

## **Fonctionnement familial : intérêt théorique et clinique des modèles explicatifs**

### **Family functioning: theoretical and clinical interest of explanatory models**

FERGANI Louhab<sup>\*1</sup>, Université Abderrahmane Mira ( Bejaia)  
ferganilouhab@gmail.com

BENAMSILI Lamia<sup>2</sup>, Université Abderrahmane Mira ( Bejaia)  
haderbache.lamia@gmail.com

<b>Reçue</b>	<b>10-03-2021</b>	<b>Accepté</b>	<b>29-11-2021</b>
--------------	-------------------	----------------	-------------------

#### **Le résumé**

Le sujet du fonctionnement familial occupe de plus en plus de place dans notre pratique clinique et dans nos enseignements de la psychologie clinique à l'université. En effet, certains enseignements universitaires que nous assurons dans le cadre de la préparation du diplôme de master en psychologie clinique ont pour objectif d'aborder la relation entre la famille, les changements au sein de la société et leurs impacts sur les manifestations de troubles psychiques et les dysfonctionnements dans la famille. Ainsi, la famille peut être un facteur de risque pour le développement de troubles psychologiques, mais elle peut être aussi un facteur de protection contre ce risque. Nous nous proposons dans cette contribution d'exposer quelques modèles explicatifs du fonctionnement familial, et de montrer, à la lumière de situations cliniques issues de notre pratique, en quoi ces modèles sont pertinents pour aider le clinicien dans son travail de diagnostic, de thérapie, mais aussi de prévention de situations à risque.

**Mots Clés:** Fonctionnement familial ; pratique clinique ; enseignements ; psychologie clinique ; modèles explicatifs.

#### **Abstract**

The topic of family functioning is becoming more and more important in our clinical practice and in our clinical psychology teaching at the university. Indeed, some of the university teachings that we provide as part of the preparation for the master's degree in clinical psychology aim to address the relationship between the family, changes in society and their impact on the manifestations of psychological disorders and dysfunctions in the family. Thus, the family can be a risk factor for the development of psychological disorders, but it can also be a protective factor against this risk.

In this contribution, we propose to present some explanatory models of family functioning, and to show, in the light of clinical situations from our practice, how these models are relevant to help the clinician in his work of diagnosis, therapy, but also prevention of risk situations.

**Keywords:** Family functioning; clinical practice; teaching; clinical psychology; explanatory models.

---

\* Auteur correspondant

## **Introduction**

L'évaluation de la nature du fonctionnement familial constitue une des tâches du psychologue clinicien.

Dans ce cadre, il existe une multitude de modèles permettant l'appréciation du fonctionnement familial. Habituellement, le psychologue clinicien examine le fonctionnement familial des familles qu'il reçoit en consultation selon son école de référence. Dès lors, il existe une terminologie diversifiée qui permet de rendre compte des différentes composantes du fonctionnement familial.

Ces dernières années sont marquées par l'apparition des modèles explicatifs du fonctionnement familial qui sont d'un grand apport au clinicien. Ces modèles ont le mérite d'être plus faciles à opérationnaliser car ils offrent aux cliniciens des outils issus d'études empiriques.

L'objectif de ce présent article théorico-clinique est de revenir sur le lien entre la psychopathologie individuelle et la nature du fonctionnement familial. Nous formulons donc l'hypothèse générale qu'il existe une relation entre les deux variables citées et nous tenterons d'éclairer cette relation à partir de vignettes cliniques tirées de notre pratique.

### **1- Famille et fonctionnement familial : généralités**

Nous commençons d'abord par exposer quelques définitions importantes des notions de famille, de dynamique familiale et de fonctionnement familial, pour passer ensuite à la présentation de quelques situations cliniques que le modèle psychodynamique permet de mieux éclairer.

#### **1-1- La notion de famille en psychologie clinique**

La famille est « *un ensemble d'éléments plus au moins interdépendants réagissant les uns sur les autres, mais tel que, à travers ses différentes interactions leur ensemble garde son unité et ses caractéristiques structurelles propres. Ce groupe familial, comme tous les groupes, présente ainsi un équilibre dynamique, pris entre des facteurs poussant à une évolution et d'autres réalisant une « homéostasie » tendant à rétablir l'équilibre précédent* » (Lemaire, 2007, p.15).

