

Évaluation rétrospective des relations familiales

Similitudes et différences de perceptions
chez les membres de trois types de famille

Lise LAPORTE, Ph.D.
Herta GUTTMAN, M.D.
*Institut Allan Memorial
Hôpital Royal Victoria*

INTRODUCTION

Les cliniciens en thérapie individuelle ainsi que les chercheurs se sont longtemps fiés aux perceptions d'un seul membre de la famille pour en comprendre la dynamique. Pourtant, les cliniciens en thérapie familiale et conjugale ont toujours été en présence d'une toute autre réalité : celle des nombreuses versions présentées par les membres d'une même famille lorsqu'ils en décrivent le fonctionnement.

L'importance d'évaluer les perceptions de plusieurs membres de la famille est aujourd'hui reconnue par tous (Tutty, 1995 ; Christensen et Arrington, 1987). Cependant, chercheurs et cliniciens ont à cet égard plusieurs défis à relever. Les uns doivent trouver la façon la plus pertinente et significative d'utiliser des données représentant des perspectives multiples d'une même variable, tandis que les autres doivent se demander comment aborder ces données dans le contexte d'une évaluation ou d'une intervention familiale (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen et Wilson, 1983).

Il faut bien comprendre que le manque d'accord entre les membres d'une même famille, ou encore le très grand accord que l'on peut retrouver chez certaines familles, est en soi un indice important de la dynamique familiale. Il est cependant important de pouvoir identifier les facteurs qui peuvent expliquer la présence de ces différences de perceptions.

Les perceptions peuvent être influencées par le rôle familial et le stade de la vie (Stevenson-Hinde et Akister, 1995). Chaque génération voit la nature des relations familiales en des termes qui sont reliés à ses attentes, à ses cognitions et à ses propres biais de désirabilité sociale. Les parents, par exemple, ont des enjeux dans la famille qui sont différents de ceux de leurs enfants. Ils sont portés à maximiser les similarités avec leurs enfants et à décrire une famille idéalisée et bien intégrée (Jessop, 1981). Les adolescents, tout au contraire, ont tendance à vouloir exprimer leur autonomie et leur indépendance en maximisant les différences avec leurs parents (Noller et Callan, 1988). Plusieurs études ont été menées sur l'évaluation des différences de perceptions entre les parents et leurs adolescents lorsqu'ils décrivent le fonctionnement actuel de leur famille (Hampson et Beavers, 1987; Hengeller, Borduin et Mann, 1987; Niemi, 1988; Green et Vosler, 1992) et dans la majorité des cas, les taux de corrélation entre les scores des adolescents et ceux de leurs parents étaient assez faibles.

Les perceptions des membres d'une famille peuvent également varier en fonction de leur sexe. Il a été démontré que les garçons et les filles ne sont pas socialisés de la même façon (Block, 1983). Les petites filles sont encouragées à exprimer leurs sentiments tandis que les garçons sont poussés vers l'indépendance et le contrôle de leurs émotions. L'étude de Hampson et Beavers (1987) auprès d'étudiants et d'étudiantes universitaires a démontré que ces différences de socialisation outrepassent les comportements personnels et colorent l'évaluation du fonctionnement familial. Ainsi, les femmes rapportent la présence de beaucoup plus de chaleur, de support affectif et de cohésion au sein de leur famille que ne le font les hommes. De plus, ces auteurs ont noté la présence de différences entre les étudiantes et les étudiants à l'égard de ce qu'ils considèrent être important dans la vie familiale. Les femmes privilégient les relations interpersonnelles et l'expression des émotions tandis que les hommes associent les qualités d'organisation et de leadership au bon fonctionnement familial.

Le degré d'accord et de désaccord entre les membres d'une famille peut varier également en fonction de ce qui est évalué. Ainsi, il y généralement un bon accord sur les données plus objectives des relations familiales mais plus de divergences sur les sujets qui touchent de près l'image de soi ou qui sont jugés importants par le répondant. Par exemple, une étude de Jessop (1981) a démontré que les parents et les adolescents ont tendance à exagérer le niveau de contrôle et d'influence qu'ils ont dans la famille.

Les adolescents rapportent avoir plus d'influence que leurs parents, les maris plus que leur femme et les femmes plus que leur mari !

