

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

LOUISE HUOT

CHANGEMENT DU CONCEPT DE SOI DE L'ALCOOLIQUE

DURANT UN TRAITEMENT A COURT TERME

AVRIL 1981

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.

Résumé

L'étude porte sur le changement du concept de soi de l'alcoolique durant un traitement à court terme, 20 à 30 jours, à la clinique Domrémy - Montréal.

Le "Tennessee Self Concept Scale" (TSCS) est administré à 65 alcooliques avant et après le traitement. L'hypothèse de travail, à savoir qu'il y aura un changement positif du concept de soi durant le traitement, est statistiquement vérifiée par un test de signification "T" et une analyse de variance. Celle-ci est confirmée; le concept de soi de l'alcoolique change de façon positive (T: -6.16) et significative ($P < .001$).

La limite essentielle de la recherche est l'absence de groupe contrôle. Cependant la revue de littérature permet de compenser théoriquement et fait ressortir que la période de sobriété influence négativement le concept de soi de l'alcoolique. Cette limite enlève au degré de certitude des résultats de la recherche, sans toutefois infirmer l'hypothèse.



Louise Huot, étudiante



Gilles Dubois, directeur du mémoire

Table des matières

Introduction	1
Chapitre premier - Le concept de soi	4
Développement de la notion du soi	5
Synthèse	23
Chapitre II - Le concept de soi de l'alcoolique	26
Caractéristiques	30
Changement	48
Hypothèse	57
Chapitre III - Description de l'expérience	58
Population	65
Instrument	66
Déroulement de l'expérience	74
Chapitre IV - Analyse des résultats	76
Méthodes d'analyse	77
Résultats	78
Interprétation des résultats	80
Résumé et conclusion	86

Appendice A - Epreuve expérimentale	90
Appendice B - Résultats complémentaires	99
Références	110

Introduction

Depuis le début du siècle, la psychologie s'est intéressée à l'étude du concept de soi et s'est vue lui accorder un rôle primordial comme déterminant du comportement.

Plus spécifiquement, les recherches sur le concept de soi de l'alcoolique tentent de cerner la relation entre le concept de soi et la tendance à l'alcoolisme: il semblerait qu'un concept de soi négatif caractériserait la population alcoolique et pourrait en quelque sorte induire l'adoption de ce comportement.

Les études suggèrent alors, au niveau du traitement, l'importance de le modifier pour produire un changement correspondant au niveau du comportement.

Les recherches sur le changement du concept de soi de l'alcoolique abordent généralement ce dernier en fonction de critères tels que la période d'ivresse, la période de sobriété et la période d'un traitement à long terme.

La présente recherche vise, elle, à vérifier l'impact d'un traitement à court terme sur le concept de soi de l'alcoolique. Il s'avère en effet important pour la clinique Domrémy - Montréal de posséder des résultats concernant le changement de leur clientèle et

d'obtenir ainsi des indices sur la qualité de leurs ressources humaines et de leur programme d'intervention psychologique.

Le concept de soi de l'alcoolique peut-il se modifier durant un court traitement intensif tel qu'offert à la clinique Domrémey - Montréal? Si oui, s'améliore-t'il ou se détériore-t'il?

Pour répondre à ces interrogations, nous suivrons la démarche suivante. Un premier chapitre est consacré au développement de la notion du soi et à une synthèse de cette notion dans le but de la définir de façon précise. Dans le second chapitre nous traitons du concept de soi de l'alcoolique; nous abordons ses caractéristiques et ses possibilités de changement. Nous présentons la description de l'expérience dans le chapitre troisième; enfin, la présentation et l'analyse des résultats font l'objet d'un quatrième chapitre; une conclusion et les références viendront clore ce travail.

Chapitre premier

Le concept de soi

Avant d'aborder de façon plus spécifique les recherches sur le concept de soi de l'alcoolique, il nous semble nécessaire de présenter une rétrospective du développement de la notion du soi. Puis, dans une synthèse, nous tenterons de définir ce concept de façon précise, d'en dégager les principales caractéristiques et finalement d'en cerner le rôle au niveau du comportement et de la personnalité.

Développement de la notion du soi

Dès les tout débuts de l'histoire de la psychologie américaine, on retrouve un intérêt marqué pour le soi. En effet, le psychologue américain William James (1890) est l'un des premiers théoriciens à approfondir la notion du soi (self) ou moi empirique. Il aborde le soi sous trois aspects: ses constituants, ses sentiments et ses actions de recherche et de conversation.

Il définit le moi empirique comme l'équivalent du soi, tel que senti et vécu par le sujet lui-même et en dégage quatre constituants: le soi matériel, le soi social, le soi spirituel et le pur ego. Le soi matériel correspond à la totalité de ce que possède l'individu; le soi social est fait de la considération qu'une personne obtient de son entourage; le soi spirituel englobe l'ensemble des facultés et dispositions

psychologiques; le pur ego se définit comme étant le sens de l'unité personnelle.

James discute aussi avec beaucoup d'à-propos, de la conscience de la valeur de soi, des actes par lesquels le moi tend à se réaliser et à se défendre, de la hiérarchie des "moi", de l'estime de soi, du moi actuel et du moi virtuel. Ici, James ne semble plus être strictement un théoricien du soi en tant qu'objet puisqu'il l'entrevoit comme processus, en lui conférant un rôle au niveau de la réalisation et de l'adaptation personnelle. Malgré la pertinence de ses vues sur la question, sa théorie n'a pratiquement pas eu de suite.

La notion du soi est ensuite, de façon presque générale, mise au rancart jusque vers 1940. L'essor croissant du behaviorisme, occasionnant des hostilités entre cette même école et la psychanalyse, favorise l'oubli de la notion du soi. Par contre, même si on constate un manque d'intérêt généralisé face au soi pendant la première moitié du vingtième siècle, certains auteurs font exception et essaient d'analyser davantage ce sujet.

Jung, dont les écrits sont nombreux entre 1930 et 1960, est un des premiers à faire du soi un concept théorique central. Il décrit le soi comme le coeur de la personnalité autour duquel constellent les autres systèmes; le soi maintient les différents systèmes ensemble et procure à la personnalité l'unité, l'équilibre et la stabilité. Le but ultime de l'homme est donc l'actualisation du soi:

La voie de l'individuation signifie: tendre à devenir un être réellement individuel et, dans la mesure où nous entendons par individualité la forme de notre unicité la plus intime, notre unicité dernière et irrévocable, il s'agit de la réalisation de son soi. Aussi, on peut traduire individuation par réalisation de son soi (1971), p.554 .

Pour Jung, le soi est la composante primordiale de toute personnalité et sa découverte permet l'épanouissement et la réalisation de l'être.

Le sociologue Mead (1934) influence aussi le courant psychologique en présentant sa conception sociale du soi. Pour lui, le soi est un objet de conscience qui se développe graduellement grâce au jeu des interactions sociales: la personne élabore une image d'elle-même en intégrant les attitudes et réactions de son entourage à son égard. Mead suggère ainsi l'existence de plusieurs "soi", chacun traduisant l'intégration d'un ensemble d'attitudes exprimées par des groupes différents: la famille, le milieu scolaire, les amis... etc. Ils constituent en fait les différents rôles qu'une personne va adopter au long de sa vie. Pour Mead, le soi est avant tout un produit social.

Lewin (1935) aborde le soi en termes de totalité psychique, d'organisation centrale donnant à la personnalité son équilibre et sa consistance: il en fait un élément important de sa théorie du champ.

Parallèlement, le psychanalyste Adler (1935) élabore sa théo-

rie de la personnalité dont l'élément central et unificateur est le soi créatif. Il postule l'existence d'un besoin fondamental chez tout être humain, la lutte pour la supériorité ou la recherche de la perfection de soi. Le soi créatif permet à l'homme de se réaliser, de créer sa propre personnalité, de dépasser les limites de son hérédité et de son milieu.

Goldstein (1939), théoricien de la psychologie organismique, affirme que l'organisme se comporte toujours comme un tout unifié et maintient aussi l'existence de ce besoin souverain qu'il appelle actualisation de soi ou réalisation de soi.

Suite à cette relative mise à l'écart, le soi réintègre finalement sa position en psychologie contemporaine. De nombreuses théories de la personnalité font mention de la notion du soi et plusieurs en font un concept central qu'elles étudient en profondeur.

Ainsi, Raimy (1943) introduit la notion de "concept de soi" dans sa théorie de thérapie non-directive. Il accorde une place importante au cadre de référence interne du client, c'est-à-dire aux attitudes du sujet vis-à-vis son moi, de même qu'aux changements de la perception de soi durant une thérapie.

Chein (1944) tente de formuler une théorie unifiée du soi et du moi. Il décrit le soi comme étant le contenu même de la conscience, alors que le moi représente une structure cognitive motivationnelle, qui

se construit autour du soi dans le but de le défendre, de le rehausser, de l'améliorer et de le préserver.

Pour sa part, Lecky (1945), un autre théoricien de la psychologie organismique introduit la notion de "consistance du soi". Selon lui, le besoin fondamental de tout organisme est de rechercher et de maintenir la consistance du soi, ce besoin déterminant toute activité humaine.

Bertocci (1945) s'intéresse à définir clairement les deux termes "soi" et "moi". Il conçoit le "soi" en tant que processus et le "moi" en tant qu'objet. Il inverse carrément le sens habituellement accordé à chacun de ces termes. Il définit le soi comme l'activité complexe de sentir, penser, imaginer, percevoir, désirer, ressentir, se souvenir; et entend par moi, un ensemble de valeurs auxquelles le soi réfère pour s'évaluer.

Sherif et Cantril (1947) abondent dans le même sens que Bertocci. Ils définissent le moi (soi en tant qu'objet) comme étant une constellation d'attitudes envers soi-même. Il est pourtant plus que cela pour eux, car ils mentionnent que lorsque les attitudes du moi sont activées, elles dirigent le comportement.

Le psychanalyste Sullivan (1947) parle de "self-system", un ensemble de mesures créées et adoptées par le soi pour protéger l'individu et évaluer ses modes de comportement en "good-me-self" et "bad-me-self".

Hilgard (1949) s'intéresse à la notion du soi dans le but de comprendre le fonctionnement des mécanismes de défense du moi. Par soi, il entend l'image de soi, la perception de soi et prétend que cette perception consciente de soi est obligatoirement déformée par des facteurs inconscients. De plus, selon lui, le comportement n'est pas le produit du soi, mais plutôt d'un ensemble de processus psychiques éveillés par des stimuli distaux et proximaux, dont la personne est en grande partie consciente.

Pour sa part, Symond (1951) présente une conception dynamique du soi et distingue clairement entre le soi et le moi. Le soi représente les modes de réaction d'un individu envers lui-même, dans sa façon de se percevoir, de s'évaluer, de se valoriser, de s'améliorer et de se défendre. Le moi devient alors un groupe de processus et de structures psychiques lesquelles sont responsables du comportement et de l'adaptation. Il insiste sur l'interaction entre les deux, en ce sens que le bon fonctionnement de l'un (moi) favorise l'amélioration de l'autre (soi). Ainsi, si les processus du moi sont assez efficaces pour résoudre le conflit entre les besoins et la réalité extérieure, la personne s'accorde une bonne opinion d'elle-même. Par ailleurs, si la personne a une bonne opinion d'elle-même, il est probable que ses processus du moi fonctionneront mieux.

Pour lui, le soi se modifie suite à une prise de conscience

d'un fonctionnement non-optimum chez l'individu. Il soutient en effet qu'une personne satisfaite d'elle-même ne cherche pas à changer. Il remarque que certains aspects du soi sont plus difficiles à changer, notamment ceux acquis très jeune; ils sont, d'après lui, plus près du centre de la personnalité. Il postule finalement la nécessité d'un climat non menaçant pour permettre une modification positive du soi, celui-ci ayant tendance à renforcer ses défenses sous la menace.

Il traduit l'importance qu'il accorde au soi par la phrase suivante:

L'essence de l'homme est sa conception et son évaluation de lui-même. De récentes formulations font du concept de soi et de son évaluation, le chemin de la santé mentale (1951 p. viii).

Sarbin (1952) réduit le soi à une structure cognitive globale incluant diverses idées acquises sur différents aspects de l'organisme. Il postule ainsi l'existence de plusieurs "soi": un soi corporel, un soi récepteur-effecteur, un soi introjecteur-extrojecteur, un soi social. Ces différents "soi" sont acquis au cours de l'expérience de l'enfant et émergent d'un développement séquentiel: d'abord le soi corporel et finalement le soi social. Etant donné que ces éléments paraissent développés surtout, sinon exclusivement pour le jeune âge, leur utilisation demeure restreinte.

Maslow (1954) autre adepte de la théorie organismique, propose une théorie de la personnalité basée sur la motivation de croissance ou la réalisation de soi. Il entend par cette expression: "l'acceptation et l'expression du noyau intérieur de soi, la réalisation des capacités et potentialités latentes, le plein fonctionnement, la valeur de l'intériorité humaine et personnelle" (1968, p.224-225).

Il aborde la personnalité d'un point de vue positif et dynamique et reconnaît en l'homme des capacités telles que conscience de soi, motivation à l'autonomie, indépendance, créativité, transcendance... et bien d'autres encore.

Allport (1943) apporte sa contribution quant à la place importante que devrait tenir le soi en psychologie. Il poursuit sa pensée en 1955 par une discussion plus approfondie du soi, qu'il désigne désormais par le terme "proprium". Il entend par ce terme toutes les fonctions qui semblent en relation avec nous, tous les aspects de notre personnalité qui sont particulièrement les nôtres.

Allport s'attarde aux différents éléments du "proprium" qu'il présente comme suit: le sens corporel, l'identité de soi, l'estime de soi, l'extension du soi, le soi comme agent rationnel, l'image de soi, la lutte pour l'individualisme et la réalisation de soi. Il situe ces constituants dans une perspective évolutionnelle de l'enfance à l'ado-

lescence. Pour lui, le soi est quelque chose dont nous sommes immédiatement conscients et il le considère comme la région chaude et privée de notre vie.

A la même période, Staines (1958) propose une notion du soi comportant trois niveaux: le soi connu, ou tout ce que je peux reconnaître comme étant moi; l'autre soi, ou ce que je crois que les autres pensent de moi; enfin, le soi idéal, ou ce que je souhaiterais être. Il rattache à ces niveaux bon nombre de constituants: les caractéristiques physiques, les habiletés, les traits, les attitudes, les intérêts, les valeurs, les désirs et les buts, les statuts et les rôles, l'appartenance à des groupes et la philosophie de la vie.

Enfin, il ajoute à cette organisation de contenus, des dimensions qualitatives pouvant être intégrées par l'individu: le continuum de conscience, la différenciation, le degré de confiance en son adéquation, le développement d'une hiérarchie dans les niveaux et constituants, "l'insight", la stabilité, l'acceptation de soi, la capacité d'identification et enfin le degré de certitude avec lequel un individu peut rapporter ce qu'il est.

Les théories précédemment énoncées mettent toutes la notion du soi en valeur. Le soi est considéré, de façon générale, comme un élément central au niveau de la personnalité, jouant un rôle important dans la

motivation et l'épanouissement de la personne. Il est décrit comme étant la conscience de soi, à laquelle se rattache les attitudes, les réactions et évaluations envers soi-même. Il est vu comme l'élément permettant l'unité, l'équilibre et la stabilité de la personnalité.

Ces différentes théories ne nous permettent cependant pas de le connaître et de le comprendre suffisamment pour inférer son rôle au niveau du comportement. Pour ce faire, nous verrons plus en détails, trois théories du courant phénoménologique, soit celles de Snygg et Combs, Rogers et Gendlin.

Snygg et Combs (1949) sont, en fait, les premiers à élaborer une théorie complète du concept de soi. Pour eux, le soi est à la fois objet et processus: objet, en ce qu'il réfère aux expériences du moi; processus, en ce qu'il est considéré comme un aspect du champ phénoménal déterminant tout le comportement.

