

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

DIANE DAIGNEAULT

L'ESTIME DE SOI DES ADULTES ENFANTS D'ALCOOLIKES

FÉVRIER 1997

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

La problématique des adultes enfants d'alcooliques (AEDA) est de plus en plus présente parmi nous. Certains cliniciens ont énuméré les caractéristiques de ces AEDA. L'une d'elles porte sur le fait que les AEDA font preuve d'une faible estime de soi. Cette recherche veut comparer le niveau d'estime de soi des AEDA à celui des adultes n'ayant pas eu de père alcoolique. De plus, l'étude veut mesurer le niveau d'estime de soi des AEDA selon deux groupes d'âge. L'échantillon est composé d'hommes âgés entre 18 et 35 ans, fréquentant pour la plupart l'éducation des adultes et n'ayant jamais participé à une quelconque thérapie. Les sujets sont répartis en quatre groupes selon la présence ou l'absence d'alcoolisme paternel et leur appartenance au groupe d'âge. L'alcoolisme paternel est évalué à l'aide du Children of Alcoholics Screening Test (CAST), validé en version française par Charland et Côté (1996). L'estime de soi est mesurée par deux instruments différents, soit le Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) (Rosenberg, 1965) et le Tennessee Self-Concept Scale (TSCS) (Fitts, 1965), tous deux validés en version française. Les résultats démontrent qu'il n'existe aucune différence significative entre les AEDA et les sujets du groupe contrôle quant au niveau d'estime de soi. De plus, aucune différence significative n'a été observée entre les jeunes AEDA et les

AEDA plus âgés quant au degré d'estime de soi. Les conclusions portent à croire que l'alcoolisme paternel à lui seul a peu d'incidence sur le niveau d'estime de soi. Par ailleurs, l'estime de soi se présente comme une variable difficile et complexe à mesurer.

Table des matières

Sommaire.....	i
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	v
Remerciements.....	vi
Introduction.....	1
Chapitre premier: Contexte théorique.....	5
Importance de la famille.....	6
Description de la famille dysfonctionnelle.....	8
Description de la famille alcoolique.....	9
Recherches sur l'estime de soi auprès des familles alcooliques.....	13
Importance de l'âge.....	17
L'estime de soi dans une perspective humaniste existentielle.....	18
Différence entre concept de soi et estime de soi.....	21
Caractéristiques de l'estime de soi.....	23
Formulation des hypothèses.....	26
Chapitre deuxième: Méthodologie.....	28
Sujets.....	29
Instruments de mesure.....	31
Children of Alcoholics Screening Test (CAST).....	32
Tennessee Self-Concept Scale (TSCS).....	33

Rosenberg Self-Esteem (RSE).....	35
Déroulement de l'expérience.....	36
Chapitre troisième: Résultats.....	39
Analyse des données.....	40
Analyses statistiques.....	41
Présentation des résultats.....	42
Vérification des hypothèses.....	44
Discussion.....	48
Conclusion.....	57
Références.....	60
Appendices.....	67
Appendice A.....	68
Appendice B.....	70

Liste des tableaux

Tableau 1:	Moyennes et écarts-types de l'âge et du nombre d'années vécues avec le père en fonction de l'alcoolisme paternel (AEDA) et du groupe d'âge.....	43
Tableau 2:	Scores moyens et écarts-types obtenus au Tennessee Self-Concept Scale (TSCS) et au Rosenberg Self-Esteem(RSE).....	44
Tableau 3:	Analyse de variance selon le groupe d'âge et l'alcoolisme paternel (AEDA) en fonction du score total au Tennessee Self-Concept Scale (TSCS).....	46
Tableau 4:	Analyse de variance entre le groupe d'âge et l'alcoolisme paternel (AEDA) en fonction du score total au Rosenberg Self-Esteem (RSE).....	47

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à son directeur de recherche, M. Gilles Côté, Ph.D. Sa patience, son respect et sa disponibilité tout au long de cette démarche de rédaction furent d'une aide très précieuse. De même, elle exprime un remerciement particulier aux responsables du programme Intervention Spéciale de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour le soutien financier lors de ses études de maîtrise.

Introduction

De plus en plus, nous entendons parler des conséquences de la dysfonction familiale sur l'enfant devenu adulte. Déjà, plusieurs groupes de soutien viennent en aide à ces adultes issus d'un tel environnement familial. En effet, nombre de cliniciens et de chercheurs se sont intéressés à cette catégorie d'individus. Ceux-ci ont défini ce qu'est une famille dysfonctionnelle, fournissant les caractéristiques se rattachant à ces enfants devenus adultes et ayant grandi dans un tel environnement.

La littérature reconnaît qu'un adulte enfant d'alcoolique (AEDA) est représentatif d'un enfant ayant grandi dans un environnement familial dysfonctionnel. Ce fait aura des répercussions sur les caractéristiques de cet individu devenu adulte. Des nombreuses caractéristiques énumérées dans la littérature, une retiendra particulièrement l'attention: l'estime de soi des AEDA. Sur ce point, les résultats obtenus auprès des recherches cliniques et nomothétiques sont contradictoires et peu concluants.

Cette recherche vise à démontrer que l'estime de soi des AEDA est plus faible que celle des individus provenant de la population générale. L'étude vise également à vérifier si le facteur âge est un facteur intervenant dans le degré d'estime

de soi. Pour ce faire, deux étapes sont à considérer. Premièrement, l'estime de soi des fils ayant vécu avec un père alcoolique sera comparée à l'estime de soi de fils qui n'ont pas eu de père alcoolique. Deuxièmement, l'estime de soi des fils de père alcoolique provenant d'un groupe de sujets plus âgés sera comparée à celle d'un groupe de sujets plus jeunes.

Plusieurs recherches portant sur les AEDA et, plus spécifiquement, sur l'estime de soi de ces enfants devenus adultes ont été menées mais aucune en tenant compte du groupe d'âge des AEDA. De plus, cette recherche se démarque par sa démarche méthodologique. L'échantillon sera possiblement plus représentatif de la population générale car il ne proviendra pas exclusivement du milieu collégial ou universitaire. Tous les sujets devront avoir vécu un minimum d'années avec leur père. Par ailleurs, la santé mentale des deux parents sera prise en considération. Il s'agit de la première étude en langue française sur l'estime de soi des AEDA; il s'agit par ailleurs de la toute première étude à tenir compte de l'âge des sujets.

Le premier chapitre présentera le contexte théorique. Il y sera question de l'estime de soi dans une perspective humaniste. Une recension des écrits autant au niveau nomothétique que clinique y sera présentée; elle portera sur

l'estime de soi dans les familles dysfonctionnelles, ainsi que sur l'estime de soi dans les familles alcooliques. Ce chapitre se terminera par la présentation des hypothèses de recherche.

Les chapitres ultérieurs porteront sur la méthodologie, l'analyse et la discussion des résultats.

Chapitre premier

Contexte théorique et expérimental

La littérature mentionne que l'environnement familial est primordial au développement affectif, intellectuel, social et physique de l'enfant (Coopersmith, 1967; Clarke, 1978). Les relations établies durant l'enfance permettront à l'individu de vivre une vie adulte plus ou moins satisfaisante. Il est important que cet environnement soit le plus adéquat possible. Pourtant, dans plusieurs cas, il existe des carences, des dysfonctions qui s'expriment à travers la maladie mentale d'un parent, la violence, l'inceste, l'alcoolisme parental, etc. En 1987, Cermak et Rosenfeld estimaient que 28 à 34 millions d'américains grandissaient dans un foyer alcoolique. Plus récemment, Black (1981/1991) observait qu'une famille sur six comprenait au moins un parent alcoolique. La prévalence est telle qu'elle suscite l'intérêt autant dans les études cliniques qu'expérimentales.

Importance de la famille

Selon Coopersmith (1967) et Jodoin (1976), les parents jouent un rôle primordial dans le développement des attitudes évaluatives et affectives de l'enfant autant envers lui-même qu'envers autrui. Clarke (1978), dans ses termes, affirme: l'estime de soi est une <<affaire de famille>> car c'est la

première place où nous sommes, où nous pratiquons et observons comment être dans la vie. L'enfant essaie de satisfaire les attentes de ses parents; s'il se sent incapable, peut-être à cause de leurs demandes irréalistes, il se sent alors coupable. Ce sentiment peut produire une estime de soi faible chez l'enfant (Bérubé, 1993). Le niveau d'estime de soi peut être influencé par les jugements des personnes significatives pour l'individu (Beaumont, 1978; Bérubé, 1993; De Anda, 1976 cité dans Labranche, 1986; Jodoin, 1976; Nolet, 1982; Rogers et Kinget, 1965; Well & Marwell, 1976; Wood, 1987). Ce reflet de l'environnement peut être transmis de plusieurs façons: par des attitudes, par des comportements, ou verbalement (Beaumont, 1978). Par exemple, les enfants élevés dans un climat familial caractérisé par l'affection et le soutien parental développeront une meilleure évaluation d'eux-mêmes (Beaumont, 1978). Il est important que les enfants ressentent l'amour, l'acceptation et l'affection dont ils ont besoin pour développer leur valeur de soi (Fox, 1962 cité dans Beaumont, 1978). Pour ce faire, les parents doivent démontrer de l'intérêt à leurs enfants et être disponibles pour diverses activités (Jodoin, 1976). L'enfant interprète cet intérêt comme un signe de son importance personnelle.