La famille est « *un groupe d'individus unis par des liens transgénérationnels et interdépendants quant aux éléments fondamentaux de la vie* » (Doron, Parot, 2011, p.295).

Nous entendons donc par famille dans notre travail, un groupe de personne en connexion sanguine et émotionnelle.

## **1-2- La notion de dynamique familiale en psychologie clinique**

En psychanalyse, le terme dynamique « *qualifie un point de vue qui envisage les phénomènes psychiques comme résultant d'un conflit et de la composition de forces exerçant une certaine poussée, celle-ci étant en dernier ressort d'origine pulsionnelle* » (Laplanche & Pontalis, 1994, p.123).

Mohring (2006) conçoit la dynamique familiale comme « *les forces qui opèrent dans la famille* ». Pour explorer cette dynamique, l'auteur dégage les cinq aspects directeurs suivants : la transmission intergénérationnelle, l'assignation des rôles dans la famille, les modalités du lien, le niveau structurel et l'aspect de l'adaptation.

Sylvestre (2017) définit la dynamique familiale comme « *un ensemble d'éléments comprenant la structure familiale et ses interactions. Cette structure est illustrée par la hiérarchie familiale et les différents sous-systèmes* » (Sylvestre, 2017, p.279).

De ce fait, le terme « *dynamique familiale* » suggère un fonctionnement dynamique et non statique du groupe familial. Dans cet article, nous concevons donc le fonctionnement familial comme l'interaction entre les membres de la famille ainsi que les diverses relations qui peuvent exister au sein d'une famille, et l'ensemble des changements qui se produisent collectivement dans un groupe familial, perçu comme un ensemble intersubjectif. Ainsi, ce fonctionnement peut être appréhendé par deux axes. L'axe vertical va retracer l'évolution historique de la famille et un axe horizontal qui indique les modalités actuelles du lien des membres de la famille. Ils permettront un éclairage des forces qui opèrent dans la famille.

Dans ce sens, les auteurs cités précédemment sont d'accord pour dire qu'il y a des familles fonctionnelles et d'autres dysfonctionnelles.

Dans notre travail, les familles saines sont celles qui sont fonctionnelles, autrement dit celles qui sont flexibles, capables de remplir leurs tâches et de s'adapter aux changements. Quant aux familles pathologiques, elles désignent des familles dysfonctionnelles qui ne sont pas ou plus capables de remplir leurs fonctions et deviennent de ce fait, des facteurs de risque de pathologie pour un ou plusieurs de leurs membres.

## **1-3- La notion de fonctionnement familial en psychologie clinique**

La notion de fonctionnement familial renvoie à cette « *dynamique résultant de l'interaction entre les personnes qui composent la famille et sur comment celle-ci influence la conduite de ses membres* » et à « *l'interaction*

## **Fonctionnement familial : intérêt théorique et clinique des modèles explicatifs**

---

*entre la personne et les divers environnements avec lesquels elle doit composer et les différents facteurs de risque et de protection qui ont pu influencer son parcours développemental, la famille étant considérée ici comme un de ces environnements » (Pauzé et al, 2017, p.298).*

Le fonctionnement psychique familial décrit « *le type de relation d'objet, la nature de l'angoisse et les mécanismes de défense utilisés. Il traduit la façon dont une famille gère ses conflits. Une relation d'objet génital caractérise la famille qui s'organise autour de l'angoisse de castration. Une relation d'objet partiel caractérise la famille anaclétique confrontée aux angoisses de perte. Une relation de type fusionnel caractérise la famille psychotique qui vit une angoisse de morcellement » (Doron, Parot, 2011, p.296).*

## **2- Modèles d'orientation théorique : le modèle psychodynamique**

Il est vrai que les cliniciens sont habitués à décrypter ces mécanismes cités ci-dessus d'un point de vue du fonctionnement psychique individuel. Cependant, ces éléments de définition du fonctionnement psychique familial ne sont pas à considérer comme des élaborations purement théoriques même s'ils sont difficiles à opérationnaliser sur le plan pratique. Notre expérience en milieu psychiatrique a montré que la référence à ces notions peut s'avérer pertinente pour comprendre la place des constellations familiales dans les troubles psychiatriques. Dans ce contexte, nous nous sommes particulièrement intéressés au dysfonctionnement familial comme facteur de risque et facteur d'aggravation contribuant au potentiel suicidaire des patients hospitalisés. L'acte suicidaire sous différentes formes pourrait avoir un lien intime avec la composante familiale plus qu'avec les dimensions classiques de souffrance individuelle, sociale ou existentielle.