Par champ phénoménal, ils entendent la totalité des expériences dont l'individu est conscient au moment de l'action. Un soi phénoménal se différencie de ce champ et en constitue une importante partie: il inclut toutes les parties du champ phénoménal que la personne expérimente comme étant des parties ou des caractéristiques d'elle-même. Le soi comprend les parties les plus vitales pour l'individu, il est la partie la plus stable du champ phénoménal. Le soi est l'essence même

de la personne, de sorte que sa perte est l'équivalent de la destruction de l'être.

Snygg et Combs affirment d'une part, que: "tout comportement, sans exception, est déterminé par le champ perceptuel de la personne qui agit et qu'il correspond à ce champ" (1949 , p. 15). La notion de perception est ici fondamentale car elle implique toutes les différenciations dont un individu est capable, c'est-à-dire, la saisie de toute signification subjective et immédiate que revêt telle situation pour lui, et en fonction de laquelle, il va orienter son comportement. D'autre part, ils postulent l'existence d'un besoin ou d'une motivation fondamentale dans la personne humaine qui est la recherche d'un équilibre personnel. Ils la définissent comme la force unidirectionnelle par laquelle chaque personne cherche constamment un meilleur équilibre dans son adaptation à la vie.

Selon eux, les perceptions dont est formé le soi revêtent quatre caractéristiques. La première caractéristique du concept de soi concerne la clarté. Il existe autant d'images de soi qu'il existe d'aspects de la réalité dans lesquels le soi est impliqué. Pourtant toutes ces images n'ont pas la même clarté: certaines se dégagent clairement du fond perceptuel de l'expérience alors que d'autres demeurent vagues. C'est le processus de différenciation qui permet aux perceptions d'émerger de plus en plus clairement dans le champ de la conscience de l'individu. Snygg

et Combs remplacent la dichotomie traditionnelle conscient-inconscient par un continuum de conscience allant des perceptions claires aux perceptions imprécises.

Une autre caractéristique connexe à celle de clarté est la centralité. La centralité des perceptions de soi est évaluée en fonction du degré d'importance dans l'économie particulière d'un individu: les concepts les plus centraux sont les plus valorisés et donc plus résistants au changement, tandis que les concepts moins centraux sont moins investis et peuvent être modifiés plus facilement.

Les deux dernières caractéristiques du concept de soi sont la consistance et la stabilité. Le fait que le champ perceptuel soit hautement organisé implique un haut degré de consistance au niveau des perceptions du soi. Cette conception origine de Lecky (1945), cité précédemment, et postule l'accord du soi avec lui-même, c'est-à-dire, que, quelle que soit la situation, la personne a des réactions et des attitudes qui sont en accord avec l'image qu'elle a d'elle-même. Cette image de soi est toujours accompagnée du sentiment de la réalité, puisque tirée de l'expérience vécue; elle devient le point de référence pour la compréhension du soi. Chaque personne agit donc toujours de façon à être en accord avec sa perception de la situation.

Ce principe de consistance contribue à la stabilité du concept de soi. En effet, étant donné que le soi sert de référence constante face

à la réalité, celle-ci ne fait que maintenir la structure actuelle du soi, puisque interprétée en ces termes. La stabilité du concept de soi permet l'intégration de la personnalité et la continuité du comportement.

Il n'en demeure pas moins qu'il y a possibilité de changement au niveau du concept de soi. En effet, pour Snygg et Combs, la stabilité du soi n'implique pas la rigidité: le concept de soi doit être changeant mais non fluctuant. Comme le champ phénoménal est en perpétuel mouvement, cela impose au soi de s'adapter et de se modifier.

Puis Rogers (1951, 1957) à partir de constatations cliniques, développe une théorie de la psychothérapie et du changement de la personnalité. Les concepts fondamentaux en sont la tendance à l'actualisation et la notion du soi; l'une représente l'idée maîtresse de sa théorie de psychothérapie, l'autre, le pivot de sa théorie de la personnalité. On retrouvera plusieurs éléments apparentés à ceux de Raimy (1943), cadre de référence interne; Lecky (1945), consistance du soi; Snygg et Combs(1949), champ phénoménal; Maslow (1954), actualisation de soi.

Rogers fonde sa conception sur la croyance que tout organisme est animé d'une tendance inhérente à développer toutes ses potentialités et à les développer de manière à favoriser sa conservation et son enrichissement. Pour lui, la tendance à l'actualisation est la plus fondamentale de l'organisme en sa totalité. Il conçoit l'organisme comme le centre de toute expérience, la totalité de l'expérience re-

présentant le champ phénoménal. Ce dernier a trait à tout ce qui se passe dans l'organisme et qui est susceptible d'être appréhendé par la conscience.

La notion du soi réfère à la portion du champ phénoménal qui se différencie et qui devient la conscience d'être et d'agir. C'est la configuration globale de toutes les parties du champ phénoménal que la personne expérimente comme étant caractéristique d'elle-même. C'est une "gestalt" unique, personnelle, de toutes les perceptions que la personne considère comme descriptives de son "je" ou "moi". Cette configuration "expérientielle" se rapporte en outre aux relations du moi avec autrui, avec le milieu et la vie en général, ainsi qu'aux valeurs que la personne attache à ces diverses perceptions.

Pour Rogers, le soi est le critère à l'aide duquel l'organisme sélectionne l'expérience en vue de l'action. La structure actuelle du soi influence le comportement puisque l'interprétation de la situation, faite par le soi, s'accompagne d'une réaction appropriée. Toute expérience est évaluée positive ou négative, non à cause de la nature objective de l'expérience, mais à cause de l'image de soi de celui qui expérimente.

Ainsi, les éléments de l'expérience qui s'accordent avec l'image de soi sont rendus disponibles à la conscience et accèdent à la symbolisation, tandis que ceux qui ne s'accordent pas avec cette image, qu'ils soient positifs ou négatifs, sont perçus comme menaçants et sont interprétés ou déformés. L'image de soi devient donc le point de référence et la

personne agit alors toujours de façon à être en accord avec elle. Ainsi, les comportements adoptés sont ceux qui sont consistants avec le concept de soi. Rogers appelle cela la lutte pour l'harmonie ou la congruence.

Toutefois, bien que pour lui, le soi soit organisé, cohérent et tente de se maintenir, il n'en demeure pas moins, continuellement flexible, en raison des capacités de maturation et d'apprentissage de la personne. Rogers traduit cela en termes d'un besoin d'actualisation de soi, force qui pousse le soi à atteindre un meilleur équilibre dans son adaptation à la vie. Selon lui, un concept de soi rigidement structuré et inflexible est caractéristique d'un état névrotique. Le concept de soi reflète donc, dans une certaine mesure, le degré d'ajustement personnel et social d'un individu.

Pour Rogers, la conjugaison de ces deux facteurs, la tendance à l'actualisation et la notion du soi, détermine le comportement. La première représente le facteur dynamique, la seconde, le facteur régulateur; l'une fournit l'énergie, l'autre la direction.

Pour que l'action actualisante et l'action directrice du soi puissent s'exercer de façon efficace, il faut que la notion du soi soit réaliste. Il entend par "réaliste", qu'elle soit fondée dans l'expérience authentique du sujet, dans ce qu'il éprouve réellement. Selon Rogers, la condition essentielle de ce fondement authentique, c'est

la liberté existentielle. Pour lui, le bon fonctionnement de l'individu est fonction de la représentation complète de l'expérience vécue, et c'est la liberté "expérientielle", soit l'absence de menace à l'image de soi, qui va rendre possible la symbolisation de l'expérience réelle. Ainsi, se trouvent progressivement rappelés à la conscience les éléments réprimés; examinés et discutés, ils cessent d'être générateurs d'anxiété et de comportements inadaptés. Les sentiments de responsabilité et d'autonomie qui accompagnent cette prise de conscience permettent une reconstruction de la personnalité.

Ce processus de changement peut être qualifié de congruence progressive, où l'individu ressent un accord de plus en plus grand entre ce qu'il ressent et symbolise. Cette congruence entre le soi et l'organisme permet à la personne de se réajuster au niveau perceptuel et par le fait même, de modifier son comportement. Le fait d'avoir une perception plus juste de soi permet en outre de diminuer l'écart entre elle et le soi idéal et d'avoir une perception plus juste d'autrui, celle-ci étant fonction de la perception de soi.

Finalement, Gendlin (1964), propose aussi une théorie de la personnalité et surtout, du changement de la personnalité. Sa théorie propose un cadre de référence dans lequel les considérations théoriques sont formulées sous un angle dynamique: elle fait usage de concepts qui s'appliquent au processus "expérientiel" (experiencing process) et aux

relations entre ce processus et les aspects relatifs au contenu de la personnalité. Il serait long et inopportun de décrire sa théorie en entier; nous nous contenterons d'examiner les concepts fondamentaux permettant de bien cerner sa conception du soi.

Gendlin reformule le soi "conscience d'être" de Rogers en disant que le soi est l'expérience intérieure, la conscience réflexive du "processus d'experiencing". Il définit "l'experiencing" comme un processus ressenti de façon émotive et corporelle. Il ne correspond pas à l'objet perçu ou l'image figée de soi-même, mais à l'expérience immédiate, ressentie sans crainte et perçue comme telle par la personne à un moment donné (felt process).

Gendlin constate que nous n'utilisons des symboles que pour une infime partie de ce que nous pensons, alors que le reste se manifeste sous forme de significations ressenties, lesquelles sont implicites (sans référence directe au "processus d'experiencing") bien que conscientes. Selon lui, les significations implicites sont incomplètes; elles doivent être menées vers une symbolisation par une référence directe au "processus d'experiencing".

Cette symbolisation entraîne une prise de conscience de soi, de son expérience vécue et une plus grande capacité d'adaptation à une situation. L'existence du soi dépendrait alors de la mesure dans laquelle une personne peut symboliser l'expérience vécue (felt process).

Pour Gendlin, "l'experiencing" précède la réflexion sur soi et sa généralisation. Il devient donc la condition première de la compréhension et de la réorganisation du concept de soi. De plus, le point central de la théorie de Gendlin repose sur la constatation que l'adaptation n'est pas tant reliée à la symbolisation du contenu de l'expérience qu'à la suppression de tout obstacle à "l'experiencing" ou l'expérience intérieure de soi.

Ainsi, la prise de conscience du vécu intérieur, puis sa symbolisation suscitent un état de congruence entre le soi et l'organisme, un état de bien-être et entraînent nécessairement une amélioration de la perception de soi et par le fait même de la capacité d'adaptation.

Selon Gendlin, la thérapie permet de mettre ce processus émotionnel en marche et celui-ci, par la suite, est maintenu par l'individu. Ce processus émotionnel autonome constitue, selon lui, le moteur essentiel du changement de la personnalité.

Dans les pages précédentes, nous avons brossé un tableau des principales théories du soi. Nous constatons l'existence d'une multiplicité de termes et de définitions rattachés à ce concept.

Voyons maintenant comment nous pouvons intégrer ces données afin de simplifier et de clarifier l'ambiguïté entourant ce concept.

Synthèse de la notion du soi

Il ressort de la revue de la littérature une multitude de définitions du concept de soi et il nous apparaît important de bien le définir et de préciser son rôle au niveau du comportement et de la personnalité.

Il est évident que nous ne pouvons intégrer toutes les significations rattachées à ce concept. Nous retiendrons pour la présente recherche une définition personnelle qui nous apparaît claire et globale, et cernant bien la complexité de ce concept. Elle s'apparente particulièrement à celles de Snygg et Combs (1949) et Rogers (1951,1957).

Le concept de soi se définit alors comme l'ensemble des perceptions et réactions qu'une personne entretient à l'égard d'elle-même, c'est-à-dire sa façon de se percevoir, de s'évaluer, de se valoriser, de se défendre et de se maintenir. L'approche phénoménologique nous apprend que la notion de "concept de soi" est inséparable de celle du champ phénoménal, ce dernier renfermant la totalité des expériences d'une personne et constituant la seule réalité qu'elle puisse saisir directement.

Le concept de soi renvoie à la portion du champ "expérientiel" qui s'est différenciée et qui devient la conscience d'être et d'agir.

C'est la configuration globale de toutes les parties du champ phénoménal que la personne expérimente comme étant caractéristique d'elle-même. C'est de façon plus particulière la configuration "expérientielle" se rapportant aux interactions sociales qui permettent à la personne, à partir de la considération qu'elle reçoit de son entourage, d'élaborer l'image d'elle-même en fonction de laquelle elle se comportera.

L'être humain, de par sa tendance à l'actualisation, possède une propension naturelle au développement, à l'enrichissement et à la réalisation totale. Le concept de soi est aussi appelé à se modifier en fonction de l'expérience vécue, à se réorganiser et à évoluer en raison des capacités d'apprentissage et de maturation de la personne humaine. Parallèlement, toute motivation humaine est le produit de la lutte pour protéger et maintenir le soi. Ainsi, toute personne aura tendance à maintenir le concept de soi cohérent et stable.

Le concept de soi est le critère à l'aide duquel l'individu sélectionne les expériences, il est une grille au travers de laquelle toutes les expériences sont filtrées en vue de l'action. Ainsi, les expériences sont perçues selon leur pertinence au soi: toute expérience est évaluée comme positive ou négative à cause de l'image de soi de celui qui "expérientie". Les comportements choisis se trouvent directement déterminés par ces différentes perceptions; les comportements adoptés sont ceux en accord avec le soi.

Le concept de soi s'avère donc être le point de référence pour tout choix de l'individu et c'est de cette façon qu'il détermine le comportement. Le concept de soi est ainsi, considérant son rôle déterminant au niveau du comportement, un fondement majeur à tout changement profond de personnalité. Il semble maintenant possible de dire qu'il faille modifier le concept de soi d'un individu pour produire un changement correspondant au niveau du comportement, celui-ci influençant en retour le concept de soi. Il s'agit en effet d'un processus circulaire, d'un phénomène "d'interinfluence".

Cette synthèse de la notion du soi nous permet de maintenir le concept de soi comme un facteur important au niveau de l'étude de la personnalité.

Dans les pages précédentes, nous avons présenté les différentes théories du soi; ensuite, en raison de la multiplicité de termes et de définitions rattachés à ce concept, nous avons présenté une synthèse, fournissant une définition générale, ses principales caractéristiques et son rôle au niveau du comportement et de la personnalité.

Dans le chapitre suivant, nous verrons de façon spécifique les recherches sur le concept de soi de l'alcoolique et celles sur ses possibilités de changement, la présente recherche s'intéressant de fait à étudier le changement du concept de soi durant un traitement en milieu clinique.

Chapitre II

Le concept de soi de l'alcoolique

Le concept de soi est un déterminant majeur du comportement, en ce sens qu'il est l'ensemble des perceptions qu'une personne entretient à l'égard d'elle-même, celles-ci servant de point de référence pour toute évaluation, pour tout choix de l'individu.

Il est possible de concevoir que ce schème est applicable à l'alcoolisme. Ainsi, la tendance à l'alcoolisme proviendrait de la perception que l'alcoolique a de sa propre personne et de l'évaluation qu'il en ferait. De plus, l'adoption d'un tel comportement permettrait à l'alcoolique de maintenir sa propre perception de soi et par le fait même de continuer sa démarche autodestructrice.

Avant de présenter une rétrospective des études sur les caractéristiques du concept de soi de l'alcoolique, voyons brièvement les motivations sous-jacentes à l'adoption d'un tel comportement.