Il est également important d'évaluer les souvenirs de plusieurs membres de la famille, lors d'une étude rétrospective des relations familiales. Il faut cependant prendre en considération d'autres facteurs lorsque l'on tente de comprendre les divergences de perceptions. Ce type d'évaluation a été critiqué par plusieurs auteurs qui se demandent, entre autres, si les souvenirs du passé tels qu'ils sont décrits par les membres de la famille sont conformes à la réalité et s'ils diffèrent de ce qui est rapporté par des observateurs plus objectifs (Lewis et Owen, 1995 ; Lee, Gordon et O'Dell, 1989 ; Halverson, 1988).

Ces questions deviennent encore plus pertinentes lorsqu'elles s'adressent aux souvenirs des membres de familles dysfonctionnelles. Un adulte qui évoque son passé a tendance à interpréter et à reconstruire les événements en fonction de la personne qu'il est aujourd'hui, d'une représentation symbolique de sa famille et du rôle qu'il y joue. Malgré cela et dans de nombreuses situations, les perceptions de chacun des membres d'une famille sont plutôt similaires. Certains auteurs soutiennent cependant que lorsque le scénario d'un membre de la famille contredit le scénario des autres membres, les perceptions de chacun peuvent être assez différentes les unes des autres (Jurich, Schumm et Bollman, 1987). Minuchin, théoricien systémique reconnu, et Wynne croient plutôt le contraire. Ils soutiennent que les membres des familles dysfonctionnelles, en raison de leur grande rigidité et de leur intolérance des divergences d'opinions, auraient tendance à cacher ou à déformer les informations afin qu'elles n'entrent pas en contradiction avec le « mythe familial » (ces perceptions de la famille partagées par tous) [Minuchin, 1974 ; Wynne *et al.*, 1968]. Si cette théorie est vraie, les membres de familles dysfonctionnelles rapporteraient des perceptions plutôt similaires.

En 1985, Robins et son équipe ont vérifié si les souvenirs d'enfance de participants étaient exacts ou inventés, en les corrélant avec ceux de leurs frères et de leurs sœurs. Environ la moitié des souvenirs des patients psychiatriques et des personnes sans antécédents psychiatriques concordaient avec ceux de leur fratrie. Les auteurs concluaient que les souvenirs des personnes ayant des troubles mentaux ne semblaient pas être plus biaisés (négativement ou positivement) que ceux d'adultes sans troubles psychiatriques.

Robins a également voulu vérifier si l'état psychique particulier de patients psychiatriques les amenait à déformer le passé et à inventer leurs souvenirs. Les souvenirs d'enfance de patients ayant des problèmes de dépression ou d'alcoolisme ont été comparés à ce que des observateurs avaient rapporté. Ils ont trouvé que les descriptions faites par les patients

alcooliques ou déprimés avaient plus tendance à ressembler à celles des observateurs. Les patients « guéris », quant à eux, décrivaient leur famille en des termes plus favorables que ne le faisaient les observateurs. En fait, ce sont les participants qui n'avaient jamais eu de problèmes psychiatriques qui avaient le plus tendance à cacher ou à oublier les événements négatifs de leur enfance. Robins croit que ces personnes ont tendance à oublier les événements négatifs de leur enfance ou sont plus portés à pardonner et à ne plus y penser tandis que les patients psychiatriques sont plus motivés à rapporter ces événements difficiles de leur passé qui permettent d'expliquer ou de justifier leur maladie actuelle.

Peu d'études empiriques ont évalué de façon rétrospective les perceptions de plusieurs membres de familles dysfonctionnelles. Nous nous sommes penchées sur l'évaluation du fonctionnement familial de deux types de familles dysfonctionnelles : des familles ayant une fille souffrant de trouble limite de la personnalité (*borderline*) et des familles ayant une fille souffrant de troubles alimentaires.

MÉTHODOLOGIE

Les données ont été recueillies lors d'une recherche visant à évaluer les relations familiales et les antécédents familiaux de femmes « *borderlines* » et de femmes anorexiques restrictives que nous avons comparés à ceux de femmes n'ayant aucun antécédent psychiatrique.

Nous étions particulièrement intéressées aux femmes « *borderlines* » qui n'avaient pas subi durant leur enfance ces expériences traumatiques de pertes et de séparations qui se trouvent en proportion élevée chez ce groupe de patientes. Nous recherchions des femmes qui avaient vécu avec leurs deux parents biologiques durant les 16 premières années de leur vie et qui n'avaient jamais été placées ou séparées de leurs parents durant cette période.

Les patientes présentant un trouble limite de la personnalité ont été recrutées dans huit hôpitaux francophones et anglophones de la région métropolitaine, par l'entremise de leur médecin traitant. Les femmes anorexiques ont été recrutées parmi les patientes de l'hôpital Sainte-Justine et de l'Hôpital pour enfants de Montréal. De plus, des femmes anorexiques, tout comme les femmes du groupe de comparaison, ont été recrutées par le biais d'annonces placées dans différents médias.

