

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

CHRISTIANE GÉLINAS

PERSONNALITÉ DES FILS ADULTES DE

PÈRE ALCOOLIQUE

AOÛT 1995

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

Au Canada, 8% des adultes ont vécu des problèmes familiaux causés, pour une majorité d'entre eux, par l'alcoolisme de leur père. De nombreux cliniciens affirment que l'alcoolisme familial influence le développement des enfants. Certains affirment même que ces enfants sont différents des autres et développent certaines caractéristiques qui leur sont propres. Bien que ces affirmations soient partagées par plusieurs, il existe peu d'études empiriques permettant d'appuyer les observations d'ordre clinique. De plus, il n'existe aucun consensus autour d'une description unique des traits caractérisant la personnalité des enfants adultes d'alcoolique (EADA). La présente étude s'inscrit dans une continuité logique au niveau de la recherche en ce domaine. Elle poursuit donc sensiblement les mêmes buts que les études précédentes tout en tentant d'apporter plus de précision quant à la description de la population étudiée. De plus, elle prend en considération une nouvelle variable, jusque-là ignorée par les chercheurs, soit l'alcoolisme des EADA.

Ainsi, cette étude tente de démontrer que les fils adultes de père alcoolique (FDPA) (alcooliques ou non alcooliques) diffèrent des adultes issus de la population

générale au niveau du développement de certains traits de leur personnalité. De plus, les FDPA, alcooliques et non alcooliques, sont comparés afin de déterminer s'ils se distinguent les uns des autres au niveau de leur personnalité.

Pour ce faire, nous avons procédé à une étude empirique utilisant des questionnaires valides tels le Children of Alcoholics Screening Test (CAST), le Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) ainsi que la section alcool du Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). Les résultats obtenus auprès de 48 hommes (16 FDPA alcooliques, 16 FDPA non alcooliques et 16 sujets formant le groupe contrôle) démontrent que les fils adultes alcooliques de père alcoolique sont plus évitants, dépendants, compulsifs et passif-agressifs que les sujets du groupe contrôle, d'une part, et que les fils non alcooliques, d'autre part. Par ailleurs, les profils de personnalité des fils adultes non alcooliques de père alcoolique ne présentent pas de pathologie sévère, comme c'est aussi le cas pour les adultes du groupe contrôle. Il semble donc que les différences rapportées par la littérature existent seulement chez un sous-groupe de FDPA, soit les fils adultes alcooliques. Ces résultats apportent donc plus de précision aux connaissances actuelles en précisant la nature de ces différences ainsi qu'en

démontrant que les FDPA ne constituent pas une population homogène.

Remerciements

L'auteur désire exprimer sa reconnaissance à son directeur de mémoire, M. Gilles Côté, Ph.D., professeur agrégé, qui, par sa compréhension et sa compétence, a su guider ses pas dans l'accomplissement de cette étude; ainsi qu'à Mme Hélène Leblanc pour la contribution apportée lors de la phase d'expérimentation et de correction. Une pensée spéciale est aussi apportée à l'ensemble des responsables des différents cours aux adultes pour leur compréhension ainsi que leur disponibilité.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre premier: Contexte théorique	5
Description de la famille alcoolique	6
La personnalité des EADA	12
Formulation des hypothèses	27
Chapitre II: Méthode	29
Sujets	30
Instruments de mesure	32
Déroulement de l'expérience	36
Chapitre III: Résultats	39
Analyse des Données	40
Présentation des résultats	41
Chapitre IV: Discussion	54
Conclusion	61
Références	64
Appendices	70

Liste des tableaux

Tableau 1:	Comparaison des FDPA et des sujets du groupe contrôle aux échelles du MCMI ...	43
Tableau 2:	Comparaison des FDPA et des sujets du groupe de contrôle au regroupement des échelles du MCMI	45
Tableau 3:	Comparaison des FADPA et des sujets du groupe contrôle aux échelles du MCMI ...	46
Tableau 4:	Comparaison des FADPA et des sujets du groupe contrôle au regroupement des échelles du MCMI	48
Tableau 5:	Comparaison des FNADPA et des sujets du groupe contrôle aux échelles du MCMI ...	49
Tableau 6:	Comparaison des FNADPA et des sujets du groupe contrôle au regroupement des échelles du MCMI	50
Tableau 7:	Comparaison entre les FADPA et les FNADPA aux échelles du MCMI	51
Tableau 8:	Comparaison entre les FADPA et les FNADPA au regroupement des échelles du MCMI	53

Introduction

La situation des adultes issus d'un foyer alcoolique, communément appelés enfants adultes d'alcooliques (EADA), constitue un champ d'exploration relativement nouveau. En effet, nombre de cliniciens et de chercheurs se sont penchés depuis peu sur cette population. Plusieurs d'entre eux ont tenté de décrire les EADA et de dresser un profil de leur personnalité. Les résultats obtenus sont cependant très diversifiés; il règne une totale imprécision dans les méthodes utilisées ainsi que dans l'identification des populations observées. Donc, la littérature, qu'elle soit clinique ou scientifique, nécessite une remise en question.

Cette étude vise à faire la lumière sur les traits de personnalité des EADA. Pour ce faire, elle se présente en deux étapes soit, premièrement, vérifier l'existence de différences entre les fils adultes (qu'ils soient alcooliques ou non) de père alcoolique et les adultes issus de la population générale, deuxièmement, vérifier si les différences éventuelles se maintiennent lors de la comparaison entre les fils adultes alcooliques de père alcoolique et les fils adultes non alcooliques de père alcoolique dans le développement de leur personnalité.

Bien que la présente étude poursuive les mêmes objectifs que les études précédentes, c'est-à-dire explorer les traits de la personnalité des EADA, elle se démarque des autres recherches. En effet, elle est plus spécifique, car elle ne considère qu'une seule catégorie d'EADA, soit les fils adultes de père alcoolique. Ainsi, elle tente d'amener plus de précision et de validité à ses conclusions. Il est aussi intéressant de noter que cette recherche innove en considérant l'alcoolisme de certains sujets comme l'indice d'un développement plus problématique de la personnalité.

C'est donc la première fois que les EADA sont comparés non seulement à un groupe contrôle, mais aussi entre eux, en considérant un problème d'alcool comme élément différentiel permettant de distinguer divers traits de personnalité. Pour ce faire, la première partie de ce mémoire présentera le contexte théorique. Il y sera question des caractéristiques de la famille alcoolique. De plus, une recension des écrits y sera présentée; celle-ci portera, d'une part, sur les études cliniques ayant cherché à cerner les caractéristiques des EADA et, d'autre part, sur les études expérimentales abordant le même thème. Ce chapitre se terminera par la présentation des hypothèses de recherche.

Le second chapitre portera sur la méthodologie utilisée afin de vérifier les hypothèses précédemment énoncées. Pour sa part, le troisième chapitre présentera une analyse statistique des résultats. Ces derniers seront discutés à l'intérieur du quatrième et dernier chapitre.

Chapitre premier
Contexte théorique

Une multitude d'études ont été effectuées sur les origines et les effets de l'alcoolisme. Cependant, ce n'est que récemment que cliniciens et chercheurs se sont intéressés aux adultes issus d'un foyer alcoolique. Plusieurs auteurs situent le nombre d'enfants adultes d'alcoolique (EADA) entre 20 et 35 millions (Brown, 1988; Cermak, 1989; Marlin, 1988; Miller & Tuchfeld, 1986; Quick, 1990; Rosenberg, 1988; Seixas & Youcha, 1985; Stark, 1987). Toutefois, dans la majorité des cas, il est impossible d'obtenir l'origine de ces données ou, encore, la région à laquelle elles s'appliquent. Black (1991) affirme qu'une famille sur six, en Amérique du Nord, est affectée par l'alcoolisme. Cette dernière donnée, quoique plus précise quant à la localisation géographique, demeure incomplète en ce qui concerne l'origine des sujets étudiés. Une enquête, menée par Statistique Canada en mars 1989, portant sur l'alcool et les drogues, révèle que 8% des canadiens adultes auraient vécu des problèmes familiaux causés par l'alcool (Eliany, 1991), d'où l'intérêt de cette recherche.

Description de la famille alcoolique

Afin de mieux saisir ce que sont les EADA, il apparaît important de situer l'environnement dans lequel

ils ont grandi. Un consensus existe autour de la description de la famille alcoolique et, plus récemment, de l'alcoolisme parental. Cette littérature provient presque exclusivement des travaux de divers cliniciens. Pour sa part, la littérature scientifique ne semble pas remettre ces observations en question et y réfère lors d'études portant sur les EADA. Ce chapitre sera donc consacré à la description faite par les cliniciens de ce qu'est une famille alcoolique, aux répercussions de l'alcoolisme parental sur les rôles parentaux, ainsi que sur le développement des EADA.

Woititz (1991) affirme que les EADA grandissent dans des environnements assez semblables d'une famille à l'autre. De nombreuses observations cliniques ont en effet permis de décrire le système familial alcoolique. Les EADA grandissent dans des systèmes dysfonctionnels marqués par l'inconsistance affective, la confusion dans les rôles, les limites, les règles arbitraires, les conflits, les réflexions illogiques et, parfois, la violence ainsi que l'inceste. Leur vie familiale est donc décrite comme chaotique, imprévisible et déroutante. Il y règne une atmosphère de tension et d'angoisse, l'accent étant toujours porté sur l'alcoolique et ses besoins au détriment des enfants. (Black, 1991; 1990; Brown, 1992; 1988;

Deutsch, 1982; Gravitz & Bowden, 1985; Grisham & Estes, 1982; Marlin, 1988; Stark, 1987; Seixas & Youcha, 1985).