Adler (1941) relie le problème de l'alcoolisme à des sentiments d'infériorité, lesquels peuvent être exprimés ouvertement (haine de soi) ou cachés derrière un écran de supériorité (surestimation de soi). Dans chacun de ces cas, cette distorsion perceptuelle déclenche des désordres comportementaux. L'alcoolisme serait pour l'individu un moyen de fuir ses forts sentiments d'infériorité, de même que ses res-

ponsabilités. Or ces sentiments d'infériorité proviennent d'une auto-évaluation; cette évaluation étant fonction des sentiments d'appréciation de soi va déteindre sur le comportement.

Schnadt (1950) ne travaille pas comme tel sur le construit du concept de soi en tant que facteur isolé dans la personnalité de l'alcoolique. Néanmoins, il note que des individus diagnostiqués comme alcooliques manquent de capacités pour s'évaluer, se diriger ou juger; ils sont de plus tendus et ces sentiments de tension ou de stress se traduisent en sentiments de menace. L'individu alcoolique qui est frustré ou qui se sent menacé réagit par la révolte, manifestée dans la consommation abusive d'alcool. Or, selon lui, ces modes comportementaux influenceraient chez l'alcoolique la façon de percevoir le matériel ayant trait au soi. Ainsi, sans se percevoir de façon spécifique en tant qu'alcoolique, l'alcoolique aura un concept de soi qui sera fonction des difficultés occasionnées par l'alcool.

Park (1958) constate que l'alcoolique boit fréquemment dans le but de réduire ou de supprimer un état de stress alimenté par des difficultés d'adaptation sociale. L'alcool devient alors pour l'alcoolique un moyen de fuir des sentiments de solitude, d'aliénation et de devenir, par le fait même, mieux adapté et plus agréable pour les gens autour de lui. Cependant, il ne semble pas que cette démarche soit motivée par des sentiments altruistes, mais plutôt par un besoin de pré-

occupation de soi et une tendance à exploiter les autres dans le but de parvenir à ses fins. Cette mésadaptation sociale ne pouvant être surmontée, l'alcoolique devra avoir recours au retrait. Il diffère d'une personne adaptée, en ce sens qu'il vit dans l'isolement; il interrompt ainsi sa capacité de croissance, les relations interpersonnelles étant des modes d'adaptation. La boisson affecte donc de façon prépondérante le développement du mode de communication de l'individu, qui reflète dans une large part, sa perception de lui-même.

Lisansky (1960) affirme que théoriquement il existerait chez l'alcoolique un fort besoin de dépendance provenant d'un conflit dépendance-indépendance à un stade pré-alcoolique. Tout au cours de l'établissement de l'alcoolisme, le conflit diminue progressivement pour se résoudre en faveur de la dépendance. L'image de soi d'un individu qui se sent capable de se suffire à lui-même à un stade pré-alcoolique se transforme au fur et à mesure que s'instaure l'alcoolisme en une image de soi de dépendance.

Il ressort des idées précédentes que l'individu face à des sentiments d'infériorité, de dépendance, de mésadaptation sociale se réfugie dans l'alcool afin de réduire ou de supprimer l'état de stress engendré par ces sentiments.

Ces études s'intéressaient principalement à connaître les mo-

tivations sous-jacentes à l'adoption d'un comportement alcoolique. A partir de 1960, les chercheurs, s'appuyant sur ces fondements, s'attardent davantage à définir les traits de la personnalité alcoolique. Voyons maintenant les études axées sur le concept de soi de l'alcoolique.

Caractéristiques du concept de soi de l'alcoolique

Les études démontrent qu'il n'y a pas de consensus sur les traits de la personnalité alcoolique comme telle, mais s'entendent pour dire que le concept de soi de l'alcoolique est négatif et semble atteint au niveau de toutes ses dimensions. Voyons, plus en détails, le contenu de ces études, présentées par ordre chronologique.

Connor (1962), au moyen de "l'Adjective Check List" de Gough (ACL), étudie les concepts de soi d'alcooliques de prisons, de sanatorium, de membres des Alcooliques Anonymes et de vagabonds; il mesure le concept de soi de 347 alcooliques et de 32 non-alcooliques.

Ses résultats démontrent que les alcooliques se décrivent beaucoup en termes de qualités importantes dans les relations de type primaire (affectueux, généreux, faciles à vivre), où ils cherchent à être aimés et acceptés. Ils délaissent les qualités importantes dans les relations de type secondaire, qualités nécessaires au processus de socialisation et à l'organisation sociale (consciencieux, logiques, responsables).

Ainsi l'alcoolique se présente comme un être culturellement isolé, à la recherche constante de relations primaires satisfaisantes. De plus, bon nombre d'adjectifs choisis par les alcooliques s'apparentent à ceux des névrosés. Cette ressemblance se retrouve particulièrement dans l'index "acceptation de soi" où l'alcoolique obtient une cote beaucoup plus basse que celle des non-alcooliques et semblable à celle des névrosés. Connor remarque que la description de soi des alcooliques est beaucoup plus restreinte et éparse que celle des non-alcooliques.

Connor rapporte que les alcooliques se décrivent comme vivant d'intenses relations avec les autres, comme acceptant les autres. Il conçoit ce besoin d'amitié, non comme une préoccupation profonde pour les autres, mais plutôt comme la satisfaction des besoins de dépendance.

Son étude fait aussi ressortir que plus l'alcoolique a une piètre perception de lui-même, plus il consomme de l'alcool. En effet, il relève que c'est le "vagabond" qui fournit la description de soi la plus négative et qui, de fait, consomme le plus d'alcool.

L'étude de Connor nous permet donc de dire que l'alcoolique a un concept de soi négatif semblable à celui du névrosé et que pour combler ses besoins de dépendance, il oriente ses contacts vers un type de relations primaires.

Mc Cord et Mc Cord (1962) s'intéressent à la personnalité pré-alcoolique; ils tentent de connaître les traits de personnalité pouvant précéder l'émergence de l'alcoolisme. Pour ce faire, ils analysent au moyen d'entrevues plus ou moins structurées, les comportements et attitudes de 83 alcooliques et de 105 non-alcooliques. Les différentes observations se regroupent en trois niveaux: social, familial, personnel.

Ils trouvent que l'alcoolique se considère comme une victime de la société et que cette attitude négative s'accompagne d'une image de soi surélevée, se manifestant par des sentiments de grandeur, peu fréquents chez les non-alcooliques. L'alcoolique semble instable au niveau de son travail et peu impliqué dans les organisations sociales; son milieu familial semble conflictuel, où il tient un rôle de dictateur ou d'absent. Au niveau personnel, il semble instable, agressif et très dépendant.

Contrairement à ce dernier, le pré-alcoolique se caractérise par une maîtrise de soi, une confiance en soi, une grande activité et une grande indépendance manifestée par l'expression de besoins d'agressivité et d'autonomie.

Mc Cord et Mc Cord postulent l'existence d'un conflit dépendance-indépendance au niveau de la personnalité pré-alcoolique. Ainsi le pré-alcoolique, pour répondre au rôle social attendu de l'homme mas-

culin et adulte, camoufle des sentiments de dépendance, jugés féminins et immatures. Il se formerait ainsi une façade lui permettant, selon lui, de se faire accepter. L'alcool devient alors un moyen de compromis, accepté socialement et associé à la masculinité, pour satisfaire ses besoins de dépendance et maintenir sa précaire image de soi.

En plus de nous fournir des caractéristiques de l'alcoolique, cette étude nous fournit une explication intéressante du problème sous-jacent à celui de l'alcool.

Mindlin (1964), au moyen d'un questionnaire approprié à l'alcoolique, mesure l'estime de soi de 132 alcooliques, non psychotiques. Divisant les sujets en trois groupes, selon qu'ils ont déjà suivi une psychothérapie, font partie des Alcooliques Anonymes ou ne recherchent aucune forme d'aide, ils trouvent que les alcooliques se prêtant à un traitement quelconque manifestent une estime de soi inférieure. Il observe également des différences entre les alcooliques recherchant de l'aide thérapeutique et ceux recherchant un groupe de support (A.A.), les premiers étant plus dépendants et se sentant plus isolés, les derniers se sentant plus à l'aise socialement.

Mindlin interprète l'estime de soi élevée du groupe ne recherchant aucune forme d'aide en termes de réactions défensives ou d'incapacité à faire face à la réalité de ses échecs, réactions qui

se traduisent en une fierté de nature défensive ou en un optimisme irréaliste.

Cette étude donne certaines confirmations à l'impression qu'il y a une relation inverse entre la motivation à chercher de l'aide et l'estime de soi. On pourrait croire que l'alcoolique qui a une basse estime de lui-même se sent motivé à rechercher de l'aide, compte tenu du fait qu'il a une certaine compréhension de son problème d'alcool et de l'aide qu'il peut recevoir.

Se servant de "l'Adjective Check List" de Gough, Williams (1965) tente de déterminer si le concept de soi négatif de l'alcoolique provient du problème d'alcool ou d'une disposition diagnostique. Pour ce faire, il compare les descriptions de soi de jeunes collégiens buveurs problèmes à celles de jeunes buveurs non-problèmes, ainsi qu'à celles des alcooliques de l'étude de Connor (1962), précédemment citée.

L'analyse suggère que les buveurs problèmes révèlent une image de soi plus négative que celle des buveurs non-problèmes. Il note que le buveur problème, sans être alcoolique, a un concept de soi influencé par des difficultés occasionnées par l'alcool. Selon lui, la perception de soi du buveur problème est très semblable à celle de l'alcoolique et elle se caractérise par un manque de persévérance et d'ordre. Des constantes telles que l'impulsivité, la désorganisation et

l'absence de planification se dégagent de sa description de soi.

Williams conclut qu'une image de soi négative précéderait la symptomatologie alcoolique et serait progressivement accentuée ou renforcée par un usage abusif ou compulsif d'alcool.

Il postule, dans un deuxième temps, que le problème d'alcool est relié à une faible évaluation de soi. Mettant en corrélation le "Park's Problem Drinking" et trois mesures d'évaluation de soi de "l'Adjective Check List", l'acceptation de soi, la critique de soi et le soi réel en relation au soi idéal, Williams obtient la confirmation de son hypothèse. Le problème d'alcool est positivement associé à la critique de soi et négativement associé à l'acceptation de soi et à la correspondance soi-réel, soi-idéal.

L'étude de Williams nous permet donc de préciser qu'une image de soi négative précède la symptomatologie alcoolique et que le problème d'alcool est relié à une faible évaluation de soi.

Blume et Sheppard (1967) s'intéressent aux effets de la consommation d'alcool dans l'évolution de la personnalité alcoolique. Dans la majorité des cas, la dépendance à l'alcool s'instaure lorsque l'individu l'emploie pour obtenir un effet psychologique particulier ou un changement de personnalité: ces effets ou changements concernent

surtout la suppression de la timidité, de la critique de soi, des sentiments de dépression, bref de tout état de tension.

Si au cours de la période de consommation, l'alcool cesse de produire les changements de personnalité sur lesquels est basée l'adaptation, l'alcoolique se retrouve incapable de fonctionner. Généralement, il augmente la consommation dans le but de retrouver les effets psychologiques désirés, mais augmentant aussi la possibilité de détérioration physique et psychologique.

Pour obtenir des informations quant au changement de la personnalité durant la période de consommation, les auteurs demandent à 55 hommes alcooliques d'identifier deux périodes de leur vie, le début et la fin de leur période de consommation et de les caractériser en fonction des dimensions suivantes: confiance en soi, sociabilité, ambition, générosité, coopération, activité générale, sensibilité envers les autres, tension-nervosité, dépression et agressivité. Ces deux évaluations de soi (début et fin) sont faites au regard de conditions différentes de consommation: sobriété totale et absorption de quelques verres.

Les résultats montrent que l'évaluation de soi, en fonction de la période du début lors de la sobriété totale, est de façon générale proche de la moyenne des gens mais laisse entrevoir certains indices

d'une difficulté d'adaptation personnelle: difficulté à exprimer de l'agressivité, faible confiance en soi, tension élevée et hypersensibilité envers les autres.

Il semble que l'absorption de quelques verres corrige ces indices: il y a une augmentation de la confiance en soi et une diminution de la tension. Il y a de plus une augmentation de la sociabilité et de la générosité. Il n'y a pas de changement quant aux indices activité générale, coopération et ambition, ceux-ci demeurant assez élevés.

Lors de la fin de la période de consommation, le même type de personnalité se retrouve avec quelque peu moins d'accent sur les traits agressivité et hypersensibilité, mais davantage sur le trait tension. Il y a cependant un changement important au niveau du trait dépression, d'inférieur à la moyenne au début, il se retrouve maintenant supérieur à la moyenne des gens.

L'absorption de quelques verres entraîne des augmentations de la confiance en soi, de la générosité et de l'expression de l'agressivité et une diminution du trait coopération. Par contre, le trait dépression demeure stable, soit très élevé.

Il semble qu'à la fin de la période de consommation, l'alcool ne produise pas autant de changement. Il n'y a pas d'augmentation

au niveau des traits sociabilité, ambition, coopération ni activité générale. Il n'y a pas de réduction pour le trait tension et le trait dépression demeure aussi fort. Ainsi, à la fin de la période de consommation, l'alcoolique se retrouve encore plus démunie, l'absorption d'alcool diminuant ou cessant complètement de produire les changements de personnalité escomptés. Nous pouvons donc conclure que la consommation d'alcool entraîne une détérioration graduelle de la personnalité et du physique.

Zaccaria et Weir (1967) emploient le "Personal Orientation Inventory" (POI) dans le but de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'alcoolisme s'accompagne d'un syndrome unique de non-actualisation de soi. Ils comparent alors les résultats de 45 alcooliques (hommes et femmes) à ceux de 25 femmes d'alcooliques (non-alcooliques elles-mêmes), à ceux de 158 personnes normales, de même qu'à ceux de 29 adultes actualisés et de 34 adultes non-actualisés.

Les auteurs trouvent des différences significatives ($p < .05$ et $p < .01$) entre les alcooliques et les individus qui ont un soi actualisé, de même qu'entre les alcooliques et les gens normaux, pour toutes les dimensions du "Personal Orientation Inventory".

Les résultats confirment le fondement théorique selon lequel, il y a un continuum d'une non-actualisation de soi relative à une actu-

alisation de soi relative, et où l'alcoolisme correspond à une forme de non-actualisation de soi. Le fait que le test n'ait pas différencié les alcooliques des individus non-actualisés demeure cohérent avec la théorie, puisque l'alcoolisme affaiblit le fonctionnement normal et diminue le développement sur les plans social, familial et professionnel. Cumulés, ces effets se manifestent dans un syndrome de non-actualisation de soi, semblable pour les hommes et les femmes.

Vanderpool (1968) investigate le concept de soi de 100 alcooliques hospitalisés au moyen du "Tennessee Self Concept Scale" (TSCS) et de "l'Adjective Check List" de Gough (ACL). Il s'intéresse au changement du concept de soi dans des conditions contrôlées d'abstinence et de consommation. Il divise alors ses sujets en deux groupes égaux, les uns devant absorber différentes quantités d'alcool, les autres servant de groupe contrôle; il compare ensuite tour à tour le concept de soi de ces deux groupes à celui d'un groupe de sujets normaux (800 étudiants).

De façon générale, il ressort que l'estime de soi de l'alcoolique est inférieure à celle des normaux et que, contrairement à son hypothèse initiale, l'absorption d'alcool ne fait qu'abaisser davantage l'estime de soi de l'alcoolique.

Vanderpool s'attendait en effet qu'une certaine consommation

optimale (c'est-à-dire lorsque l'alcoolique est satisfait et capable de fonctionner) donnerait à la personne un sentiment de bien-être et augmenterait son concept de soi.

Or, les résultats suggèrent que même en consommant un taux optimal d'alcool, l'alcoolique n'augmente pas son estime de soi, au contraire, il mine la pauvre perception de soi qu'il entretient en état de sobriété. Lorsque l'alcoolique consomme, il ressent une plus grande confusion, ravive davantage ses conflits et appréhende son soi en tant qu'objet, de façon contradictoire; il ressent alors moins d'estime et d'acceptation de soi.