Ces femmes et leurs deux parents ont été invités à participer à l'étude et furent rencontrés séparément par des assistantes de recherche qui ne connaissaient pas les hypothèses de l'étude et, dans la mesure du possible, étaient aveugles quant au diagnostic des patientes. Les rencontres duraient

en moyenne deux heures. Tous les participants devaient répondre à une série de questionnaires et participer à une entrevue semi-structurée qui portait sur divers aspects des relations familiales durant l'enfance et l'adolescence de la patiente. Les sujets complétaient, entre autres, les mesures d'auto-évaluation suivantes : le Parental Bonding Instrument (PBI) de Parker, Tupling et Brown (1979) et le Self-Report Family Inventory (SFI) élaboré au Texas par Robert Beavers (1990).

Le SFI est un questionnaire de 36 énoncés qui mesure la perception de chaque membre de la famille relativement à cinq aspects des relations familiales : 1) la santé de la famille (19 énoncés) ; 2) les conflits (12 énoncés) ; 3) la cohésion (5 énoncés) ; 4) le leadership (3 énoncés) et 5) l'expression émotive (5 énoncés). Plus le score est élevé à ce questionnaire et meilleur est le fonctionnement familial. Dans notre étude, tous les facteurs des versions française et anglaise de l'instrument ont démontré une bonne cohérence interne, à l'exception du facteur de leadership qui a été exclu des analyses en raison de son faible coefficient alpha (voir tableau 2).

Le PBI mesure deux aspects des relations parents-enfants : les soins parentaux (12 énoncés) et la surprotection parentale (13 énoncés) durant les 16 premières années de la vie de la patiente. L'échelle des soins parentaux évalue la présence d'affection, de chaleur affective, d'empathie, de compréhension, de proximité, d'indifférence et de rejet. L'échelle de surprotection évalue le contrôle, l'intrusion, les contacts excessifs, l'infantilisation et l'encouragement à l'indépendance. Chaque participant répond deux fois à ce questionnaire, une fois en fonction des soins/surprotection de la mère et une seconde fois en fonction du père. Un score élevé au premier facteur indique que la patiente a reçu beaucoup de soins tandis qu'un score élevé au second facteur révèle un degré élevé de surprotection.

RÉSULTATS

Questionnaire sociodémographique

Les moyennes et les écarts types des données sociodémographiques sont présentés au tableau 1. On remarque tout d'abord que les familles de « *borderlines* » diffèrent des familles d'anorexiques et de femmes sans problèmes cliniques au regard de l'âge, de la scolarité et du revenu. Cela est tout à fait conforme à la réalité clinique des anorexiques qui sont habituellement plus jeunes et des « *borderlines* » qui reçoivent ce diagnostic à un âge plus avancé, vu la réticence des cliniciens à donner ce diagnostic à de jeunes femmes.

TABLEAU 1

Moyennes et écarts types des données sociodémographiques
des parents et des femmes borderlines, anorexiques et non cliniques

	<i>Borderlines</i>	Anorexiques	Non cliniques	Signif.
Parents				
Âge des parents	60	54 (8,0)	51 (9,0)	p < 0,001 (7,6)
Scolarité	10 (3,5)	13 (3,3)	13,5 (4,9)	p < 0,004
Revenu	35,400 \$ (23,480 \$)	54,230 \$ (30,520 \$)	62,210 \$ (30,650 \$)	p < 0,007
Divorce: fille > 16 ans	17 %	17 %	-	p < 0,06
Parents francophones	85 %	72 %	63 %	NS
Filles				
Âge	32 ans (6,0)	22 ans (6,0)	21 ans (4,9)	p < 0,0001
Scolarité	12 ans (4,1)	13 (2,0)	13 (1,9)	NS
Nombre de frères et de sœurs	2,4 (1,3)	1,7 (1,4)	1,5 (1,1)	p < 0,04

Étant donné la présence de différences significatives entre les groupes au regard des données sociodémographiques, des analyses de covariance (MANCOVA et ANCOVA) ont été effectuées afin de contrôler l'effet de ces différences. Il s'est avéré que le contrôle de ces variables n'a eu aucun impact sur les résultats.

