

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
ISABELLE BOISSINOT

PERCEPTION DE LA DOMINANCE ET DE L'AFFILIATION DE LA MÈRE
ET DU PÈRE EN LIEN AVEC L'ANXIÉTÉ ET LA DÉPRESSION

AVRIL 2003

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

Sommaire

Dans la documentation recensée, les liens entre les soins, la surprotection parentale et les états anxieux et dépressifs chez l'individu sont souvent contradictoires. En utilisant la perception de la dominance et de l'affiliation de la mère et du père pour opérationnaliser les variables de surprotection et de qualité des soins, les hypothèses de la présente recherche avancent que la perception de la dominance de la mère et du père présente une relation positive avec l'anxiété et la dépression de même que la perception d'affiliation de la mère et du père soit en relation négative avec l'anxiété et la dépression chez l'individu. L'échantillon se compose de 86 participants dont 58 sont des étudiants universitaires et 28 des clients de la *Clé des Champs*, organisme communautaire pour les individus souffrant de troubles anxieux de la région de Montréal. Chaque participant a répondu individuellement à trois instruments de mesure : l'Échelle d'anxiété (IPAT) de Cattell (1957), traduit et validée par Cormier en 1962; l'Inventaire de Dépression-Deuxième Édition (BDI-II) de Beck (1996) et le Test d'Évaluation du Répertoire des Comportements Interpersonnels (Terci) de Hould (1979). Les participants devaient en plus, répondre à un questionnaire de renseignements généraux afin d'obtenir un profil d'ensemble de l'échantillon. Globalement, les analyses ont infirmé l'ensemble des hypothèses. Contrairement à ce qui était attendu, la perception de la dominance de la mère et du père présentent une relation négative avec l'anxiété chez l'individu tandis que seule la perception de la dominance de la mère est en relation négative avec la dépression chez l'individu. Ces résultats laissent supposer qu'à l'intérieur de certaines

limites, il se peut que percevoir son parent dominant protège la personne de l'anxiété et de la dépression. De plus, dans un contexte où les parents sont perçus comme dominants, il se peut que l'importance de la perception de l'affiliation des parents soit réduite.

Tables des matières

Sommaire	i
Liste des tableaux	iv
Liste des figures	v
Remerciements	vi
Introduction	1
Contexte théorique	4
Méthode	25
Participants	26
Déroulement	27
Instruments de mesure	27
Méthodes statistiques	32
Résultats	34
Discussion	50
Conclusion	60
Références	63
Appendice A : Tableaux d'analyses de variance	74

Liste des tableaux

Tableau

1	Analyse de variance de l'anxiété selon la variable perception de la dominance de la mère	75
2	Analyse de variance de la dépression selon la variable perception de la dominance de la mère	75
2	Analyse de variance de l'anxiété selon la variable perception de la dominance du père	76
4	Analyse de variance de la dépression selon la variable perception de la dominance du père	76
5	Analyse de variance de l'anxiété selon la variable perception d'affiliation du père	77
6	Analyse de variance de la dépression selon la perception d'affiliation du père	77
7	Analyse de variance de l'anxiété selon la perception d'affiliation de la mère ...	78
8	Analyse de variance de la dépression selon la variable perception d'affiliation de la mère	78
8	Analyse de variance de l'anxiété selon la variable perception de la Dominance de soi	79
10	Analyse de variance de la dépression selon la variable perception de la dominance de soi	79
11	Analyse de variance de l'anxiété selon la variable perception de l'affiliation de soi	80
12	Analyse de variance de la dépression selon la variable perception de l'affiliation de soi	80

Liste des figures

Figure

1	Perception de la dominance de la mère et anxiété	38
2	Perception de la dominance de la mère et dépression.....	40
3	Perception de la dominance du père et anxiété	41
4	Perception de la dominance de soi et anxiété	47
5	Perception de la dominance de soi et dépression	48

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à son directeur de mémoire, monsieur Richard Hould Ph.D, à qui elle est redevable d'une assistance constante et éclairée. De plus, elle tient à remercier tous les participants de l'étude ainsi que le personnel de la *Clé des Champs*, organisme communautaire venant en aide aux individus souffrant de troubles anxieux de la région de Montréal, pour leur entière collaboration. Enfin, l'auteure tient à exprimer tout spécialement sa gratitude à ses parents et à son conjoint, Francis Picard, pour leur compréhension et leur soutien considérable tout au long de cette étude.

Introduction

La relation parent-enfant a suscité l'intérêt de nombreux chercheurs au cours des dernières années. Les auteurs ont porté leur attention tantôt sur la surprotection parentale et le contrôle et tantôt sur le lien d'affiliation qui unit parents et enfants. Les résultats obtenus à ce jour demeurent encore imprécis quant au lien entre la perception de la dominance parentale et l'état anxieux-dépressif chez l'enfant à l'âge adulte. La documentation n'est pas plus éloquente sur l'importance de la perception d'affiliation parentale sur ce même état.

Le but de ce mémoire est de documenter les liens qui unissent la perception de la dominance et de l'affiliation de la mère et du père, l'anxiété et la dépression. Ce mémoire vise à vérifier les hypothèses selon lesquelles la perception de la dominance de la mère et du père est en relation positive avec l'anxiété et la dépression alors que la perception d'affiliation de la mère et du père est en relation négative avec l'anxiété et la dépression chez l'individu.

