

EXPOSITION, CONFRONTATION, LEGITIMATION, APPRENTISSAGE : QUATRE MOTS-CLEFS POUR LA THERAPIE MULTIFAMILIALE

Gérard Salem ¹

Utilité de la thérapie multifamiliale

La thérapie multifamiliale (TMF) est une méthode thérapeutique issue de la thérapie de famille de type systémique. Elle consiste dans le traitement simultané de plusieurs familles réunies en présence d'un ou plusieurs thérapeutes. A l'instar de la thérapie de famille proprement dite (qui consiste à réunir les membres d'une seule famille en séance thérapeutique), la TMF se réfère aux concepts fondamentaux de la théorie systémique, tout en enrichissant au besoin cette théorie de concepts et de méthodes cliniques provenant d'autres courants majeurs de la psychiatrie (modèle psychanalytique, modèle cognitivo-comportemental, modèle structural, modèle stratégique, modèle transgénérationnel, modèles issus de la dynamique des groupes ou des petits groupes, modèles issus d'autres écoles encore)(Laqueur, Laburt, & coll. 1964 ; Laqueur, 1972, 1979 ; Bowen, 1978 ; Salem, 2000). Cependant, à la différence de la thérapie de famille proprement dite, la TMF ne se contente pas de confronter les membres de la famille entre eux et au(x) thérapeute(s), mais *confronte* un système familial à d'autres systèmes familiaux en présence des thérapeutes, ce qui introduit une donnée sensiblement différente, à laquelle je m'intéresserai particulièrement dans le présent article.

L'utilité de la TMF est désormais attestée par maintes expériences cliniques randomisées et par de nombreuses publications scientifiques. Ces dernières décennies, elle a fait ses preuves dans le champ spécifique des troubles schizophréniques, dans les problèmes de dépendance aux drogues ou à l'alcool, dans les problèmes de délinquance ou de violences domestiques, comme dans les problèmes propres aux familles migrantes (pour ne citer que les domaines les plus fréquents de son application).

Ainsi, plusieurs études ont pu mettre en valeur l'efficacité de la TMF chez des patients schizophréniques souffrant de symptômes négatifs. Les familles bénéficiant de ce genre d'appoint thérapeutique sur un mode « psycho-éducatif », obtiennent une amélioration significative des symptômes du patient désigné en comparaison de ceux ne bénéficiant que du traitement standard (Dyck, Short, Hendryx, Norell, Myers, Patterson, McDonell, Voss, McFarlane, 2000). Par ailleurs, la TMF semble donner de meilleurs résultats que la thérapie de famille simple pour le même type de pathologie (Salem, von Niederhäusern, Aubry, Di Giampetro, 1985 ; McFarlane, Lukens, Link, Dushay, Deakins, Newmark, Dunne, Horen, Toran, 1995 ; Leff, 2000). En bref, ce qui ressort de ces différentes études est 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. Une comparaison entre l'effet de la TMF classique et l'effet de séances multifamiliales d'information sur la maladie et la façon d'y faire face (*coping*) auprès de patients souffrants de troubles affectifs sévères souligne l'utilité de ces confrontations multifamiliales, sans nette différence entre les deux styles d'intervention (Anderson, Griffin, Rossi, Pagonis, Holder, Teriber, 1986).

Les études portant sur les conduites de dépendance montrent l'efficacité de la TMF quant à l'amélioration du fonctionnement global de chaque famille, en particulier dans sa capacité à résoudre les problèmes, à modifier utilement sa structure, ou à gagner en autonomie (Kaufmann & Kaufmann, 1977 ; Anton, Hogan, Jalali, Riordan, Kleber, 1981 ; Kosten, Hogan, Jalali, Steidl,

¹ Médecin-psychiatre, thérapeute de famille, privat docent, chargé de cours à la faculté de médecine de Lausanne.

Kleber, 1986). D'autres travaux confirment l'utilité de la TMF auprès des familles avec adolescents hospitalisés (Bender, 1992), ou souffrant de troubles anorexiques ou boulimiques (Slagerman, Yager, 1989), ou encore auprès de familles en deuil (Birnbaum, 1991).