Il existe aussi à l'intérieur de ces familles une règle fondamentale qui consiste à protéger le secret familial: l'alcoolisme. Cette règle a pour but de préserver l'unité du système en maintenant une façade d'adéquacité et de normalité. Elle régit le comportement de chacun des membres de la famille, y compris ceux des enfants (Brown, 1992; Deutsch, 1982; Marlin, 1988; Quick, 1990; Rosenberg, 1988; Seixas & Youcha, 1985). Chez ces derniers, elle se traduit en trois sous-règles qui sont: ne parle pas, ne fais pas confiance et ne ressens pas (Black, 1990; 1991). Afin de répondre à ces règles, les EADA ont recours au déni (Ackerman, 1983; Black, 1990; Beauvais, 1989; Cermak, 1989; Deutsch, 1982; Marlin, 1988; Seixas, 1982; Seixas & Youcha, 1985; Stark, 1987). Ces règles sont probablement responsables du peu d'intérêt porté aux EADA pendant tant d'années puisqu'elles les rendaient invisibles du fait qu'en apparence, ce sont des enfants comme les autres (Ackerman, 1983; Black, 1991; Quick, 1990). Pourtant, la littérature démontre que la vie de ces enfants n'est pas sans problème.

L'alcoolisme parental a un effet direct sur le développement des enfants (Brown, 1992). À cause de leurs propres problèmes, les parents sont incapables de s'acquitter adéquatement de leurs rôles parentaux (Marlin, 1988). L'alcoolique, qui est généralement le père (Ackerman, 1983; Deutsch, 1982), souffre de sa dépendance excessive envers l'alcool. Il devient imprévisible, s'acquittant inégalement de ses obligations parentales. Woititz (1991) le décrit comme étant une personne immature, incapable d'exprimer ses émotions, possédant un faible niveau de tolérance aux frustrations et porté à adopter différentes attitudes grandioses. Il a une faible estime de soi; il est ambivalent face à l'autorité et perfectionniste. Celui-ci éprouve de la difficulté dans les relations interpersonnelles; il se sent seul et coupable. Toute son attention est portée sur son besoin de consommer; il a donc peu de temps à consacrer à sa famille et à ses enfants.

Pour sa part, le parent non alcoolique centre sa vie sur son conjoint alcoolique en tentant de lui venir en aide. Il se préoccupe de lui, en a pitié et le protège. Il tente de conserver le contrôle sur son environnement du mieux qu'il le peut. Sa vie est remplie de faux espoirs, de découragement, de déceptions, de confusion et de colère.

Il est anxieux, a peur, s'apitoie, se sent coupable et a des remords. Tout cela exige beaucoup d'énergie; ainsi, il lui en reste très peu à consacrer à ses enfants. Par ailleurs, il peut arriver que le parent non alcoolique entre en alliance avec les enfants.

Malgré cette complicité apparente, l'enfant demeure seul avec ses besoins et entre dans le cycle de la co-dépendance. Ainsi, ces enfants grandissent dans un environnement familial où, bien que présents physiquement, les parents sont absents. Par conséquent, les EADA grandissent en ne recevant pas l'attention, l'affection, l'amour et la compréhension dont ils ont besoin, ce qui a d'ailleurs été noté par certains cliniciens. Ils sont tiraillés dans les conflits familiaux, adoptent un rôle d'adulte prématurément et s'inquiètent de l'instabilité familiale (Carpentier, 1982; Marlin, 1988).

Pour s'en sortir, ils adoptent certains rôles, qui sont clairement décrits par Black (1991). En effet, certains développeront le rôle du responsable, d'autres celui du malléable, du conciliateur ou encore du rebelle. Ces rôles leur permettent de s'adapter aux conditions de vie à l'intérieur de leur famille. Malheureusement, ils

les suivent toute leur vie et influencent leur devenir d'adulte.

Il apparaît clairement que le développement de ces enfants est affecté sur le plan affectif, émotif et relationnel. Certains d'entre eux tentent d'y échapper en devenant eux-mêmes alcooliques. La littérature, pour la majeure partie d'ordre clinique, affirme que les fils de père alcoolique risquent davantage de développer une dépendance à l'alcool (de 50 à plus de 80%), comparativement aux enfants dont les parents ne sont pas alcooliques (Brown, 1988; Carpentier, 1982; Cermak, 1989; Deutsch, 1982; Knowles & Schroeder, 1990; Seixas, 1982; Seixas & Youcha, 1985; Stark, 1987). Il est à noter que, pour la plupart de ces statistiques, il est impossible de déterminer l'origine ainsi que les caractéristiques des EADA dont il est question. En effet, s'agit-il de filles ou de fils de mère alcoolique, de père alcoolique ou des deux? Nonobstant cette zone grise, force est de constater qu'une partie des EADA devient alcoolique et l'autre pas.

De plus, les EADA auraient davantage tendance à développer des problèmes émotionnels, sociaux, développementaux, physiques et comportementaux; ils peuvent développer d'autres types de dépendance ou, encore, marier

une personne dépendante (Ackerman, 1983; Carpentier, 1982; Deutsch, 1982; Stark, 1987; Quick, 1990). Ici encore, les mêmes questions s'appliquent. Étant donné que ces observations sont pour la plupart issues de travaux cliniques, la représentativité de la population observée demeure inconnue. Néanmoins, ces données démontrent qu'il existe des problèmes développementaux certains à l'intérieur de la population des EADA.

Les études d'ordre scientifique, rapportées par Deutsch (1982), tendent à démontrer que les fils d'alcoolique diffèrent aux plans biochimique, neurophysiologique, cognitif et comportemental des fils de parent non alcoolique. En considérant que les fils de père alcoolique sont différents des autres enfants, il est vraisemblable qu'une fois adultes, ces enfants ont développé des traits de personnalité qui leur soient propres. Ce questionnement explique l'intérêt porté à cette problématique.

La personnalité des EADA

Depuis quelques décennies, force est de constater l'engouement porté aux adultes issus d'un foyer alcoolique. Une littérature imposante existe maintenant sur cette nouvelle population. Cependant, la littérature traitant de

la personnalité des EADA est beaucoup plus restreinte. Elle se répartie en deux catégories, soit les écrits cliniques et les écrits expérimentaux. L'importance et l'apport de chacune de ces catégories d'écrits seront abordés dans les sections suivantes.

A. Les écrits cliniques

Les cliniciens furent les premiers à traiter des EADA comme population distincte et à reconnaître leur souffrance. Leurs observations sont à la base de nombreuses réflexions et recherches sur les enfants adultes d'alcooliques. Bien que la représentativité de leur échantillon soit discutable, le fait que ces écrits cliniques constituent la majeure partie de la littérature existante sur les EADA justifie qu'ils soient aussi abordés ici.

Les caractéristiques retenues par les cliniciens sont nombreuses et varient d'un auteur à l'autre. L'absence d'un consensus autour d'une description unique et précise commande un inventaire des principales caractéristiques observées par les cliniciens. Les caractéristiques les plus couramment mentionnées sont les suivantes: 1) les EADA ont de la difficulté avec les relations intimes (Black, 1991; Cermak, 1989; Deutsch, 1982; Seixas & Youcha, 1985;

Stark, 1987; Vannicelli, 1989; Vigeant, 1990; Woititz, 1991); 2) ils ont de la difficulté à faire confiance aux autres (Black, 1991; Rosenberg, 1988; Seixas & Youcha, 1985; Stark, 1987; Vannicelli, 1989; Vigeant, 1990); 3) ils ont peur de perdre le contrôle (Black, 1991; Cermak, 1989; Marlin, 1988; Seixas & Youcha, 1985; Vannicelli, 1989; Vigeant, 1990; Woititz, 1991); 4) ils vivent des conflits au niveau des responsabilités personnelles, ce qui s'observe à travers un comportement "super-responsable" ou "super-irresponsable", selon les termes des auteurs (Black, 1991; Marlin, 1988; Quick, 1990; Vannicelli, 1989; Vigeant, 1990; Woititz, 1991); 5) ils ont tendance à nier leurs sentiments ainsi que certains aspects de la réalité (Black, 1991; Deutsch, 1982; Marlin, 1988; Quick, 1990; Rosenberg, 1988; Seixas & Youcha, 1985; Vannicelli, 1989); 6) ils ont une propension à se critiquer de façon intransigeante (Black, 1991; Cermak, 1989; Deutsch, 1982; Marlin, 1988; Stark, 1987; Vannicelli, 1989; Woititz, 1991); 7) ils vivent des problèmes au niveau de leur estime de soi (Black, 1991; Cermak, 1989; Deutsch, 1982; Marlin, 1988; Miller & Tuchfeld, 1986; Rosenberg, 1988; Seixas & Youcha, 1985; Vannicelli, 1989; Vigeant, 1990; Woititz, 1991); 8) ils ont de la difficulté à définir ce qui est normal (Marlin, 1988; Miller & Tuchfeld, 1986; Stark, 1987; Vigeant, 1990; Woititz, 1991); 9) ils se sentent différents

des autres (Black, 1991; Cermak, 1989; Marlin, 1988; Stark, 1987; Vigeant, 1990; Woititz, 1991); 10) ils ont tendance à rechercher la perfection dans leur mode de fonctionnement (Cermak, 1989; Marlin, 1988; Quick, 1990; Vigeant, 1990); 11) ils se sentent continuellement "coupables" de ce qui arrive (Cermak, 1989; Deutsch, 1982; Marlin, 1988; Rosenberg, 1988; Seixas & Youcha, 1985; Stark, 1987; Vigeant, 1990); 12) extrémistes, ils ont une vision dichotomisée du monde qui les entoure (Cermak, 1989; Miller & Tuchfeld, 1986; Seixas & Youcha, 1985; Vigeant, 1990).