Parental Bonding Instrument

Les scores obtenus au PBI sont présentés au tableau 2. Les réponses des filles à l'égard des soins et de la surprotection de leurs parents ont été analysées à l'aide de MANOVAs à mesures répétées sur la personne qui prodiguait soins et surprotection (mère et père). Les résultats révèlent un effet Groupe ($F = 27,2$, $p \leq 0,001$) et un effet Parent ($F = 14,55$, $p \leq 0,001$). L'interaction entre ces deux effets ne s'est pas avérée significative. Ainsi, toutes les filles rapportent avoir reçu plus de soins de leur mère que de leur père ($F = 14,55$, $p \leq 0,0001$) et avoir vécu plus de surprotection maternelle que paternelle ($F = 3,93$, $p \leq 0,05$). Les analyses subséquentes démontrent que les femmes « *borderlines* » rapportent avoir reçu moins de soins parentaux et plus de surprotection que ne le rapportent les femmes anorexiques et les femmes du groupe de comparaison.

TABLEAU 2

Moyennes et écarts types au PBI: scores des parents et de leur fille

	<i>Borderlines</i>		<i>Anorexiques</i>		<i>Non cliniques</i>	
	Moyenne	ÉT	Moyenne	ÉT	Moyenne	ÉT
Soins maternels						
alpha (F): 0,93						
alpha (A): 0,92						
- Souvenirs des mères	30,22	6,70	30,38	5,20	32,26	3,10
- Souvenirs des pères	27,92	8,60	27,08	8,80	31,95	5,50
- Souvenirs des filles	19,22	10,41	28,17	8,90	31,11	5,80
Soins paternels						
alpha (F): 0,92						
alpha (A): 0,92						
- Souvenirs des mères	20,92	9,40	27,38	9,60	30,35	6,10
- Souvenirs des pères	25,00	7,00	28,23	4,25	29,07	7,20
- Souvenirs des filles	13,63	8,60	23,15	10,00	26,11	6,80
Surprotection maternelle						
alpha (F): 0,87						
alpha (A): 0,91						
- Souvenirs des mères	12,18	4,60	11,43	5,10	10,53	7,50
- Souvenirs des pères	15,53	8,2	12,78	6,30	12,26	6,20
- Souvenirs des filles	21,39	10,83	15,69	8,90	10,93	7,48
Surprotection paternelle						
alpha (F): 0,83						
alpha (A): 0,83						
- Souvenirs des mères	14,14	8,18	10,61	6,05	11,08	7,20
- Souvenirs des pères	11,30	5,45	11,09	5,70	11,16	5,80
- Souvenirs des filles	20,08	8,20	12,85	5,90	11,23	8,30

Note: F = questionnaires français, A = questionnaires anglais. Les analyses à mesures répétées sur les réponses des parents n'indiquent qu'un effet significatif de groupe ($F = 4,3$, $p \leq 0,003$). Les parents des femmes « *borderlines* » rapportent avoir donné moins de soins à leur fille que n'en témoignent les parents des femmes anorexiques et normales. Le degré de surprotection rapporté par les parents des trois types de famille s'est avéré similaire. On remarque de plus que les scores des mères sont similaires à ceux des pères et qu'il n'y a pas d'effet d'interaction.

Finalement, l'analyse des données des trois membres des familles indique des effets d'interaction significatifs pour les facteurs de soins maternels ($F = 4,4$, $p \leq 0,002$) et de soins paternels ($F = 4,0$, $p \leq 0,005$) ainsi que pour les facteurs de surprotection maternelle ($F = 3,7$, $p \leq 0,007$) et de surprotection paternelle ($F = 2,95$, $p \leq 0,02$). Ainsi, les filles « *borderlines* » rapportent avoir reçu moins de soins et plus de surprotection parentale que ne le déclarent leurs parents. De leur côté, les femmes anorexiques

rappellent plus de surprotection maternelle et moins de soins paternels que ne le font leurs parents. Finalement, les femmes n'ayant aucun trouble clinique ont des perceptions similaires à celles de leurs parents à l'exception des soins paternels qu'elles évaluent plus faiblement que ne le font leurs deux parents.

Self-Report Family Inventory

Le tableau 3 présente les moyennes et les écarts types des scores de chaque membre de la famille en ce qui a trait au fonctionnement familial. Les analyses des réponses des filles démontrent un effet significatif de Groupe ($F = 5,05$, $p \leq 0,0001$). Les analyses univariées subséquentes indiquent que ces différences concernent plus particulièrement les facteurs de santé familiale ($F = 14,3$, $p \leq 0,0001$); les conflits ($F = 12,5$, $p \leq 0,0001$); la cohésion ($F = 2,57$, $p \leq 0,08$) et l'expression émotive ($F = 18,3$, $p \leq 0,0001$). Ainsi, les femmes « *borderlines* » déclarent avoir une moins bonne santé familiale et moins d'expression affective que ne le font les femmes anorexiques et normales. De plus, les femmes « *borderlines* » rapportent plus de conflits que les anorexiques qui, à leur tour, en rapportent plus que les femmes sans problèmes cliniques.