Une étude clinique en milieu hospitalier

Lors d'un premier voyage d'étude aux Etats-Unis, en 1982, il m'a été donné de m'initier à la TMF auprès de divers hôpitaux et instituts spécialisés. A Boston, les essais de Norman Paul auprès de familles de toxicomanes graves m'ont impressionné par leur audace. Ce spécialiste de l'approche systémique du deuil et de la psychose (Paul, 1966, 1967) 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 »... (Paul, 1982). Dans la même ville, au McLean's hospital, j'ai pu suivre quelques séances de thérapie multifamiliale pour adolescents hospitalisés souffrant de troubles divers. A la Temple University de Philadelphie, James Framo m'a ouvert les yeux sur l'utilisation de la thérapie multiconjugale centrée sur les familles d'origine (Framo, 1976, 1979). Au Family Center de Georgetown (Washington DC), Murray Bowen et son équipe m'ont introduit aux thérapies multifamiliales et multiconjugales de caractère pédagogique, appliquées parallèlement à une thérapie de famille classique.

A mon retour, j'ai eu l'opportunité de diriger une expérience pilote à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Cery, pendant une année. Il s'agissait d'une thérapie multifamiliale réunissant 13 patients hospitalisés d'une division ouverte, tous sévèrement perturbés (psychotiques) et/ou chroniques. Les membres de leurs familles participaient aux séances. En tout, 13 familles ont participé à l'expérience pilote, dont 5 très régulièrement. Le nombre de séances était de 10, à raison d'une séance par mois environ. L'équipe thérapeutique se composait de deux psychiatres, d'une infirmière en psychiatrie, et d'une assistante sociale. L'objectif de cette expérience était de vérifier dans quelle mesure une telle approche permettrait aux patients et à leurs familles d'améliorer leur style de communication, de mieux élucider leurs difficultés (dans une perspective relationnelle et systémique), de sortir de leur isolement moral et social en favorisant du même coup une amélioration de la pathologie du patient désigné, une remotivation pour des contacts et des tâches occupationnelles situées à l'extérieur du cadre hospitalier.

Les rencontres se déroulaient en général le samedi matin, dans une atmosphère conviviale et accueillante, favorisant l'alliance thérapeutique et le climat de confiance. L'équipe thérapeutique se bornait essentiellement à faciliter les échanges entre les diverses familles, en complétant cette attitude par des interventions ponctuelles à caractère tantôt pédagogique (éclaircissements sur le fonctionnement de l'hôpital, sur la maladie mentale, sur la dynamique familiale), tantôt thérapeutique (métacomUNICATIONS, questionnement circulaire, comparaisons intergénérationnelles, recadrages, directives ouvertes, facilitation de l'expression des émotions, etc.). L'accent était mis en particulier sur les leviers transgénérationnels, dans la perspective de Boszormenyi-Nagy (1973, 1980, 1986) et de Bowen (1975, 1978).

Les effets observables de cette TMF étaient des plus encourageants. La constatation la plus évidente et la plus immédiate était l'intérêt très vif manifesté pour cette expérience tant par les patients que par leurs familles. L'atmosphère en division était très animée le jour de chaque rencontre. On notait également de vives réactions à cet événement chez les autres patients et chez d'autres familles en visite, qui ne se décidaient pas à participer aux rencontres – et même chez d'autres soignants (infirmiers, médecins). Les membres ayant un membre malade chronique faisaient preuve d'une plus grande régularité aux séances (toutes souffraient d'isolement social et moral). Dans la majorité des familles, l'ouverture relationnelle sur le plan

intrafamilial comme sur le plan social s'est caractérisée par une évidente revitalisation des contacts et de la communication. Une meilleure distinction des générations, des rôles et des statuts s'est fait jour au fil des séances, favorisée par des alignements spontanés en sous-systèmes variés (parents versus enfants, père versus mères, membres « sains » versus membres « malades », « jeunes » versus « vieux »). L'expression des émotions a été facilitée sur tous les registres, probablement grâce à l'effet amplificateur du groupe élargi (alors que la plupart de ces familles avaient été préalablement décrites comme « froides » ou « anaffectives »). L'apprentissage de nouveaux modèles de comportements intrafamiliaux et de styles communicationnels a été visiblement facilité par l'interaction avec d'autres familles. Enfin, de nouvelles motivations ont été exprimées par quelques familles pour entreprendre (ou recommencer) une thérapie de famille simple, afin de parachever les progrès acquis pendant la TMF, ou pour trouver des alternatives à l'hospitalisation prolongée du patient désigné (mesures de réinsertion socioprofessionnelle).