A première vue, ces caractéristiques semblent présenter une vision détaillée des problèmes personnels vécus par les EADA. Cependant, il est à se demander si ces observations rendent bien compte de la réalité. En effet, cette description demeure en définitive assez imprécise, permettant ainsi à plusieurs personnes de s'identifier comme EADA.

Le fait qu'il s'agisse, dans la majorité des cas, d'observations obtenues dans un cadre thérapeutique soulève un questionnement sur la généralisation qui peut être faite de ces données. En effet, ces résultats s'appliquent-ils aussi aux EADA qui ne reçoivent pas d'aide professionnelle? Est-ce que ces observations s'appliquent aux femmes, aux

hommes ou à l'ensemble des EADA? Le parent alcoolique des sujets observés était-il le père, la mère ou était-ce les deux parents? Est-ce que les sujets observés étaient aussi dépendants de l'alcool?

Chacune de ces interrogations donne lieu à des préoccupations qui justifient des observations mieux définies afin de fournir une vision de la situation qui soit plus juste et, ainsi, pallier à la généralisation actuelle, laquelle peut dresser une fausse image des EADA. C'est dans cette optique que certains chercheurs se sont intéressés à la personnalité de ces sujets.

B. Les écrits scientifiques

Contrairement à l'intérêt porté par les cliniciens à la description des EADA, celui des chercheurs a mis plus de temps à se développer. En effet, la majorité des recherches existantes traitent uniquement de la possibilité que l'alcoolisme soit héréditaire (Cloninger, Bohman & Sigvardsson, 1981; Pollock, Schneider, Gabrielli & Goodwin, 1987; Schuckit, 1985). Les recherches empiriques traitant de la personnalité des EADA sont, pour leur part, quasi inexistantes. De plus, il ne semble pas exister d'homogénéité dans les résultats de la recherche expérimentale; cette homogénéité n'existe pas non plus au

niveau des observations cliniques. Il est d'ailleurs impressionnant de constater la diversité des méthodes utilisées et des résultats obtenus par les chercheurs en ce domaine.

Certains d'entre eux se sont contentés de regrouper des sujets et d'en faire la description. C'est le cas d'une recherche menée par Black, Bucky & Wilder-Padilla (1986). Leur étude porte sur 588 sujets (409 EADA et 179 non-EADA); les auteurs comparent les EADA à un groupe contrôle formé d'adultes n'ayant pas vécu dans un foyer alcoolique. Les résultats obtenus aux diverses analyses statistiques viennent appuyer, en partie, les écrits cliniques. En effet, ils indiquent que les pères sont plus fréquemment alcooliques que les mères (85%) et confirment que les fils EADA sont plus à risque de devenir alcooliques (37%). Les EADA sont aussi plus à risque de marier un alcoolique (20,7%). De plus, il semble que l'alcoolisme s'observe d'une génération à l'autre (26,4%) et que les sujets victimes d'abus sexuel y soient plus nombreux (18,5%). L'étude tente aussi de valider certaines caractéristiques attribuées aux EADA par les cliniciens. Cependant, il apparaît clairement qu'une majorité des 13 caractéristiques observées étaient aussi présentes chez les

sujets du groupe contrôle. Toutefois, les EADA semblent se différencier des autres adultes dans leur difficulté à s'identifier, à résoudre des problèmes et à prendre des responsabilités. Ils semblent aussi expérimenter plus de problèmes au travail et, enfin, ils se sentent plus confus et dépressifs.

Bien qu'elle appuie la littérature clinique, cette étude possède certaines lacunes importantes. Les instruments utilisés ne sont pas décrits et le niveau de validité n'est nulle part explicité. De plus, il est impossible de savoir sur quelle base les sujets ont été considérés comme étant EADA. Cela contribue à l'imprécision qui règne autour de la définition des EADA utilisée pour l'étude. La variable sexe n'est pas répartie dans les sous-groupes selon la fréquence de la population générale (les hommes ne représentant que le tiers de l'échantillon). Par ailleurs, l'influence que peut avoir le sexe du parent alcoolique n'a pas été prise en considération à l'intérieur de cette étude, bien que cette variable soit considérée par certains cliniciens (Beletsis & Brown, 1981; Daley, 1988; Seixas, 1982) comme un élément pouvant influencer le développement des EADA. Ces observations font donc que ces résultats doivent être accueillis avec une certaine réserve.

Dans la même ligne de pensée, d'autres chercheurs ont tenté de pallier aux lacunes de la précédente étude en tâchant de valider certaines des caractéristiques cliniques des EADA. Seefeldt et Lyon (1992) ont basé leur recherche sur 12 des 13 caractéristiques identifiées par Woititz (1991). Ils n'ont cependant trouvé aucune différence significative entre les EADA et les sujets du groupe contrôle. Cette recherche relance donc le débat autour de l'existence de traits particuliers chez les EADA. Elle semble infirmer cette hypothèse. Il importe de souligner qu'elle fait preuve de plus de rigueur scientifique que celle de Black et al. (1986). En effet, l'utilisation de questionnaires reconnus (le Personality Research Form, le Jackson Personality Inventory et l'Imposter Phenomenon Scale) et l'utilisation d'analyses statistiques plus complexes (test-t, anova, analyses discriminantes) la rend plus crédible. Cependant, l'expérimentation implique un échantillon très petit et ne comporte pas une répartition équitable des sujets selon le sexe (les hommes représentent seulement 35% de l'échantillon). De plus, il demeure impossible de connaître la méthode d'identification utilisée pour définir les EADA. Ces dernières observations font apparaître comme discutables les résultats de cette recherche. En effet, il semble difficile d'accepter ces résultats comme étant applicables à l'ensemble des EADA.

D'autres auteurs, tels Fisher, Jenkins, Harrison et Jesch (1992) ont découvert que les EADA étaient significativement différents des autres adultes pour quatre des 20 caractéristiques cliniques mises à l'épreuve. Selon eux, les EADA ont de la difficulté à définir ce qui est normal, mentent alors qu'il serait tout aussi simple de dire la vérité, ont de la difficulté à avoir du plaisir et éprouvent des difficultés avec les relations intimes. Parallèlement, ces auteurs ont observé que les EADA diffèrent des adultes n'ayant pas vécu dans un foyer alcoolique sur 9 des 28 échelles du California Psychological Inventory (CPI) (Fisher, Jenkins, Harrison & Jesch, 1993). Selon les résultats obtenus, les EADA, comparativement aux autres adultes, sont plus rebelles, incertains d'eux-mêmes, manquent plus de contrôle sur leurs émotions, sont non conformistes, s'inquiètent de l'avenir, sont immatures, mais ils sont également plus créatifs. L'ensemble de ces observations suggère que les caractéristiques cliniques attribuées aux EADA possèdent une certaine validité, notamment que ces sujets font difficilement confiance aux autres et qu'ils vivent des problèmes au niveau de leur estime de soi. De plus, les résultats semblent indiquer une absence de différence entre les EADA et les adultes provenant d'autres systèmes dysfonctionnels. Cette dernière affirmation est cependant

discutable considérant la sous-représentation des adultes issus d'autres foyers dysfonctionnels à l'intérieur de leur échantillon.

Comparée à la recherche de Black et al (1986), cette étude offre une amélioration notable au niveau de la méthodologie. Bien que les sujets masculins soient sous représentés dans les échantillons, Fisher et al. (1992; 1993) ont tenu compte de la possibilité d'une influence quant au sexe des sujets et à celui du parent alcoolique. Ils concluent que les résultats ne démontrent aucune différence significative pour chacune de ces deux variables. Néanmoins, l'existence de différences importantes au niveau du nombre de sujets à l'intérieur de chacun des groupes (EADA 56%, adultes de famille dysfonctionnelle 21% et groupe contrôle 23%) suscite certaines interrogations quant aux résultats obtenus. En effet, le fait que le nombre d'EADA soit relativement plus élevé que celui des autres groupes vient atténuer la validité des comparaisons. De plus, il est vraisemblable que les deux autres groupes ne soient pas représentatifs de la population qu'ils veulent représenter. L'utilisation d'une seule question pour déterminer si le sujet est ou n'est pas un EADA alimente aussi un doute sérieux quant à la possibilité de généraliser ces résultats.

Une autre étude, menée par Knowles et Schroeder (1990), portant sur les caractéristiques des EADA (199 hommes provenant d'un foyer alcoolique et 601 hommes issus de familles non alcooliques), démontre que les EADA diffèrent des adultes n'ayant pas vécu dans une famille alcoolique sur l'ensemble des échelles du MMPI et sur 6 des 13 échelles du Wiggins Content Scales. Les différences observées se situent dans le champ des plaintes d'ordre sensoriel, moteur et somatique, ainsi qu'au niveau de difficultés dans les relations interpersonnelles, principalement familiales.