Si on examine les différences entre les scores des parents des trois groupes, on ne remarque aucune différence entre les groupes ni entre les parents. Il semble que les mères et les pères ne diffèrent pas entre eux pour ce qui est de leurs souvenirs des relations familiales durant la croissance de leur fille et que les parents des trois groupes en rapportent de semblables.

Cela peut sembler surprenant, surtout en ce qui concerne les parents de patientes « *borderlines* » qui, d'après la littérature, devraient se différencier des autres parents. Il est important de souligner que le recrutement de ces parents s'est avéré assez difficile. Plusieurs parents ont refusé de participer ne voulant pas réveiller des souvenirs trop douloureux pour eux. Il est fort possible que les parents que nous avons rencontrés soient différents de bien des parents de « *borderlines* ». Ils ont semblé assez empathiques aux problèmes de leur fille – assez du moins pour accepter de participer à une étude.

L'analyse des scores des parents et de leur fille a démontré l'existence de différences significatives entre les perceptions des membres des familles ($F = 25,8$, $p \leq 0,0001$) et entre les perceptions des trois types de famille ($F = 6,33$, $p \leq 0,003$). De plus, l'interaction s'est avérée significative et qualifie donc les autres résultats ($F = 4,8$, $p \leq 0,001$). Les analyses subséquentes indiquent que les filles « *borderlines* » décrivent la santé, les conflits et l'expression émotive au sein de leur famille moins favorablement que ne le font leurs parents. De leur côté, les filles anorexiques rapportent une moins

TABLEAU 3

Moyennes et écarts types au SFI chez les pères, les mères et les filles des trois types de famille

SFI	Borderlines			Anorexiques			Non cliniques		
	Mères	Pères	Filles	Mères	Pères	Filles	Mères	Pères	Filles
Santé	M 2,28	2,30	3,41	2,23	2,22	2,65	2,00	1,93	2,27
alpha (F): 0,93	ÉT 0,75	0,70	0,80	0,70	0,76	0,91	0,58	0,60	0,71
alpha (A): 0,93									
Conflits	M 2,12	2,09	3,07	2,10	1,99	2,50	1,93	1,72	1,94
alpha (F): 0,85	ÉT 0,85	0,73	0,87	0,80	0,61	0,93	0,75	0,59	0,73
alpha (A): 0,85									
Cohésion	M 2,56	2,59	3,23	2,45	2,47	2,73	2,34	2,29	2,77
alpha (F): 0,61	ÉT 0,69	0,67	0,92	0,55	0,73	0,79	0,59	0,66	0,63
alpha (A): 0,72									
Leadership	M 2,15	2,55	2,24	2,53	2,31	2,64	1,98	2,32	2,27
alpha (F): 0,07	ÉT 0,84	0,71	0,99	0,70	0,56	0,84	0,60	0,69	0,67
alpha (A): 0,02									
Expression émotive	M 2,34	2,31	3,58	2,13	2,28	2,58	1,89	1,91	1,98
alpha (F): 0,86	ÉT 0,74	0,82	1,03	0,98	0,98	1,23	0,86	0,74	0,93
alpha (A): 0,84									

Note: F = questionnaire français, A = questionnaire anglais.

bonne santé familiale que ne le font leur père et ont tendance à évaluer la santé familiale plus négativement que leur mère. Les filles anorexiques rapportent également la présence de plus de conflits que leur père mais tout autant que leur mère. Par ailleurs, les membres des familles d'anorexiques rapportent un niveau d'expression émotive similaire. Finalement, les membres des familles du groupe de comparaison ne diffèrent pas de façon significative dans leur évaluation du fonctionnement familial excepté pour la cohésion familiale qui est évaluée plus négativement par les filles que par leurs parents.

Analyses de corrélation

Si on examine le tableau de corrélations des scores au Parental Bonding Instrument (tableau 4), on remarque tout d'abord chez les familles d'anorexiques, que plus de la moitié (58 %) des corrélations sont significatives ou ont tendance à l'être. On peut constater également que les scores des parents ne corrélaient entre eux que sur un seul aspect du fonctionnement familial, celui de la surprotection maternelle et qu'il n'y a aucun lien entre les perceptions des pères, des mères et de leur fille en ce qui concerne la surprotection paternelle.