Leviers thérapeutiques spécifiques de la TMF

Si les bienfaits de la TMF sont largement admis par la plupart des études qui lui ont été consacrées, peu d'efforts ont été consacrés à sa conceptualisation ou à l'élaboration de nouvelles techniques. O'Shea et Phelps soulignent qu'en dépit de sa valeur, elle reste sous-utilisée, peu développée sur le plan théorique, et mal différenciée des autres approches thérapeutiques (O'Shea, Phelps, 1985). Il me également personnellement qu'une avancée théorique reste indispensable à une meilleure compréhension de cet outil thérapeutique et à son application à plus grande échelle. Dans ce but, il me paraît utile de porter la réflexion sur les mécanismes spécifiques de la TMF, en tenant compte de quatre leviers d'action identifiables en quatre mots-clefs : exposition, confrontation, légitimation, apprentissage.

On sait que la simple démarche consistant à aller tout seul consulter un thérapeute est déjà, à ce stade, une façon de s'extraire de l'intimité de la souffrance pour l'exposer à un professionnel, ou mieux, d'élargir le cercle de cette intimité « entre moi et moi » à un cercle d'intimité « entre moi et lui ». Le mot exposition (du latin, *exponere*, « disposer de manière à mettre en vue ») exprime assez clairement cette idée, puisqu'il signifie « présenter en ordre un ensemble de faits, d'idées » (attitude classique du patient en train d'expliquer et de justifier sa demande d'aide thérapeutique). Cet acte est souvent identifié par les patients comme bénéfique, si ce n'est comme libérateur, peut-être parce qu'il implique d'exporter la problématique et sa souffrance vers l'extérieur, de « l'exterritorialiser » hors du champ intimiste du Moi. En thérapie de famille, le cercle de l'exposition s'élargit encore puisqu'il va englober d'autres personnes que le thérapeute et le patient. Certes, il s'agit encore de proches, mais à des degrés très divers, puisqu'elles sont perçues comme plus ou moins lointaines selon le niveau d'incompréhension, de mécontentement, de conflit et de souffrance régnant entre elles. En outre, le patient n'est plus le seul à exposer ses difficultés, chacun des membres de la famille présents y étant invité au même titre – tout en acquérant du même coup le statut de patient (« co-patient » ?). A l'intersubjectivité présente entre chaque thérapeute et chaque patient répond ici une autre forme d'intersubjectivité plus complexe (souvent bien plus intense que dans une relation duelle), faite des relations intersubjectives entre les membres de la famille eux-mêmes et entre la famille et le thérapeute. 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. A ce niveau l'intimité est voisine de zéro, sans que pour autant le levier d'intersubjectivité s'affaiblisse (songeons simplement aux mécanismes intersubjectifs puissants présents dans maintes formes de célébrations sociales : fêtes diverses, assemblées politiques ou religieuses, pèlerinages, cures miraculeuses, etc.) .

Le degré suivant, immédiatement consécutif à l'exposition, est la confrontation, terme qui signifie « mettre en présence (des personnes) pour comparer leurs affirmations ». C'est le cas par exemple, dans le domaine judiciaire, lorsque l'on confronte les témoins entre eux, ou les témoins avec le prévenu. Rappelons en passant qu'il s'agit ici du principe de base de la thérapie de famille (et, dans la même foulée, de la TMF). Certes, en thérapie individuelle, le patient se confronte déjà au thérapeute dans l'espace duel (!), puisque ses affirmations trouvent en écho celles du thérapeute (interprétations, élucidations, recadrages, directives, etc.) ; mais en thérapie de famille, la confrontation est plus riche, plus dense, plus complexe, du simple fait de la multiplication des points de vue. En TMF, la confrontation prend un nouveau caractère, quasi public. On sait que toute confrontation implique une comparaison. Ici, le mécanisme comparatif prend une ampleur nouvelle : il s'agit de comparer divers types de constellations familiales entre elles, avec leurs misères, leurs ressources, leurs différences, leurs similitudes.