La particularité de cette étude est de ne porter que sur les fils de parents alcooliques. Les auteurs n'ont décelé aucune différence en ce qui a trait au sexe du parent alcoolique. De plus, la classification des sujets selon qu'ils soient ou ne soient pas fils d'un alcoolique s'est faite en s'appuyant sur les critères diagnostiques du DSM-III, ce qui améliore la précision de l'étude. Les résultats obtenus viennent donc appuyer la thèse voulant qu'il existe des différences entre les EADA et les adultes qui ne sont pas issus d'un foyer alcoolique; la démonstration est plus rigoureuse qu'il en est le cas dans les recherches précédentes. De plus, le fait qu'elle cible une population précise la rend plus valide.

D'autres études sont venues, par leur rigueur méthodologique, préciser les connaissances portant sur les EADA. En effet, Hibbard (1989) observe que les hommes EADA, comparativement aux femmes EADA, ainsi qu'aux adultes issus de la population générale, présentent des traits histrioniques et hypomaniaques. De plus, il constate, sans toutefois considérer spécifiquement le sexe des sujets, que les EADA ont des traits narcissiques et cycloïdes, qu'ils sont moins portés à être compulsifs en comparaison des adultes n'ayant pas vécu dans une famille alcoolique; toutefois, ils sont plus négatifs.

Bien que cette étude regroupe des sujets des deux sexes, elle a l'avantage de compter deux groupes ayant un nombre égal de sujets, à l'intérieur desquels les sexes sont également représentés. De plus, elle utilise le Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI), lequel instrument cerne les troubles de la personnalité selon les critères diagnostiques de l'axe II du DSM-III. L'identification des EADA est aussi appuyée sur un instrument; cependant, aucune spécification quant à la validité de ce dernier n'est mentionnée. Une autre lacune de cette recherche réside dans le nombre réduit de sujets. Pour ces deux raisons, sa représentativité peut être remise en cause.

Pour leur part, Weatherford et Kaufman (1991) ont exploré les troubles de l'axe II chez les EADA. Les conclusions de leur étude démontrent que 65% des EADA possèdent au moins un trouble de la personnalité. En effet, ils semblent être plus susceptibles de devenir borderline, de se déprécier et d'être impulsifs et ce, indifféremment de leur sexe. De plus, les hommes EADA, bien que sous-représentés à l'intérieur de l'échantillon, sont plus enclins à être antisociaux et passif-agressifs que les femmes EADA. Cette étude, en plus d'appuyer la thèse voulant qu'il existe une différence au niveau de la personnalité des EADA, vient confirmer la tendance qu'ils ont à devenir eux-mêmes alcooliques (64% de l'échantillon).

Cette dernière étude s'appuie sur un ensemble d'instruments; elle a la particularité de se baser sur un questionnaire afin de dépister les EADA, soit le Children of Alcoholics Screening Test (CAST). Elle est aussi la première étude à observer que les EADA ont tendance à développer une dépendance à l'alcool, observation faite à l'aide d'une méthode empirique et d'un instrument diagnostique reconnu, soit le Michigan Alcoholic Screening Test. De plus, la personnalité des EADA est étudiée en regard des critères diagnostiques du DSM-III-R par l'entremise du Structured Clinical Interview for DSM-III-R

(SCID). Néanmoins, une des lacunes de cette étude est de ne rapporter que des pourcentages pour l'ensemble des variables considérées. L'absence de comparaison avec une population générale affaiblit les résultats obtenus.

Bien que la majorité des études précédemment mentionnées soutiennent que les EADA sont différents des autres adultes au niveau de leur personnalité, deux autres études démontrent que ces différences n'existent pas. Une étude, portant sur 195 hommes et femmes recevant des traitements pour dépendance à des produits chimiques, menée par Cartwright, McKay et Stader (1991) démontre que, même si les EADA deviennent souvent alcooliques, ils possèdent un profil de personnalité ne présentant pas de pathologie sévère. Néanmoins, cela n'indique pas l'inexistence de différences en ce qui a trait aux troubles de l'axe II. Fait nouveau, l'échantillon est majoritairement constitué d'hommes. Toutefois, les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population des EADA. En effet, les sujets étudiés effectuent une démarche thérapeutique, ce qui peut influencer les résultats obtenus. De ce fait, le traitement peut avoir modifié certains traits de leur personnalité.

Pour leur part, Andrea, Fisher et Harrison (1994) obtiennent sensiblement les mêmes résultats auprès d'un échantillon formé de 97 EADA; les hommes représentent 41% de l'échantillon. Selon ces auteurs, il serait dangereux de considérer que le développement d'un enfant à l'intérieur d'une famille alcoolique conduit inévitablement au développement d'une personnalité pathologique. Néanmoins, la validité de ces résultats est questionnable, du fait qu'une seule question est utilisée pour déterminer si le sujet est un EADA et qu'il n'y a aucune indication concernant le sexe du parent alcoolique. Bien que présentant certaines lacunes, cette dernière recherche a le crédit de mettre en garde contre une généralisation trop facile des caractéristiques attribuées aux EADA, en soulignant la diversité de ceux-ci.

L'ensemble des recherches considérées ne poursuivent qu'un seul but, déterminer l'existence de traits de la personnalité propres aux EADA. Malgré la diversité des résultats, la majorité d'entre elles indiquent qu'il existe bel et bien des différences. Toutefois, un certain nombre de questions demeurent en raison des limites méthodologiques soulignées.

La présente recherche tiendra compte des différentes lacunes constatées dans les diverses recherches et s'inspirera de leurs forces. Ainsi, afin de mieux délimiter les sujets d'étude, elle ne portera que sur les fils adultes de père alcoolique. Cette mesure permettra d'éviter l'influence possible du sexe du sujet, de même que celui du parent alcoolique.

Formulation des hypothèses

Le premier chapitre a abordé l'importance de l'environnement familial sur le développement de la personnalité des EADA et l'état actuel des observations et des recherches sur la question. Compte tenu de l'imprécision qui règne dans la littérature scientifique traitant de la personnalité des EADA, il serait intéressant de vérifier si ces sujets développent effectivement des traits de personnalité qui leur sont propres. De plus, il est important de vérifier si le développement d'une dépendance à l'alcool est l'indice du développement d'une personnalité plus problématique chez un sous-groupe d'EADA.

Cette recherche retient donc deux hypothèses de travail:

1) La personnalité des fils de père alcoolique diffère de celle des fils de père non alcoolique.

2) La personnalité des fils alcooliques de père alcoolique diffère de celle des fils non alcooliques de père alcoolique.

La particularité de cette recherche est de porter principalement et uniquement sur les fils de père alcoolique et de différencier les fils alcooliques de ceux qui ne le sont pas.

Chapitre II

Méthode

Le second chapitre est consacré à la présentation des sujets, à la description des instruments de mesure et au déroulement de l'expérimentation.

Sujets

L'échantillon est composé de 48 hommes âgés entre 17 et 54 ans ($M = 29.04$; $E.T. = 8.81$). Ils sont répartis également en trois groupes. Le premier regroupe les fils alcooliques de père alcoolique (FADPA). Le second est composé des fils non alcooliques de père alcoolique (FNADPA) et le troisième constitue le groupe contrôle, c'est-à-dire les hommes n'ayant jamais vécu auprès d'un parent alcoolique. Les trois groupes ne se distinguent pas au plan de l'âge ($F(2, 48) = 1.24$, $p = N.S.$). En ce qui a trait à la scolarité et au type d'emploi, il est impossible de calculer un test de signification, étant donné qu'ils se retrouvent en très grande majorité au niveau des études secondaires et dans des emplois de journalier, non professionnels. À ce chapitre, les groupes sont donc considérés comme équivalents.

Les sujets ont été recrutés auprès de groupes d'étudiants inscrits à des cours de formation aux adultes

de niveau secondaire ($n=16$), au programme dit "professionnel long" ($n=17$) de même qu'à l'école de boucherie-charcuterie ($n=2$). L'un d'eux a été recruté lors d'une fin de semaine intensive organisée par le service d'aide aux employés de la Consolidated-Bathurst de Grand-Mère. Les autres sujets proviennent de la formation d'un échantillon boule-de-neige ($n=12$).

Plusieurs sujets furent rejetés de l'échantillon. Certains avaient été victimes d'abus sexuel ($n=3$); pour d'autres, ce fut la présence d'un problème lié à la consommation d'alcool des deux parents ($n=7$) ou de la mère seule ($n=3$). Le fait que le père ne soit pas alcoolique mais que le fils ait un problème de consommation d'alcool ($n=20$) a aussi été un critère d'exclusion. N'ont pas été retenus les sujets n'ayant pas vécu au moins 5 ans auprès de leur père avant d'avoir atteint l'âge de 12 ans ($n=2$). Le père alcoolique se devant d'être le parent biologique du sujet, des participants n'ont pu être retenus ($n=3$). De plus, quelques questionnaires de dépistage étaient invalides ($n=2$) ou encore inutilisables ($n=16$). Plusieurs sujets se sont aussi désistés de l'entrevue ($n=52$).

Plus de la moitié des sujets ont complété leur étude secondaire (66,7%), près du tiers n'ont pas atteint ou

complété le secondaire et très peu ont atteint les études supérieures (6,3%). La majorité de ces hommes occupent un métier non spécialisé (62,5%). Le niveau socio-économique des familles est plutôt diversifié. Ainsi, 16,6% des pères exercent un métier professionnel ou semi-professionnel, 29,2% sont propriétaires d'entreprise ou occupent un poste bureaucratique, 31,3% sont ouvriers et 22,9% exercent un métier non-spécialisé. La majorité des mères sont à la maison (77,1%).