De plus, l'alcoolique qui n'a pas atteint la quantité optimale d'alcool éprouve plus de difficulté à comprendre son comportement. Il se perçoit alors comme plus dépendant des autres et des valeurs partagées par la société. Lorsque l'alcoolique boit, il semble qu'il devienne plus préoccupé de lui-même, de ses problèmes et plus pessimiste quant à ses capacités de les résoudre. Il se sent alors plus menacé et la répétition de l'activité consommatoire renforce ces sentiments et ces réactions qui par la suite renforcent l'image négative qu'il se fait de lui-même.

Selon Vanderpool, l'alcoolique vit un plus grand sentiment de dévalorisation sociale lorsqu'il boit que lorsqu'il est en état de

sobriété. Même si les alcooliques ont été moins défensifs, au cours de l'expérimentation, et ainsi capables de fournir une image plus authentique d'eux-mêmes, ils ont révélé se sentir plus inadéquats sur le plan social. Le fait de boire semblerait un mécanisme qui permet à l'alcoolique d'extérioriser une image de soi positive, de donner l'impression d'être amical, d'être à l'aise en société, alors qu'il a le sentiment de vivre le contraire. L'image de soi de dévalorisation sociale ressentie est par la suite non seulement confirmée, mais renforcée pour s'achever dans l'isolement.

Finalement, les alcooliques se décrivent comme des personnes immatures, insécures et dépendantes. Ces caractéristiques sont, selon Vanderpool, le signe d'une mésadaptation importante qui déteint sur toute la personnalité des alcooliques.

L'étude de Vanderpool nous fournit des renseignements fort intéressants et valables sur le concept de soi de l'alcoolique en période d'abstinence et de consommation.

Se servant du "California Psychological Inventory" (CPI), Allen (1969), mesure la maturité sociale de 29 sujets alcooliques masculins. Afin de bien cerner cette dimension, il utilise les huit échelles suivantes: dominance, responsabilité, réalisation de soi et indépendance, bien-être, acceptation de soi, socialisation, contrôle de

soi et enfin, sociabilité.

Dans un premier temps, il compare les résultats de son groupe à ceux d'un groupe d'alcooliques, divisé en volontaires et non-volontaires pour un traitement; puis dans un deuxième temps, à ceux d'un groupe de normaux, divisé en deux, en fonction du niveau d'estime de soi, inférieur ou supérieur.

Bien que les résultats démontrent que les alcooliques forment un groupe distinct de celui des normaux, il appert que leur profil s'apparente à celui du groupe de normaux ayant un niveau inférieur d'estime de soi. Ces deux groupes obtiennent des scores très bas dans toutes les échelles et particulièrement en ce qui concerne celles de la "réalisation de soi-indépendance" et de "l'acceptation de soi"; ils sont tous deux caractérisés par une immaturité sociale.

Allen explique l'immaturité sociale de l'alcoolique par son retrait constant face aux tensions, celui-ci l'empêchant d'apprendre à fonctionner de façon équilibrée. Il se coupe ainsi de son milieu familial, social, de travail, entraînant la détérioration des relations interpersonnelles et l'isolement.

En deuxième lieu, il ressort que parmi les groupes d'alcooliques, celui des sujets volontaires pour un traitement obtient un profil beaucoup plus bas que celui des sujets non-volontaires. Allen

conclut que les alcooliques volontaires pour une aide thérapeutique manifesteraient une acceptation consciente de leur problème d'alcool et une évaluation réaliste de leur besoin de dépendance.

Nous pouvons donc résumer l'étude d'Allen en rapportant que l'alcoolique se caractérise par une estime de soi faible et une immaturité sociale. De plus, l'alcoolique volontaire pour un traitement a une estime de soi inférieure à celle de l'alcoolique non-volontaire.

Gross et Alder (1970) s'intéressent aussi au concept de soi de l'alcoolique et administrent le "Tennessee Self Concept Scale" (TSCS) à 140 alcooliques volontairement en traitement dans un hôpital. Les résultats confirment leurs hypothèses, puisque l'alcoolique se situe significativement plus haut que la moyenne de la population à l'échelle critique de soi ($p < .001$) et significativement plus bas aux échelles estime de soi, identité, satisfaction de soi, comportement, soi physique, soi moral, soi personnel et soi familial, ces derniers résultats étant tous significatifs à .001 et allant dans le sens d'un concept de soi négatif.

Ils s'entendent alors pour dire que la perception négative que l'alcoolique a de lui-même est globale et ne se limite pas à certaines sphères de sa personnalité.

Ils expliquent le style de vie autodestructeur de l'alcoolique

que à partir de la théorie du soi, celle-ci postulant que le concept de soi est le déterminant majeur du comportement. Ainsi l'existence destructrice de l'alcoolique s'explique par une image de soi **négative** l'incitant à agir de façon négative envers lui-même et envers les autres. Ce comportement entraîne des réactions négatives et hostiles de la part de son environnement et servent à confirmer l'image négative qu'il a de lui-même. Ainsi le but de tout traitement auprès de l'alcoolique est de diminuer ou d'éliminer ce comportement autodestructeur. Se basant sur la théorie du soi, Gross et Alder croient cela possible en concentrant les énergies du traitement à développer des concepts de soi plus positifs et plus adéquats.

L'explication théorique de l'alcoolisme, telle que présentée par Gross et Alder, nous intéresse particulièrement et sert de fondement à notre recherche.

Berg (1971) s'intéresse au concept de soi de l'alcoolique et veut spécialement, à l'aide de "Q" Sorts et de "l'Adjective Check List" de Gough (ACL), vérifier si le concept de soi d'un groupe d'alcooliques (N:40) est effectivement négatif, comparativement à celui d'un groupe de buveurs sociaux (N:40).

Ses résultats lui permettent de conclure que l'image de soi de l'alcoolique est négative et inférieure à celle du buveur social. L'alcoolique se décrit avec une quantité inférieure d'adjectifs favo-

rables et emploie davantage d'adjectifs négatifs et défavorables que le buveur social. Il exprime, de plus, de forts sentiments d'infériorité au niveau social, beaucoup de culpabilité et une forte critique de soi. Ces résultats sont tous significatifs à .01.

Dans un deuxième temps, Berg s'intéresse au concept de soi de l'alcoolique et du buveur social en période d'intoxication. Les résultats indiquent une augmentation du concept de soi de l'alcoolique: une augmentation significative de la quantité d'adjectifs favorables ($p < .001$) et une diminution de la quantité d'adjectifs défavorables ($p < .001$); puis une augmentation de la confiance en soi ($p < .001$) et finalement, une diminution de la dévalorisation de soi ($p < .01$). Tous ces résultats indiquent la présence d'un concept de soi plus favorable en période d'intoxication.

Ces résultats sont cependant contraires à ceux obtenus par Vanderpool (1968).

En ce qui concerne le groupe de buveurs sociaux, il montre un concept de soi inférieur **sous** intoxication: ils se décrivent plus négativement et sont plus critiques à leur égard.

Cette recherche nous informe que la consommation d'alcool augmente temporairement l'estime de soi chez l'alcoolique. Il serait alors possible d'avancer l'hypothèse que cette augmentation temporaire

encourage et maintienne un phénomène d'habitude à l'alcool. En effet, tout individu tend à rehausser son image de soi et à la maintenir positive; ainsi l'alcoolique, ayant une image de soi négative, tendrait par la consommation d'alcool, à rehausser son image de soi. Cependant, les effets à retardement, de la consommation d'alcool, entraînent de nombreuses difficultés sociales et économiques pour l'alcoolique et sa famille et viennent alors probablement diminuer davantage son estime de soi. Par la suite, ce même processus de consommation recommence, avec ses effets positifs immédiats et ses effets négatifs ultérieurs et l'alcoolique s'enlise encore plus profondément.

L'importance de modifier le concept de soi de l'alcoolique nous apparaît encore plus évidente pour permettre à l'alcoolique de se tirer de ce cercle vicieux.

D'autres auteurs se sont évidemment intéressés au concept de soi de l'alcoolique. Cependant, leurs études sont semblables à celles présentées et n'apportent pas d'éléments nouveaux ou différents.

En résumé, nous pouvons conclure que le concept de soi de l'alcoolique est négatif et atteint à tous les niveaux. Un concept de soi négatif semble précéder la symptomatologie alcoolique et induire l'adoption du recours à l'alcool comme moyen d'adaptation.

La personnalité alcoolique peut alors se décrire en termes

d'immaturité, d'insécurité, de dépendance, d'isolement et s'accompagne d'un syndrome de non-actualisation de soi. L'alcoolique se décrit en effet comme étant anxieux, agressif, impulsif, instable, dépendant; il manque de confiance en lui et a de la difficulté à planifier et à organiser sa vie.

La personnalité alcoolique se caractérise aussi par une estime de soi négative qui influence de façon malencontreuse le mode de communication, le mode d'adaptation personnelle, sociale, familiale. Il ressort que l'alcoolique consomme pour rehausser son estime de lui-même et pour fuir ses responsabilités; il semble que cela puisse l'aider de façon bien temporaire, car les effets résiduels de la consommation viennent par la suite lui occasionner d'autres difficultés et lui confirmer son incapacité de fonctionner adéquatement.

La prise de conscience de sa situation et de la gravité de son problème l'inciteraient alors à demander de l'aide et à s'impliquer dans un processus de changement. Il semble que le traitement doive modifier le concept de soi négatif de l'alcoolique pour produire un changement correspondant au niveau du comportement.

Nous allons maintenant aborder les possibilités de changement du concept de soi de l'alcoolique en période de sobriété puis, lors d'un traitement.

Changement du concept de soi de l'alcoolique

Les études concernant le changement du concept de soi de l'alcoolique sont peu nombreuses et très distinctes les unes des autres. En effet, la population choisie, les instruments de mesure utilisés de même que les dimensions du soi étudiées sont si différents d'une recherche à l'autre, qu'il s'avère presque impossible de les comparer entre elles et d'en faire ressortir les points communs. Nous retrouverons deux thèmes majeurs parmi elles: celles portant sur le changement du concept de soi de l'alcoolique en période de sobriété et celles portant sur le changement du concept de soi de l'alcoolique durant un traitement. Nous nous limiterons aux études les plus pertinentes, tâchant cependant de les présenter plus en détails. Nous commencerons par celles concernant le changement en période de sobriété.

White et Gaïer (1965), utilisant le "Body Cathexis" et le "Self Cathexis" de Secord et Jourard, étudient l'image corporelle et l'image de soi d'alcooliques en période de sobriété. Ils administrent les questionnaires à 104 alcooliques, membres des Alcooliques Anonymes.

Les résultats démontrent que les alcooliques, abstinents depuis moins de trois mois, ont une image corporelle négative et une image de soi positive. Cependant, après douze mois d'abstinence, on remarque une inversion de ces mesures: l'image corporelle devient posi-

tive et l'image de soi négative. Selon eux, l'image de soi très positive qu'affiche l'alcoolique au début de la période de sobriété est une fausse image amenée par les effets résiduels de l'alcool. A mesure que la sobriété avance, l'alcoolique trouve de plus en plus de gratification dans l'amélioration constante de sa santé et de son apparence physique; il affiche alors une image de soi inférieure.

Cette recherche démontre que le temps d'abstinence est une variable importante quant au choix d'un échantillon lors d'une expérimentation. Pour obtenir un profil réel de l'alcoolique, il faut le prendre sur le vif et non après qu'il ait transformé son comportement au contact de gens ou d'associations.

White (1965), au moyen du "16PF" de Cattell et du "Gelb-Goldstein-Weigl-Scheerer Object Scoring Test", relève des différences de personnalité et des changements cognitifs chez des alcooliques masculins (A.A.), en fonction de la durée de la période de sobriété. Or, les sujets sobres depuis trois ans ont différé de façon significative ($p < .01$), sur 9 des 16 facteurs de Cattell, comparativement à ceux qui ne l'étaient que depuis une période de un à trois mois.

Les alcooliques (N:25) ayant une courte période de sobriété se décrivent comme étant cyclothymiques, critiques, détachés de leurs responsabilités sociales. Ils sont tendus, influençables, troublés et dépressifs. Ils ont peu de confiance en eux et négligent leurs obli-

gations personnelles.

Par contre, les alcooliques (N:25) ayant une longue période de sobriété (trois ans et plus) sont chaleureux, sociables, responsables. Au fur et à mesure que s'allonge la période de sobriété, ils ressentent moins de culpabilité, retiennent moins de tension et développent un meilleur contrôle de soi.

Ces résultats suggèrent une théorie du soi en fonction de la période de sobriété. Il semblerait alors que le concept de soi qui est négatif durant les premiers mois évolue graduellement vers un concept de soi positif.

Il est cependant important de considérer le fait que White utilise deux groupes de sujets différents. Ce changement du concept de soi est constaté en comparant les deux groupes l'un par rapport à l'autre et non en étudiant un même groupe de façon longitudinale. Il est peut-être bien de tempérer l'interprétation de ces résultats.

White et Porter (1966) s'interrogent à savoir si les alcooliques hospitalisés présentent des modifications dans leur concept de soi qui peuvent être reliées à l'intervalle de sobriété. Ils administrent le "Mc Kinney's Sentence Completion Blank" (MSCB) à 35 alcooliques, dont la durée moyenne de leur temps de sobriété est de 41 jours.

Les auteurs obtiennent une corrélation négative ($r: -.33$)

entre la durée de la période de sobriété et l'indice d'un concept de soi positif. Ils trouvent de plus une faible corrélation positive ($r: .24$) entre la durée de la période de sobriété et des réponses indiquant un soi régressé ou menacé. Il semble donc, d'après ces résultats, que plus l'alcoolique demeure en milieu thérapeutique et s'abstient d'alcool, plus il présente un concept de soi négatif.

Ces différentes recherches font ressortir l'importance de la période de sobriété au niveau du changement du concept de soi. Même si les vérifications expérimentales ne portent que sur des intervalles de trois mois ou de trois ans, il reste que les résultats sont assez significatifs pour suggérer une théorie du soi de l'alcoolique en fonction de la période de sobriété. Les auteurs s'entendent pour dire, qu'en début de cette période, le concept de soi de l'alcoolique est négatif; ce dernier diminue ensuite pendant un certain temps pour ensuite se restructurer et devenir positif.

La théorie de Dabrowski (1964) sur la désintégration positive est susceptible de nous fournir une des explications possibles de ce phénomène. En effet, Dabrowski conçoit que la personnalité croit à travers un instinct inné de développement par l'insatisfaction. Ainsi, la désintégration une fois résolue permet d'accéder à une intégration de niveau supérieur. Selon lui, la croissance n'opérerait pas sans d'abord une désintégration, de sorte que l'anxiété serait souvent

la condition sine qua non pour favoriser la croissance de la personnalité. Ainsi on pourrait inférer que les sujets ont "expérencé" des niveaux élevés de désintégration au début de la période de sobriété et que ce n'est qu'ultérieurement que la croissance positive aurait été possible.

Regardons maintenant les études sur le changement du concept de soi de l'alcoolique lors d'une intervention thérapeutique.

Ends et Page (1957) s'intéressent à déterminer laquelle de trois méthodes de psychothérapie est la plus valable pour amener un bon fonctionnement social parmi des alcooliques masculins hospitalisés.

Pour ce faire, ils administrent des "Q" Sorts à quatre groupes de traitement, totalisant un nombre de 63 sujets: le premier est basé sur la théorie "centrée sur le client" de Rogers; le deuxième a une approche analytique; le troisième est basé sur une méthode behaviorale d'apprentissage; enfin, le quatrième sert de groupe contrôle et comprend des discussions à caractère social. Le traitement, pour chacun des quatre groupes, est réparti sur une période de cinq semaines, à raison de trois séances par semaine. Ils étudient le changement en fonction du soi et du soi idéal, l'un indépendamment de l'autre et l'un par rapport à l'autre, en comparant les résultats pré et post test.