TABLEAU 4

Corrélations entre les scores au PBI des mères, des pères et des filles

PBI		Borderlines		Anorexiques		Non-cliniques	
		Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père
Soins maternels	Fille	-0,01	0,31	*0,38	34***	0,14	0,06
	Mère		0,08		0,13		0,20
Soins paternels	Fille	0,11	-0,34***	0,49**	0,48**	0,29***	0,27
	Mère		0,25		-0,01		,32***
Surprotection de la mère	Fille	0,07	-0,00	†0,33	0,51**	0,37*	0,03
	Mère		0,32***		0,35***		0,14
Surprotection du père	Fille	0,03	-0,25	0,24	0,26	0,46**	0,20
	Mère		0,18		0,01		0,11

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Dans les familles ayant une fille diagnostiquée « *borderline* », on remarque un modèle de corrélations fort différent. Il n'y a en fait, aucune corrélation significative (bien que deux d'entre elles aient tendance à l'être) et on observe la présence de corrélations négatives. Les familles du groupe contrôle se situent en quelque sorte entre ces deux types de familles; le tiers des corrélations est significative ou tend à l'être. Il est remarquable de constater qu'il n'y a aucun lien entre les scores des filles et de leur père, et seulement une corrélation, et encore à la limite de la signification, entre les perceptions des conjoints.

L'examen du tableau de corrélations des scores au Self-Report Family Inventory (tableau 5) nous montre des modèles assez similaires. Chez les familles avec anorexique, 75 % des corrélations sont significatives. Il est intéressant de constater que chez ces familles, toutes les corrélations entre maris et femmes sont significatives. De plus, les scores des filles corréleront avec presque tous les scores des parents. Il y a deux exceptions cependant : l'évaluation de la présence de conflits par les pères et leur fille n'est pas corrélée tandis que les perceptions des filles quant à l'expression des émotions dans la famille ne sont corrélées ni avec le score de leur mère ni avec celui de leur père. Il faut souligner que c'est uniquement chez les familles avec anorexique que les scores des filles sont en corrélation avec ceux de leur père.

TABLEAU 5

Corrélations des scores au SFI des mères, des pères et des filles des trois types de famille

SFI		Borderlines		Anorexiques		Non cliniques	
		Mère	Père	Mère	Père	Mère	Père
Santé	Fille	0,48**	0,04	0,38*	0,38*	0,44*	0,16
	Mère		0,44*		0,62*		0,41*
Conflits	Fille	0,08	0,06	0,48**	0,19	0,76***	0,19
	Mère		0,17		0,55**		0,28
Cohésion	Fille	0,38*	0,06	0,30***	0,63**	-0,07	0,10
	Mère		-0,23		0,51**		0,23
Expression	Fille	0,43*	-0,20	0,27	,31***	0,50**	0,09
	Mère		0,18		0,60**		0,20

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,06$.

On remarque la présence d'un plus petit nombre de corrélations chez les familles avec « *borderline* » que chez les familles avec anorexique. Les filles « *borderlines* » et leur père ne semblent pas avoir la même vision de leur famille, car les corrélations entre leurs scores sont soit inexistantes ou soit négatives. On dénote cependant certaines corrélations entre les scores des filles et de leur mère.

Chez les familles non cliniques, les corrélations sont fortes mais seulement entre les filles et leur mère. On n'observe que 33 % de corrélations significatives entre tous les membres de ce type de famille.

DISCUSSION

Les différences que l'on retrouve dans les modèles de corrélations peuvent être des indicateurs des différences de fonctionnement de ces familles et, jusqu'à un certain point, des processus familiaux décrits depuis longtemps par les cliniciens.

On remarque chez les familles avec anorexique-restrictive, un grand nombre d'accords à l'égard du fonctionnement familial. Il faut souligner que la présence de ces nombreuses corrélations positives est révélatrice, car normalement, on s'attendrait à plus de divergences entre les parents et leur fille qui, à l'âge moyen de 21 ans, est encore près de l'adolescence. Comme on le sait, l'adolescence est une période du cycle familial qui suscite beaucoup plus de divergence d'opinions et de perceptions que d'accord avec les parents. Ce grand nombre de corrélations significatives peut donc refléter la présence d'une forte cohésion, voire d'une cohésion hors mesure, ou d'un « tricotage serré » (*enmeshment*) si souvent décrit chez ce type de famille (Minuchin, 1974).