Le contraire peut se produire si l'enfant vit du rejet

(Jodoin, 1976) ou si les relations parents enfants sont instables (Beaumont, 1978), tendues ou conflictuelles (Wood, 1987). Pour sa part, Coopersmith (1967) décrit les parents d'un enfant possédant une bonne estime de lui-même comme capables d'établir clairement un encadrement tout en laissant la possibilité à l'enfant d'assumer certaines responsabilités; ce sont des parents ouverts, reconnaissants, respectueux des droits et des opinions de leur enfant. Il poursuit en décrivant les parents d'un enfant faisant preuve d'une faible estime de soi, faisant ressortir leur caractère incertain, immature, contrôlant, dictatorial, rejetant; ceux-ci feraient preuve de négligence tout en étant peu réceptifs aux compromis. Regardons maintenant où se retrouvent ce genre de parents.

Description de la famille dysfonctionnelle

La littérature mentionne que ces caractéristiques parentales s'observent dans les familles dites dysfonctionnelles, c'est-à-dire où chacun des membres a été marqué par les comportements compulsifs ou mal adaptés d'un ou des deux parents (Cermak, 1990; Treadway, 1991; Whitfield, 1989), par des sévices physiques ou psychologiques. D'où la provenance de besoins non comblés et ce, pour tous les membres de la famille (Cermak, 1990; Treadway, 1991). Plusieurs raisons peuvent conduire des parents à utiliser des

comportements compulsifs ou mal adaptés. Lors de leurs recherches cliniques, Cermak (1990) et Whitfield (1989) ont pu en identifier quelques-unes: une infirmité physique, un trouble mental grave ou chronique chez l'un des parents, de l'alcoolisme ou de l'abus de substances psychoactives, etc. Examiner les conséquences de toutes ces situations lors d'une même recherche représenterait un travail de trop grande envergure. Par conséquent, il semble important de n'en choisir qu'une seule. Pour la présente recherche, seul l'alcoolisme paternel sera retenu.

Description de la famille alcoolique

Le nombre sans cesse grandissant d'adultes ayant vécu dans un foyer alcoolique a donné naissance à plusieurs groupes de soutien (Black, 1981/1991; Woititz, 1991). Ce fait a suscité l'intérêt de plusieurs chercheurs et cliniciens.

Les adultes enfants d'alcooliques (AEDA) vivent dans un environnement familial où la règle fondamentale est de garder le silence pour ne point divulguer le secret: l'alcoolisme parental (Brown, 1992). Il s'ensuit toute une série de mensonges, de subterfuges qui conduisent tous les membres de la famille à vivre dans un système fermé (Cermak, 1990). Les parents d'un tel système sont imprévisibles dans leurs réactions, incohérents et incongruents dans les règles et les

limites mises en place. Il existe une confusion dans les rôles; la communication est presque inexistante, la violence souvent présente, de même que l'inceste. Les parents ont tendance à blâmer, à critiquer et à condamner leurs enfants (Cermak, 1990; Cork, 1969). Ces comportements suscitent un état de stress et d'angoisse constant chez tous les membres de la famille. L'accent est toujours porté sur le parent alcoolique et la satisfaction de ses besoins au détriment des besoins des autres membres de la famille. De ce fait, les parents sont très peu disponibles pour leurs enfants (Black, 1981/1991; Brown, 1992).

La vie familiale est chaotique et déroutante. Les enfants issus d'un tel milieu en viennent à ne plus ressentir leurs émotions et, surtout, à ne jamais les nommer (Black, 1981/1991). Pourtant, leur quotidien est parsemé de peur, de colère, de honte, d'angoisse et d'insécurité (Black, 1981/1991; Woititz, 1991; Wood, 1987). Les enfants en viennent à croire qu'ils sont responsables de l'alcoolisme parental et, de ce fait, ils se sentent coupables (Black, 1981/1991; Woititz, 1991).

Les recherches démontrent que les conditions pour développer une bonne estime de soi ne sont pas régulièrement présentes (Woititz, 1978). Les enfants d'alcooliques (EDA) adoptent des rôles qui leur permettent de survivre: le héros,

le rebelle, le perdu et le clown (Black, 1981/1991; Wegscheider, 1981). Cette survie devient possible en utilisant le "dédi" pour faire face à la réalité. Même sous cette apparence de survie, l'alcoolisme parental cause des dommages qui ne sont pas toujours visibles immédiatement; ils sont susceptibles d'apparaître plus tard, dans la vie adulte (Black, 1979; Bradley et Schneider, 1990; Woititz, 1978, 1991). Les adultes enfants d'alcooliques (AEDA) éprouvent, entre autres, des difficultés à maintenir un niveau stable et adéquat d'estime de soi de par le fait qu'ils ont été abusés, exploités et négligés (Wood, 1987).

Les AEDA n'ont pas reçu l'amour inconditionnel nécessaire à leur plein épanouissement. En ne se préoccupant que de l'alcoolisme, les parents n'ont pu répondre aux besoins de valorisation, d'acceptation, et d'appréciation de leurs enfants, afin que ceux-ci se sentent encouragés dans leur vécu et puissent se développer de façon optimale. De par le style de vie erratique vécu dans le milieu familial, les AEDA éprouvent de la difficulté à définir ce qui est normal (Woititz, 1991).

Ces situations peuvent causer des problèmes émotionnels pouvant conduire à des désordres psychologiques, ce qui peut entraîner des troubles de comportement (Black, Bucky et Wilder-Padilla, 1986).

Lors d'études cliniques, plusieurs chercheurs ont pu identifier différentes caractéristiques communes à la majorité des AEDA. Afin de mieux saisir la personnalité des AEDA, il est important de mentionner quelques-unes des caractéristiques qui leur sont attribuées.

Les AEDA éprouvent de la difficulté avec les relations intimes (Black, 1981/1991; Cermak, 1990; Cermak et Rosenfeld, 1987, 1990; Vannicelli, 1989; Woititz, 1991), particulièrement les femmes ayant eu un père alcoolique (Dauphinais, 1993). Ils ont continuellement peur de perdre le contrôle (Black, 1981/1991; Cermak, 1990; Vannicelli, 1989; Woititz, 1991). Les AEDA ont une faible estime de soi (Black, 1979; Black et al., 1986, Cermak, 1990; Cermak et Rosenfeld, 1987; Cork, 1969; Vannicelli, 1989; Woititz, 1978, 1991). De plus, ils éprouvent de la difficulté à faire confiance aux autres (Black, 1981/1991; Vannicelli, 1989). Les AEDA adoptent des comportements dits <<super-responsables>> ou, encore, dits <<super-irresponsables>> (Black, 1981/1991; Vannicelli, 1989; Woititz, 1991). Ceux-ci ont recours au "dénier" pour nier leurs émotions (Black, 1981/1991; Brown, 1992; Vannicelli, 1989). Le déni s'observe à travers une logique inconstante maintenue par des distorsions et des contradictions qui perdurent même dans la vie adulte. Enfin, ils ont tendance à se sentir continuellement coupables (Black, 1981/1991; Cermak, 1990;

Woititz, 1983/1991).

De toutes ces caractéristiques, nous n'en retiendrons qu'une seule: les AEDA ont une faible estime de soi. Même si les recherches cliniques sont unanimes pour dire que l'estime de soi des AEDA est plus faible que celle observée chez les non-AEDA, il n'en est pas de même pour les recherches de type expérimental.

Recherches sur l'estime de soi auprès des familles alcooliques

Pour certains, il ne fait aucun doute que l'estime de soi des AEDA est significativement plus faible que celle des individus provenant de la population générale. La thèse de doctorat de Woititz (1976) est la première recherche scientifique portant sur l'estime de soi des enfants d'alcooliques (EDA). Les résultats démontrent que l'estime de soi des EDA est plus faible que celle des individus de la population générale. Par contre, dans cette même étude, l'estime de soi des EDA ayant joint un groupe Alateen, mouvement pour les enfants d'alcooliques, est encore plus faible que l'estime de soi des EDA n'ayant pas joint un tel groupe.

L'étude longitudinale (0-18 ans) de Werner (1986) atteste que les EDA ont effectivement une faible estime d'eux-mêmes. De plus, les résultats indiquent qu'à 18 ans, l'estime de soi

des filles est plus élevée que celle des garçons.

Jusqu'à maintenant, nous n'avons vu que des études portant sur des enfants d'alcooliques (EDA). D'autres chercheurs ont obtenu des résultats similaires auprès d'adultes enfants d'alcooliques (AEDA). Les études de Berkowitz et Perkins (1988), Rearden et Markwell (1989) ainsi que celle de Williams et Corrigan (1992) indiquent que l'estime de soi des AEDA est significativement plus faible que celle des adultes de la population générale. L'étude de Currier et Aponte (1991), pour sa part, indique que l'estime de soi des femmes AEDA est moindre que celle des sujets de son groupe contrôle. De plus, celle de Berkowitz et Perkins (1988) démontre que les femmes ayant eu un père alcoolique se déprécient davantage en comparaison de leurs pairs masculins.

Pour d'autres études, les résultats sont mitigés. Werner et Broida (1991) déclarent qu'un dysfonctionnement familial donne lieu à une estime de soi faible, mais pas nécessairement en rapport direct avec l'alcoolisme parental. L'étude de Williams et Corrigan (1992) révèle que l'estime de soi des AEDA est comparable à celle des enfants adultes ayant grandi dans un foyer où l'un ou les deux parents souffraient de maladie mentale. Pour leur part, Clair et Genest (1987) attestent qu'il n'y a pas de différence sur la mesure d'estime de soi entre les sujets AEDA et les sujets non-AEDA.