L'analyse des résultats indique une reconstruction du soi

($Q: .109$, $p < .10$) ainsi que du soi idéal ($Q: .185$, $p < .01$) dans le groupe centré sur le vécu du client, alors que le changement dans le groupe analytique, aussi positif, est amené par la modification du soi seulement. La thérapie "centrée sur le client" permet d'acquérir une perception de soi plus saine, de diminuer l'écart entre le soi et le soi-idéal et d'augmenter ainsi l'acceptation de soi. La thérapie analytique permet un changement positif unidirectionnel en ce sens que le soi se modifie en fonction du soi-idéal, qui lui reste stable.

La thérapie d'apprentissage se montre de peu d'utilité thérapeutique comparativement aux groupes précédents. Elle permet, en fait, un changement négatif du soi ($Q: -.089$), de même qu'au niveau du soi-idéal ($Q: -.017$), qui devient plus critique. Elle permet alors, selon Ends et Page, d'augmenter l'anxiété ou la dépression qui se traduit en une perte d'acceptation et d'estime de soi.

Le groupe contrôle, tout comme le groupe d'apprentissage entraîne des changements négatifs au niveau du soi ($Q: -.021$) et du soi-idéal ($Q: -.004$), les deux tendant à s'éloigner l'un de l'autre. Il en résulte finalement une détérioration graduelle de la personnalité. Ces données suggèrent que des groupes sans intervention thérapeutique n'apportent que très peu de changements positifs au niveau du concept de soi.

Ends et Page s'intéressaient principalement à comparer les

différentes approches quant à leur efficacité à modifier le concept de soi de l'alcoolique. Cette étude nous est cependant utile à obtenir des résultats valables concernant le changement à court terme (5 semaines) du concept de soi de l'alcoolique.

Gross (1971) s'intéresse à la possibilité de changement du concept de soi de l'alcoolique durant un programme de traitement d'une durée de 60 jours. Il administre le "Tennessee Self Concept Scale" (TSCS) à 60 alcooliques en début et en fin de traitement.

Les résultats indiquent que dix dimensions, à l'exception de la dimension soi social, se rapprochent du groupe normatif, indiquant ainsi un changement vers un concept de soi plus positif et plus sain. Parmi ces changements, neuf sont positifs et indiquent une augmentation des scores d'estime de soi totale ($t:1.17$), d'identité ($t:1.11$), de satisfaction ($t:.88$), de comportement ($t:1.01$), du soi physique ($t:3.28$, $P < .01$), du soi moral ($t:0.88$), du soi personnel ($t:2.34$, $p < .05$) et du soi familial ($t:0.50$). Les autres changements sont négatifs et indiquent une diminution des scores de critique de soi ($t:-.66$) et de variabilité ($t:-1.69$).

Les résultats indiquent une nette tendance vers un changement positif du concept de soi de l'alcoolique. Cependant l'absence d'un groupe contrôle nous empêche de cerner exactement la quantité de changement résultant du traitement.

Tomsovic (1976) tente de déterminer quel type de groupe thérapeutique, entre groupe ouvert et groupe fermé, influence le plus le concept de soi des alcooliques et leur comportement. Il entend par groupe ouvert, celui où l'introduction de nouveaux clients peut se faire tout au long du groupe, et par groupe fermé, celui qui n'admet aucun client après le commencement de la thérapie.

Tomsovic poursuit plus loin une étude faite antérieurement par Felde (1973). Ce dernier s'intéressait au faible profil des alcooliques et au changement possible à ce niveau durant une période de traitement de 90 jours. Il a administré le "Tennessee Self Concept Scale" (TSCS), en début et fin de traitement, à 35 sujets faisant partie d'un groupe de thérapie ouvert. Les résultats de cette recherche seront présentés simultanément à ceux de Tomsovic, celui-ci les utilisant dans sa recherche.

Tomsovic utilise le même instrument de mesure que Felde, soit le "Tennessee Self Concept Scale" et l'administre à 127 alcooliques faisant partie de groupes fermés. La passation se fait en début et en fin de traitement, un intervalle de 60 jours obligatoire séparant les deux passations. Les deux groupes ont des profils semblables au niveau de la forme et de l'élévation, ils sont donc considérés comme équivalents lors de la première passation.

Les résultats indiquent que le groupe fermé montre des chan-

gements significatifs dans presque toutes les dimensions du concept de soi étudiées, à l'exception du score de critique de soi ($t: -1.0$). Sur ces dix changements significatifs à .10, neuf sont positifs, indiquant une augmentation des scores d'identité ($t: 6.3$), de satisfaction ($t: 6.1$), de comportement ($t: 6.6$), du soi physique ($t: 7.3$), du soi moral ($t: 6.5$), du soi personnel ($t: 8.7$), du soi familial ($t: 4.6$), du soi social ($t: 4.0$) et enfin du score d'estime de soi totale ($t: 6.8$); le dixième est négatif, indiquant une diminution du score de variabilité ($t: -6.0$). Tous les changements du groupe fermé vont dans le sens d'un concept de soi positif.

Les résultats de Felde montrent que le groupe ouvert amène un changement positif significatif pour seulement une dimension du concept de soi, il s'agit du soi physique ($t: 6.1$), $p < .05$). D'autres changements positifs se produisent mais ils ne sont pas significatifs; il y a une augmentation des scores d'identité ($t: 3.3$), de satisfaction ($t: 3.4$), de comportement ($t: 1.9$), de soi personnel ($t: 2.5$), de soi moral ($t: 2.4$), de soi familial ($t: 4.3$) et de l'estime de soi totale ($t: 3.2$). Il y a aussi un autre changement constructif, il s'agit de la diminution du score de variabilité ($t: -2.0$). Le groupe ouvert démontre une tendance vers un changement positif du concept de soi mais elle n'est pas significative.

Il ressort donc que le groupe fermé semble supérieur au grou-

pe ouvert pour permettre un changement positif du concept de soi de l'alcoolique qui soit significatif.

Après examen de la littérature, on constate que toutes les recherches indiquent une possibilité de changement au niveau du concept de soi de l'alcoolique durant un traitement thérapeutique, soit à court terme (35 jours) ou à moyen terme (60 jours).

Hypothèse

En regard aux recherches déjà faites, nous posons l'hypothèse suivante:

il y aura un changement positif du concept de soi de l'alcoolique durant le traitement à court terme.

Dans les pages précédentes, nous avons brossé un tableau des principales caractéristiques du concept de soi de l'alcoolique; puis nous avons présenté les recherches concernant le changement du concept de soi de l'alcoolique durant la période de sobriété et durant un traitement thérapeutique. Nous avons terminé par la présentation de notre hypothèse de recherche.

Le chapitre suivant présente la description de l'expérience.

Chapitre III

Description de l'expérience

Le présent chapitre présente la méthodologie suivie afin de vérifier l'hypothèse précédemment énoncée concernant le changement du concept de soi de l'alcoolique. Nous parlerons plus précisément du milieu clinique choisi, de la population, de l'instrument de mesure et du déroulement de l'expérience.

Pour vérifier l'interrogation de notre recherche, nous choisissons d'étudier comme population les clients alcooliques du centre d'accueil Domrémy - Montréal¹. Avant de présenter les caractéristiques particulières de notre population, il s'avère important, pour une bonne compréhension de la recherche, de décrire brièvement le milieu d'intervention dans lequel elle s'est déroulée.

Le centre d'accueil Domrémy - Montréal offre un programme de réadaptation psycho-sociale pour toxicomanes. Il entend par "toxicomane", toute personne de 18 ans et plus, aux prises avec des problèmes d'alcool, de drogue et/ou de médicaments. Le traitement est accessible à une clientèle préalablement désintoxiquée: Domrémy - Montréal n'offre pas de services de désintoxication, ceux-ci étant maintenant assurés par les hôpitaux.

¹ Il convient de remercier le centre d'accueil Domrémy - Montréal pour l'excellence de sa collaboration.

Le centre d'accueil Domrémy - Montréal est en relation avec cinq cliniques externes Domrémy et de façon générale, toute demande d'admission à la résidence doit être acheminée par l'une d'elles. Les cliniques externes doivent faire l'inscription du client et fournir un dossier comprenant les renseignements suivants: l'histoire de la toxicomanie, l'état actuel de la consommation et l'unité d'intervention choisie. Le client est ensuite directement admis à l'unité d'intervention choisie ou son nom est inscrit sur une liste d'attente.

Le centre d'accueil Domrémy - Montréal comprend cinq unités d'intervention différentes: le dépannage, le réapprentissage, l'intervention spéciale, le désensibilisation I et le désensibilisation II. Il ne possède pas de critères très définis quant à l'orientation de la clientèle dans l'une ou l'autre des unités de traitement; elle se fait donc en fonction de la connaissance des différents traitements offerts et en fonction des besoins respectifs de chacun des clients.

Le centre d'accueil Domrémy - Montréal offre un milieu sécurisant où les clients bénéficient d'un service médical et d'un service de loisirs comprenant: sports, jeux récréatifs, télévision et bibliothèque. Durant leur séjour, les clients ne sont pas totalement coupés du monde extérieur; ils ont droit à des appels téléphoniques durant la semaine, à des visites les fins de semaines et à des sorties autorisées après un séjour de 11 jours consécutifs. L'accent est cependant mis sur l'implica-

tion dans le milieu interne par l'intermédiaire de laquelle on tente de promouvoir un mode de fonctionnement plus adéquat.

Pour les fins de la présente recherche trois unités sur cinq ont été choisies en raison du fait qu'elles étaient les seules à offrir un traitement thérapeutique intensif et à court terme (entre 20 et 30 jours). Il s'agit des unités "désensibilisation I, "intervention spéciale" et "désensibilisation II". En voici de façon sommaire les principaux objectifs et moyens d'intervention.

L'unité "désensibilisation I" est conçue pour répondre à des individus ayant développé une dépendance physique et psychologique à l'alcool ou aux drogues mineures. Par dépendance physique, on entend une modification des processus biochimiques entraînant un besoin du produit et un syndrome d'abstinence; par dépendance psychologique, on entend un besoin du produit pour obtenir un état de bien-être psychologique et conserver l'estime de soi pour fonctionner.

Le programme de cette unité comprend deux blocs principaux: la motivation à l'abstinence et la maîtrise de soi. L'objectif de motivation à l'abstinence se réalise à travers un programme d'information sur l'alcool et les drogues. Les principales activités sont les suivantes: conférences, films, discussions et hypnose (au besoin).

L'objectif de maîtrise de soi veut donner au toxicomane la chance d'entrer en contact avec sa puissance personnelle interne et d'apprendre à l'utiliser pour maîtriser les événements de sa vie. Cet objec-

tif se réalise à travers deux programmes complémentaires: relaxation et positivisme. Le programme de relaxation veut permettre le contrôle du stress, l'obtention d'états de bien-être et de détente profonde, la diminution et le contrôle du "craving" (besoin interne de boire); les activités suggérées sont les suivantes: relaxation, rétroaction biologique, imagerie mentale, hypnose. Le programme de positivisme veut permettre d'apprendre à penser, à agir et à vivre de façon constructive, de découvrir et d'utiliser ses ressources personnelles et de maîtriser l'auto-suggestion. Les activités se centrent autour de la pratique de l'auto-suggestion, de la clarification des qualités et forces personnelles et de l'expérimentation quotidienne du positivisme en pensée et en actes. Toutes les activités se font de façon générale en groupe.

L'unité "intervention spéciale" est conçue pour répondre à des toxicomanes en situation de crise, celle-ci étant définie comme une rupture d'équilibre qui rend impossible le fonctionnement habituel et qui est caractérisée par une diffusion de l'énergie, une incompréhension de la situation et un état de tension élevée.

La majeure partie de l'intervention se fait par des activités de groupe, l'entrevue individuelle étant utilisée comme un outil de synthèse et d'orientation personnelle. Les principales activités thérapeutiques sont les suivantes: entrevue individuelle, groupe de croissance, groupe de bilan, relaxation, activités physiques, groupe d'évaluation, observation et évaluation sur le vécu quotidien.

A un premier niveau, l'objectif est de diminuer la tension afin que le client puisse fonctionner et faire face à ses conflits. Ainsi le contenu des activités sera orienté de façon à permettre l'expression, soit par des techniques de support, de valorisation, de détente physique, soit par des techniques de renforcement, jusqu'à l'éclatement et le dé-foulement. A un second niveau, l'objectif recherché est l'identification du conflit à la source de l'état de crise. Le groupe de croissance permet cette exploration: il procède d'une approche basée sur la "Gestalt" thérapie et utilise principalement le niveau verbal, touche surtout aux aspects émotifs et fonctionne à partir d'exercices favorisant "l'insight" et la capacité de sentir son émotivité.

L'unité "désensibilisation II" s'adresse à une clientèle qui ne peut arrêter de boire et qui a besoin d'être coupée de son milieu de vie habituel et d'être soumise à un traitement intensif pour contrôler son habitude.

L'objectif principal de cette unité est de désensibiliser la personne à son besoin d'alcool en lui permettant d'identifier des insatisfactions et conflits personnels qui sont à la source de ce besoin et en l'amenant à y faire face d'une façon saine.

Les activités de l'unité sont les suivantes: entrevue individuelle (mise au point), thérapie de groupe, eutonie (sensibilisation à son corps et relaxation), groupe d'exploration de comportements et loisirs structurés.

L'essentiel de la démarche se fait en groupe et ce dernier tente de permettre à la personne de cerner les points suivants: motivation à s'impliquer dans un processus de croissance, acceptation réelle du problème d'alcool, prise de conscience de soi-même, de ses besoins réels, de ses conditions de vie et des possibilités de changer et de modifier son existence. Le groupe favorise l'expression de soi et encourage le développement de l'autonomie et de la prise en charge personnelle par des techniques de support et/ou de confrontation.

Ces trois groupes se distinguent les uns des autres en ce sens qu'ils rejoignent des étapes différentes dans le traitement de l'alcoolisme et offrent, par le fait même, des types d'intervention différents.

L'unité "désensibilisation I" touche surtout l'aspect motivationnel de la personne et utilise une approche behaviorale; l'unité "intervention spéciale" touche plutôt l'aspect compréhension du comportement et de la dynamique et utilise une approche analytique; l'unité "désensibilisation II" touche l'aspect identification des besoins et tensions et utilise une approche de confrontation visant le changement du comportement.

Cependant, ces trois groupes s'apparentent par le fait qu'ils cherchent tous à promouvoir l'autonomie, la prise en charge personnelle et un fonctionnement adéquat, sans recours à l'alcool.

Ayant en mémoire un aperçu du milieu clinique où se déroule l'expérimentation, nous allons maintenant décrire la population.

Population

La population se compose de tous les clients, hommes et femmes, admis en tant "qu'alcooliques" au centre d'accueil Domrémy - Montréal, entre le 1er juin et le 1er octobre 1978 et orientés dans l'une des trois unités de traitement choisies pour la présente recherche, soit les unités désensibilisation I, intervention spéciale et désensibilisation II. Le terme alcoolique doit s'appliquer à celui ou celle pour qui les boissons alcoolisées sont devenues sources de problèmes sanitaires, sociaux, économiques ou autre. Cela totalise un nombre de 135 clients dont l'âge varie entre 20 et 60 ans.

De ce groupe, 65 clients (55 hommes, 10 femmes) sont retenus, ceux-ci étant les seuls à avoir complété un séjour d'une durée variable de 20 à 30 jours. Etant donné le nombre restreint de femmes dans la population, l'influence possible de ce facteur sur les résultats ne sera pas envisagée. Le tableau 1 rapporte l'âge moyen et le temps de séjour moyen de chacun des trois groupes expérimentaux et de la population totale. Nous constatons que les différences ne sont pas importantes et que les trois groupes peuvent être considérés équivalents quant à ces variables.