À l'autre extrême, chez les familles avec « *borderline* », on observe peu d'accords entre les membres et parfois même des visions tout à fait différentes de la réalité familiale, comme l'ont démontré les corrélations négatives. Cela peut témoigner du manque d'unité familiale que l'on remarque souvent chez ces familles.

Chez les familles dont les membres n'ont jamais souffert de maladie mentale, on n'observe qu'un petit nombre de corrélations significatives (33 %). Bien que leurs scores moyens soient similaires, ils ne répondent pas nécessairement dans la même direction. Il semble donc qu'il y ait de la place pour l'autonomie et l'individualité et que la diversité d'opinions ne semble pas être une menace !

En somme, nos résultats semblent refléter les caractéristiques du fonctionnement familial que l'on peut retrouver dans la littérature clinique. Cependant, nos données soulèvent certains problèmes et suscitent plusieurs questions qui doivent être abordées.

On peut tout d'abord se demander si les questionnaires d'auto-évaluation sont des mesures valides des perceptions des membres d'une famille. S'ils le sont, comment peut-on arriver à une conclusion globale à l'égard de la nature des relations familiales ?

Si les membres d'une famille sont en accord quant aux divers aspects du fonctionnement familial, on peut conclure qu'ils ont la même vision, mais on ne peut pas conclure que ce qu'ils décrivent est la vérité. Si les membres de la famille sont en désaccord, le contraire est également vrai. Mais que peut-on vraiment dire de la situation réelle de ces familles ? Qui dit la vérité ? Cette question n'a pas seulement des ramifications philosophiques importantes, mais elle a également des implications fondamentales pour la pratique de la thérapie familiale.

Nous avons tendance à croire que les perceptions d'un observateur externe, fût-il thérapeute ou chercheur, sont plus objectives et neutres et, par conséquent, que nous devrions nous fier plus à celles-ci qu'aux perceptions

de n'importe quel membre d'une famille. Serait-ce alors l'observateur qui détiendrait la vérité ? Devons-nous, vraiment rechercher « la vérité » ou « une vérité » à propos d'une famille ? Ne devrions-nous pas plutôt être en quête des nombreuses réalités qui se présentent, en prenant en considération les perceptions individuelles de chaque membre de la famille ? Cette seconde option est celle de l'école de thérapie narrative constructiviste. Cette approche est très en vogue dans les cercles contemporains de thérapie familiale avec des auteurs tels Anderson et Goolishian (1992) ou Zimmerman et Dickerson (1994). Ils soutiennent que la tâche du thérapeute familial est de co-construire une histoire commune qui prendrait en considération l'histoire de chacun, afin d'arriver à une narration acceptable pour tous. C'est peut-être, en fait, ce que font les familles non cliniques, car l'accord parfait entre ses membres ne semble pas être nécessaire au bon fonctionnement de leur famille.

Est-ce que les chercheurs ou les thérapeutes sont plus « objectifs » que les membres d'une famille ? Les études indiquent que les perceptions d'un observateur semblent souvent être en accord avec les perceptions de l'adolescent de la famille (Noller et Callan, 1988 ; Feldman, Wentzel et Gehring, 1989) et qu'ils ont tendance à évaluer les caractéristiques de la famille comme étant moins pathologiques que ne le font ses membres.

Un bon thérapeute devrait en quelque sorte se comporter comme un observateur. Il devrait être plus bienveillant face à la famille que ne le sont ses membres ; il devrait accepter les perceptions de chaque membre de la famille comme contenant une vérité importante ; il ne devrait pas être enclin à pathologiser le fonctionnement de la famille. De plus, un bon thérapeute devrait encourager les différences saines. Il ne devrait pas favoriser une cohésion familiale hors mesure, ni une désagrégation des liens familiaux.

En somme, on peut conclure que chaque membre de la famille possède sa propre réalité qui découle des relations qu'il entretient avec elle. L'accord entre ses membres à propos des perceptions familiales ne veut pas nécessairement dire qu'ils décrivent « la vérité » mais dénote plutôt une bonne concordance de perceptions. Si un ou plusieurs membres sont en désaccord, leur réalité doit aussi être reconnue et examinée : Est-ce que ce désaccord est le signe d'une pathologie de guerre, de la présence de coalitions ou d'alliances pathologiques ou bien est-ce le signe d'une tolérance et d'un ethos familial plus individuel ?