La violence familiale, exercée physiquement par le père, est vécue par près du tiers des sujets: violence envers les objets (31,3%), violence envers le sujet (31,3%), violence envers la conjointe (31,3%) et violence envers la fratrie (29,2%). En dehors de leur père et mère, la moitié des sujets côtoient dans leur famille des gens présentant une dépendance envers l'alcool (47,9%). La présence de troubles mentaux graves dans la famille est plutôt rare (18,8%); ceux-ci se retrouvent principalement chez les fils de père alcoolique.

Instruments de mesure

Trois instruments de mesure sont utilisés. Le CAST sert au dépistage des sujets issus d'un milieu familial alcoolique. Le MCMI permet de mesurer les différents

traits de personnalité ainsi que les troubles de personnalité des sujets. Une entrevue structurée est effectuée à l'aide SCID afin d'établir si le sujet est alcoolique. Enfin, un questionnaire portant sur des informations socio-démographiques sert à l'évaluation des sujets.

A. Le critère d'Enfant adulte d'alcoolique (EADA)

Afin d'identifier adéquatement les sujets ayant vécu dans une famille alcoolique, l'instrument privilégié est le Children of Alcoholic Screening Test (CAST). Il est composé de 30 items, traitant de la perception et de l'expérience du sujet face à la consommation d'alcool de ses parents, items auxquels il répond par l'affirmative ou la négative. L'échelle du CAST varie de 0 à 30. Cette étude utilise la version française du CAST validée par Charland (1994). Un coefficient alpha de Cronbach de ,95 et un coefficient de fidélité de cohérence interne de Spearman-Brown de ,96 démontrent l'homogénéité de l'échelle. L'instrument possède une bonne stabilité dans le temps (kappa simple de ,83). Un point de coupure à 6, établi par Jones (1991), est utilisé afin d'identifier les sujets ayant grandi auprès d'un parent alcoolique. Ce point de coupure assure à l'instrument une spécificité à 98% et un bon taux d'accord à ,78 entre les résultats du

CAST et les critères de dépendance à l'alcool du DSM-III-R et ce, auprès d'un échantillon québécois francophone.

B. Les traits de personnalité

Au niveau des variables dépendantes, il est important de cerner certains traits et troubles de la personnalité. Pour ce faire, la version française du Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) (Millon, 1983) est utilisée, version présentée par D'Elia (1988). La validation de cette dernière est basée sur une comparaison des versions anglaise et française. D'Elia (1988) n'observe aucune différence statistiquement significative entre ces deux versions (pp. 222-223). Le MCMI comporte 20 échelles basées sur les critères diagnostiques du DSM-III (Axe II). Ce test est composé de 175 items auxquels le sujet répond par vrai ou faux. Millon (1983) obtient, pour la version anglaise, une consistance interne de .88 (Kuder Richardson) pour l'ensemble des échelles ce qui, selon Skre, Onstad, Torgersen & Kringlen (1991), est excellent. Il importe de préciser que les échelles portant sur l'abus d'alcool et de drogue ne pourraient être considérées dans les analyses compte tenu du schème de recherche et du rapport qui existe entre les problématiques d'alcool et de drogue.

C. L'abus ou la dépendance à l'alcool

L'alcoolisme est un facteur déterminant pour la constitution des groupes de cette étude. Cette variable est mesurée à l'aide de la version française du Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) (Spitzer, Williams et Gibbon, 1989). Le SCID est utilisé pour identifier la présence de troubles mentaux selon les critères du DSM-III-R. Nous avons utilisé la section portant sur l'alcool. Il s'agit d'une entrevue semi-structurée d'une durée de 20 minutes permettant de diagnostiquer l'abus et la dépendance à l'alcool, ainsi que la sévérité du trouble. Deux études ont démontré la fidélité du SCID (Skre et al., 1991; Williams et al., 1992). Les taux d'accord obtenus confirment le niveau élevé de fidélité pour la section "alcool". Les coefficients kappa sont respectivement de ,96 et ,75. Pour sa part, une étude utilisant la version française du SCID obtient un coefficient kappa de ,90 démontrant la fidélité de cette traduction (Côté et Lesage, 1995). Dans la présente étude, le contenu de chacune des entrevues a été transcrit in extenso afin de permettre l'accord inter-juges et, ainsi, pallier à la subjectivité de l'évaluation (Skre et al., 1991). Aucun désaccord n'a été observé entre les deux évaluateurs, ce qui donne un coefficient d'accord inter-observateurs de 1,00.

D. Les données socio-démographiques

Afin de cerner l'environnement dans lequel évoluent les sujets, un questionnaire a été développé. Il regroupe 27 questions permettant une meilleure connaissance du sujet et de son histoire familiale (Appendice A). Il contient des renseignements sur l'état civil du sujet, le niveau de scolarité qu'il a atteint, l'emploi qu'il occupe de même que celui de ses parents. La présence de l'alcoolisme et de la violence physique à la maison est aussi abordée. Il traite également de la présence de personnes atteintes d'un trouble mental au sein de la famille.

Déroulement de l'expérience

En raison de la difficulté d'obtenir la collaboration des sujets, l'expérimentation s'est déroulée en plusieurs étapes. Un premier contact fut établi auprès du responsable du service d'aide aux employés de la Consolidated-Bathurst de Grand-Mère. Le projet de recherche lui ayant été présenté, le responsable a pris l'initiative de placer une annonce à l'intérieur de l'usine afin de recruter des gens. Le responsable s'engagea aussi à présenter le projet aux employés qu'il rencontrait; il offrit également la possibilité de venir présenter le projet lors d'une fin de semaine intensive qu'il organisait. Ces démarches se sont avérées infructueuses.

Dans un deuxième temps, des démarches furent entreprises auprès du Directeur du Carrefour Formation Mauricie; l'activité première de cet organisme est d'offrir des cours aux adultes. Le projet fut présenté dans les classes de niveau secondaire, de même qu'à celles du programme dit "professionnel long". L'école de boucherie-charcuterie fut aussi approchée. Durant quatre jours, le projet a été présenté dans les classes. Lors de chacune des rencontres, l'expérimentatrice indiqua le motif pour lequel elle demandait la participation de chacun pour une période d'environ 10 minutes (Appendice B). Par la suite, les étudiants remplirent le CAST.

Quelques jours plus tard, la totalité des participants étaient contactées afin de prendre rendez-vous pour terminer l'expérimentation. Certains des sujets furent rencontrés à leur domicile. Cependant, devant les difficultés que cela occasionnait parfois, certains des questionnaires furent administrés au téléphone. La durée moyenne des rencontres était d'une heure. Cette démarche fut des plus concluante, sans toutefois fournir un nombre suffisant de sujet.

Afin de pallier à la difficulté du recrutement, un échantillonnage de type boule de neige, tel que défini par

Mayer et Ouellet (1991), fut tenté. Les sujets rencontrés lors de l'expérimentation étaient invités à parler de la recherche aux gens de leur entourage afin de les inciter à participer. Cette démarche fut également concluante. Pour chacune des personnes recrutées de cette façon, la passation des trois questionnaires et de l'entrevue fut administrée par téléphone.

Une démarche fut aussi tentée auprès de deux groupes d'étudiants au certificat de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette dernière démarche fut infructueuse.

Chapitre III

Résultats

Ce chapitre a pour objectif de présenter le traitement des données ainsi que les résultats des analyses permettant de vérifier les hypothèses de recherche.

Analyse des données

Rappelons que, en premier lieu, trois groupes de sujets sont formés à l'aide, d'une part, du score obtenu par chacun des sujets au CAST et, d'autre part, des indices recueillis à la section alcool du SCID. Il s'agit du groupe des FADPA, de celui des FNADPA et du groupe contrôle; ce dernier est composé d'adultes n'ayant pas vécu au sein d'une famille alcoolique. Dans un deuxième temps, les résultats obtenus au MCMI, pour chacune des échelles, sont convertis selon qu'ils sont présents ou non à l'intérieur du profil de chacun des sujets. Pour les fins de l'analyse, ces résultats ont été regroupés afin de former trois nouvelles variables: le Type1, le Type2 et le Type3. Le Type1 regroupe les échelles schizoïde, paranoïde et schizotypique. Le Type2 regroupe les échelles histrionique, narcissique, antisocial et limite. Le Type3 regroupe les échelles évitant, dépendant, compulsif et passif-agressif. Il s'agit des regroupements présentés dans le manuel du DSM-III-R.

Des tests d'hypothèses χ^2 sont utilisés afin de répondre aux questions suscitées par les hypothèses de recherche déjà mentionnées. Il s'agit de comparer s'il existe un écart substantiel entre la fréquence théorique et la fréquence observée à l'intérieur des différentes cellules du tableau croisé. Quatre comparaisons sont effectuées soit, premièrement, entre les fils d'alcoolique (FADPA et FNADPA) et le groupe contrôle, deuxièmement, entre les FADPA et le groupe contrôle, troisièmement, entre les FNADPA et le groupe contrôle, ainsi que, quatrièmement, entre les FADPA et les FNADPA. Elles portent sur chacun des 20 traits et troubles de la personnalité retrouvées dans le MCMI, ainsi que sur les trois regroupements effectués parallèlement aux critères du DSM-III-R.

Présentation des résultats

La première hypothèse a été mise à l'épreuve par l'entremise de trois comparaisons (χ^2). La première comparaison porte sur les fils de père alcoolique (FADPA et FNADPA) et le groupe contrôle. Le Tableau 1 présente les résultats obtenus pour l'ensemble des 18 échelles retenues au MCMI. Une seule différence s'avère statistiquement significative; celle-ci concerne le sous-type trouble anxieux ($\chi^2(1, N = 32) = 16.74; p < 0.001$), ce diagnostic

étant observé chez 50% des FDPA comparativement à 0% chez les sujets du groupe contrôle.