Tableau I

Répartition des trois groupes suivant
l'âge et le temps de séjour

Groupe	N	Age	Temps de séjour
1	25	37.7	24.6
2	15	38.2	25.1
3	25	38	24.6
Total	65	38	24.7

1. Désensibilisation I
2. Intervention spéciale
3. Désensibilisation II

Mentionnons que ces trois groupes expérimentaux ont été choisis en raison du fait qu'ils étaient les seuls à offrir un traitement thérapeutique intensif et dont la durée se situait entre 20 et 30 jours.

Instrument

Le choix des mesures est un élément déterminant de la qualité d'une recherche. Aussi, dans les pages qui suivent, nous présentons l'instrument choisi et en justifions l'utilisation.

La littérature révèle que le concept de soi a été reconnu assez tardivement et qu'il est encore confiné à une réalité plus théorique qu'expérimentale. Il est donc difficile de trouver un instrument de mesure du concept de soi qui soit à la fois objectif et quantifiable.

Le "Tennessee Self Concept Scale" (TSCS) de Fitts (1965), dont on doit l'adaptation française à Toulouse (1965) et la validation de cette dernière à Lamarche (1968), a été construit de façon à répondre à ces exigences. Nous passons donc à la description de la forme "clinique et recherche" de ce dernier.

Le "Tennessee Self Concept Scale" mesure le concept de soi selon deux dimensions: un cadre de référence interne, mesurant trois niveaux de description de soi: l'identité, la satisfaction de soi et le comportement; et un cadre de référence externe, mesurant cinq régions du concept de soi: l'aspect physique, l'aspect moral-éthique, l'aspect personnel, l'aspect familial et l'aspect social. Ces deux dimensions se recoupent, de sorte qu'il y a, par exemple, des items qui mesurent la satisfaction par rapport au soi physique, au soi moral... etc. D'autre part, les cinq régions sont mesurées selon les trois niveaux.

Ce test consiste en un ensemble de 100 items descriptifs de soi, évalués sur une échelle de cinq points, selon que l'item décrit bien ou non l'image de soi. Dans la préparation de cet instrument, une compilation du maximum de descriptions possible attribuables au soi a-

vait d'abord été accumulée; on en a inféré un système phénoménologique pour en classer les items selon leur signification propre. Ce travail a donné lieu à une échelle bidimensionnelle, selon un schème 3 x 5, comportant 90 items jugés à l'unanimité comme étant formulés positivement (45 items) et négativement (45 items). A ceci, on a ajouté dix items tirés de l'échelle L (Lie) du "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" (MMPI), constituant l'échelle de critique de soi.

Nous définirons maintenant chacune des dimensions du concept de soi, celles-ci représentant autant de résultats au test.

La dimension "identité" est mesurée par 30 énoncés et correspond à la définition que la personne donne d'elle-même, c'est une définition conceptuelle de soi. La dimension "satisfaction de soi" correspond à comment la personne se sent par rapport à elle-même, c'est le degré d'acceptation de soi. La dimension "comportement" correspond à comment la personne perçoit sa façon d'agir, son fonctionnement dans différentes situations.

La somme de ces trois dimensions représente le score "Total Positif". Ce score est le plus important car il s'agit de l'indice global de l'estime de soi. Plus ce total est élevé, plus la personne a une image positive d'elle-même; plus il est bas, plus la personne a une représentation négative d'elle-même (score de 320 et moins).

La dimension "aspect physique" représente la vision positive ou négative que la personne a de son corps, de son état de santé, de son apparence physique, de ses habiletés motrices et de sa sexualité.

La dimension "aspect moral-éthique" nous donne une mesure de la conception de soi en fonction des schèmes de référence moraux ou éthiques; c'est le sentiment d'être une bonne ou une mauvaise personne, c'est le degré de satisfaction sur le plan religieux.

La dimension "aspect personnel" concerne l'évaluation de la personnalité, indépendamment du facteur corporel et des relations avec les gens. Elle réfère au sens de la valeur personnelle, au sentiment d'adéquacité comme personne, au soi personnel.

La dimension "aspect familial" correspond à la valeur qu'un individu s'accorde dans ses relations avec sa famille, ses amis, son cercle immédiat et intime; c'est le soi familial. Alors que la dimension "aspect social" correspond à la perception que la personne a de ses interrelations avec les gens en général; c'est le soi social.

La dimension critique de soi provient de dix items du "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" (MMPI) et est constituée d'affirmations que la plupart des gens admettent comme étant vraies pour eux-mêmes: les individus qui nient la plupart de ces affirmations sont trop défensifs et font un effort délibéré pour présenter une image favorable d'eux-mêmes. Ce score permet d'évaluer la capacité d'autocritique per-

sonnelle.

Le "Tennessee Self Concept Scale" fournit aussi d'autres types de résultats tels que: score de variabilité, score de distribution, score de conflit vrai/faux, score de conflit net, score de conflit total. Ces différentes mesures permettent de contrôler la valeur des résultats et leur consistance d'une région à une autre. Il comprend aussi six échelles empiriques au moyen desquelles il peut différencier des groupes particuliers de sujets. Elles constituent un indice appréciable de l'intégration de la personnalité.

Ces dernières mesures sont mises de côté dans certaines recherches (Gross, 1971; Gross et Alder, 1970; Tomsovic, 1976; Vanderpool, 1968) et sont pour cette raison brièvement présentées. Pour notre expérimentation, nous avons fait de même, en nous limitant aux mesures directes du concept de soi: l'identité, la satisfaction de soi, le comportement, le soi physique, le soi moral-éthique, le soi personnel, le soi familial, le soi social, l'estime de soi et la critique de soi.

La description de tous ces scores mérite au "Tennessee Self Concept Scale" de Fitts (1965) d'être reconnu comme un instrument de mesure du concept de soi fort différencié. Nous allons maintenant présenter successivement la validité et la fidélité de la version anglaise, puis de la version française de l'instrument.

Validité et Fidélité de la version anglaise

Fitts (1965) aborde le problème de la validité sous quatre angles différents mais complémentaires: la validité de contenu, la validité de discrimination, les études de corrélations entre l'échelle du concept de soi et d'autres mesures de la personnalité et la validité prédictive.

La validité de contenu a été obtenue grâce au processus de choix des items: il retient uniquement les items sur lesquels les juges s'entendent. Ce type de choix assure une validité au schème de classification des items.

Pour la validité de discrimination, Fitts indique que les résultats de l'échelle permettent de distinguer les patients des non-patients, de décrire le profil de trois groupes de patients (schizophrènes, dépressifs, instables) et finalement d'étudier le concept de soi de personnes en bonne santé mentale.

Les études de corrélation entre l'échelle du concept de soi et des tests de personnalité tels que le "Minnesota Multiphasic Personality Inventory", le "Edwards Personal Preference Schedule", le "California F Scale", le test d'anxiété de Taylor, ont toujours produit des résultats satisfaisants explicables et qui indiquaient que cette mesure n'est pas une répétition des autres tests.

Pour la validité prédictive, une étude de Ashcraft et Fitts

(1964) démontre que l'échelle du concept de soi permet de prédire les changements qui se produisent en psychothérapie: sur 1,110 changements individuels prévus, 765 se sont avérés exacts.

La fidélité de l'instrument a été établie à l'aide d'un groupe de 60 étudiants de niveau collégial. Par la méthode "test-retest", on a démontré que les corrélations entre les résultats varient de .60 (pour la variabilité des lignes, celle-ci résume les divergences de perception entre les aspects du schème de référence interne) à .92 (pour l'estime de soi).

Validité et fidélité de la version française

L'échelle du concept de soi a d'abord été traduite par Toulouse (1965). Puis quatre juges ont évalué la qualité de la traduction et classé les énoncés dans les catégories utilisées par Fitts (1965). Leur classement s'est avéré le même que celui de Fitts dans 92.6% des cas. En ce qui concerne la traduction, les items sur lesquels les juges avaient trouvé la traduction douteuse ont été modifiés.

Pour établir la validité, Toulouse (1965) fait trois séries d'études: l'analyse de la structure du questionnaire, l'analyse de la validité de contenu et l'analyse de discrimination entre les groupes.

Dans un premier temps, Toulouse a étudié la structure factorielle de la version française, c'est-à-dire, l'analyse factorielle des questions 1 à 90. Il obtient 18 facteurs qui expliquent 55% de la variance et qui confirment la structure globale proposée par Fitts.

Dans un deuxième temps, Toulouse a fait une analyse factorielle à partir des résultats de l'échelle. Les résultats indiquent la présence de trois facteurs qui expliquent 70% de la variance. Le premier facteur regroupe tous les aspects reliés à l'estime de soi, le deuxième regroupe les résultats de conflit et de variabilité, le troisième regroupe les résultats reliés à la façon de répondre à l'échelle. A partir de ces résultats, il regroupe les divers scores de l'échelle du concept de soi à quatre: estime de soi, inconsistance dans les réponses, tendance à se survaloriser ou à se dévaloriser, échelles pathologiques.

Pour étudier l'instrument plus à fond, il a vérifié sa capacité de discriminer entre des groupes à pathologies différentes. Toulouse obtient des résultats semblables à ceux de Fitts (1965). Les résultats sont conformes à ceux prévus théoriquement: les dépressifs ont une image de soi très négative et les paranoïaques tendent à se présenter sous un jour favorable, étant peu critiques à leur égard.

La fidélité de l'instrument a été étudiée à l'aide de la méthode "test-retest"; les sujets étaient des finissants du cours classique et de l'école normale (N:92, âge moyen : 20.48). Les coefficients de corrélation obtenus sont dans l'ensemble assez élevés pour que l'on affirme que l'instrument est fidèle (.565 pour la dimension personnalité intégrée à .912 pour la dimension estime de soi).

"Le Tennessee Self Concept Scale" répond ainsi aux exigences de la mesure du concept de soi par une validité et une fidélité éprouvées; il rend compte de la multidimensionalité du concept de soi; il est accessible à une population française. Ces qualités ont donc déterminé l'utilisation du "Tennessee Self Concept Scale" (TSCS) pour la présente recherche.

Déroulement de l'expérience

L'expérimentation comme telle comprend deux étapes: une première passation du "Tennessee Self Concept Scale" en début de traitement et une seconde passation en fin de traitement, un intervalle de 20 à 30 jours séparant les deux passations; c'est la méthode "test-retest".

La première passation a lieu, pour chacun des sujets, lors de l'arrivée dans leur unité de traitement. Les sujets sont tous, à ce moment-là, en état de sobriété et en bon état physique, leur période de sevrage étant terminée.

La passation se fait de façon individuelle ou collective dans un local destiné à cet effet. Les directives à suivre étant celles incluses avec le test, elles sont remises à chacun en même temps que le questionnaire et sont lues à haute voix par l'expérimentateur.

La seconde passation se déroule exactement dans les mêmes conditions et cela à la fin du traitement respectif de chacun des clients.

Dans le but de sécuriser les sujets et de les amener à répondre de façon véridique, nous précisons au préalable, que les questionnaires servent uniquement pour des fins de recherche et qu'ils ne sont pas intégrés dans leur dossier clinique (voir questionnaire en appendice A).

Dans ce troisième chapitre, nous avons présenté le plan détaillé du schème expérimental de notre recherche, celui-ci nous permettant de recueillir les données nécessaires à la vérification de notre hypothèse de travail. Une dernière étape, celle de la présentation et de l'analyse des résultats, fait l'objet du chapitre dernier.

Chapitre IV

Analyse des résultats

Communiquer les résultats obtenus lors de cette recherche et les interpréter, tel est le but du présent chapitre. Avant de présenter les résultats proprement dits, il est nécessaire de rappeler brièvement les méthodes employées dans l'analyse.

Méthodes d'analyse

Deux méthodes d'analyse sont employées afin de vérifier l'hypothèse de recherche: dans un premier temps, un test de signification "t" permet de déterminer si les différences pré-post test sont significatives pour chacune des neuf dimensions du concept de soi, ceci dans le but de vérifier si le changement du concept de soi découle de toutes ses dimensions ou de seulement certaines en particulier; dans un deuxième temps une analyse de variance permet de déterminer si la variable "type de traitement" a une influence sur le changement du concept de soi (différence pré-post test) en ce sens que la différence significative globale peut provenir d'un seul type de traitement, d'où l'importance de contrôler l'interaction.

Le niveau de signification retenu pour considérer les différences significatives est de .01.

Résultats

Le but de cette étude est de vérifier s'il y a un changement positif du concept de soi de l'alcoolique durant le traitement à court terme (20 à 30 jours) offert à la clinique Domrémy - Montréal. L'analyse des résultats, telle que présentée dans le tableau 2, permet de répondre à cette interrogation.

Dans un premier temps, il est possible de constater que le score d'estime de soi totale (dimension représentant le concept de soi global) est de 300.21 lors du pré-test. Il indique un concept de soi négatif, ce score étant effectivement inférieur à 320, indice d'un concept de soi négatif, tel que présenté antérieurement au troisième chapitre. La population alcoolique choisie est donc elle aussi caractérisée par un concept de soi négatif.

Dans un deuxième temps, le test de signification "t" indique des différences significatives pour chacune des neuf dimensions du concept de soi. Ces changements se sont tous effectués dans le sens d'une amélioration. En effet, il y a une diminution significative du score critique de soi ($t: 2.60, p < .01$) et une augmentation significative des scores identité ($t: -6.09, p < .01$), satisfaction ($t: -.55, p < .01$), comportement ($t: -5.06, p < .01$), soi physique ($t: -6.8, p < .01$), soi moral ($t: -6.07, p < .01$), soi personnel ($t: -6.16, p < .01$), soi familial ($t: -3.92, p < .01$), soi social ($t: -3.71, p < .01$).

Tableau 2

Différences pré-post test sur les neuf dimensions du concept de soi pour la population totale (N = 65)

Dimensions	Pré	Post	Différence	"t"
Critique de soi	33.92	32.06	1.86	2.60*
Identité	108.98	120.50	-11.52	-6.09*
Satisfaction	91.43	103.26	-11.83	-5.77*
Comportement	99.8	110.04	-10.24	-5.06*
Soi physique	59.95	68.92	- 8.96	-6.08*
Soi moral	59.95	66.44	- 6.49	-6.07*
Soi personnel	57.98	66.64	- 8.66	-6.16*
Soi familial	59.11	63.81	- 4.70	-3.92*
Soi social	63.21	67.98	- 4.76	-3.71*
Estime de soi totale	300.21	333.81	-33.06	-6.16*

* $p < .01$

Ainsi l'augmentation significative du score d'estime de soi totale ($t: -6.16, p < .01$) résulte du changement de toutes les dimensions du concept de soi. Ce changement du score d'estime de soi indique donc une modification positive au niveau du concept de soi global.

Il est donc possible de conclure que le concept de soi de

l'alcoolique s'est modifié de façon positive durant le traitement offert à la clinique Domrémy - Montréal.

Dans un troisième temps, l'analyse de variance permet de déterminer que la différence significative d'estime de soi totale ($t:-6.16$, $p<.01$) n'est aucunement influencée par le type de traitement donné. En effet, le tableau 3 présente pour la variable "type de traitement" un F de 1.83 non significatif. Ainsi le fait d'avoir utilisé trois types d'intervention différents n'affecte en rien le changement de la dimension "estime de soi totale". L'analyse de variance indique en plus pour la variable "différence pré-post test" un F de 36.54 significatif à .01 suggérant une influence du traitement en général sur le changement de la dimension "estime de soi totale". De plus, les analyses de variance pour chacune des neuf dimensions du concept de soi vont dans le même sens (voir appendice B).

Ces résultats confirment l'hypothèse présentée et nous terminons en concluant que le traitement offert à la clinique Domrémy - Montréal permet à l'alcoolique de changer de façon positive son concept de soi.