Churchill, Broida et Nicholson (1990), Lyon et Greenberg (1991) ainsi que Post, Webb et Robinson (1991) déclarent avoir obtenu des résultats similaires à ceux de Clair et Genest (1987). Webb, Post, Robinson et Moreland (1992) n'ont pu identifier de différences au niveau du concept de soi entre les sujets AEDA et les sujets non-AEDA.

Cette contradiction dans les résultats amène à questionner la méthodologie utilisée dans les diverses recherches. Le fait que les sujets de certaines études (Clair et Genest, 1987; Currier et Aponte, 1991; Woititz, 1976) fassent partie d'un groupe Alateen (mouvement pour les enfants d'alcooliques), Alanon (mouvement pour les conjoints et les conjointes d'alcooliques) ou de groupes de soutien AEDA ne peut-il pas avoir biaisé les résultats? Ces groupes peuvent jouer un rôle de thérapie ou, à l'inverse, dramatiser les aspects négatifs d'un foyer alcoolique.

Bien souvent les résultats des études ne mentionnent pas s'il existe une différence au niveau de l'estime de soi eu égard au sexe des AEDA, voire même que le sexe des sujets n'est pas du tout contrôlé dans certaines études. C'est le cas pour les études de Rearden et Markwell (1989), Webb et al. (1992), Werner et Broida (1991), ainsi que pour celle de Williams et Corrigan (1992). Par ailleurs, les résultats de l'étude de Currier et Aponte (1991), portant uniquement sur

des sujets féminins, montrent une différence au niveau de l'estime de soi entre les sujets AEDA et les sujets non-AEDA. Pour sa part, l'étude de Clair et Genest (1987) regroupe des sujets des deux sexes, avec une majorité de femmes, et, pourtant, aucune différence n'a été observée en ce qui a trait à l'estime de soi. Il semble donc très important de contrôler le sexe de l'AEDA.

De plus, le sexe du parent alcoolique n'est que très rarement contrôlé. Le fait d'avoir un père, une mère ou les deux parents alcooliques aurait possiblement des conséquences distinctes. Deux études seulement ont pris cette variable en considération: celle de Clair et Genest (1987), où seuls les pères alcooliques ont été retenus, et celle de Berkowitz et Perkins (1988), étude qui contrôlait également le sexe de l'AEDA. Cette dernière étude contrôlait aussi le sexe du parent alcoolique en excluant les sujets dont les deux parents étaient alcooliques. Les résultats de la seconde étude confirment que ce sont les sujets AEDA féminins avec un père alcoolique qui se déprécient le plus.

Quelquefois les études ne comportent pas de groupe contrôle. Bien souvent, le nombre d'années vécues avec le parent alcoolique n'est pas pris en considération sauf pour les études de Clair et Genest (1987), Werner, (1986) et Woititz (1976). Une seule recherche tient compte de la

variable maladie mentale des parents (Williams et Corrigan, 1992), une variable importante tenant compte des raisons pouvant amener les parents à utiliser des comportements mal adaptés (Cermak, 1990; Whitfield, 1989), tel que mentionné antérieurement.

Deux autres points demeurent nébuleux. Le premier concerne la diversité des instruments pour mesurer l'estime de soi. Le deuxième point vise la représentativité des échantillons. La majorité des recherches ont été réalisées auprès de jeunes adultes provenant de collèges ou d'universités, à peu près tous du même âge, soit entre 18 et 23 ans (Berkowitz et Perkins, 1988; Clair et Genest, 1987; Churchill et al., 1990; Lyon et Greenberg, 1991; Rearden et Markwell, 1989; Post et al., 1991; Webb et al., 1992; Williams et Corrigan, 1992). Qui plus est, cet échantillon n'est pas représentatif de la population générale adulte en regard du niveau de scolarité, les sujets plus scolarisés possédant éventuellement plus de ressources personnelles.

Importance de l'âge

Les lignes qui suivent tenteront d'expliquer pourquoi le facteur âge est important dans le degré d'estime de soi. Etant donné qu'il s'agit d'un questionnement exploratoire, il n'existe pas de littérature empirique sur le sujet. Par

conséquent, il paraît nécessaire de revenir à la perspective théorique qui sous-tend la démarche; ce qui sera l'objet de la prochaine section.

L'estime de soi dans une perspective humaniste-existentielle

L'estime de soi est abordée ici du point de vue humaniste. Cette perspective offre une conceptualisation fondamentale de l'homme; elle permet de situer l'importance de l'âge eu égard à l'estime de soi des AEDA.

L'humanisme représente la troisième force en psychologie; elle apparaît après la psychanalyse et le comportementisme (Frick, 1971). L'humanisme au niveau philosophique découle de la phénoménologie. Historiquement, la phénoménologie repose sur la recherche de l'essence des choses. Avec l'approche existentielle, nous passons de l'essence des choses à l'existence, à la façon dont le sujet se vit. La psychologie existentielle exprime l'être qui existe, l'être au monde, l'humain tel qu'il est réellement (May, 1972). Aujourd'hui, on parle surtout de psychologie humaniste. Cette dernière place l'homme et son expérience au premier plan; elle met l'accent sur le potentiel et les capacités de l'individu. Le respect, la responsabilité, la liberté, l'authenticité, la croissance et les expériences, tous ces éléments font partie de la conception de l'homme au niveau humaniste (Ghiglione et

Richard, 1994). L'approche est holistique, globale; de là, la contribution de la gestalt. La méthode utilisée est toujours phénoménologique, c'est-à-dire purement descriptive des faits vécus et de la connaissance (Jerphagnon, 1973; Thines et Lempereur, 1984). Cette approche s'interroge sur le sens du vécu, sur la signification de l'homme dans le monde (Maslow, 1972; Merleau-Ponty, 1945 cité dans Ghiglione et Richard, 1992).

Carl Rogers est considéré comme le père de la psychologie humaniste grâce à son approche non directive, centrée sur le client. Pour Rogers et Kinget (1965), l'homme a besoin de se sentir aimé inconditionnellement et ce, dès sa plus tendre enfance, pour s'actualiser, pour développer toutes ses potentialités pour fonctionner de façon optimale (Huber, 1977). Pour ce faire, il doit exister une congruence entre les expériences vécues et l'image que l'individu se fait de lui-même (Huber, 1977; Huteau, 1985; Rogers et Kinget, 1965). Cet état de congruence pourra être atteint seulement quand les besoins de considération, d'acceptation, d'appréciation et d'amour auront été satisfaits par les parents (Huber, 1977). Si le contraire survient, si l'enfant ne se sent aimé qu'à certaines conditions, s'il se sent négligé ou rejeté, il aura alors tendance à considérer certaines expériences comme non valables (Rogers et Kinget, 1965), ce qui entraînera des

troubles significatifs de l'estime de soi (Tuchfeld, 1986). L'homme a besoin de se sentir estimé, valorisé et même admiré par des personnes significatives (Cermak et Rosenfeld, 1987). La satisfaction de ces besoins amène des sentiments de confiance en soi, de compétence et d'utilité (Bergeron, 1981) qui lui permettront d'acquérir son autonomie et de considérer ses expériences de vie de façon plus positive (Morin et Bouchard, 1992).

Ce besoin d'être estimé fait aussi partie de la pyramide des besoins construite par Maslow. Ce modèle hiérarchique des motivations humaines démontre que l'homme est motivé par des besoins et des désirs. Maslow (1972) illustre les cinq catégories de besoins dans un ordre progressif. De fait, les besoins à la base de la pyramide, les besoins physiologiques nécessaires à la survie comme la faim, la soif, etc., sont plus fondamentaux que le besoin de sécurité se situant au deuxième niveau. Ce second besoin équivaut à vivre dans un environnement stable engendrant le minimum de peur et d'anxiété. Il est évident que les besoins physiologiques et de sécurité doivent être satisfaits avant que l'individu s'intéresse à des besoins supérieurs. Au troisième niveau apparaissent les besoins d'amour et d'appartenance; l'individu a besoin de se sentir aimé et faisant partie intégrante d'un groupe, d'une famille. Vient ensuite le besoin d'estime. Ce

besoin comporte deux facettes. D'une part, s'aimer, être fier de soi, se sentir compétent réfère à l'estime de soi par soi. D'autre part, le fait d'être respecté, admiré, apprécié et félicité sont autant d'indicateurs de l'estime de soi par autrui. Le cinquième et dernier besoin est le besoin de réalisation de soi; il est défini comme la mise en oeuvre des capacités et des qualités de la personne. Il équivaut à l'accomplissement de la vocation, de la destinée, du potentiel inné de l'individu afin qu'il devienne vraiment ce qu'il veut devenir, soit une personne actualisée (Maslow, 1972).

Différence entre concept de soi et estime de soi

L'estime de soi et le concept de soi ont été maintes fois décrits, étudiés, évalués et ce, depuis plusieurs décennies; il est important de les distinguer. Le concept de soi correspond à un ensemble organisé plus ou moins cohérent des perceptions et des réactions qu'un individu a de lui-même, que ce soit en tant qu'observateur ou acteur (L'Ecuyer, 1975; Toulouse, 1971); c'est sa façon de se percevoir, de s'évaluer, et de se défendre (Huot, 1981). Il réfère à l'idée qu'un individu se fait de ses propres caractéristiques (Wells & Marwell, 1976). En fait, il représente la somme totale des caractéristiques physiques et mentales d'une personne ainsi que l'auto-évaluation que cette dernière en fait (Laurence, 1988, cité dans Bérubé, 1993). Le concept de soi fait

référence aux perceptions cognitives de l'individu.