Une polarisation apparaît à l'échelle hallucination psychotique chez 31,3% des sujets du groupe contrôle comparativement à 9,4% chez les FDPA. Cette polarisation va à l'encontre de la première hypothèse. Cependant, nous observons un certain nombre d'échelles nettement polarisées, chez les sujets FDPA. Il s'agit des échelles schizoïde (25%), évitant (37,5%), passif-agressif (37,5%) et dysthymique (34,4%). Malgré le fait que le calcul des χ^2 ne puisse être effectué, étant donné le nombre réduit de sujets dans certaines cellules, ces observations demeurent importantes. La majeure partie des observations recueillies à l'aide de cette première comparaison tend à appuyer la première hypothèse.

Tableau 1
 Comparaison des FDPA et des sujets du groupe contrôle
 aux échelles du MCMI

Variables	Groupes		χ^2
	FDPA	Contrôle	
	N = 32 (%)	N = 16 (%)	
Schizoïde	25,0	0,0	-
Évitant	37,5	0,0	-
Dépendant	56,3	37,5	1,51
Histrionique	28,1	18,8	0,52
Narcissique	43,8	68,8	2,72
Antisocial	34,4	31,3	0,05
Compulsif	3,1	0,0	0,82
Passif-agressif	37,5	6,3	-
Schizotypique	0,0	0,0	-
Limite	6,3	0,0	1,67
Paranoïde	31,3	43,8	0,72
Trouble anxieux	50,0	0,0	16,74***
Trouble somatoforme	18,8	6,3	1,51
Trouble hypomaniaque	21,9	6,3	2,15
Trouble dysthymique	34,4	6,3	-
Pensée psychotique	0,0	0,0	-

Tableau 1 (suite)

Comparaison des FDPA et des sujets du groupe contrôle
aux échelles du MCMI

Dépression psychotique	6,3	0,0	1,67
Hallucination psychotique	9,4	31,3	-

Note. *** $p < 0.001$

- Fréquence théorique insuffisante

Pour sa part, la comparaison entre les FDPA et le groupe contrôle, au niveau des trois regroupements effectués à partir des divers échelles du MCMI, ne démontre aucune différence statistiquement significative (Tableau 2).

Tableau 2

Comparaison des FDPA et des sujets du groupe contrôle
au regroupement des échelles du MCMI

Variables	Groupes		χ^2
	FDPA N = 32 (%)	Contrôle N = 16 (%)	
Type1	46,9	43,8	0,04
Type2	65,8	81,3	1,32
Type3	68,8	43,8	2,76

La seconde comparaison porte sur les FADPA et le groupe contrôle. Deux différences s'avèrent statistiquement significatives; celles-ci concernent, d'une part, l'échelle passif-agressif ($\chi^2(1, N = 32) = 10.34; p < 0.001$), ce diagnostic étant observé chez 56,3% des FADPA comparativement à 6,3% des sujets du groupe contrôle et, d'autre part, l'échelle trouble anxieux ($\chi^2(1, N = 32) = 18.58; p < 0.001$), ce diagnostic étant observé chez 62,5%

des FADPA comparativement à 0% chez les sujets du groupe contrôle. Le Tableau 3 présente les résultats.

Tableau 3
Comparaison des FADPA et des sujets du groupe contrôle
aux échelles du MCMI

Variables	Groupes		χ^2
	FADPA N = 16 (%)	Contrôle N = 16 (%)	
Schizoïde	18,8	0,0	4,47
Évitant	43,8	0,0	11,69
Dépendant	68,8	37,5	3,19
Histrionique	37,5	18,8	1,41
Narcissique	50,0	68,8	1,17
Antisocial	31,3	31,3	0,00
Compulsif	0,0	0,0	-
Passif-agressif	56,3	6,3	10,34**
Schizothypique	0,0	0,0	-
Limite	6,3	0,0	1,42
Paranoïde	25,0	43,8	1,26
Trouble anxieux	62,5	0,0	18,58***

Tableau 3 (suite)

Comparaison des FADPA et des sujets du groupe contrôle
aux échelles du MCMI

Trouble somatoforme	18,8	6,3	1,19
Trouble hypomaniaque	37,5	6,3	4,97
Troubles dysthymique	43,8	6,3	6,58
Pensée psychotique	0,0	0,0	-
Dépression psychotique	6,3	0,0	1,42
Hallucination psychotique	0,0	31,3	7,86

Note. ** p < 0.01 *** p < 0.001

Pour sa part, le tableau 4 présente les résultats obtenus en comparant les mêmes groupes aux trois types définis par le regroupement des échelles du MCMI. Une différence s'avère statistiquement significative; celle-ci concerne le Type3 ($\chi^2(1, N = 32) = 7.2; p < 0.01$), ce diagnostic étant observé chez 87,5% des FADPA comparativement à 43,8% chez les sujets du groupe contrôle. Les résultats obtenus lors de cette seconde comparaison viennent à nouveau corroborer la première hypothèse.

Tableau 4

Comparaison des FADPA et des sujets du groupe contrôle
au regroupement des échelles du MCMII

Variables	Groupes		χ^2
	FADPA	Contrôle	
	N = 16 (%)	N = 16 (%)	
Type1	37,5	43,8	0,13
Type2	68,8	81,3	0,67
Type3	87,5	43,8	7,20**

Note. ** $p < 0.01$

Dans un troisième temps, la première hypothèse est mise à l'épreuve en comparant les FNADPA et le groupe contrôle. Cette dernière comparaison infirme l'hypothèse. En effet, aucune différence significative n'est apparue pour l'ensemble des 21 variables observées. Les Tableaux 5 et 6 présentent les résultats obtenus.

Tableau 5
 Comparaison des FNADPA et des sujets du groupe contrôle
 aux échelles du MCMI

Variables	Groupes		χ^2
	FNADPA	Contrôle	
	N = 16 (%)	N = 16 (%)	
Schizoïde	31,3	0,0	7,86
Évitant	31,3	0,0	7,86
Dépendant	43,8	37,5	0,13
Histrionique	18,8	18,8	0,00
Narcissique	37,5	68,8	3,19
Antisocial	37,5	31,3	0,14
Compulsif	6,3	0,0	1,42
Passif-agressif	18,8	6,3	1,19
Schizotypique	0,0	0,0	-
Limite	6,3	0,0	1,42
Paranoïde	37,5	43,8	0,13
Trouble anxieux	37,5	0,0	9,71
Trouble somatoforme	18,8	6,3	1,19
Trouble hypomaniaque	6,3	6,3	0,00
Trouble dysthymique	25,0	6,3	2,26
Pensée psychotique	0,0	0,0	-

Tableau 5 (suite)

Comparaison des FNADPA et des sujets du groupe contrôle
aux échelles du MCMI

Dépression psychotique	6,3	0,0	1,42
Hallucination psychotique	18,8	31,3	0,67

Tableau 6

Comparaison des FNADPA et des sujets du groupe contrôle
au regroupement des échelles du MCMI

Variables	Groupes		χ^2
	FNADPA	Contrôle	
	N = 16	N = 16	
	(%)	(%)	
Type1	56,3	43,8	0,50
Type2	62,5	81,3	1,41
Type3	50,0	43,8	0,13

La seconde hypothèse repose sur la comparaison des FADPA et des FNADPA. Le Tableau 7 présente les résultats obtenus pour les 18 échelles retenues au MCMI. Une seule

différence s'avère statistiquement significative; celle-ci concerne l'échelle passif-agressif ($\chi^2(1, N = 32) = 4.97$; $p < 0.05$), ce diagnostic étant observé chez 56,3% des FADPA comparativement à 18,8% chez les FNADPA.

Tableau 7
Comparaison entre les FADPA et les FNADPA
aux échelles du MCMI

Variables	Groupes		χ^2
	FADPA N = 16 (%)	FNADPA N = 16 (%)	
Schizoïde	18,8	31,3	0,67
Évitant	43,8	31,3	0,54
Dépendant	68,8	43,8	2,06
Narcissique	50,0	37,5	0,51
Antisocial	31,3	37,5	0,14
Compulsif	0,0	6,3	1,42
Histrionique	37,5	18,8	1,41
Passif-agressif	56,3	18,8	4,97*
Schizothypique	0,0	0,0	-
Limite	6,3	6,3	0,00

Tableau 7 (suite)
 Comparaison entre les FADPA et les FNADPA
 aux échelles du MCMI

Paranoïde	25,0	37,5	0,58
Trouble anxieux	62,5	37,5	2,02
Trouble somatoforme	18,8	18,8	0,00
Trouble hypomaniaque	37,5	6,3	4,97
Trouble dysthymique	43,8	25,0	1,26
Pensée psychotique	0,0	0,0	-
Dépression psychotique	6,3	6,3	0,00
Hallucination psychotique	0,0	18,8	4,47

Note. * $p < 0.05$

Dans un deuxième temps, cette comparaison est effectuée pour les trois regroupements formés à partir des échelles du MCMI (Tableau 8). Une différence s'avère statistiquement significative; celle-ci concerne le Type3 ($\chi^2(1, N = 32) = 5.51; p < 0.05$), ce diagnostic étant observé chez 87,5% des FADPA comparativement à 50% chez les FNADPA. Chacun de ces résultats vient appuyer la seconde hypothèse.