Interprétation des résultats

L'interprétation des résultats porte sur l'effet d'un traitement à court terme sur le concept de soi de l'alcoolique.

Tableau 3

Analyse de la variance pour les trois types de traitement
sur la différence pré-post test
de la dimension estime de soi

Source de variation	Degré de liberté	Carré moyen	F
Interindividuelle			
Type de traitement (T)	2	5564.71	1.83
Erreur	62	3028.52	
Intra-individuelle			
Différence pré-post test (D)	1	33909.33	36.54*
T x D	2	2147.16	2.31
Erreur	62	927.94	

*p < .01

Notre hypothèse voulait que le concept de soi de l'alcoolique change de façon positive durant la période de traitement à Dontréal - Montréal. Les données relatives aux différences de moyennes ne laissent aucun doute concernant le changement positif du concept de soi de l'alcoolique durant le traitement; de plus, les analyses de variance suggèrent l'influence du traitement en général sur le changement positif

du concept de soi de l'alcoolique.

La vérification de l'hypothèse a donc permis d'avancer que le traitement, tel qu'offert à Domrémy - Montréal entraîne une modification positive du concept de soi de l'alcoolique. Cette conclusion est en accord avec celles émises dans la revue de littérature quant au changement du concept de soi de l'alcoolique durant un traitement. En effet, les études de Ends et Page (1957), Gross (1971), Tomsovic (1976), font clairement ressortir la possibilité d'un changement positif du concept de soi de l'alcoolique durant un traitement thérapeutique.

La limite essentielle de la recherche vient de l'absence d'un groupe contrôle. Cette limite nous empêche alors de déterminer précisément si le changement du concept de soi est dû au traitement comme tel, au milieu lui-même ou au fait d'être sobre. Il est de plus impossible de préciser si le changement résulte du traitement ou de l'influence du temps. Il faut cependant mentionner que le but de l'étude est de vérifier l'impact du traitement en général sur le changement du concept de soi de l'alcoolique.

Cependant, il est possible en référence aux études présentées antérieurement sur le changement du concept de soi de l'alcoolique d'émettre des hypothèses quant à la présence d'un groupe contrôle.

Dans un premier temps, nous étudierons la possibilité d'avoir un groupe contrôle extérieur au traitement, c'est-à-dire un groupe de

sujets étant, soit sur une liste d'attente ou participant à un groupe de support. Les études de White (1965) et White et Gafer (1965) nous fournissent des renseignements pertinents à ce sujet.

Elles indiquent la présence d'un concept de soi négatif chez l'alcoolique durant au moins les trois premiers mois d'abstinence. Nous pourrions alors nous attendre, étant donné que la période de contrôle coïncide avec celle de sobriété récente, à ce que le concept de soi de l'alcoolique demeure négatif tout au long de la procédure expérimentale.

Dans un deuxième temps, nous regarderons la possibilité d'avoir un groupe contrôle à l'intérieur même du milieu d'intervention, c'est-à-dire un groupe de sujets ne bénéficiant pas d'intervention thérapeutique. L'étude de White et Porter (1966) fait clairement ressortir que plus l'alcoolique demeure en milieu thérapeutique en s'abstenant d'alcool, plus il présente un concept de soi négatif. Ainsi en supposant la présence d'un groupe contrôle à l'intérieur de la clinique Domrémy - Montréal, nous pourrions nous attendre à ce que le concept de soi de l'alcoolique, qui est négatif à l'arrivée, diminue progressivement vers une position encore plus négative.

L'étude de Ends et Page (1957) nous apporte des conclusions semblables et va même jusqu'à prétendre que tout groupe sans intervention thérapeutique n'apporte que très peu de changements positifs au niveau du concept de soi. En effet, leur étude démontre que les groupes

contrôle et d'apprentissage entraînent tous deux une diminution du concept de soi de l'alcoolique, une augmentation de l'anxiété ou de la dépression qui se traduit par une perte d'acceptation de soi et d'estime de soi. Selon eux, il résulte finalement de ces groupes une détérioration graduelle de la personnalité.

Nous aurions aimé avoir un groupe contrôle mais ceci s'est avéré impossible pour diverses raisons: aucune liste d'attente valable (temps d'attente inférieur à cinq jours); impossibilité de trouver un groupe d'alcooliques durant leur premier mois de sobriété contrôlée et ne subissant pas une influence quelconque.

Cependant si nous en avions eu un, nous aurions pu nous attendre à ce que les gens du groupe contrôle aient une diminution de leur concept de soi. En effet, les études présentées dans les pages précédentes font ressortir de façon évidente que le fait d'être sobre et sans traitement a un impact négatif sur le concept de soi de l'alcoolique. Ainsi, nous pourrions croire que les facteurs "milieu lui-même" et "temps de passage" n'entraîneraient probablement pas une augmentation du concept de soi de l'alcoolique. Par contre, il est évident que l'absence de groupe contrôle ne permet pas d'évaluer l'effet possible des phénomènes d'apprentissage et de régression.

Toutefois nous nous croyons justifiée de conclure que le changement positif du concept de soi de l'alcoolique est lié au traitement

offert à Domrémy - Montréal. Nous retenons quand même que l'absence de groupe contrôle enlève au degré de certitude sans toutefois infirmer l'hypothèse.

Dans ce dernier chapitre, nous avons présenté et analysé les résultats de notre étude. Nous avons confirmé l'hypothèse de recherche, à savoir qu'il y a eu un changement positif et significatif ($t: -6.16$, $p < .01$) du concept de soi de l'alcoolique durant le traitement de 20 à 30 jours à la clinique Domrémy - Montréal. Nous avons discuté de la limite principale de la recherche, l'absence d'un groupe contrôle, celle-ci n'invalidant cependant pas les résultats obtenus.

Résumé et conclusion

Dans cette recherche, nous avons étudié le changement du concept de soi de l'alcoolique durant un traitement thérapeutique à court terme. Nous avons formulé l'hypothèse suivante, à savoir, qu'il y aura un changement positif du concept de soi de l'alcoolique durant le traitement offert à la clinique Domrémy - Montréal.

Un regard sur la littérature nous a révélé que le concept de soi tient une place centrale au niveau de la personnalité et un rôle primordial comme déterminant du comportement. Au niveau de la littérature sur l'alcoolisme, nous avons constaté qu'il existe une relation importante entre un concept de soi négatif et une tendance à l'alcoolisme, impliquant un changement du concept de soi pour modifier le comportement consommatoire. Les études sur le changement du concept de soi nous ont informée des possibilités de changement du concept de soi de l'alcoolique en période de sobriété et durant un traitement thérapeutique.

Dans la présente, nous avons voulu vérifier ce changement du concept de soi de l'alcoolique en fonction d'un traitement bien défini, celui de Domrémy - Montréal.

Notre étude a porté sur 65 clients, admis en tant qu'alcoolique.

ques à la clinique Domrémy - Montréal. Ils étaient répartis dans trois groupes d'intervention différents, mais leur temps de traitement se situait pour chacun entre 20 et 30 jours. Le "Tennessee Self Concept Scale" (TSCS) a été administré à chacun de ces sujets avant et après le traitement. L'hypothèse a été vérifiée statistiquement par un test de signification "t" et une analyse de variance.

L'hypothèse de recherche a été confirmée: nous avons trouvé un changement positif du concept de soi de l'alcoolique durant le traitement à Domrémy - Montréal; ce changement était significatif à .01 et était lié au traitement en général.

La limite essentielle de la recherche s'est avérée être l'absence de groupe contrôle. Cependant, en référence à la littérature, il semble que le fait d'être sobre et sans traitement entraîne une détérioration du concept de soi de l'alcoolique. Toutefois, il est impossible d'évaluer l'effet possible des phénomènes d'apprentissage et de régression. Ainsi l'absence de groupe contrôle enlève donc au degré de certitude mais n'invalide par les résultats obtenus.

Cette étude nous a conduit à certaines réflexions qui pourraient être approfondies dans des recherches futures.

Nous croyons qu'il serait intéressant d'analyser le changement du concept de soi de l'alcoolique après le traitement, à différents intervalles. Il s'agirait en fait d'une étude de "follow-up", permet-

tant de suivre l'évolution ultérieure du concept de soi.

Dans le même sens, il serait intéressant pour la clinique Domrémy - Montréal de vérifier s'il existe des différences dans le changement ultérieur du concept de soi pour les alcooliques poursuivant le traitement en clinique externe et ceux cessant après leur séjour en interne.

Au niveau du domaine de l'intervention, il serait pertinent de faire une étude qualitative du changement du concept de soi de l'alcoolique, afin de vérifier si des types d'intervention différents, même s'ils produisent tous un changement positif du concept de soi, touchent davantage certaines dimensions du concept de soi.

Appendice A
Epreuve expérimentale

Directives

Inscrivez votre nom, votre âge sur la première ligne de la feuille de réponses. Ecrivez vos réponses sur les feuilles de réponses. N'écrivez pas dans le questionnaire.

Les énoncés que nous vous proposons ont pour but de vous aider à vous décrire tel que vous êtes selon vous. Veuillez répondre comme vous le feriez si vous vous parliez à vous-même.

Répondez à tous les items. Lisez chaque énoncé attentivement, puis choisissez parmi les cinq (5) réponses données au bas de la page, celle qui vous convient le mieux. Sur votre feuille de réponses, tracez un cercle autour de la réponse de votre choix.

N'oubliez pas de tracer un cercle autour de la réponse de votre choix. Il faut répondre à tous les items.

Réponses:	Complètement faux	Surtout faux	Partiellement vrai et partiellement faux	Surtout vrai	Complètement vrai
	1	2	3	4	5

	Numéro de l'item
1- J'ai un corps sain -----	1
2- J'aime paraître toujours "bien mis" et propre -----	2
3- Je suis une personne attrayante -----	3
5- Je me considère comme une personne négligée -----	5
23- Je suis une mauvaise personne -----	23
19- Je suis une personne bien (Je suis "quelqu'un de bien")-----	19
41- Je suis une personne sans importance (je suis nul(le))-----	41
21- Je suis une personne honnête -----	21
59- Mes amis ne me font pas confiance -----	59
77- Ce que les autres font ne m'intéresse pas -----	77
91- Je ne dis pas toujours la vérité -----	91
37- Je suis une personne gaie -----	37
55- Je suis membre d'une famille qui m'aiderait toujours dans n'importe quelle difficulté -----	55
39- Je suis une personne calme et peu compliquée (il est facile de s'entendre avec moi) -----	39
4- J'ai beaucoup de malaises physiques et de courbatures -----	4
6- Je suis une personne malade -----	6
57- Je suis membre d'une famille heureuse -----	57
22- Je ne suis pas une personne de bonnes moeurs -----	22

Réponses:	Complètement faux	Surtout faux	Partiellement vrai et partiellement faux	Surtout vrai	Complètement vrai
	1	2	3	4	5

	Numéro de l'item
40- Je suis une personne détestable -----	40
73- Je suis une personne sympathique, amicale -----	73
42- Je perds la raison -----	42
93- Parfois, il m'arrive de me mettre en colère -----	93
75- Je suis populaire auprès des hommes -----	75
20- Je suis une personne religieuse, pieuse -----	20
24- Je suis une personne faible moralement -----	24
38- J'ai une grande maîtrise de moi-même -----	38
58- Je ne suis pas aimé(e) des membres de ma famille -----	58
74- Je suis populaire auprès des femmes -----	74
56- Je suis une personne importante aux yeux de mes amis et de ma famille -----	56
60- J'ai l'impression que ma famille n'a pas confiance en moi -----	60
76- J'en veux à tout le monde -----	76
78- Je suis une personne avec qui il est difficile d'avoir un contact amical -----	78
92- De temps en temps, je pense à des choses trop laides pour en parler -----	92
7- Je suis ni trop gras(se) ni trop maigre -----	7
25- Je suis satisfait(e) de mon comportement moral -----	25

Réponses:	Complètement faux	Surtout faux	Partiellement vrai et partiellement faux	Surtout vrai	Complètement vrai
	1	2	3	4	5

	Numéro de l'item				
11- J'aimerais changer certaines parties de mon corps -----	11				
9- J'aime mon apparence physique comme elle est -----	9				
29- Je devrais aller à l'église plus souvent -----	29				
47- Je me méprise -----	47				
43- Je suis satisfait(e) d'être précisément ce que je suis -----	43				
61- Je suis satisfait(e) des relations que j'ai avec ma famille -----	61				
65- Je devrais avoir plus confiance en ma famille -----	65				
83- Je n'ai aucune habileté au point de vue social -----	83				
94- Parfois, lorsque je ne me sens pas bien, je suis de mauvaise humeur -----	94				
45- Je suis aussi gentil(le) que je devrais l'être -----	45				
63- Je comprends ma famille aussi bien que je le devrais -----	63				
10- Je ne me sens pas aussi bien que je le devrais -----	10				
79- Je suis aussi sociable que je veux l'être -----	79				
12- Je devrais avoir plus de "sex-appeal" -----	12				
28- J'aimerais être plus digne de confiance -----	28				
46- Je ne suis pas la personne que je voudrais être -----	46				
81- J'essaie de plaire aux autres sans cependant exagérer -----	81				
8- Je suis ni trop grand(e) ni trop petit(e) -----	8				
30- Je ne devrais pas mentir aussi souvent que je le fais -----	30				
Réponses: Complètement Surtout Partiellement Surtout Complètement					
	faux	faux	vrai et partiellement faux	vrai	vrai
	1	2	3	4	5

	Numéro de l'item				
95- Je n'aime pas toutes les personnes que je connais -----					95
26- Je suis aussi religieux(se) que je veux l'être -----					26
44- J'ai la réplique aussi facile que je veux l'avoir -----					44
48- J'aimerais ne pas lâcher aussi facilement que je le fais -----					48
64- Je suis trop sensible aux remarques de ma famille -----					64
62- Je traite mes parents aussi bien que je le devrais (lire au passé si les parents sont décédés) -----					62
80- Je suis satisfait(e) de ma façon d'agir avec les amis, les autres en général -----					80
66- Je devrais aimer ma famille davantage -----					66
13- Je prends bien soin de ma santé physique -----					13
82- Je devrais être plus poli(e) envers les gens -----					82
97- De temps à autre, je ris d'une farce grivoise -----					97
15- J'essaie de soigner mon apparence physique -----					15
31- Dans ma vie de tous les jours, je suis fidèle à ma religion -----					31
17- J'agis souvent comme si j'avais les mains "pleines de pouces" (de façon malhabile, maladroitement) -----					17
35- Il m'arrive parfois de très mal agir (d'agir d'une façon très peu recommandable) -----					35
33- J'essaie de changer lorsque je constate que j'agis mal -----					33
49- Quelle que soit la situation, je peux toujours me tirer d'affaire -----					49
Réponses:	Complètement faux	Surtout faux	Partiellement vrai et partiellement faux	Surtout vrai	Complètement vrai
	1	2	3	4	5

	Numéro de l'item
53- Je fais des choses sans d'abord y avoir réfléchi -----	53
71- Je cède à mes parents (lire au passé si les parents sont décédés) -----	71
67- J'essaie de jouer franc jeu avec ma famille et mes amis ----	67
89- Je ne pardonne pas facilement -----	89
96- Il m'arrive parfois de commérer un peu -----	96
69- Je m'intéresse sincèrement à ma famille -----	69
87- Je m'entends bien avec les gens -----	87
18- Je dors mal (j'ai de la difficulté à dormir) -----	18
34- J'emploie quelquefois des moyens malhonnêtes pour avancer --	34
85- J'essaie de comprendre le point de vue de mon interlocuteur-	85
16- Je ne suis pas "bon" dans les sports et les jeux -----	16
51- J'accepte des reproches sans me mettre en colère -----	51
32- La plupart du temps, je fais ce qui est bien -----	32
36- J'éprouve de la difficulté à faire ce qui est bien -----	36
52- Je change souvent d'idée -----	52
98- Il y a des moments où j'ai envie de sacrer -----	98
14- Je me sens presque toujours en bon état physique -----	14
50- Je résous mes problèmes assez facilement-----	50