Dans ce genre de familles, le patient psychiatrique suicidaire n'est que l'ambassadeur que la famille a choisi pour représenter l'ambiance sous-jacente à sa pathologie. Ainsi, le focus sur le matériel clinique familial en plus de l'investigation sur le patient désigné, nous permet de saisir des mécanismes de défenses dysfonctionnels, des relations d'objets confuses et des angoisses chaotiques propres à toute la famille. La problématique anaclitique, par exemple, qui est à l'origine de la souffrance dépressive et parfois de la vulnérabilité suicidaire, définit la dynamique familiale et le type de rapport privilégié entre ses membres avant de s'installer en quelque sorte dans le fonctionnement intrapsychique individuel du patient désigné. Cela n'est pas sans conséquences sur la conduite thérapeutique à adopter avec ce genre de patients et leurs familles. En effet, les tentatives de suicide répétées et les récidives ne sont que l'indice de l'arbre qui cache la forêt, c'est-à-dire d'un

dysfonctionnement familial que se cache derrière la pathologie de l'un de ses membres.

Dans ce cadre, des typologies familiales psychodynamiques ont été élaborées en se référant à la métapsychologie freudienne par Alberto Eiguer. Il s'agit de typologies qui présentent quatre types de fonctionnement familiaux : (1) *la famille à structure œdipienne*, (2) *la famille à structure anacliticodépressive*, (3) *la famille à structure narcissique*, (4) *la famille à structure perverse*. Cette typologie est une grille de lecture qui peut constituer pour le clinicien une médiation dans son approche et sa compréhension du fonctionnement familial. Ainsi, en référence à cette typologie, une famille pourra présenter une structure proche de l'un des quatre types, ou tendre principalement vers tel ou tel type de structure. Ces différentes typologies, selon Eiguer, ne sont pas à prendre en compte comme des types de fonctionnement familiaux isolés et déterminés, pouvant définir une famille une fois pour toutes. Une famille peut évoluer et changer en passant d'un type d'organisation à l'autre. Enfin, il est important de noter que ce n'est pas le symptôme du patient qui définit le type de structure familiale, mais bien la dynamique générale de la famille (Anaut, 2005).

Dans les situations extrêmement difficiles où il s'agit de patients victimes d'inceste, il n'est pas possible de faire abstraction de la dynamique familiale. Les patients victimes d'inceste portent un traumatisme complexe et douloureux. Ils se trouvent coincés entre des émotions contradictoires qui rendent leur vie intime, familiale et sociale insupportable. Aider ces patients en thérapie à dissiper la confusion qui s'empare de leur vécu demande du temps et d'énergie avec le risque qu'encourt le thérapeute de perdre le patient s'il ne prend pas une position explicite contre le bourreau. Voyons l'exemple d'une patiente qu'une collègue nous a orienté pour une évaluation psychologique. C'est une femme célibataire âgée de 48 ans qui a bien réussi sa vie professionnelle, mais dont la vie intime et familiale serait un échec compte tenu de son histoire traumatique. Elle disait que sa vie s'est arrêtée le jour où son frère l'a violé à l'âge de 15 ans. À l'âge de 21 ans, elle a présenté une dépression majeure qui avait nécessité une thérapie médicamenteuse. Elle a suivi une psychothérapie pendant plusieurs années tout en reconnaissant que sa psychothérapeute l'a beaucoup aidé, mais elle éprouve toujours le besoin d'être en thérapie. La collègue qui l'a reçue récemment pour une thérapie se demandait pourquoi la thérapie EMDR n'a pas fonctionné avec elle. Quand nous avons repris avec la patiente son histoire et l'histoire de sa famille, il nous a semblé qu'il était extrêmement important pour elle que sa famille reconnaisse ce qu'elle a subi, et le pire c'était que personne ne l'a cru quand elle en a parlé. Au moment où nous l'avons reçue, elle semble rester prisonnière de ce besoin de reconnaissance. Recentrer sa problématique sur le dysfonctionnement