Tableau 8
 Comparaison entre les FADPA et les FNADPA
 au regroupement des échelles du MCMI

Variables	Groupes		χ^2
	FADPA	FNADPA	
	N = 16	N = 16	
	(%)	(%)	
Type1	37,5	56,3	1,14
Type2	68,8	62,5	0,14
Type3	87,5	50,0	5,51*

Note. * $p < 0.05$

Chapitre IV

Discussion

La présente étude vise à faire la lumière sur l'existence de certains traits de personnalité propres aux fils adultes de père alcoolique (FDPA). Les résultats obtenus démontrent, toutes catégories confondues, qu'il existe bel et bien des différences entre la personnalité des FDPA et celle des adultes n'ayant pas été exposés à l'alcoolisme familial. En effet, les FDPA sont plus enclins à développer des troubles de nature anxieuse. De plus, ils présentent des traits d'ordre schizoïde, évitant, passif-agressif et dysthymique. Ces résultats viennent donc corroborer l'hypothèse voulant que la personnalité des FDPA se distingue de celle des adultes de la population générale.

Ces observations s'inscrivent dans la lignée des connaissances actuelles, cliniques et empiriques, qui affirment, premièrement, que les EADA constituent une population distincte et, deuxièmement, qu'ils présentent des caractéristiques particulières et homogènes (Black et al., 1986; Brown, 1988; 1992; Carpentier, 1982; Cermak, 1989; Deutsch, 1982; Fisher et al., 1992; 1993; Hibbard, 1992; Knowles & Schroeder, 1990; Marlin, 1988; Seixas,

1982; Seixas & Youcha, 1985; Stark, 1987; Vannicelli, 1989; Weatherford, 1991).

Afin de contribuer au développement des connaissances en ce domaine, et en s'inspirant du fait que les FDPA présentent un risque élevé de développer une dépendance à l'alcool, il s'avère intéressant d'utiliser cette variable afin de vérifier l'exactitude de la thèse voulant qu'ils constituent un groupe homogène, différent de la population générale.

Les résultats obtenus démontrent que la personnalité des fils adultes alcooliques de père alcoolique (FADPA), contrairement à celle des fils adultes non alcooliques de père alcoolique (FNADPA), diffère de celle des adultes du groupe contrôle. Ainsi, les FADPA ont tendance à présenter des troubles anxieux. De plus, leur personnalité est marquée par des traits évitant, dépendant, compulsif et passif-agressif. Il n'est donc pas surprenant que certains cliniciens, dont Woititz (1991), qualifient les EADA de co-dépendants.

Par ailleurs, le sous-groupe des FADPA se différencie de celui des FNADPA de la même manière qu'il le fait avec le groupe contrôle. Ces observations viennent donc appuyer

la seconde hypothèse en démontrant que les FDPA ne constituent pas une population homogène, contrairement à ce que la littérature actuelle laisse croire. Ainsi, l'utilisation de l'alcoolisme, comme variable prédisant le développement d'une personnalité plus pathologique, semble pertinente, quoiqu'en contradiction avec les résultats obtenus par Cartwright, McKay et Stader (1991).

Ces résultats confirment donc l'existence de différences, au niveau de la personnalité, entre les FDPA et les sujets du groupe contrôle. Cependant, ils démontrent de façon spécifique que ces différences existent seulement au sein d'un sous-groupe de FDPA, soit les fils adultes alcooliques de père alcoolique.

Ces conclusions s'avèrent des plus intéressantes. En effet, elles démontrent qu'il est hasardeux de prétendre que la personnalité des enfants adultes d'alcoolique s'avère plus pathologique que celle des adultes n'ayant pas vécu l'alcoolisme parental. Elles viennent aussi appuyer la position de certains chercheurs (Andrea et al., 1994) qui émettent des réticences face à une généralisation trop rapide des caractéristiques attribuées aux EADA.

Par ailleurs, les résultats démontrent l'importance de bien cibler la population étudiée; il importe d'être minutieux lors de la constitution des échantillons, afin d'obtenir des résultats qui soient plus représentatifs de la réalité. De plus, l'utilisation de la variable "alcoolisme" comme élément discriminatif au sein de la population des EADA s'avère essentielle et prometteuse pour l'avenir de la recherche en ce domaine.

L'ensemble des observations précédentes demande donc une remise en question de la méthodologie utilisée jusqu'à présent afin de mieux cerner la situation des FDPA. Considérant que les sujets présentant certains traits de personnalité spécifiques se retrouvent uniquement au sein d'un sous-groupe de FDPA, il apparaît important, dans le cadre de futures recherches, de s'interroger sur les bases héréditaires de l'alcoolisme.

Bien que cette étude soulève des éléments intéressants au niveau méthodologique, il demeure qu'elle présente certaines limites. En effet, malgré la précision et la rigueur déployée afin de recruter un échantillon qui soit le plus représentatif possible, il s'est avéré difficile d'obtenir la participation des gens. Afin de

donner plus de crédibilité aux résultats obtenus, un échantillon plus imposant aurait été préférable.

Il est aussi important de s'interroger sur la représentativité de l'échantillon. Les sujets de cette étude peuvent représenter un groupe particulier de FDPA dont les ressources personnelles leur permettent d'entreprendre des démarches afin de se prendre en main. En effet, ils effectuent un retour aux études. D'un côté, ceci représente un avantage sur certaines recherches recrutant leurs sujets au sein de groupes de thérapie et d'entraide (Cartwright, McKay & Stader, 1991). Par ailleurs, il s'est avéré impossible d'obtenir la participation de l'ensemble des sujets potentiels. En effet, 52 sujets, ayant obtenu un résultat supérieur à 6 au CAST, ont émis des réticences quant à la poursuite de l'expérimentation et se sont désistés. Ceci démontre bien l'importance que revêt le secret à l'intérieur de cette population ainsi que la difficulté à laquelle font face les EADA lorsqu'ils doivent parler de leur situation. Ces observations soulèvent un questionnement important quant à l'influence qu'auraient pu avoir ces sujets au niveau des conclusions de la présente étude. Pour leur part, les sujets du groupe contrôle semblent présenter une situation socio-démographique s'apparentant à celle des FDPA.

Par ailleurs, la validité de certaines échelles du MCMI, ainsi que la compréhension des sujets aux divers énoncés, suscitent un certain questionnement. L'échelle portant sur les hallucinations psychotiques obtient des résultats des plus surprenants. En effet, cette dernière est observée uniquement auprès des sujets du groupe contrôle. Il est à noter que Millon émet lui-même des réserves sur ces dernières échelles (commentaire formulé lors de la formation qu'il a donnée sur son instrument à l'été 1994).

Conclusion

Les objectifs poursuivis par cette étude ont été atteints. Ceux-ci étaient, dans un premier temps, de cerner une possible différence entre les fils de père alcoolique et ceux de père non alcoolique; puis entre les fils alcooliques et non alcooliques de père alcoolique. Il apparaît clairement que la population constituée des fils adultes de père alcoolique, contrairement à ce que laisse entendre la littérature, n'est pas homogène. En effet, certains d'entre-eux développent des traits de personnalité qui les différencient des autres adultes; il s'agit des fils de père alcoolique qui développent une dépendance à l'alcool. Ces sujets présentent des traits particuliers (évitant, dépendant, compulsif et passif-agressif) comparativement, d'une part, aux adultes n'ayant pas vécu dans un système familial alcoolique et, d'autre part, aux fils de père alcoolique n'ayant pas développé de dépendance à l'alcool. En ce qui concerne ces derniers, ils ne présentent pas de pathologie sévère pouvant les différencier des adultes provenant de la population générale.

En conclusion, des différences, au niveau du développement de la personnalité, existent bel et bien au

sein de la population des fils de père alcoolique; cependant, elles se retrouvent uniquement chez un sous-groupe, soit les fils adultes alcooliques de père alcoolique.

Références

- Ackerman, R. J. (1983). Children of alcoholics: A guide for parents, educators and therapists. (2e éd.). New-York: Fireside Book.
- American Psychiatric Association. (1989). Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux. (3e éd., rév.). Washington, DC: Auteur.
- Andrea, L. M., Fisher, G. L., & Harrison, T. C. (1994). Cluster analysis of adult children of alcoholics. The International Journal of the Addiction, 29, 565-582.
- Bauvais, M. (1989). Présentation des enfants adultes d'alcooliques. In Association des intervenants en toxicomanie du Québec (Éd.), L'évaluation de la clientèle; les enfants adultes d'alcooliques: XVIIe colloque, 13-14-15-16 novembre 1988, Auberge des Seigneurs, St-Hyacinthe + Les enfants adultes d'alcooliques (pp. 168-170). Montréal: Association des intervenants en toxicomanie du Québec.
- Beletsis, S. G., & Brown, S., (1981). Introduction. In M. Vannicelli (Éd.), Group psychotherapy with adult children of alcoholics. New York: Guilford Press.
- Black, C. (1991). Jamais cela ne m'arrivera! Montréal: Ganessa.
- Black, C. (1990). Double duty: Dual dynamics within the chemically dependent home. New York: Ballantine Books.
- 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 Addiction, 21, 213-231.
- Brown, S. (1992). Safe passage recovery for adult children of alcoholics. New York: Wiley.
- Brown, S. (1988). Treating adult children of alcoholics: A developmental perspective. New York: Wiley.