Etroitement liée à l'exposition et à la confrontation, dont elle découle, la légitimation est un autre levier essentiel de toute démarche thérapeutique, relevant de la dimension éthique des relations humaines, et en particulier des relations familiales (Boszormenyi-Nagy, 1973, 1980, 1986). Est légitime ce qui est fondé en droit, en équité, nous dit le Petit Robert. Si une telle quête est souvent présente au sein de la thérapie individuelle (tentative de se déculpabiliser, de s'autojustifier), elle trouve un terrain d'élection dans le contexte de la thérapie de famille. Dans ce « prétoire » se confrontent les témoignages, remontrances, admonestations et points de vue de chacun pour définir ensemble ce qui est juste ou injuste, espérer ou exiger une reconnaissance, une réparation, une exonération, etc. En TMF, ce mécanisme est amplifié par la présence d'un « jury » exceptionnel : d'autres familles sont là, qui assistent aux délibérations tout en délibérant pour leur propre compte. Le « tribunal inter-familial » remplace le « tribunal intra-familial », toujours en présence des « conseils des parties » (rôle des thérapeutes). On conçoit aisément, outre la force justificative ou même rédemptrice d'un tel contexte, le pouvoir cathartique et libérateur qu'il recèle pour chaque famille.

Enfin, le quatrième levier d'action de la TMF coïncide en même temps avec son objectif, je veux dire l'apprentissage, soit les modifications durables du comportement des sujets par des expériences répétées. Ce changement se produit dans la mesure où les trois premiers leviers ont pu être actionnés de façon adéquate et constructive (grâce à l'influence du thérapeute, qui en porte le premier la responsabilité puisqu'il détient le savoir-faire en la matière). Ce paramètre 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*). Telle mère découvre une autre façon de communiquer avec sa fille en observant une autre mère le faire avec elle ou la sienne. Tel père affirme mieux sa position et ose mieux s'impliquer face à ses enfants à l'exemple d'autres pères (qui l'y exhortent au besoin). Tel patient identifié apprend à se manifester autrement que par des symptômes en voyant évoluer ses « congénères » d'une séance à l'autre. Laqueur soulignait de bonne heure l'importance du *mécanisme analogique* en TMF (Laqueur, 1972, 1979). Pourtant, de mon point de vue, il n'est guère possible de comprendre toute la valeur de ce mécanisme sans saisir l'importance des trois autres, qui le précèdent nécessairement (exposition, confrontation, légitimation). En effet, l'effet mimétique n'aura de réel impact que s'il est présent déjà au stade de l'exposition, lorsque chacun prendra exemple sur autrui sur la façon de décrire sa souffrance personnelle, de narrer la saga familiale ou de proposer une solution plus avantageuse aux autres membres de sa famille. Par ailleurs, assister à la façon dont les autres confrontent leurs points de vue et à la façon dont les thérapeutes interviennent pour arbitrer le débat et assurer une issue honorable a un effet

d'entraînement non négligeable pour chaque famille. Enfin, au stade de la légitimation, chacun est sollicité au plus vif, comme chaque fois qu'il s'agit de justice au sein d'une famille (Boszormenyi-Nagy, 1973). A ces mécanismes d'identification s'ajoute l'effet de confirmation par le groupe multifamilial de tout changement constaté au cours de la thérapie. Ces « salves » de feedbacks positifs ont un effet renforçateur considérable, par leur amplification « sociale » et pas seulement intrafamiliale ou thérapeutique.

On peut dire de la sorte que la TMF crée un contexte qui incite chaque famille à réagir « dans la foulée » des autres. Cette réaction s'inscrit de façon circulaire dans la trame des « réactions aux réactions » (comme Gregory Bateson définissait la systémique en particulier, et les relations humaines en général)(Bateson, 1977, 1980). Il s'agit d'une exploration collective et graduelle du changement, d'une séance à l'autre, par essais et erreurs successifs permettant de mettre en place de nouveaux modèles de fonctionnement, ratifiés par les thérapeutes et par l'ensemble du groupe multifamilial. Ce processus valorise, l'on s'en doute, le fonctionnement de type *self help*, par conséquent l'autonomie des familles et de leurs membres qui découvrent ce faisant une force motivationnelle centrée davantage sur leurs ressources que sur leurs tares supposées.