## **Fonctionnement familial : intérêt théorique et clinique des modèles explicatifs**

---

familial peut-être une des nouvelles pistes qui s'offriront au clinicien. Il ne s'agit pas de proposer à cette patiente une thérapie familiale, ce qui est d'ailleurs impossible d'un point de vue pratique, mais de réorienter sa souffrance en prenant en compte qu'une famille peut aussi souffrir et être troublée. Le clinicien peut alors se référer à l'une des typologies citées en haut pour se donner un cadre qui permet d'envisager la souffrance de cette patiente autrement que comme ils l'ont fait avant ses collègues. Ainsi, beaucoup d'éléments de son histoire familiale évoquent le type de famille à structure narcissique. Le plus important de ces éléments est la menace permanente de l'inceste voire le risque accru de sa réalisation. Dans ces familles, les différences entre les générations, les sexes, ou entre passé/présent/futur ne sont pas reconnues, ce qui conduit à ignorer les crises de vie et le passage du temps. Voir sa famille comme une entité victime de sa propre vulnérabilité, aurait peut-être chez la patiente un effet libérateur sur une souffrance qu'elle traîne pendant plus de vingt et cinq ans.

Dans d'autres situations, le patient désigné comme porteur d'un trouble ou présentant des difficultés refuse délibérément d'endosser ce rôle. Il s'insurge contre le fonctionnement de la famille. Quand nous portons plus d'attention à l'arbre généalogique de la famille, nous retrouvons souvent des histoires événementielles chargées à l'origine d'un dysfonctionnement familial. L'adolescent est la figure la plus représentative de ce cas de figure. Un nombre non négligeable d'adolescents en crise que nous recevons en consultation reflète une crise voire un dysfonctionnement du système familial. Nous avons constaté comme par miracle comment ces adolescents retrouvent leur calme quand ils remarquent que nous ne nous focalisons pas sur eux, mais plutôt sur la famille dans sa globalité. Quand les difficultés ne sont pas graves, la crise se désamorce aussitôt que la famille prend conscience de ce qui ne va pas dans son fonctionnement. Dans certaines constellations familiales compliquées, le travail peut nécessiter plusieurs années surtout si un des membres ou plus sont porteurs de troubles psychologiques comme les troubles de personnalité de type borderline.

### **3- Les modèles d'orientation empirique : les modèles explicatifs du fonctionnement familial**

Au-delà d'une évaluation globale de la famille, portant sur de larges dimensions du fonctionnement familial, ont émergé de la littérature empirique des 20 dernières années des dimensions très spécifiques de fonctionnement familial, qui constituent des facteurs pronostiques de l'évolution et du devenir de certains troubles psychiatriques (Pauzé et al, 2014, p.414).

En effet, différents modèles théoriques ou grilles d'évaluation du fonctionnement des familles ont été proposés au cours des trente dernières

années par les chercheurs et les cliniciens du domaine de la thérapie familiale (Pauzé, Petitpas, 2013, p.12).

Dans leur article sur les modèles et les grilles d'évaluation du fonctionnement familial, Pauzé et Petitpas (2013) évoquent 12 modèles théoriques explicatifs du fonctionnement de la famille. Ils citent notamment : le modèle des compétences familiales de Beavers ; le modèle circomplexe d'Olson ; le modèle McMaster du fonctionnement familial d'Epstein ; le modèle du fonctionnement familial de Holman ; le modèle familial FIRO de Doherty et Colangelo ; le modèle du processus du fonctionnement familial de Steinhauer ; le modèle de l'adaptation familiale de McCubbin.

**Le modèle des compétences familiales** (*Beavers Systems Model of Family Functioning*) a été développé par Beavers, Blumberg, Timken et Weiner (2) au cours des années 1960. Ce modèle s'appuie sur deux concepts principaux : la compétence et le style familial.

Ces éléments d'évaluation offrent au clinicien non spécialisé dans le champ de la thérapie familiale des indicateurs pour compléter son investigation et sa compréhension des différentes problématiques des patients qu'ils peuvent recevoir à titre individuel. Dans leurs pratiques quotidiennes, ils peuvent rencontrer plusieurs cas de figures dont la souffrance engage les liens familiaux.