Quel est le rapport avec l'estime de soi? Pour L'Ecuyer (1975), le concept de soi se divise en cinq structures: le soi matériel, le soi personnel, le soi adaptatif, le soi social et, enfin, le non soi. Toujours selon ce même auteur, l'estime de soi est une sous-structure du soi adaptatif qui correspond à la valeur de soi, c'est-à-dire à l'écart obtenu entre l'image de soi et le soi idéal, entre ce qu'il est et ce qu'il aimerait être. L'estime de soi représente l'évaluation que ce même individu s'accorde dans des domaines qui lui sont propres (L'Ecuyer, 1978). C'est un processus d'auto-évaluation se situant au niveau des émotions (Coopersmith, 1967). Selon Laurence (1988, cité dans Bérubé, 1993), le concept de soi englobe trois dimensions: l'image de soi, le soi idéal et l'estime de soi. Même si l'estime de soi est différente du concept de soi, elle en fait partie intégrante (Laurence, 1988 cité dans Bérubé, 1993; L'Ecuyer, 1975; Well & Marwell, 1976). L'estime de soi correspond à l'auto-évaluation exprimée par une attitude d'approbation ou de désapprobation, laquelle indique jusqu'à quel point l'individu s'évalue comme une personne valable, importante et efficace (Coopersmith, 1967). L'estime de soi témoigne du degré d'acceptation et de satisfaction de soi. C'est l'ensemble des évaluations subjectives, des impressions et des sentiments

qu'un individu ressent envers lui-même (Branden, 1971; Jacob, 1991; Toulouse, 1971). C'est donc un jugement personnel que l'individu développe à son égard en y ajoutant une composante affective se manifestant dans le comportement et la communication (Coopersmith, 1967; Toulouse, 1971; Wells & Marwell, 1976). Pour Laberge (1980), une bonne estime de soi reflète les tendances de la personne à avoir confiance en elle-même, à s'aimer, à s'apprécier, à se considérer comme une personne qui a de la valeur et de l'importance. Le contraire s'applique aussi; la mesure de l'estime de soi peut faire voir si la personne doute de sa valeur, si elle se déprécie, si cette personne est anxieuse, dépressive, malheureuse ou si elle a peu confiance en elle (Laberge, 1980). C'est la valeur positive ou négative qu'une personne s'accorde. L'estime de soi fait référence à l'aspect affectif, émotif de l'individu.

Caractéristiques de l'estime de soi

Une estime de soi faible se reconnaît chez une personne qui s'apprécie peu (Bérubé, 1993). L'individu croit ne pas posséder les capacités nécessaires pour réussir et être accepté socialement. Ses buts demeurent non atteints et ses ambitions, frustrées (Coopersmith, 1967). Pour Satir (1991), une personne ayant une faible estime d'elle-même est une personne incongruente, qui se sent facilement coupable, qui juge les autres et qui réagit fortement aux circonstances de

la vie. La personne démontre une insatisfaction d'elle-même, tout en étant portée à se rejeter et à se mépriser (Rosenberg, 1965; Well & Marwell, 1976). Elle a une image désagréable d'elle-même (Rosenberg, 1965); elle est anxieuse (Coopersmith, 1967; Toulouse, 1971), dépressive (Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1965), triste, léthargique (Coopersmith, 1967), défensive, rigide (Clarke 1978; Coopersmith, 1967), alors qu'elle démontre peu de confiance en elle (Toulouse, 1971; Wells & Marwell, 1976).

Selon Clarke (1978), une estime de soi positive est importante: les gens se sentent bien, vivent bien, sont plus efficaces et productifs. Ils sont aussi plus sympathiques (Clarke, 1978), plus en santé (Clarke, 1978; Well & Marwell, 1976) et font davantage attention aux autres (Clarke, 1978). Les personnes possédant une bonne estime de soi affichent une certaine fierté, ce qui fait ressortir leurs points forts (Bérubé, 1993). Selon Coopersmith (1967), une bonne estime de soi s'observe à travers des succès académiques, des comportements respectueux, une grande compétence de même qu'une bonne capacité d'adaptation. Les personnes possédant une bonne estime d'elles-mêmes sont joyeuses, spontanées et sympathiques (Coopersmith, 1967). Pour Rosenberg (1965), une bonne estime de soi équivaut à se respecter, à se considérer avec valeur, à reconnaître ses limites, à avoir l'espoir de

grandir et de s'améliorer. Les individus ayant une faible estime d'eux-mêmes recherchent la perfection, se pensent parfois supérieurs à autrui et démontrent beaucoup de symptômes somatiques. La satisfaction et la confiance qu'éprouve un individu envers lui-même résumant l'ensemble des caractéristiques d'une personne ayant une bonne estime d'elle-même.

L'estime de soi, correspond donc à une évaluation que l'individu se fait de lui-même, évaluation de niveau affectif. Celle-ci peut être appelée à changer selon les circonstances de la vie. Ces circonstances concernent l'adaptation à une nouvelle profession, au mariage ou à la vie commune, au nouveau rôle de parent (Beaumont, 1978). L'estime de soi peut aussi être influencée par le degré de réussite ou d'échec dans les projets entrepris, par l'évolution des capacités physiques, par des changements dans la vie économique, de même que par les divers rôles à assumer face à la société (Coopersmith, 1967; L'Ecuyer, 1978). Ces diverses conditions peuvent susciter des changements intrinsèques hautement significatifs dans la personnalité (Morin et Bouchard 1992) et, ainsi, modifier le niveau d'estime de soi de l'individu à travers tout le cycle de la vie (L'Ecuyer, 1978).

A ce chapitre, un certain nombre de faits sociaux permettent de penser que les jeunes sont plus tardivement

confrontés aujourd'hui à des situations de vie susceptibles d'influencer la perception qu'ils ont d'eux-mêmes et, partant de là, l'estime qu'ils se portent. Boutinet (1995) mentionne que, depuis 1975, il est à remarquer que les jeunes de 18 ans sont de plus en plus nombreux à demeurer dépendants de leurs parents, la cause principale étant le nombre d'années requis pour l'obtention d'un diplôme. Souvent, à cause du manque de travail, ces mêmes jeunes en viennent à dépendre financièrement de la société. Ces situations font que les jeunes s'insèrent dans la vie adulte vers l'âge de 25 à 30 ans (Boutinet, 1995). Donc, si les sujets des recherches étaient plus âgés et, de ce fait, s'étaient éloignés du milieu familial alcoolique, n'y aurait-il pas une différence au niveau de l'estime de soi?

Vu l'importance de l'âge, en raison de son association aux expériences de vie, la présente recherche tiendra compte de cette variable. De plus, l'étude portera seulement sur des sujets masculins ayant vécu avec un père alcoolique.

Formulation des hypothèses

Cette étude retient donc deux hypothèses de recherche:

Hypothèse 1: l'estime de soi des adultes enfants d'alcooliques est plus faible que celle des sujets du groupe contrôle.

Hypothèse 2: l'estime de soi des adultes enfants d'alcooliques faisant partie du groupe des plus âgés sera moindre que celle des sujets adultes enfants d'alcooliques faisant partie du groupe des plus jeunes.

Etant donné que cette hypothèse s'appuie essentiellement sur une réflexion théorique, elle est présentée à titre exploratoire.

Chapitre deuxième

Méthodologie

Le second chapitre porte sur la méthodologie utilisée. L'échantillon est présenté; les instruments de mesure ainsi que le déroulement de l'expérimentation y sont décrits.

Sujets

L'échantillon est composé de 65 hommes âgés entre 18 et 35 ans ($M = 24.09$; $E.T. = 5.02$). Les sujets ont été principalement recrutés auprès de diverses commissions scolaires offrant des cours aux adultes. Par ailleurs, une minorité de sujets ont été rejoints grâce à divers centres de conditionnement physique. Leur participation à la recherche s'est faite sur une base volontaire et strictement confidentielle. Les sujets sont répartis en quatre groupes en tenant compte de la présence ou de l'absence de l'alcoolisme paternel ainsi que de leur âge. Le groupe des jeunes est représenté par les sujets âgés entre 18 et 23 ans. Les sujets âgés entre 24 et 35 ans composent, pour leur part, le groupe des plus âgés. Chaque catégorie d'âge est composée d'un groupe contrôle et d'un groupe de sujets ayant eu un père alcoolique (AEDA), ce qui donne un schéma 2x2. Des analyses ont été faites entre le groupe contrôle et le groupe des AEDA pour vérifier l'équivalence au niveau de l'âge. Les résultats démontrent que ces deux groupes ne se distinguent pas au plan

de l'âge ($t(63)=.44$, $p=n.s.$), de l'état civil ($X^2(1,n=65)=.12$, $p=n.s.$), et de la scolarité ($X^2(1,n=65)=.13$, $p=n.s.$) en tenant compte de la présence ou de l'absence d'alcoolisme paternel. Les groupes définis par l'âge ne se distinguent pas également au plan du statut civil (jeunes: ($X^2(1,n=32)=.24$, $p=n.s.$) (âgés: ($X^2(1,n=33)=.73$, $p=n.s.$), et de la scolarité (jeunes: ($X^2(1,n=32)=.58$, $p=n.s.$), (âgés: ($X^2(1,n=33)=1.50$, $p=n.s.$)). A ce chapitre, les groupes sont donc considérés comme équivalents. La première partie des résultats abordera plus en détail l'analyse descriptive de l'échantillon.

La majorité des sujets sont célibataires (70,8%) et n'ont pas d'enfant (79,4%). Plus de la moitié d'entre eux n'ont pas terminé leurs études secondaires (58,5%). La plupart des individus n'occupent pas d'emploi (54%). Près de la moitié de ces hommes gagnent moins de \$15,000 par année (55%).