Réponses:	Complètement faux	Surtout faux	Partiellement vrai et partiellement faux	Surtout vrai	Complètement vrai
	1	2	3	4	5

	Numéro de l'item
54- J'essaie de fuir mes problèmes -----	54
70- Je me querelle avec ma famille -----	70
88- Je ne me sens pas à l'aise avec les autres -----	88
68- A la maison, je fais ma part du travail -----	68
86- Je trouve des qualités à toutes les personnes que je rencontre -----	86
72- Je ne me comporte pas comme ma famille pense que je le devrais -----	72
27- Je suis satisfait (e) de ma relation avec Dieu -----	27
90- J'éprouve de la difficulté à converser avec des étrangers ----	90
99- Au jeu, j'aime mieux gagner que perdre -----	99
100- De temps en temps, il m'arrive de remettre au lendemain ce que je devrais faire le jour même -----	100
84- Il faudrait que je m'entende mieux avec les gens -----	84

Réponses:	Complètement faux	Surtout faux	Partiellement vrai et partiellement faux	Surtout vrai	Complètement vrai
	1	2	3	4	5

No de l'item	Pages 5 et 6	No de l'item	Pages 3 et 4	No de l'item	Pages 1 et 2	NOM
<u>31</u>	1 2 3 4 5	7	1 2 3 4 5	1	1 2 3 4 5	
<u>17</u>	5 4 3 2 1	25	1 2 3 4 5	2	1 2 3 4 5	
<u>35</u>	5 4 3 2 1	<u>11</u>	5 4 3 2 1	3	1 2 3 4 5	
<u>33</u>	1 2 3 4 5	9	1 2 3 4 5	<u>5</u>	5 4 3 2 1	
<u>49</u>	1 2 3 4 5	<u>29</u>	5 4 3 2 1	<u>23</u>	5 4 3 2 1	
<u>53</u>	5 4 3 2 1	<u>47</u>	5 4 3 2 1	<u>19</u>	1 2 3 4 5	
<u>71</u>	5 4 3 2 1	<u>43</u>	1 2 3 4 5	<u>41</u>	5 4 3 2 1	
<u>67</u>	1 2 3 4 5	61	1 2 3 4 5	<u>21</u>	1 2 3 4 5	
<u>89</u>	5 4 3 2 1	<u>65</u>	5 4 3 2 1	<u>59</u>	5 4 3 2 1	
<u>26</u>	1 2 3 4 5	<u>82</u>	5 4 3 2 1	<u>77</u>	5 4 3 2 1	
<u>69</u>	1 2 3 4 5	<u>94</u>	1 2 3 4 5	<u>91</u>	1 2 3 4 5	
<u>87</u>	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5	37	1 2 3 4 5	
<u>18</u>	5 4 3 2 1	63	1 2 3 4 5	55	1 2 3 4 5	
<u>34</u>	5 4 3 2 1	<u>10</u>	5 4 3 2 1	39	1 2 3 4 5	
<u>85</u>	1 2 3 4 5	<u>79</u>	1 2 3 4 5	4	5 4 3 2 1	
<u>16</u>	5 4 3 2 1	<u>12</u>	5 4 3 2 1	6	5 4 3 2 1	
<u>51</u>	1 2 3 4 5	<u>28</u>	5 4 3 2 1	<u>57</u>	1 2 3 4 5	
<u>32</u>	1 2 3 4 5	<u>46</u>	5 4 3 2 1	<u>22</u>	5 4 3 2 1	
<u>36</u>	5 4 3 2 1	81	1 2 3 4 5	<u>40</u>	5 4 3 2 1	
<u>52</u>	5 4 3 2 1	8	1 2 3 4 5	<u>73</u>	1 2 3 4 5	
<u>98</u>	1 2 3 4 5	<u>30</u>	5 4 3 2 1	<u>42</u>	5 4 3 2 1	
14	1 2 3 4 5	<u>95</u>	1 2 3 4 5	<u>93</u>	1 2 3 4 5	
50	1 2 3 4 5	26	1 2 3 4 5	75	1 2 3 4 5	
<u>54</u>	5 4 3 2 1	44	1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5	
<u>70</u>	5 4 3 2 1	48	5 4 3 2 1	<u>24</u>	5 4 3 2 1	
<u>88</u>	5 4 3 2 1	<u>64</u>	5 4 3 2 1	<u>38</u>	1 2 3 4 5	
<u>68</u>	1 2 3 4 5	<u>62</u>	1 2 3 4 5	<u>58</u>	5 4 3 2 1	
<u>86</u>	1 2 3 4 5	80	1 2 3 4 5	<u>74</u>	1 2 3 4 5	
<u>72</u>	5 4 3 2 1	<u>66</u>	5 4 3 2 1	56	1 2 3 4 5	
<u>27</u>	1 2 3 4 5	<u>43</u>	1 2 3 4 5	<u>60</u>	5 4 3 2 1	
<u>20</u>	5 4 3 2 1	<u>82</u>	5 4 3 2 1	<u>76</u>	5 4 3 2 1	
<u>99</u>	1 2 3 4 5	<u>97</u>	1 2 3 4 5	<u>78</u>	5 4 3 2 1	
100	1 2 3 4 5	15	1 2 3 4 5	<u>92</u>	1 2 3 4 5	
<u>84</u>	5 4 3 2 1					

Appendice B
Résultats complémentaires

Tableau 4

Analyse de la variance pour les trois types de traitement
sur la différence pré-post test de la
dimension critique de soi

Source de variation	Degré de liberté	Carré moyen	F
Interindividuelle			
Type de traitement (T)	2	124.75	1.62
Erreur	62	79.90	
Intra-individuelle			
Différence pré-post test (D)	1	102.37	6.23*
T x D	2	22.77	1.38
Erreur	62	16.40	

*p < .01

Tableau 5

Analyse de la variance pour les trois types de traitement
sur la différence pré-post test de la
dimension identité

Source de variation	Degré de liberté	Carré moyen	F
Interindividuelle			
Type de traitement (T)	2	783.42	2.79
Erreur	62	280.55	
Intra-individuelle			
Différence pré-post test (D)	1	3900.82	35.03*
T x D	2	267.68	2.40
Erreur	62	111.33	

*p < .01

Tableau 6

Analyse de la variance pour les trois types de traitement
sur la différence pré-post test de la
dimension satisfaction de soi

Source de variation	Degré de liberté	Carré moyen	F
Interindividuelle			
Type de traitement (T)	2	616.32	1.33
Erreur	62	461.84	
Intra-individuelle			
Différence pré-post test (D)	1	4214.40	31.16*
T x D	2	187.68	1.38
Erreur	62	135.22	

* $p < .01$

Tableau 7

Analyse de la variance pour les trois types de traitement
sur la différence pré-post test
de la dimension comportement

Source de variation	Degré de liberté	Carré moyen	F
Interindividuelle			
Type de traitement (T)	2	629.71	1.49
Erreur	62	420.40	
Intra-individuelle			
Différence pré-post test (D)	1	3222.80	25.07*
T x D	2	273.78	2.13
Erreur	62	128.50	

*p < .01

Tableau 8

Analyse de la variance pour les trois types de traitement
sur la différence pré-post test de la
dimension soi physique

Source de variation	Degré de liberté	Carré moyen	F
Interindividuelle			
Type de traitement (T)	2	341.40	1.94
Erreur	62	175.62	
Intra-individuelle			
Différence pré-post test (D)	1	2431.52	43.17*
T x D	2	63.95	1.13
Erreur	62	56.32	

*p < .01

Tableau 9

Analyse de la variance pour les trois types de traitement
sur la différence pré-post test de la
dimension soi moral

Source de variation	Degré de liberté	Carré moyen	F
Interindividuelle			
Type de traitement (T)	2	99.50	.80
Erreur	62	123.96	
Intra-individuelle			
Différence pré-post test (D)	1	1274.24	36.15*
T x D	2	98.62	2.79
Erreur	62	35.23	

* $p < .01$

Tableau 10

Analyse de la variance pour les trois types de traitement
sur la différence pré-post test de la
dimension soi personnel

Source de variation	Degré de liberté	Carré moyen	F
Interindividuelle			
Type de traitement (T)	2	241.38	1.25
Erreur	62	191.73	
Intra-individuelle			
Différence pré-post test (D)	1	2297.46	36.21*
T x D	2	87.12	1.37
Erreur	62	63.43	

*p < .01

Tableau 11

Analyse de la variance pour les trois types de traitement
sur la différence pré-post test de la
dimension soi familial

Source de variation	Degré de liberté	Carré moyen	F
Interindividuelle			
Type de traitement (T)	2	259.82	1.35
Erreur	62	191.96	
Intra-individuelle			
Différence pré-post test (D)	1	712.15	15.66*
T x D	2	91.76	2.01
Erreur	62	45.47	

*p < .01

Tableau 12

Analyse de la variance pour les trois types de traitement
sur la différence pré-post test de la
dimension soi social

Source de variation	Degré de liberté	Carré moyen	F
Interindividuelle			
Type de traitement (T)	2	276.70	1.87
Erreur	62	147.48	
Intra-individuelle			
Différence pré-post test (D)	1	601.22	11.67*
T x D	2	120.62	2.34
Erreur	62	51.50	

*p < .01

Nous désirons exprimer notre reconnaissance à monsieur Gilles Dubois, Ph.D., directeur de thèse à qui nous sommes redevable d'une assistance constante et éclairée.

Références

- ADLER, A. (1927). Practice and theory of individual psychology. New York: Harcourt.
- ADLER, A. (1935). The fundamental views of individual psychology. International journal of individual psychology, 1, 5-8.
- ADLER, A. (1941). The individual psychology of the alcoholic patient. Journal of criminal psychopathology, 3, 74-77.
- ALLEN, L.R. (1969). Self-esteem of male alcoholics. The psychological record, 19, 381-389.
- ALLPORT, G.W. (1955). Becoming, basic considerations for a psychology of personality. New Haven: Yale University Press.
- BERG, M.L. (1971). Effects of alcohol intoxication on self-concept. Quarterly journal of studies on alcohol, 32, 442-453.
- BERTOCCI, P.A. (1945). The psychological self, the ego and personality. Psychological review, 52, 91-99.
- BLUME, S.B., SHEPPARD, C. (1967). The changing effects of drinking on the changing personalities of alcoholics. Quarterly journal of studies on alcohol, 28, 436-444.
- CHEIN, I. (1944). The awareness of self and the structure of ego. Psychological review, 51, 304-314.
- CONNOR, R.G. (1962). The self-concepts of alcoholics, in D.J. Pittman, C.R. Snyder: Society, culture and drinking patterns (pp. 455-467). New York: Wiley.
- DABROWSKY, K. (1964). Positive disintegration. London: Churchill.
- ENDS, E.J., PAGE, C.W. (1957). A study of three types of group psychotherapy with hospitalized males inebriates. Quarterly journal of studies on alcohol, 18, 263-277.
- FITTS, W.H. (1965). Tennessee Self Concept Scale. Nashville: counselor recording and tests.
- GENDLIN, E.T. (1975). Une théorie du changement de la personnalité. Montréal: Centre interdisciplinaire de Montréal.

- GOLDSTEIN, K. (1939). The organism. New York: American Book.
- GROSS, W.F. (1971). Self-concept of alcoholics before and after treatment. Journal of clinical psychology, 27, 539-541.
- GROSS, W.F., ALDER, L.O. (1970). Aspect of alcoholics self-concept as measured by the Tennessee Self Concept Scale. Psychological reports, 27, 431-434.
- HILGARD, E.R. (1949). Human motives and the concept of the self. American psychologist, 4, 374-382.
- JAMES, W. (1890). Principles of psychology. New York: Holt.
- JUNG, C.G. (1953). The collected works of C.G. Jung. Princeton: Princeton University Press.
- JUNG, C.G. (1971). Les racines de la conscience. Paris: Buchet-Chastel.
- LAMARCHE, L. (1968). L'adaptation française du Tennessee Self Concept Scale. Thèse de maîtrise inédite, Université de Montréal.
- LEWIN, K. (1935). A dynamic theory of personality. New York: McGraw-Hill.
- LISANSKY, E. (1960). Etiology of alcoholism: the role of psychological predisposition. Quarterly journal of studies on alcohol, 9, 175-206.
- MAC ANDREW, C. (1967). Self-reports of male alcoholics: a dimensional analysis of certain differences from non-alcoholic male psychiatric out patients. Quarterly journal of studies on alcohol, 28, 43-51.
- MASLOW, A.H. (1954). Motivation and personality. New York: Harper.
- MC CORD, W., MC CORD, J. (1962). A longitudinal study of the personality of alcoholics, in D.J. Pittman, C.R. Snyder: Society, culture and drinking patterns (pp. 413-430). New York: Wiley.
- MEAD, G.H. (1934). Mind, self and society. Chicago: University Press of Chicago.
- MINDLIN, D.F. (1964). Attitudes toward alcoholism and toward self: differences between three alcoholic groups. Quarterly journal of studies on alcohol, 25, 136-141.
- PARK, P. (1958). Problem drinking and social orientation. Unpublished doctoral dissertation, Yale University.

- RAIMY, V.C. (1948). Self-reference in counseling interviews. Journal of consulting psychology, 12, 153-163.
- ROGERS, C.R. (1951). Client-centered psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin.
- ROGERS, C.R., DYMOND, R.F. (1957). Psychotherapy and personality changes. Chicago: University Press of Chicago.
- ROGERS, C.R., KINGET, G.M. (1973). Psychothérapie et relations humaines. Montréal: Institut de recherche psychologiques de Montréal.
- SARBIN, T.R. (1952). A preface to a psychological analysis of the self. Psychological review, 59, 11-22.
- SCHNADT, F.W. (1950). A study of alcoholic personality. Unpublished master's thesis, Washington University.
- SHERIF, M., CANTRIL, H. (1947). The psychology of ego involvement. New York: Wiley.
- SNYGG, D., COMBS, A.W. (1949). Individual behavior: A new frame of reference for psychology. New York: Harper.
- STAINES, J.W. (1958). The self-picture as a factor in the classroom, in D.E. Hamacheck: the self in growth, teaching and learning: selected readings (pp. 404-423). New Jersey: Prentice-Hall.
- SYMOND, D.M. (1951). The ego and the self. New York: Appleton-Century Crofts.
- TOMSOVIC, M. (1976). Group therapy and changes in the self-concept of alcoholics. Journal of studies on alcohol, 37, 53-57.
- TOULOUSE, J.M. (1965). L'adaptation française du Tennessee Self Concept Scale. Thèse de maîtrise inédite, Université de Montréal.
- VANDERPOOL, J.A. (1968). Alcoholism and the self-concept. Quarterly journal of studies on alcohol, 29, 59-77.
- WHITE, W.F. (1965). Personality and cognitive learning among alcoholics with different intervals of sobriety. Psychological report, 16, 1125-1140.
- WHITE, W.F., GAIER, E.L. (1965). Assessment of body image and self-concept among alcoholics with different intervals of sobriety. Journal of clinical psychology, 21, 374-377.

- WHITE, W.F., PORTER, T.L. (1966). Self-concepts reports among hospitalized alcoholics during early period of sobriety. Journal of counseling psychology, 13, 352-355.
- WILLIAM, A.F. (1965). Self-concepts of college problem drinkers. Quarterly journal of studies on alcohol, 26, 586-595.
- ZACCARIA, J.S., WEIR, W.R. (1967). A comparison of alcoholics and selected samples of non-alcoholics in terms of a positive concept of mental health. The journal of social psychology, 71, 151-157.