Un des concepts que ce modèle propose est le concept « le style familial ». Une famille peut se caractériser soit par un style centripète ou par un style centrifuge. Si dans une famille c'est le premier style qui prédomine, il est fort probable qu'un de ses membres développe un trouble dit intériorisé comme un trouble anxieux ou un trouble de l'humeur. Une famille centripète est une famille unie, dans laquelle les satisfactions relationnelles intrafamiliales sont élevées, recherchées et valorisées. Les émotions négatives sont atténuées, voire déniées, au profit d'un accent sur les émotions positives et la solidarité. C'est cette dernière caractéristique qui favoriserait, par exemple, l'attitude contrephobique assumée par un membre d'un patient souffrant d'un trouble anxieux de type agoraphobique. La description de ce style nous renvoie au cas d'une adolescente de 15 ans qui souffre de trouble panique avec agoraphobie. Dans sa thérapie, il fallait envisager un travail supplémentaire, en plus de l'application d'un protocole TCC avec la patiente, avec les parents afin de les amener à prendre conscience comment leurs comportements participent au maintien des symptômes de la patiente. Certaines phobies infantiles ne sont qu'un résultat logique d'une phobie familiale (Fergani, Benamsili, 2020).

Dans ces familles, l'autonomisation est moins encouragée, et elle peut même être vécue comme une trahison. Ainsi, l'individuation est entravée par

## **Fonctionnement familial : intérêt théorique et clinique des modèles explicatifs**

---

une pression à être conforme aux attentes de la famille. La vignette clinique suivante illustre ce dernier cas de figure.

*M. L est un jeune homme âgé de 28 ans qui tenait à ce que ses parents, notamment le père, l'accompagnent à ses séances de consultations psychologiques. M. L n'a pas eu une enfance facile dans la mesure où il a présenté des crises de convulsion dès sa naissance qui ont nécessité une prise en charge pendant les 2 premières années. Bien qu'il soit l'aîné dans sa fratrie, il ne voit qu'une seule perspective professionnelle qui est celle de travailler comme chauffeur dans le cabinet de notaire de son père. Ce dernier semble échouer toute tentative de son fils pour entreprendre un projet professionnel autre que celui qu'il lui impose. Sous pression de son père, M. L a fini par abandonner sa passion pour la mécanique. Quand nous l'avons reçu, M. L s'est montré écrasé par un stress et une angoisse énorme qui l'empêchent de voir claire quant à sa situation. Il est important de noter que la dépendance de M. L ne se réduit pas à la dimension matérielle, mais elle implique aussi la dépendance dans sa dimension affective.*

Si, en revanche, dans une famille c'est le style centrifuge qui prédomine, les satisfactions relationnelles sont recherchées principalement en dehors de la vie familiale. Il existe une certaine méfiance à l'égard des émotions positives et des gestes d'affection ; les conflits sont exprimés rapidement et peuvent être intenses. Dans sa forme extrême, on peut observer un encouragement à la séparation qui peut excéder les capacités d'autonomie des individus. Ces familles ont davantage tendance à développer des troubles dits extériorisés comme l'agressivité, les troubles du comportement et l'hyperactivité.

Dans la pratique, il est relativement facile de repérer le style familial d'une famille grâce à cette modélisation. Quand il n'est pas possible d'engager une thérapie de type familial, les cliniciens peuvent s'appuyer sur ces indications pour mieux comprendre les difficultés de leurs patients, comme dans le cas de M. L. A ce propos, nous pouvons préciser que le travail avec ce dernier et sa famille est extrêmement difficile dans la mesure où le but de thérapie, à savoir amener le patient à prendre conscience de sa problématique de dépendance et l'aider à s'autonomiser davantage va à l'encontre du style centripète de sa famille dont le père est la figure centrale. Afin de ne pas fragiliser l'alliance thérapeutique avec le patient, il est important de ne pas se confronter directement à la résistance défensive inévitable du père face au projet thérapeutique proposé à son fils et de faire en sorte que cette résistance soit la moins coûteuse possible.

**Le modèle circomplexe** (*Circumplex Model*) a été développé par Olson à la fin des années 1970. Ce modèle est conçu pour permettre de poser un «

diagnostic relationnel » à partir de trois dimensions fondamentales du fonctionnement familial, soit la cohésion, la flexibilité et la communication.