Au départ, 292 individus ont répondu aux divers questionnaires. Plusieurs sujets furent rejetés pour différentes raisons liées au contrôle de variables intermédiaires. La majorité d'entre eux furent exclus suite à l'identification de problèmes d'ordre émotif grave vécus par leur mère ($n=41$) ou par leur père ($n=42$), problèmes ayant nécessité une consultation médicale pouvant engendrer la prise de médicaments. Les sujets qui n'avaient pas vécu le minimum d'années requises avec leur père, soit cinq ans, furent

rejetés (n=12). De plus, tous les sujets ayant suivi une forme ou l'autre de thérapie furent éliminés (n=23). Quelques questionnaires s'avérèrent invalides ou inutilisables (n=19).

Les sujets du groupe contrôle ont été plus faciles à rejoindre que les sujets ayant eu un père alcoolique. De ce fait, un grand nombre de questionnaires furent remplis par les sujets représentant le groupe contrôle. Pour remédier à la situation, il fut convenu, dans un premier temps, d'identifier ces questionnaires par un chiffre. Dans un deuxième temps, l'expérimentateur utilisa une table de nombres aléatoires pour déterminer au hasard les 40 sujets composant les deux groupes contrôle requis pour l'étude. De cette façon, tous les sujets des groupes contrôles furent choisis de façon aléatoire.

Instruments de mesure

Trois instruments de mesure sont utilisés. Tout d'abord le Children of Alcoholics Screening Test (CAST) a permis de déterminer la présence ou l'absence de l'alcoolisme paternel. Le Tennessee Self-Concept Scale (TSCS) et le Rosenberg Self-Esteem (RSE) ont servi à mesurer la variable dépendante, soit l'estime de soi. Ces instruments ont été précédés d'un questionnaire de renseignements socio-démographiques (voir Appendice A), lequel fournit une connaissance de l'histoire personnelle des sujets. Une page de présentation ainsi que de

remerciement accompagnait le tout (voir Appendice B).

Children of Alcoholics Screening Test (CAST)

Ce questionnaire sert à identifier si le sujet est effectivement un adulte enfant d'alcoolique (AEDA). Il est composé de 30 items se référant aux sentiments, aux comportements et aux expériences vécues par le sujet eu égard à la consommation d'alcool de ses parents. Le sujet répond soit par l'affirmative, soit par la négative, à chacun des 30 items; le score total à l'échelle varie entre 0 et 30. Le CAST a été développé par Jones (1983) et validé en version française par Charland et Côté (1996). La fidélité a été établie à l'aide de la méthode test-retest, d'une mesure de consistance interne et d'une mesure de cohérence interne. L'instrument démontre une homogénéité élevée avec un coefficient alpha de Cronbach de ,95 et un coefficient de fidélité de cohérence interne de Spearman-Brown de ,96. De plus, l'instrument possède une bonne stabilité dans le temps (Kappa simple de ,83). Selon Jones (1991), un point de coupure s'impose à 6, pour identifier adéquatement un sujet ayant grandi dans un foyer alcoolique. Ce point de coupure garantit une spécificité à l'instrument de 98%, selon Charland et Côté (1996). Une étude de concordance a été réalisée entre le CAST et le Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID, partie alcool) pour évaluer la validité du

questionnaire. Un taux d'accord de ,78 a été obtenu entre les résultats du CAST et les critères de dépendance à l'alcool du DSM-III-R (Charland et Côté, 1996).

Tennessee Self-Concept Scale (TSCS)

Le TSCS est le premier instrument utilisé pour mesurer la variable dépendante portant sur l'estime de soi. Ce questionnaire a été construit par Fitts (1965). L'instrument est composé de 100 items répartis comme suit: 45 items positifs, 45 items négatifs et 10 items constituant l'échelle de critique de soi ou du degré de défense à l'égard de soi. Ces derniers items sont empruntés à l'échelle L (Lie) du MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Le score de critique de soi doit se situer entre 27 et 48 pour que le résultat à l'indice d'estime de soi puisse être valide. Les réponses varient sur une échelle en cinq points allant de complètement faux à complètement vrai. Le TSCS est accessible à tout individu possédant un niveau de lecture équivalent à un(e) étudiant(e) de sixième année. Les résultats obtenus sont regroupés sous quatre grands titres: l'estime de soi, la consistance, la tendance à se dévaloriser ou à se survaloriser et, finalement, les échelles de pathologie.

La section sur l'estime de soi donne accès à dix résultats qui sont répartis de la façon suivante: un résultat

global d'estime de soi (PTOTAL), cinq résultats qui ont trait à un schème de référence externe (soi physique, soi moral, soi personnel, soi familial et soi social), trois résultats qui ont trait à un schème de référence interne (identité, satisfaction de soi et perception de ses comportements) et un résultat relié à la façon de répondre aux questions, lequel est identifié sous la rubrique "distribution". Dans le cadre de la présente étude, seuls les résultats concernant l'estime de soi global sont retenus (PTOTAL).

Le TSCS a été traduit et validé en version française par Toulouse (1971). Celui-ci a demandé à quatre juges d'évaluer la qualité de la traduction et de classer les énoncés dans les catégories utilisées par Fitts. Leur classement s'est avéré le même que celui de Fitts dans 92,6% des cas.

La fidélité de l'instrument a été établie à l'aide de la méthode test-retest. Les coefficients de corrélation obtenus varient de ,57 pour la sous-échelle rapport vrai/faux, à ,91 pour l'échelle du total positif correspondant au résultat global d'estime de soi (Toulouse, 1971). Les coefficients sont suffisamment élevés pour affirmer que l'instrument est fidèle.

La validité a été établie à l'aide de trois séries d'analyse (Toulouse, 1971). La première consistait à faire

une analyse factorielle des items 1 à 90 pour vérifier la structure du questionnaire. Les résultats obtenus démontrent l'existence de 18 facteurs qui expliquent 55% de la variance. La deuxième analyse mesurait la validité de contenu et portait sur les sous-échelles du TSCS. Les résultats à cette analyse factorielle (rotation varimax) indiquent la présence de trois facteurs qui expliquent 70% de la variance. La troisième et dernière analyse portait sur la discrimination entre des groupes de sujets présentant des pathologies différentes. Les résultats obtenus rejoignent ceux de Fitts (1972).

Rosenberg Self-Esteem (RSE)

Vu la diversité des instruments choisis et des résultats observés à travers les recherches antérieures, un deuxième instrument mesurant le niveau d'estime de soi est utilisé afin de comparer les résultats sur deux mesures d'estime de soi.

Le RSE est composé de 10 items. Il a été mis au point par Rosenberg en 1965. Les questions proviennent toutes d'un même univers de contenu. Les items négatifs alternent avec les items positifs. Les réponses s'échelonnent sur une échelle de type Likert variant entre 1 et 5, pour une perception fortement en désaccord à une perception fortement en accord.

Le test a été traduit en version française par Alain

(1981); il obtient un coefficient de validité interne de ,90. Pour sa part, Rosenberg (1965) obtient un coefficient de "reproducibility" de ,92. Wylie et Miller (1974) confirment que la valeur de "reproducibility" peut être prise comme un indice de fidélité. Lussier (1984) obtient un coefficient de fidélité interne alpha standardisé de Cronbach de ,88 avec le RSE.

Déroulement de l'expérience

Un premier contact a été fait auprès du directeur ou de la directrice du service de l'éducation aux adultes. Cette rencontre a fourni l'occasion de présenter le projet et d'en remettre une copie à la personne responsable. Suite à l'acceptation du projet par les différents responsables, diverses procédures ont été utilisées pour aborder les sujets.

A l'éducation des adultes de Trois-Rivières, une annonce a paru dans le journal des étudiants la semaine précédant la date fixée pour la passation des questionnaires. De plus, un message oral a été lancé le matin même de la rencontre. L'heure du dîner ayant été retenue comme moment propice pour rejoindre le maximum d'individus, l'expérimentateur se rendit sur les lieux avec une affiche réclamant des sujets masculins âgés entre 18 et 35 ans pour répondre aux divers questionnaires.

A Victoriaville, les étudiants ainsi que les professeurs étaient avisés que l'expérimentateur passerait dans chacune des classes pour expliquer le projet de recherche et distribuer des copies aux individus intéressés. Il était entendu que le temps alloué pour répondre aux questionnaires serait pris sur une période de cours, les professeurs ayant accepté de collaborer au projet.

Au moment choisi, la secrétaire de l'éducation des adultes de Drummondville faisait le tour des classes en invitant les hommes âgés entre 18 et 35 ans qui étaient intéressés à participer à se présenter à la cafétéria. De cette façon, l'expérimentateur recevait les individus en leur donnant les informations requises.

Suite à la rencontre avec le directeur de l'éducation des adultes de Saint-Hyacinthe, il fut convenu que ce dernier présenterait le projet et distribuerait les questionnaires dans chacune des classes. De cette façon, l'expérimentateur déposait les questionnaires au bureau du directeur et les recueillait une semaine plus tard. Il importe de souligner qu'aucune information ne permettait d'identifier les répondants.

A Shawinigan, les personnes rencontrant les critères de la recherche étaient invitées par interphone à se présenter à

la bibliothèque. Sur place, l'expérimentateur présentait le projet d'étude, leur remettait la série de questionnaires en leur expliquant la façon de procéder.

