyi-Nagy I. et Spark G.M.: Invisible loyalties. Hagerstown, Maryland, Harper and Row, 1973. – *Bowen M.*: Family therapy in clinical practice. Jason Aronson, New York, 1978. – *Kaufmann L.*: Familientherapie. In: Psychiatrie der Gegenwart, 2. Aufl. Bd. 3, S. 669–710, Springer, Berlin, 1975. – *Laqueur H.P., Laburt H.A.* et coll.: Multiple family therapy, further developments. Int. J. Soc. Psychiat., special ed. 70–80 (1964). – *Laqueur H.P.*: Mechanisms of change in multiple family therapy. In: Sager C.J., Kaplan H.S. (eds.): Progress in group and family therapy. Brunner/Mazel, New York, 400–415 (1972). – *Laqueur H.P.*: La thérapie multifamiliale: questions et réponses. In: Bloch D.A.: Techniques de base en thérapie familiale. Delarge, Paris, 135–152 (1979). – *Minuchin S.*: Families and family therapy. Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass. (1974). – *Wertheim E.*: Family unit therapy – the science and typology of family systems. Family process 12, 361–376 (1973). – *Wertheim E.*: The science and typology of family systems. II. Further theoretical and practical considerations. Family Process 14, 285–309 (1975).

Adresse de l'auteur principal:

Dr G. Salem, P.D.
Spital psychiatrique de Cery
1008 Prilly