Comme le modèle précédent, ce modèle propose une grille de lecture de la dynamique familiale inestimable pour le clinicien. Le repérage clinique des composantes du modèle circomplexe est facilité par un questionnaire conçu par Olson et ses collaborateurs. Il s'agit de FACES-IV qui permet d'évaluer chaque famille selon les dimensions de cohésion, de flexibilité et de communication. L'opérationnalisation de ces dimensions permet de situer le fonctionnement de la famille autour de trois hypothèses :

- 1- Les familles équilibrées vont en général être mieux adaptées, vont mieux fonctionner et mieux gérer les transitions associées au passage d'une phase développementale à une autre.
- 2- Des aptitudes communicatives permettent à la famille d'adapter et de changer son niveau de cohésion et de flexibilité quand cela s'avère nécessaire, puis de retourner à un état d'équilibre par la suite.
- 3- Les familles modifient leur niveau de cohésion et de flexibilité pour répondre à des situations de stress et pour franchir les étapes du cycle de la vie familiale. Ces changements dynamiques sont bénéfiques pour le système familial.

Nous retrouvons dans cette description du fonctionnement familial en termes d'hypothèses la notion fondamentale déjà évoquée d'une dynamique inhérente à chaque famille à l'origine de son changement et de son évolution. En effet, le clinicien ne s'attend pas à recevoir des patients évoluant dans des structures familiales figées. A l'instar de la dynamique du fonctionnement psychologique individuel qui assure à l'individu un équilibre et une adaptation optimaux, une famille fonctionnelle est une famille qui se caractérise par un fonctionnement équilibré et adapté.

Les familles équilibrées, selon les critères d'Olson, ne sont pas rares. Tout clinicien peut témoigner d'expériences où le facteur familial constitue un facteur de bon pronostic pour l'évolution d'un patient présentant un trouble mental. Ce point est bien reconnu maintenant dans la littérature sur cette question, et notre propre expérience au sein d'un service de psychiatrie nous a montré que l'apport de la famille n'est pas seulement un soutien pour le patient, mais aussi pour les professionnels de la santé qui, face à un quotidien stressant avec des patients et des familles difficiles, peuvent se permettre de souffler grâce à ces familles que nous pouvons qualifier de collaboratrices.

Il nous semble qu'il est très important de savoir reconnaître les indices d'un fonctionnement familial équilibré qui ne comporte pas un potentiel favorisant une pathologie ou un dysfonctionnement. Chaque famille est confrontée à des stress et des expériences négatives qui remettent en question

## **Fonctionnement familial : intérêt théorique et clinique des modèles explicatifs**

---

son équilibre. Toutes les familles en crise n'ont pas forcément besoin d'un soutien prolongé de la part d'un professionnel. Il s'agit de familles qui consultent face à des situations problématiques de la vie, mais qui ne manquent pas de potentiel et de ressources pour gérer leurs difficultés. Ici, nous avons remarqué qu'un travail qui peut se résumer dans trois actions « informer, rassurer et déculpabiliser » peut largement suffire. Pour citer quelques exemples, nous pouvons évoquer le cas des parents qui consultent pour être rassurés dans leur fonction de parents ; déculpabiliser et rassurer les parents ayant des enfants présentant un handicap comme la trisomie 21.

**Le modèle McMaster** du fonctionnement familial (*McMaster Approach to Families*) a été développé par Epstein. Basé sur le concept de « santé », ce modèle cherche à déterminer quelles dimensions du fonctionnement familial ont un impact sur la santé ou le dysfonctionnement familial. Le modèle vise ainsi à expliquer comment la famille remplit cet ensemble de tâches (les tâches de base, les tâches développementales et les tâches accidentelles) et pour quelles raisons certaines familles ont des difficultés. Six dimensions sont proposées pour expliquer le fonctionnement familial : la résolution de problèmes, la communication, la répartition des rôles, la réponse affective, l'implication affective et le contrôle du comportement.

Quand nous recevons certaines personnes dont les familles ont eu un parcours de vie chaotique (liens rompus, des rapports d'animosité, membres déshérités sur les plans matériel et symbolique, violence, etc), ça nous arrive d'invoquer le déterminisme biologique et génétique pour nous aider à trouver un peu de sens à ce que ces familles vivent. Malheureusement, certaines personnes soulignent d'elles-mêmes le caractère déterministe de ce parcours. Ce qui ne fait que renforcer le pessimisme des soignants et des soignés. Par exemple, la maladie mentale peut frapper plusieurs membres de la même famille et appartenant à plusieurs générations. Un certain pessimisme règne concernant ces familles, leurs ressources, l'intégrité de leurs liens, et l'intégrité psychique de leur progéniture. Cependant, en dépit de la réalité transgénérationnelle de la maladie mentale caractérisant le parcours de certaines familles, la réalité clinique nous a appris que s'intéresser de plus près à la variable du fonctionnement familial ne fait que renforcer l'impact positif de cette variable pour la santé des individus et des familles.