Vu le nombre insuffisant de sujets rencontrant tous les critères prévus, il fut décidé d'avoir recours à deux centres de conditionnement physique. Le premier est situé à Drummondville et l'autre à Montréal. L'entente fut la même pour les deux endroits. Le projet fut expliqué au responsable de chacun des centres. Celui-ci invitait les volontaires rencontrant les critères (hommes âgés entre 18 et 35 ans) à répondre aux questionnaires. Le délai entre la remise et la collecte des questionnaires fut de deux semaines.

Chapitre troisième

Résultats

Ce chapitre présente les résultats obtenus aux diverses analyses statistiques. Préalablement, les méthodes d'analyse y sont présentées.

Analyse des données

Rappelons que les sujets sont répartis en deux groupes selon leur score obtenu au Children of Alcoholics Screening Test (CAST). Le CAST sert à identifier si le sujet est effectivement un adulte enfant d'alcoolique (AEDA). Si le score atteint six ou plus sur 30, le sujet est considéré comme un AEDA, sinon, il est considéré comme un non-AEDA et est attribué au groupe contrôle. Chacun de ces deux groupes est par la suite divisé en deux groupes d'âge; le groupe des jeunes pour les sujets âgés entre 18 et 23 ans et le groupe des âgés pour les sujets ayant entre 24 et 35 ans. Ceci donne par conséquent un schème 2X2.

Tous les sujets ont répondu aux deux questionnaires d'estime de soi. Il convient de préciser le mode de correction de chacun des questionnaires. Tout d'abord, pour le Tennessee Self-Concept Scale (TSCS), l'échelle de type Likert allant de complètement faux (1) à complètement vrai (5) attribue un point aux énoncés cotés 1, deux aux énoncés cotés

2 et ainsi de suite. Le score total pour l'estime de soi se situe entre 90 et 450. Quarante-cinq items négatifs ont dû être recodés positivement. Un score de critique de soi est obtenu grâce à dix items provenant du Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Rappelons que ce score doit se situer entre 27 et 48 pour que le total d'estime de soi puisse être considéré comme valide. De ce fait, 15 sujets ont dû être rejetés de l'étude, leur score se situant en dessous de 27.

Pour le Rosenberg Self-Esteem (RSE), l'échelle de type Likert allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (5) a été utilisé avec la même attribution de points que le TSCS. Le score, pour ce test, varie de 10 à 50. Cinq items formulés négativement ont dû être recodés positivement.

Analyses statistiques

Des analyses descriptives présentent les scores obtenus pour chacun des groupes aux deux mesures d'estime de soi. Des analyses de variance permettent de vérifier, d'une part, s'il existe des différences significatives reliées à la variable âge et à la variable adulte enfant d'alcoolique (AEDA) et, d'autre part, s'il existe un effet interactif entre ces deux variables. Par la suite, des analyses de corrélation seront faites afin de déterminer si le nombre d'années vécues avec le

père ou si le nombre de réponses positives au CAST sont en corrélation avec le niveau d'estime de soi et ce, autant sur le RSE que sur le TSCS.

Le seuil de signification choisi pour qualifier une différence se situe à ,05.

Présentation des résultats

Le tableau 1 présente les moyennes et les écarts-types de l'âge des sujets et du nombre d'années vécues avec le père en fonction de l'alcoolisme paternel (AEDA) et de leur appartenance au groupe d'âge (jeunes et âgés).

En ce qui a trait au Children of Alcoholics Screening Test (CAST), la moyenne générale (n=32) de réponses positives se situe à 12,59 avec un écart-type de 5,59. La moyenne des jeunes (n=16) est de 10,75 réponses positives avec un écart-type de 3,73. Pour les âgés, (n=16) la moyenne est de 14,44 réponses positives avec un écart-type de 6,59.

Les résultats du tableau 2 permettent de voir les scores moyens et les écarts-types obtenus sur les deux mesures d'estime de soi et ce, pour chacun des quatre groupes. Pour ce qui est des moyennes et des écarts-types obtenus auprès des AEDA (n=32) sur les deux mesures d'estime de soi, elles sont respectivement de 323.00 au TSCS avec un écart-type de

Tableau 1

Moyennes et écarts-types de l'âge et du nombre d'années vécues avec le père en fonction de l'alcoolisme paternel (AEDA) et du groupe d'âge

Variables	Sujets (N=65)			
	AEDA (n=32)		Contrôle (n=33)	
	Jeunes (n=16)	Agés (n=16)	Jeunes (n=16)	Agés (n=17)
	M (E.T.)	M (E.T.)	M (E.T.)	M (E.T.)
Age	19.63 (1.36)	28.00 (4.00)	20.13 (1.50)	28.35 (3.41)
Nombre d'années vécues avec le père	17.81 (4.04)	16.63 (6.09)	18.31 (3.46)	19.77 (6.52)

41.98 et de 38.38 au RSE avec un écart-type de 6.71. Les sujets du groupe contrôle pour leur part obtiennent une moyenne de 330.15 et un écart-type de 40.01 au TSCS et une moyenne de 39.27 au RSE avec un écart-type de 6.93.

Tableau 2

Scores moyens et écarts-types obtenus au Tennessee Self-Concept Scale (TSCS) et au Rosenberg Self-Esteem (RSE)

Tests	Sujets (N=65)			
	AEDA (n=32)		Contrôle (n=33)	
	Jeunes (n=16)	Agés (n=16)	Jeunes (n=16)	Agés (n=17)
	M (E.T.)	M (E.T.)	M (E.T.)	M (E.T.)
TSCS	328.13 (38.46)	317.88 (45.90)	326.13 (44.37)	333.94 (36.40)
RSE	39.69 (7.01)	37.06 (6.34)	38.63 (7.82)	39.88 (6.15)

Vérification des hypothèses

La première hypothèse stipule que l'estime de soi des AEDA est plus faible que celle des sujets du groupe contrôle.

La deuxième hypothèse, quant à elle, suppose que les AEDA faisant partie du groupe des âgés ont une estime de soi moindre que leurs pairs AEDA faisant partie du groupe des

jeunes.

Ces deux hypothèses se trouvent infirmées. Comme le démontrent les tableaux 3 et 4, il n'existe aucune différence statistiquement significative sur les deux mesures d'estime de soi en fonction de la variable âge ou de la variable alcoolisme paternel (AEDA).

De plus, le fait d'appartenir à un groupe d'âge spécifique jumelé au fait d'être un AEDA n'a pas d'influence sur le niveau d'estime de soi autant sur la mesure du TSCS ($F(1,64) = .77, p=n.s.$), que sur la mesure du RSE ($F(1,64) = 1.30, p=n.s.$).

Pour leur part, les analyses de corrélation révèlent que chez les sujets AEDA, il n'existe aucune corrélation entre le nombre d'années vécues avec le père et le niveau d'estime de soi. Les résultats sont respectivement de $r(30)=.13, p=n.s.$ pour le TSCS et de $r(30)=.21, p=n.s.$ pour le RSE. Une deuxième analyse de corrélation portant sur le nombre de réponses positives au CAST et le degré d'estime de soi démontre que chez ces sujets, il n'existe aucune corrélation entre ces deux variables autant pour le TSCS ($r(30)=-.04, p=n.s.$), que pour le RSE ($r(30)=.00, p=n.s.$).

Tableau 3

Analyse de variance selon le groupe d'âge et l'alcoolisme paternel (AEDA) en fonction du score total au Tennessee Self-Concept Scale (TSCS)

Source de variation	dl	Carré moyen	F	p
Age	1	24.05	.01	.91
AEDA	1	803.24	.47	.50
Age X AEDA	1	1325.03	.77	.38
Residuel	61	1713.38		
Total	64			

Tableau 4

Analyse de variance selon le groupe d'âge et l'alcoolisme paternel (AEDA) en fonction du score total au Rosenberg Self-Esteem (RSE)

Source de variation	dl	Carré moyen	F	p
Age	1	7.59	.16	.69
AEDA	1	12.54	.27	.61
Age X AEDA	1	61.19	1.30	.26
Residuel	61	46.95		
Total	64			

Discussion

Un grand nombre de cliniciens et de chercheurs se sont intéressés aux caractéristiques des adultes ayant grandi dans un foyer alcoolique et, plus précisément, à l'estime de soi de ces adultes. A la lumière de ces travaux, deux hypothèses ont été émises.

La première hypothèse stipulait que les adultes enfants d'alcooliques (AEDA) auraient une estime de soi plus faible que les sujets du groupe contrôle.

Les résultats infirment la première hypothèse et vont dans le même sens que ceux présentés par Churchill et al. (1990), Clair et Genest (1987), Post et al. (1991), Webb et al. (1992) ainsi que Werner et Broida (1991). La conclusion de ces recherches amène à croire qu'être un enfant issu d'un foyer alcoolique a peu ou pas d'effet sur le niveau d'estime de soi de cet enfant devenu adulte.

La deuxième hypothèse, de type exploratoire, prévoyait que l'estime de soi des AEDA faisant partie du groupe des âgés serait moindre que celle des sujets AEDA provenant du groupe des jeunes. Cette hypothèse se trouve elle aussi infirmée. Peu de chercheurs ont pris la variable groupe d'âge en considération. Seule l'étude de Churchill et al. (1990)

mentionne que leurs sujets plus âgés ont tendance à démontrer un niveau d'estime de soi plus élevé que leurs pairs plus jeunes. Ils n'ont par ailleurs trouvé aucune différence significative entre les sujets AEDA et les sujets du groupe contrôle.

L'absence de résultats significatifs incite à chercher des sources d'explication. Examinons d'abord l'aspect méthodologique.