Discussion

Dans les propos qui précèdent, je crois avoir mis en évidence comment, en passant du setting thérapeutique individuel au setting plus élargi de la famille, puis au setting multifamilial, se perd d'un côté l'intimité, sans que se perde pour autant la force intersubjective à l'œuvre entre tous les partenaires. L'exposition de la souffrance, la confrontation et la légitimation collective qui découlent de ses enjeux, constituent autant de leviers d'amplification thérapeutique des sentiments, des échanges et de la motivation à changer décelables chez tous les participants. Cette évacuation de l'intimité au profit d'une mise à l'épreuve et d'une ratification collective confère à la thérapie un caractère social proche de certaines thérapies de groupe. Mais ici, le mécanisme spécifique est différent du fait qu'il s'agit de familles en présence, et non de simples particuliers se représentant individuellement. C'est dire que chacun s'expose et se confronte à des inconnus en présence de ses proches, qui peuvent à chaque instant démentir ses propos, corriger sa version narrative, en se confrontant à lui à la faveur d'une espèce de spectacle. Enfin, ce spectacle est ici réciproque : chaque famille est vue et voit les autres familles, personne n'est exhibitionniste ou voyeur (à moins que chacun ne soit les deux en même temps !).

En poussant la réflexion plus loin, on peut s'interroger sur la pertinence du souci de préservation de l'intimité thérapeutique, propre à la mentalité occidentale du soin. La thérapie de famille, en mettant l'accent sur la dimension supra-individuelle de la maladie et de la guérison, avait déjà largement prouvé son utilité – au-delà de l'alcôve de la relation duelle. La TMF quant à elle, véritable *agora* thérapeutique, semble renouer avec l'antique tradition pré-hippocratique du soin, celle de l'ère homérique ou chamanique, qui traitait le patient en présence de tout le clan. On sait que cette tradition chamanique survit aujourd'hui dans maintes médecines traditionnelles (africaine, asiatique, amérindienne), qui peuvent heurter parfois notre sensibilité par leur façon d'exposer la souffrance du sujet devant toute la tribu. Pourtant, nous savons aussi que le fait d'impliquer chaque membre et chaque famille de la tribu dans la démarche thérapeutique a des vertus curatives bien plus puissantes qu'on ne le présume à première vue. Peut-être parce qu'il ne s'agit plus de situer le mal *en* une seule personne, mais *entre* les personnes, et de mobiliser de façon congruente la responsabilité des familles et de la société.

La TMF gagnerait me semble-t-il à exploiter de façon plus systématique les quatre leviers que j'ai tenté d'identifier dans cette petite contribution à la compréhension de sa spécificité. Une

nouvelle étude clinique vient d'être mise en place à Lausanne par notre équipe thérapeutique, après un nouvel essai de type essentiellement pédagogique consacré aux familles d'adolescents. L'objectif est de mettre au point de façon systématique des grilles d'évaluation des quatre leviers présentés dans cet article en décrivant les divers types de stratégies thérapeutiques qui leur sont assorties. Ceci fera l'objet, espérons-le, d'une prochaine publication.