A cet égard, le modèle McMaster du fonctionnement familial retient au fil des années certaines constations qui rendent notre vision de la maladie mentale plus optimiste, à savoir :

- 1- Les modes transactionnels de la famille sont des variables plus fortes dans la prédiction des comportements individuels que les variables intrapsychiques. Nous rajoutons, pour notre part, que chaque famille possède un potentiel du changement propre à son système relationnel, même les familles les plus malheureuses.
- 2- Une relation émotionnellement ouverte et chaleureuse entre les parents est indispensable pour la santé mentale des enfants, quel que soit l'état mental individuel des parents.
- 3- La relation entre les parents est vue comme un « tampon » qui atténue l'effet possible d'une pathologie parentale sur l'enfant.

Avant de conclure, nous exposons brièvement quatre autres modèles du fonctionnement familial. Chaque modèle peut éclairer un aspect ou des aspects de la réalité clinique. Ces modèles demeurent aussi d'un grand intérêt pour les chercheurs dans la mesure où ils offrent des pistes empiriques permettant de cerner les différentes facettes du changement que traversent les familles modernes.

**Le modèle du fonctionnement familial de Holman** a été diffusé au début des années 1980. Holman, le concepteur de ce modèle, identifie quatre dimensions principales d'évaluation de la famille : le problème, la famille comme système, la famille et son environnement ainsi que le cycle de la vie familiale.

**Le modèle familial FIRO** (*Fundamental Interpersonal Relations Orientation*) a été développé par Doherty et Colangelo afin de mieux comprendre les patrons relationnels au sein des familles. Il est issu de la modification de la théorie FIRO de Schutz et basé sur l'organisation et l'interaction des familles autour des besoins d'inclusion, de contrôle et d'intimité.

**Le modèle du processus du fonctionnement familial** (*Process Model of Family Functioning*) a été développé par Steinhauer, Santa-Barbara et Skinner. Selon ses auteurs, l'objectif général d'une famille est de réussir à passer au travers d'une variété de tâches développementales de base et de crise. Chacune de ces tâches génère des défis que la famille doit relever, notamment le développement continu de tous les membres de la famille, le maintien d'un niveau de sécurité raisonnable et l'assurance d'un minimum de cohésion pour maintenir l'unité de la famille et lui permettre de fonctionner adéquatement en société. L'accomplissement des tâches développementales inclut : la performance des rôles, le processus de communication, l'expression affective, l'implication de chacun des membres, le contrôle ainsi que les valeurs et les normes.

## **Fonctionnement familial : intérêt théorique et clinique des modèles explicatifs**

---

**Le modèle de la théorie de l'adaptation familiale** (*Family Adaptation Theory*) a été développée par McCubbin et McCubbin afin d'expliquer comment s'adapte la famille confrontée à un stress chronique. Selon ces auteurs, trois dimensions permettent de comprendre le fonctionnement des familles : la « régénérativité » (*regenerativity*), la résilience et la « rythmicité ».

Pauzé et al (2017) propose un modèle intégratif contenant 14 composantes principales du fonctionnement familial, qui sont :

- 1 – les caractéristiques personnelles des parents,
- 2 – les caractéristiques personnelles des enfants,
- 3 – le contexte socioculturel,
- 4 – les caractéristiques et relations avec les familles d'origine,
- 5 – les ressources sociales, économiques et communautaires,
- 6 – l'histoire développementale de la famille (incluant les tâches développementales non résolues, l'instabilité familiale et environnementale, les événements stressants actuels et ceux vécus au cours de la dernière année, les événements marquants vécus par la famille au cours de son histoire, les problèmes non résolus dans l'histoire familiale) et les composantes plus spécifiques du fonctionnement familial,
- 7 – l'épistémologie familiale,
- 8 – la communication,
- 9 – la composition, le type de famille et la diversité familiale,
- 10 – la dynamique du couple,
- 11 – la cohésion familiale,
- 12 – la structure et la flexibilité familiales,
- 13 – la fonction exécutive de la famille,
- 14 – les tâches familiales.