Contrairement aux recherches antérieures de Berkowitz et Perkins (1988), Churchill et al. (1990), Clair et Genest (1987), Lyon et Greenberg (1991), Rearden et Markwell (1989), Post et al. (1991) ainsi que celle de Webb et al. (1992), l'échantillon comportait peu de sujets ayant atteint le niveau collégial ou universitaire. Les sujets provenaient pour la majeure partie de l'éducation des adultes. Précisons que les résultats au TSCS se retrouvent dans la moyenne ($M = 341.90$) ($E.T. = 32.70$) ($N = 718$) des résultats obtenus lors de la validation française du questionnaire par Toulouse (1971). Il importe de préciser que l'échantillon de cette étude est plus représentatif que ceux des recherches précédentes.

Le sexe du parent apparaît être une variable importante dans le niveau d'estime de soi. De ce fait, la présente étude contrôlait le sexe du parent alcoolique tout comme celle de

Clair et Genest (1987) et celle de Berkowitz et Perkins (1988).

Un nombre minimum d'années vécues avec le père était exigé pour faire partie de l'étude. Seule la recherche de Clair et Genest (1987) maîtrisait cette variable.

Les sujets ne devaient avoir suivi aucune forme de thérapie incluant la participation à des groupes communautaires tels que Alcooliques Anonymes, groupes pour les personnes souffrant d'alcoolisme, ou Al-Anon, groupes pour les conjoints et conjointes d'alcooliques, etc., et ce, contrairement aux études de Clair et Genest (1987), Currier et Aponte (1991) ainsi que celle de Woititz (1976). Cette façon de procéder évitait de biaiser les résultats.

D'autres pistes de réflexion doivent être considérées pour expliquer les résultats non significatifs. Les résultats des recherches nomothétiques sont contradictoires, alors que les recherches cliniques sont, pour leur part, unanimes: les AEDA démontrent une estime de soi moindre que les non-AEDA (Black, 1979; Black et al. 1986; Cermak, 1987; Cork, 1969; Vannicelli, 1989; Woititz, 1978, 1983/1991). Diverses explications semblent justifier ces faits. Les AEDA faisant partie des recherches cliniques consultent, donc, éprouvent certaines difficultés. Ils correspondraient aux AEDA les plus

affectés par l'alcoolisme parental et, par conséquent, ils seraient plus enclins à manifester une estime de soi faible. La présente étude excluait tous les sujets ayant suivi une thérapie sous une forme ou une autre. Ce fait amène à penser qu'une partie des sujets AEDA avec une faible estime de soi étaient par le fait même exclus.

La présente étude est essentiellement composée d'hommes. En général, les études ne distinguent pas les résultats obtenus sur le degré d'estime de soi entre les hommes et les femmes, sauf celle de Berkowitz et Perkins (1988), Churchill et al. (1990) ainsi que celle de Post et al. (1991). Rappelons que Berkowitz et Perkins (1988) mentionnent que ce sont les femmes avec un père alcoolique qui se déprécient le plus. Berkowitz et Perkins (1988) ainsi que Russell, Henderson et Blume (1985) avancent l'hypothèse que les hommes AEDA recherchent une distance émotionnelle d'avec leur famille afin d'être plus indépendants. Ces auteurs ajoutent que l'estime de soi peut être influencée par d'autres modèles de rôles appris à l'extérieur du foyer et par des expériences vécues dans des situations plus positives qu'auprès de la famille.

La présente recherche rejetait tout sujet dont les parents avaient éprouvé des troubles émotifs ayant nécessité une consultation médicale. Les deux études à avoir tenu

compte du trouble mental d'un des parents sont celle de Werner et Broida (1991) et Williams et Corrigan (1992). L'éducation des enfants se fait grâce à la présence des deux parents. Des éléments tels que l'équilibre et la stabilité émotionnelle de la mère auront un impact sur l'affection transmise aux enfants, de même que sur le soutien qui leur est apporté. Werner et Broida (1991) affirment que le niveau d'estime de soi des AEDA est différent de celui des non-AEDA seulement quand il y a présence de d'autres dysfonctions familiales. L'alcoolisme ne serait donc pas le facteur primordial de la dysfonction familiale. D'autres facteurs tels que la violence, l'inceste ou la maladie mentale, etc. peuvent influencer le niveau d'estime de soi.

La présente recherche est la seule à tenir compte de la variable groupe d'âge. Enfin, l'étude actuelle comporte un groupe contrôle et utilise deux questionnaires pour mesurer l'estime de soi.

Il faut toutefois souligner une limite importante à cette recherche, soit le petit nombre de sujets représentant l'échantillon surtout quand celui-ci est divisé en quatre sous-groupes.

Malgré cette limitation, l'absence de différences significatives apparaît difficilement attribuable à des

problèmes d'ordre méthodologique; il apparaît clairement que mesurer l'estime de soi des AEDA est beaucoup plus complexe que prévu.

D'abord, l'alcoolisme ne se réfère pas à un seul type de personnalité. Pour Bergeret (1984), il existe trois types de personnalité toxicomane. D'une part, se retrouve la structure de mode névrotique et, d'autre part, se situe la structure de mode psychotique. Entre les deux, Bergeret identifie le troisième type de personnalité, soit les personnalités "instructurées", qualifiées également de personnalités limites. Bergeret (1984), les qualifie de grands immatures à fond essentiellement dépressif. Toujours selon ce même auteur, le troisième type de personnalité se retrouve dans toutes les classes de la société et ce, tout autant dans la vie courante que dans le domaine de la pathologie mentale. Oughourlian (1974) répertorie les toxicomanes selon deux grandes classifications. La première classification est d'ordre sociologique. Elle se divise en trois catégories selon que le sujet consomme en groupe, en masse ou de façon individuelle. La deuxième classification est d'ordre psychologique. Elle se divise en deux catégories selon l'utilisation du psychotrope comme moyen ou comme une fin. Ce qui donne un schéma 2X3, pour un total de six types de toxicomanies possibles. Il apparaît vraisemblable que la

personnalité du parent toxicomane influence davantage l'estime de soi des enfants que le seul fait d'abuser ou non de l'alcool. De là, la complexité à évaluer adéquatement l'effet de l'alcoolisme paternel sur le niveau d'estime de soi des AEDA.

Comme mentionné antérieurement, l'estime de soi réfère à l'évaluation affective, émotive, que le sujet se porte; elle se limite à la perception que l'individu a de lui-même. C'est l'ensemble des impressions et des sentiments qu'un individu ressent envers lui-même (Branden, 1971; Jacob, 1991; Toulouse, 1971). L'estime de soi semble être une variable difficile à mesurer par des questionnaires. De par sa complexité, l'estime de soi serait davantage observable à travers divers comportements de la vie quotidienne. Il se pourrait aussi que le déni, comme outil de survie, tel que mentionné par Black (1979), Bradley et Schneider (1990) ainsi que par Woititz (1978, 1983/1991), puisse avoir un effet sur la perception lors de la passation des questionnaires sur l'estime de soi. Cette idée d'un mécanisme de défense amène à penser que la perception que le sujet a de lui-même peut être faussée. Toutefois, il faut préciser que la présence du déni auprès des AEDA n'a pas encore été démontré empiriquement.

Si cette hypothèse s'avère exacte, elle amène à questionner l'approche utilisée lors de cette étude. Peut-on

vraiment mesurer l'estime de soi dans une perspective humaniste et existentielle, tenant compte qu'un mécanisme de défense tel que le déni est utilisé de façon massive par les AEDA, du moins à une certaine époque de leur vie? Rappelons que 15 des 80 questionnaires de la présente étude furent rejetés, leurs scores à l'échelle de critique de soi se situant en dessous de 27. Soulignons que le résultat obtenu à cette échelle correspond à dix items acceptés par la majorité des gens comme étant vrais d'eux-mêmes et qu'un score en dessous de 27 indique que l'individu est défensif.

Conclusion

Les résultats de cette étude ne démontrent aucune différence significative, eu égard aux deux hypothèses élaborées. Ces résultats amènent à penser que l'alcoolisme paternel a peu ou pas d'influence sur le niveau d'estime de soi des adultes enfants d'alcooliques.

Il est important de ne pas généraliser les caractéristiques des AEDA à tous les adultes enfants d'alcooliques. D'autres facteurs, tels que la personnalité de l'alcoolique, la personnalité de la mère ou l'indépendance recherchée par l'homme semblent influencer le niveau d'estime de soi.

Il semble que la dysfonction familiale ne se résume pas à l'alcoolisme paternel. Des comportements mal adaptés liés à la violence, à l'inceste, de même qu'un trouble physique grave ou chronique devront être considérés lors de recherches subséquentes auprès de familles dysfonctionnelles.

L'estime de soi, définie en regard de l'évaluation affective qu'un individu a de lui-même, est une variable difficile à mesurer. Rappelons le côté subjectif de cette évaluation, ce qui rend la mesure plus complexe, même avec deux instruments. D'autres techniques devront être utilisées

afin de bien évaluer cette variable, tenant compte du fait que des mécanismes de défense interviennent possiblement. Cette possibilité apparaît très plausible s'il est tenu compte que 15 des 80 questionnaires de cette étude ont été rejetés parce que leur score à l'échelle de critique de soi était problématique.