Les différences de perceptions des membres d'une famille sont une source importante d'information pour le clinicien et peuvent aider à définir les changements désirés. Le chercheur, quant à lui, ne doit pas ignorer les variations intrafamiliales s'il veut vraiment capter toute la richesse de la dynamique familiale.

RÉFÉRENCES

- Anderson, H. et Goolishian, H.A. (1992). The Client Is the Expert : A Not-Knowing Approach to Therapy. (p. 25-39). In S. McNamee et K.S. Gergen (dir.), *Therapy as Social Construction*. London : Sage Publications.
- Beavers, R., Hampson, R. et Hulgus, Y. (1990). Manual : Beavers Systems Model : The Beavers Approach to Family Assessment. *Family Process*, 24, 398-405.
- Block, J.H. (1983). Differential Premises Arising from Differential Socialization of the Sexes : Some Conjectures. *Child Development*, 54, 1335-1354.
- Christensen, A. et Arrington, A. (1987). Research Issues and Strategies (p. 259-296). In T. Jacob (dir.), *Family Interaction and Psychopathology*. New York : Plenum Press.
- Feldman S.S., Wentzel, K.R. et Gehring, T.M. (1989). A Comparison of the Views of Mothers, Fathers, and Pre-adolescents about Family Cohesion and Power. *Journal of Family Psychology*, 3, 39-60.
- Green, R.G. et Vosler, N.R. (1992). Issues in the Assessment of Family Practice : An Empirical Study. *Journal of Social Service Research*, 15, 1-19.
- Halverson, C.F. Jr. (1988). Remembering Your Parents : Reflections on the Retrospective Method. *Journal of Personality*, 56, 435-443.
- Hampson, R.B. et Beavers, W.R. (1987). Comparing Males' and Females' Perspectives through Family Self-Report. *Psychiatry*, 50, 24-30.
- Hengeller, S.W., Borduin, C.M. et Mann, B.J. (1987). Intrafamily Agreement : Association with Clinical Status, Social Desirability and Observational Ratings. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 8, 97-111.
- Jessop D. (1981). Family Relationships as Viewed by Parents and Adolescents : A Specification. *Journal of Marriage and the Family*, 95-107.
- Jurich, A.P., Schumm, W.R. et Bollman S.R. (1987). The Degree of Family Orientation Perceived by Mothers, Fathers and Adolescents. *Adolescence*, 85, 119-128.
- Lee, R.E., Gordon, N.G. et O'Dell, J.W. (1989). The Validity and Use of the Family-of-Origin Scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 19-27.
- Lewis, J.M. et Owen, M.T. (1995). Stability and Change in Family-of-Origin Recollections of the First Four Years of Parenthood. *Family Process*, 34, 455-469.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*, Cambridge : Harvard University Press.
- Niemi, P.M. (1988). Family Interaction Patterns and the Development of Social Conceptions in the Adolescent. *Journal of Youth and Adolescence*, 17, 429-445.
- Noller, P. et Callan, V.J. (1988). Understanding Parent-Adolescent Interactions : Perceptions of Family Members and Outsiders. *Developmental Psychology*, 24, 707-714.

- Olson, O.H., McCubbin, H.I., Barnes, H.L., Larsen, A.S., Muxen, M.J. et Wilson, M.A. (1983). *Families : What Makes Them Work*. Beverly Hills, CA : Sage.
- Parker, G., Tupling, H. et Brown, L.B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Robins, L.N., Schoenberg, S.P., Holmes, S.J., Ratcliff, K.S., Benham, A. et Works, J. (1985). Early Home Environment and Retrospective Recall : A Test for Concordance Between Siblings With and Without Psychiatric Disorders. *Journal of the American Orthopsychiatric Association*, 27-41.
- Stevenson-Hinde, J. et Akister, J. (1995). The McMaster Model of Family Functioning : Observer and Parental Ratings in a Nonclinical Sample. *Family Process*, 34, 337-347.
- Tutty, L.M. (1995). Theoretical and Practical Issues in Selecting a Measure of Family Functioning. *Research on Social Work Practice*, 5, 80-106.
- Wynne, L.C., Ryckoff, I.M., Day, J.Z. et Hirsch, S.I. (1968). Pseudo-Mutuality in the Family Relations of Schizophrenia (p. 628-649). In N.W. Bell et E. Vogel (dir.) *A Modern Introduction to the Family*. New York : Free Press.
- Zimmerman, J.L. et Dickerson, V.C. (1994). Using a Narrative Metaphor : Implications for Theory and Clinical Practice. *Family Process*, 33, 233-245.