Les 14 composantes du fonctionnement familial identifiées ont été regroupées en trois grandes catégories :

- 1 – les composantes contextuelles, soit le contexte socioculturel, les caractéristiques des membres de la famille, les facteurs environnementaux

(caractéristiques des familles d'origine des parents et ressources sociales, économiques et communautaires) et l'histoire développementale de la famille;

2 – les composantes du fonctionnement familial proprement dit, soit l'épistémologie familiale, le portrait familial, la dynamique du couple, la communication, la cohésion et la structure familiales et les compétences exécutives ;

3 – les tâches familiales.

## **Conclusion**

En règle générale, l'intérêt pour la famille dans le champ de la psychologie clinique a donné naissance à des théorisations suivies par des applications spécifiques dans l'accompagnement et la prise en charge thérapeutiques. Ce domaine est exclusivement réservé à des spécialistes ayant la famille comme objet d'étude ou de soin.

Or, les cliniciens ont toujours la famille comme un interlocuteur potentiel même quand ils ont affaire à des individus demandant des soins. En plus de la clinique de l'enfant et de l'adolescent où il est presque inconcevable de travailler avec ces protagonistes sans la présence de la famille, notamment les parents, la variable famille demeure toujours à l'arrière-plan de notre intérêt pour l'individu et sa souffrance.

En effet, prendre connaissance des variables liées au fonctionnement ou au dysfonctionnement familial est d'une grande importance pour compléter la compréhension que nous pouvons avoir des cas que nous recevons dans le cadre de nos consultations en individuel. Dans le contexte actuel caractérisé par la fragilité des liens au niveau familial et social, compléter la formation des étudiants et des psychologues par une bonne initiation aux concepts de la psychologie familiale est très important. Le poids fragilisant ou protecteur de la famille dans le déclenchement où le développement de troubles psychiques et les souffrances individuelles n'est pas négligeable. Une telle formation permet de mieux repérer les familles pour qui une indication de thérapie systémique et familiale serait la plus adéquate, et parfois de proposer à certaines familles des consultations familiales faute de l'existence de thérapeutes spécialisés en thérapie familiale.

L'intérêt pour la recherche sur le fonctionnement familial nous semble aussi un terrain fertile à explorer.

## **Fonctionnement familial : intérêt théorique et clinique des modèles explicatifs**

---

### **Liste bibliographique :**

1. Anaut, M. (2005). *Soigner la famille*. Paris, France : Armand Colin.
2. Fergani, L., Benamsili, L. (2020). Phobie individuelle et phobie familiale : illustration à partir d'un cas. *Journal of Psychological and Educational Sciences*, 6 (4), 307-315.
3. Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1994). *Vocabulaire de la psychanalyse* (12<sup>e</sup> èd). Paris : PUF.
4. Lemaire, J-G. (2007). Origine de l'idée. In J-G, Lemaire. (dir), *L'inconscient dans la famille. Approches en thérapies familiales psychanalytiques* (pp.1-30). Paris : Dunod.
5. Mohring, P. (2006). Dynamique et Thérapie familiale psychanalytique. *Le Divan Familial*, 2(17), 113-133. DOI :10.3917/difa.017.0113.
6. Pauzé, R et al. (2014). Utilité des mesures standardisées dans la recherche et la clinique familiale. *Médecine & Hygiène*, 4 (35), 409-428. DOI 10.3917/tf.144.0409.
7. Pauzé, R et al. (2017). Evaluation du fonctionnement familial : proposition d'un modèle intégratif pour soutenir la pratique clinique et la recherche. *Médecine & Hygiène*, 3(38), 395-328. DOI 10.3917/tf.173.0295
8. Pauzé, R., & Petitpas, J. (2013). Evaluation du fonctionnement familial : état des connaissances. *Médecine & Hygiène*, 1 (34), 11-37. DOI : 10.3917/tf.131.0011
9. Sylvestre, M. (2017). La dynamique familiale. Dans C. Tarquinio (dir), *Pratique de la psychothérapie EMDR* (pp.279-284). Paris, France : Dunod.