Références

- Alain, M. (1981). Traduction française du Rosenberg's Self-Esteem Scale. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Beaumont, C. (1978). Le niveau d'estime de soi et les différences sexuelles l'affectant chez le préadolescent de père alcoolique. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Bergeret, J. (1984). Précis des toxicomanies. Paris: Masson.
- Bergeron, R. (1981). L'estime de soi chez les jeunes inactifs. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Berkowitz, A., & Perkins, H.W. (1988). Personality characteristics of children of alcoholics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 206-209.
- Bérubé, C. (1993). Etude de l'estime de soi chez l'enfant de six, sept et huit ans. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Black, C. (1979). Children of alcoholics. Alcohol Health and Research World, Fall, 23-27.
- Black, C. (1981/1991). Jamais cela ne m'arrivera! Montréal: Ganesha.
- Black, C., Bucky, S.F., & Wilder-Padilla, S. (1986). The interpersonal and emotional consequences of being an adult child of an alcoholic. The International Journal of the Addictions, 21, 213-231.
- Boutinet, J.-P. (1995). Psychologie de la vie adulte. Paris: Presses universitaires de France.
- Bradley, L.G., & Schneider, H.G. (1990). Interpersonal trust, self-disclosure and control in adult children of alcoholics. Psychological Reports, 67, 731-737.
- Branden, N. (1971). The disowned self. Los Angeles: Nash Pub.
- Brown, S. (1992). Safe passage recovery for adult children of alcoholics. New York: Wiley.

- Cermak, T. L. (1990). Evaluating and treating adult children of alcoholics (Vol.1 et 2). Minneapolis: Johnson Institute.
- Cermak, T. L., & Rosenfeld, A. (1987). Therapeutic considerations with adult children of alcoholics. Advances in Alcohol and Substance Abuse, 6(4), 17-32.
- Charland, H., & Côté, G. (1996). Fidélité et validité de la version française du "Children of Alcoholics Screening Test" (CAST). Revue Québécoise de Psychologie, 17(1), 47-64.
- Churchill, J.A., Broida, J.P., & Nicholson, N.L. (1990). Locus of control and self-esteem of adult children of alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 51, 373-376.
- Clair, D., & Genest, M. (1987). Variables associated with the adjustment of offspring of alcoholic fathers. Journal of Studies on Alcohol, 48, 345-355.
- Clarke, J.I. (1978). Self-esteem: a family affair. Minneapolis: Winston Press.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: W.H. Freeman.
- Cork, M. (1969). The forgotten children. Toronto: Addict Research Foundation.
- Currier, K.D., & Aponte, J.F. (1991). Sexual dysfunction in female adult children of alcoholics. The International Journal of the Addictions, 26, 195-201.
- Dauphinais, L. (1993). La capacité de vivre l'intimité chez des femmes ayant eu un parent alcoolique. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Fitts, W. (1991). Tennessee Self-Concept Scale. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Frick, W.B. (1971). Humanistic psychology: Interviews with Maslow, Murphy, and Rogers. Columbus, Ohio: Merrill Press.
- Ghiglione, R., & Richard, J.-F. (1992). Cours de psychologie (Vol. 1). Paris: Dunod.
- Ghiglione, R., & Richard, J.-F. (1994). Cours de psychologie (Vol. 3). Paris: Dunod.

- Huber, W. (1977). Introduction à la psychologie de la personnalité. Bruxelles: Dessart et Mardaga.
- Huot, L. (1981). Changement du concept de soi de l'alcoolique durant un traitement à court terme. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Huteau, M. (1985). Les conceptions cognitives de la personnalité. Paris: Presses universitaires de France.
- Jacob, S. (1991). Estime de soi et anxiété en fonction des rencontres amoureuses chez une population d'adolescent(e)s. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Jerphagnon, L. (1973). Dictionnaire des grandes philosophies. Toulouse: Privat.
- Jodoin, S. (1976). Une mesure du "self-esteem" chez l'enfant. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Jones, J. W. (1991). The Children of Alcoholic Screening Test. Chicago: Camelot unlimited.
- Laberge, J.-L. (1980). L'évolution de l'estime de soi chez l'alcoolique pendant les quatre premiers mois de sobriété. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Labranche, L. (1986). Une étude de validation de de normalisation d'une épreuve de mesure d'estime de soi. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- L'Ecuyer, R. (1975). La genèse du concept de soi: Théorie et recherches - les transformations des perceptions de soi chez les enfants âgés de trois, cinq et huit ans. Sherbrooke: Naaman.
- L'Ecuyer, R. (1978). Le concept de soi. Paris: Presses universitaires de France.
- Lussier, Y. (1984). L'attachement et l'attribution de la responsabilité chez des personnes séparées et divorcées. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

- Lyon, D., & Greenberg, J. (1991). Evidence of codependency in women with an alcoholic parent: Helping out Mr. Wrong. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 435-439.
- Maslow, A.H. (1972). Vers une psychologie de l'être. Paris: Fayard.
- May, R. (1972). Le désir d'être: Psychothérapie existentielle. Paris: Epi.
- Morin, P.-C., & Bouchard, S. (1992). Introduction aux théories de la personnalité. Boucherville: Gaétan Morin.
- Nolet, L.-P. (1982). L'estime de soi des pré-adolescents de père alcoolique actif et de père alcoolique non-actif. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Oughourlian, J.-M. (1974). La personne du toxicomane: Psychologie des toxicomanies actuelles dans la jeunesse occidentale. Toulouse: Privat.
- Post, P., Webb, W., & Robinson, B. (1991). Relationship between self-concept, anxiety, and knowledge of alcoholism by gender and age among adult children of alcoholics. Alcoholism Treatment Quarterly, 8(3), 91-95.
- Rearden, I.U., & Markwell, B.S. (1989). Self concept and drinking problems of college students raised in alcohol-abused homes. Addictive Behaviors, 14, 225-227.
- Rogers, C. R., & Kinget, G. M. (1965). Psychothérapie et relations humaines: Théorie et pratique de la thérapie non directive (3e éd.). Louvain: Publications Universitaires.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press.
- Russell, M., Henderson, C., & Blume, S.B. (1985). Children of alcoholics: A review of the literature. New York: Research Institute on Alcoholism.
- Satir, V. (1991). The Satir model: Family therapy and beyond. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Thines, G., & Lempereur, A. (1984). Dictionnaire général des sciences humaines. Louvain-la-Neuve: Ciaco.

- Toulouse, J.-M. (1971). Mesure du concept de soi TSSC manuel. Document inédit, Université de Montréal.
- Treadway, D. (1991). Breaking the cycle: Treating adult children of alcoholics. In Timothy M. Rivinus (Ed), Children of chemically dependent parents: Multiperspectives from the cutting edge (Vol. XXII), (pp. 226-250). New York: Brunner Mazel.
- Tuchfeld, B. (1986). Adult children of alcoholics. Hospital and Community Psychiatry, 37, 235-236.
- Vannicelli, M. (1989). Group psychotherapy with adult children of alcoholics: Treatment techniques and countertransference considerations. New York: The Guilford Press.
- Webb, W., Post, P., Robinson, B., & Moreland, L. (1992). Self-concept, anxiety, and knowledge exhibited by adult children of alcoholics and adult children of nonalcoholics. Journal of Alcohol and Drug Education, 38, 106-114.
- Wegscheider, S. (1981). Another chance: Hope and health for the alcoholic family. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Wells, L.E., & Marwell, G. (1976). Self-esteem: Its conceptualization and measurement. Beverly Hills: Sage Publication.
- Werner, E.E. (1986). Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. Journal of Studies on Alcohol, 47, 34-40.
- Werner, L.J., & Broida, J.P. (1991). Adult self-esteem and locus of control as a function of familial alcoholism and dysfunction. Journal of Studies on Alcohol, 52, 249-252.
- Whitfield, C.L. (1989). Co-dependence: Our most common addiction-some physical, mental, emotional and spiritual perspectives. In B. Curruth & W. Mendenhall (Eds), Co-dependence: Issues in treatment and recovery (pp. 19-36). New York: Haworth Press.
- Williams, O.B., & Corrigan, P.W. (1992). The differential effects of parental alcoholism and mental illness on their adult children. Journal of Clinical Psychology, 48, 406-414.

- Woititz, J.G. (1976). A study of self-esteem in children of alcoholics. Dissertation Abstracts International, 37, 7554A. (University Microfilms No.77-13,299).
- Woititz, J. G. (1978). Alcoholism and the family: A survey of the literature. Journal of Alcohol and Drug Education, 23, 18-23.
- Woititz, J.G. (1983/1991). Les enfants d'alcooliques à l'âge adulte. Montréal: Édimag.
- Wood, B. L. (1987). Children of alcoholics: The struggle for self and intimacy in adult life. New York: New York University Press.
- Wylie, R. C., & Miller, P. J. (1974). The self-concept (Vol. 1 et 2). Lincoln: University of Nebraska Press.

Appendices

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

oui 1 non 2

9. Combien d'années avez-vous vécu avec votre père? _____

10.1 Selon vous, votre mère a-t-elle déjà éprouvé des problèmes d'ordre émotif?

oui 1 non 2

10.2 A-t-elle consulté un médecin pour ces problèmes?

oui 1 non 2

10.3 A-t-elle pris des médicaments suite à cette consultation?

oui 1 non 2

11.1 Avez-vous déjà suivi une thérapie? oui 1 non 2

11.2 Si oui, précisez: _____

Appendice B

Je tiens tout d'abord à vous remercier pour votre précieuse collaboration. Sans votre participation, cette recherche ne pourrait être menée à terme.

Je suis étudiante à la maîtrise en psychologie à l'UQTR. Comme projet de recherche je m'intéresse à l'estime de soi.

Il est très important que vous répondiez vous-mêmes, individuellement, à toutes les questions pour que le questionnaire demeure valide.

Par conséquent, je vous certifie que les renseignements donnés demeureront confidentiels tout au long de l'étude. Pour ce, je vous prierais de ne pas inscrire votre nom. Les questionnaires seront identifiés par un chiffre.