- Carpentier, G. (1982). Les enfants oubliés. In Association des intervenants en toxicomanie du Québec (Éd.), Famille et toxicomanie: 9^e colloque de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (pp. 103-106). Montréal: Association des intervenants en toxicomanie du Québec.
- Cartwright, J. L., McKay, B. B., & Stader, S. A. (1990). A cluster analysis of MMPI and CPI profiles of adult children of alcoholics and nonalcoholics. Alcoholism Treatment Quarterly, 7(4), 57-79.
- Cermak, T. L. (1989). A primer on adult children of alcoholics. Deefield Beach: Health Communications.
- Charland, H. (1994). Fidélité et validité de la version française du Children of Alcoholic Screening Test (CAST). Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Cloninger, C. R., Bohman, M., & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse. Archives of General Psychiatry, 38, 861-868.
- Côté, G., & Lesage, A., (1995). Diagnostics complémentaires et adaptation sociale chez des détenus schizophrènes ou dépressifs: Rapport final. Montréal: Centre de Recherche de l'Institut Philippe Pinel.
- Daley, D. C. (1988). Surviving addiction. New York: Gardner Press.
- D'Elia, A. (1988). A study of personality patterns in homosexual and heterosexual pedophiles. Thèse de doctorat inédit, Université McGill.
- Deutsch, C. (1982). Broken bottles, broken dreams. Understanding and helping the children of alcoholics. New York: Teachers College Press.
- Eliany, M. (printemps 1991). La consommation d'alcool et de drogues. Tendances sociales canadiennes, 20, 19-26.
- Fisher, G. L., Jenkins, S. J., Harrison, T. C., & Jesch, K. (1992). Characteristics of adult children of alcoholics. Journal of Substance Abuse, 4, 27-34.

- Fisher, G. L., Jenkins, S. J., Harrison, T. C., & Jesch, K. (1993). Personality characteristics of adult children of alcoholics, other adults from dysfunctional families, and adults from nondysfunctional families. *The International Journal of the Addiction*, 28, 477-485.
- Gravitz, H. L., & Bowden, J. D. (1985). *Recovery. A guide for adult children of alcoholics*. New York: Simon and Schuster.
- Grisham, K. J., & Estes, N. J. (1982). Dynamics of alcoholic families. In N. J. Estes & M. E. Heinemann (Éds), *Alcoholism. Development, consequences, and interventions*. (pp. 249-259). Missouri: Mosby.
- Hibbard, S., (1989). Personality and object relational pathology in young adult children of alcoholics. *Psychotherapy*, 26, 504-509.
- Jones, J. W. (1991). *The children of alcoholic screening test*. Chicago: Camelot unlimited.
- Knowles, E. E., & Schroeder, D. A. (1990). Personality characteristics of sons of alcohol abusers. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 142-147.
- Marlin, E. (1988). *Hope. New choices and recovery strategies for adult children of alcoholics*. New York: Harper & Row.
- Mayer, R., & Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Miller, S. I., & Tuchfeld, B. S. (1986, March). Adult children of alcoholics. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 235-236.
- Millon, T. (1983). *Millon clinical multiaxial inventory manual*. (3e éd). Minneapolis: Interpretive Scoring Systems.
- Pollock, V. E., Schneider, L. S., Gabrielli, W. F., & Goodwin, D. W. (1987). Sex of parent and offspring in the transmission of alcoholism. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 668-673.
- Quick, D. E. (1990). *The healing journey for adult children of alcoholics*. Downers Grove: InterVarsity Press.

- Rosenberg, M. B. (1988). Not my family: Sharing the truth about alcoholism. New York: Bradbury Press.
- Schuckit, M. A. (1985). Genetics and risk for alcoholism. The Journal of the American Medical Association, *254*, 2614-2617.
- Seefeld, R. W., & Lyon, M. A. (1992). Personality characteristics of adult children of alcoholics. Journal of Counselling and Development, *70*, 588-593.
- Seixas, J. S. (1982). Children from alcoholic homes. In N. J. Estes & M. E. Heinemann (Éds), Alcoholism. Development, consequences, and interventions. (pp. 193-201). Missouri: Mosby.
- Seixas, J. S., & Youcha, G. (1985). Children of alcoholism. A survivor manual. New York: Crown Publishers.
- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., & Kringlen, E. (1991). High interrater reliability for the structured clinical interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). Acta Psychiatrica Scandinavica, *84*, 167-173.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Gibbon, M., (1989). Instruction manual for the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID, 5/1/89). Revised. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Stark, E. (1987, January). Forgotten victims: Children of alcoholics. Psychology Today, *21*, 58-62.
- Vannicelli, M. (1989). Group psychotherapy with adult children of alcoholics. Treatment, techniques and countertransference considerations. New York: Guilford Press.
- Vigeant, Y. (1990). Espoir pour les mal-aimés. Montréal: Édimag.
- Weatherford, V. L. C., & Kaufman, E. R. (1991). Adult children of alcoholics: An exploration of axis II disorders and replicated dysfunctional family patterns. Journal of Family Violence, *6*, 319-335.

- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., Rosaville, B., & Wittchen, H.U. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). II: Multisite test-retest reliability. Archives of General Psychiatry, *7*, 630-636.
- Woititz, J. G. (1991). Les enfants d'alcooliques à l'âge adulte. Montréal: Édimag.

Appendices

Appendice A

Questionnaire: Données socio-démographiques

Données socio-démographiques.

N.B. Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette recherche demeureront confidentielles.

Identification

Ne rien
écrire
ici

Nom: _____ $\frac{\quad}{1} / \frac{\quad}{2} \frac{\quad}{3} \frac{\quad}{4}$

No. Tél.: _____

Sexe: 1. Féminin _____
2. Masculin $\frac{\quad}{5}$

Date de naissance: Année ___ Mois ___ Jour ___ $\frac{\quad}{6} \frac{\quad}{7} / \frac{\quad}{8} \frac{\quad}{9} / \frac{\quad}{10} \frac{\quad}{11}$

Votre état civil: 1. Célibataire
2. Marié
3. Union de fait
4. Séparé $\frac{\quad}{12}$
5. Divorcé
6. Veuf

Votre scolarité: 1. Primaire
2. Professionnel court
3. Secondaire
4. Cégep $\frac{\quad}{13}$
5. Université

N.B. Cours complété.

Votre emploi (ou dernier emploi):

1. Professionnel
2. Administrateur, semi-professionnel, technicien
3. Gérant
4. Propriétaire, contremaître
5. Protection publique, travail de bureau
6. Ouvrier spécialisé, ouvrier semi-spécialisé (ex: électricien)
7. Employé de magasin, employé de services, journalier, secteur privé
8. Ne travail pas

14

Nombre de frères et soeurs: _____

15 16

Votre rang dans la famille: _____

17 18

Emploi de vos parents:

Mère

1. Professionnelle
2. Administrateur, semi-professionnelle, technicienne
3. Gérante
4. Propriétaire, contremaître
5. Protection publique, travail de bureau
6. Ouvrière spécialisée, ouvrière semi-spécialisée (ex: électricienne)
7. Employée de magasin, employée de services, journalière, secteur primaire
8. Ne travaille pas

19

Père

- | | | |
|---|--|-----------|
| 1. Professionnel | | |
| 2. Administrateur, semi-professionnel,
technicien | | |
| 3. Gérant | | |
| 4. Propriétaire, contremaître | | <u>20</u> |
| 5. Protection publique, travail de bureau | | |
| 6. Ouvrier spécialisé, ouvrier semi-
spécialisé (ex: électricien) | | |
| 7. Employé de magasin, employé de
services, journalier, secteur primaire | | |
| 8. Ne travaille pas | | |

Vos parents vivent-ils ensemble?	1. Oui	<u>21</u>
	2. Non	

Est-ce que votre père a ou avait un problème d'alcool?	1. Oui	<u>22</u>
	2. Non	

Quel âge aviez-vous lorsque la consommation de
votre père est devenue problématique? (si cela
s'applique à vous)

23 24

Quel âge aviez vous lorsque votre père a cessé
de boire? (si cela s'applique à vous)

25 26

*N.B. Ici, on considère la violence physique, c'est-à-dire a-t-il frappé des choses ou des personnes et ce peut importe qu'il soit sous l'effet de l'alcool ou non.

Votre père était-il violent envers les objets?
(que ce soit sous l'effet de l'alcool ou non)

1. Oui	
2. Non	<u>27</u>

Votre père était-il violent physiquement envers vous?

1. Oui	
2. Non	<u>28</u>

Votre père était-il violent physiquement envers votre mère?

1. Oui	
2. Non	<u>29</u>

Votre père était-il violent physiquement envers vos frères et soeurs?

1. Oui	
2. Non	<u>30</u>

Avez-vous été victime d'abus sexuels?

1. Oui	
2. Non	<u>31</u>

* Si oui, était-ce: 1. Votre père
2. Votre mère
3. Autre

32

Est-ce que votre mère a un problème de consommation d'alcool?

1. Oui	
2. Non	<u>33</u>

Y a-t-il d'autres alcooliques dans votre famille?

1. Oui	
2. Non	<u>34</u>

* Si oui, qui?

Y a-t-il dans votre famille des gens atteints
de troubles mentaux graves (dépression
majeure, schizophrénie, maniacó-dépression...)?

1. Oui
2. Non

35

MERCI !

Appendice B

Présentation du projet de recherche

Je sollicite votre collaboration pour participer à une recherche visant à vérifier s'il existe des différences entre le développement de la personnalité des fils de père alcoolique et celle des fils de père non alcoolique. Je vais vous distribuer un questionnaire. J'aimerais que chacun se sente libre de participer. Par la suite, vous serez rencontré individuellement afin de compléter deux autres questionnaires et une entrevue sur votre consommation d'alcool.