Bibliographie

- Anderson C.M., Griffin S., Rossi A., Pagonis I., Holder D.P., Treiber R. A comparative study of the impact of education vs. Process groups for families of patients with affective disorders. *Fam. Process* jun. 25(2),185-205, 1986.
- Anton R.F., Hogan I., Jalali B., Riordan C.E., Kleber H.D. Multiple family therapy and naltrexone in the treatment of opiate dependence. *Drug Alcohol Depend.* sept 8(2), 157-168, 1981.
- Bateson G. Vers une écologie de l'esprit. Tomes I et II. Ed. Seuil, Paris, 1977-1980.
- Bender P.J. Multiple family therapy for adolescents : a case illustration. *J. Child. Adolesc. Psychiatr. Ment. Health Nurs* jan-mar 5(1), 27-31, 1992.
- Birnbaum A. Haven Hugs & Bugs. An innovative multiple-family weekend intervention for bereaved children, adolescents and adults. *Am. J. Hosp. Palliat. Care* sept-oct 8 (5), 23-29, 1991.
- Bowen M. Family therapy after twenty years. In : Arieti S. *American Handbook of Psychiatry*. Vol. 5. 367-391, Basic Books Inc., New York, 1975.
- Bowen M. Family therapy in clinical practice. Jason Aronson, New York, 1978.
- Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M. *Invisible loyalties*. Hagerstown, Maryland, Harper and Row, 1973.
- Boszormenyi-Nagy I., Krasner B. Trust based therapy : a contextual approach. *Am. J. Psychiatry*, 137, 767-775, 1980.
- Boszormenyi-Nagy I., Krasner B. *Between give and take. A clinical guide to contextual therapy*. Brunner & Mazel, New York, 1986.
- Dyck D.G., Short R.A., Hendryx M.S., Norell D., Myers M., Patterson T., McDonell M.G., Voss W.D., McFarlane W.R. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. *Psychiatr. Serv.* apr 51(4), 513-519, 2000.
- Framo J.L. Family of origin as a therapeutic resource for adults in marital and family therapy : You can and you should go home again. *Family Process*, 15. 193-210, 1976.
- Framo J.L. Thérapie de couple en groupe. in : Bloch D. A. *Techniques de base en thérapie familiale*. Ed. Delarge, Paris, 153-170, 1979.
- Kaufmann E., Kaufmann P. Multiple family therapy : a new direction in the treatment of drug abusers. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 4(4), 467-478, 1977.
- Kosten T.R., Hogan I., Jalali B., Steidl J., Kleber H.D. The effect of multiple family therapy on addict family functioning : a pilot study. *Adv. Alcohol Subst. Abuse*, spring 5(3) , 51-62, 1986.
- Laqueur H.P., Laburt H.A. & coll. Multiple family therapy, further développements. *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 groupe 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*. Ed. Delarge, Paris, 135-152, 1979.
- Leff J. Family work for schizophrenia : practical application. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 102(407) :78-82, 2000.
- McFarlane W.R., Lukens E., Link B., Dushay R., Deakins S.A., Newmark M., Dunne E.J., Horen B., Toran J. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* aug 52(8) :679-687, 1995.
- O'Shea M.D., Phelps R. Multiple family therapy : current status and critical appraisal. *Fam. Process* déc 24(4)555-582, 1985.
- Paul N. *Communication personnelle*, printemps 1982.
- Salem G., von Niederhäusern O., Aubry M., Di Giampetro L. L'approche multifamiliale à l'hôpital psychiatrique. *Arch. Suisses Neurol. Neurochir. Psychiat.* Vol 136 (6), 67-71, 1985.
- Salem G. *L'approche thérapeutique de la famille*. Ed. Masson, Paris, 3^e ed. 2000.
- Slagerman M., Yager J. Multiple family group treatment for eating disorders : a short term program. *Psychiatr. Med.* 7(4), 269-283, 1989.

Résumé

L'auteur passe en revue l'évolution récente de la thérapie multifamiliale (TMF), puis décrit une expérience clinique hospitalière d'une année en ce domaine avant de proposer un modèle théorique des mécanismes thérapeutiques spécifiques de la TMF, en quatre mots-clefs : exposition, confrontation, légitimation et apprentissage. Il relève que

l'effet d'exposition sociale (« agora thérapeutique ») participe probablement comme levier amplificateur significatif du changement thérapeutique.

Summary

(Title) Exposition, confrontation, legitimization, apprenticeship : four keywords for multiple family therapy.

The author reviews the recent evolution of multiple-family therapy (MFT). He then describes a clinical experiment of a year MFT in psychiatric hospital and suggests a theoretical model of the specific therapeutic mechanisms involved in MFT through four keywords : exposition, confrontation, legitimization and apprenticeship. He notices that social exposition (« therapeutic agora ») plays probably an important role as a meaningful amplifying lever of therapeutic change.

Mots-clefs

Thérapie multifamiliale – théorie systémique – confrontation – légitimation – apprentissage.

Keywords

Multiple family therapy – systemic theory – confrontation – legitimization – apprenticeship.

Adresse de l'auteur :

Dr Gérard Salem, 16, ch. de Lucinge CH-1006 Lausanne (Suisse)

Email gsalem-ling@vtx.ch