Ce mémoire se divise en trois parties. Le premier chapitre contient une recension de la documentation scientifique concernant le développement de l'anxiété : sa relation avec la dépression ainsi que ses facteurs précipitants et prédisposants. Il y est également question des rapports entre l'anxiété, la dominance et l'affiliation. Des études seront présentées afin de démontrer les liens qui existent entre la dominance et l'affiliation

attribuées aux figures parentales, l'anxiété et la dépression. Les objectifs et les hypothèses de recherche terminent cette première partie. Le second chapitre décrit la méthode utilisée pour la réalisation du présent mémoire. Cette section contient une description des participants, des instruments de mesure utilisés et des méthodes statistiques retenues pour l'analyse des données. Enfin, dans le troisième chapitre, les résultats de la recherche seront rapportés. L'analyse des données et la présentation des résultats y sont aussi incluses. De plus, à la fin de ce même chapitre, une analyse complémentaire sera proposée afin d'explorer les variables perception de la dominance et de l'affiliation de soi en fonction de l'anxiété et de la dépression. Ces trois sections sont suivies d'une discussion, puis d'une conclusion.

Contexte théorique

L'anxiété et la dépression sont des troubles émotionnels intimement reliés (Durand & Barlow, 2001) qui présentent des taux de prévalence élevés. Par exemple, les troubles de la panique avec ou sans agoraphobie ont respectivement une prévalence à vie de 1.5% et 3.5%, les phobies spécifiques (animaux, environnements, situations, sang, injections et blessures) ont une prévalence allant de 10% à 11.3% alors que les phobies sociales en ont une allant de 3% à 13%. L'anxiété généralisée a une prévalence de 3% et le trouble de stress post-traumatique à une prévalence allant de 1% à 14%. Enfin, la dépression majeure unipolaire a une prévalence allant de 10% à 25% chez les femmes et de 5% à 12% chez les hommes tandis que la dysthymie a une prévalence de 6% (APA, 1994a). Les troubles émotionnels peuvent atteindre tout individu indépendamment de ses capacités intellectuelles, de son occupation, de son statut socio-économique, de sa religion ou de son appartenance ethnique (Weissman, 1985). Les troubles anxieux et dépressifs s'expliquent par des causes biologiques reliées au bagage héréditaire et au sexe, à des facteurs précipitants associés aux événements qui menacent le bien-être et la sécurité des individus et à des facteurs psychologiques reliés aux apprentissages sociaux transmis par les attitudes parentales.

La première partie du chapitre porte sur les éléments communs à l'anxiété et à la dépression. La deuxième partie porte sur les facteurs précipitants qui jouent un rôle majeur dans les troubles de stress post-traumatique. La troisième partie présente les

facteurs prédisposants tels que les traits de la personnalité, la vulnérabilité biologique, l'hérédité et le sexe. La quatrième partie explore le rôle des apprentissages sociaux véhiculés par les attitudes parentales. La cinquième partie présente les études spécifiques aux variables. La dernière partie présente les objectifs et les hypothèses de la recherche.

Anxiété et dépression

Une relation étroite existe entre l'anxiété et la dépression; ce lien a été reconnu par Beck, Brown, Steer, Eidelson et Riskind (1987) et Durand et Barlow (2001). Brièvement, le modèle cognitif révèle pour chacun de ces concepts, l'existence de perception d'une menace potentielle exprimée différemment (Dobson, 1985). Pour l'anxiété, il s'agit de l'appréhension d'un événement futur alors que pour la dépression, il s'agit d'une perte significative en lien avec le passé. Les paragraphes qui suivent servent à démontrer l'existence de ces liens en présentant les symptômes, la médication commune et quelques recherches psychométriques.

Dans un premier temps, l'agitation, les difficultés de concentration, l'insomnie, la fatigue et la perte d'énergie sont des symptômes présents tant dans les troubles anxieux que dans la dépression (Clark & Watson, 1991). D'autre part, en administrant le Symptoms Distress Checklist (SDCL : Parloff, Kellman & Frank, 1954) à des anxieux non hospitalisés ($N=641$) et à des dépressifs non hospitalisés ($N=251$), Derogatis, Lipman, Covi et Rickels (1972) identifient trois facteurs communs majeurs chez tous les

participants à l'étude : la somatisation, la tendance obsessionnelle-compulsive et la sensibilité interpersonnelle.

En plus des symptômes similaires, le fait qu'une même médication peut aussi être utilisée pour le traitement des états anxieux et dépressifs laisse supposer des facteurs communs (Breier, Charney, & Heninger, 1985; Kahn et al., 1986).

Les recherches psychométriques démontrent aussi une relation entre ces deux concepts (Dobson, 1985). Mendels, Weinstein et Cochrane (1972), ont procédé à l'analyse de trois tests afin de vérifier l'existence d'une corrélation entre l'anxiété et la dépression. À l'aide de l'Échelle d'Anxiété et de Dépression de Costello-Comrey (1967), de l'Inventaire de Dépression de Zung (Zung, 1965) et du Multiple Affect Adjectif Check List (MAACL; Zuckerman & Lubin, 1965), Mendels et al. (1972) ont obtenu des résultats significatifs et ont donc démontré l'existence d'une corrélation positive entre ces trois échelles. Dobson (1985) a repris l'exercice avec d'autres tests dont l'Institute for Personality and Ability Testing Anxiety Form (Cattell & Shierer, 1961), le State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970), le Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) et enfin le Minnesota Multiphasic Personality Inventory-D scale (Hathaway & McKinley, 1942). Les résultats significatifs au seuil de .05 ont été retenus. Une corrélation moyenne de .66 a été obtenue entre les diverses échelles d'anxiété, une de .69 entre les échelles de dépression et enfin une corrélation de .61 entre les échelles d'anxiété et de dépression

(Dobson, 1985). De telles corrélations démontrent l'existence d'un lien entre les tests utilisés pour mesurer l'anxiété et la dépression, ce qui laisse supposer une relation significative entre ces variables. Pour Durand et Barlow (2001), la quasi-totalité des patients dépressifs sont anxieux, en revanche, tous les anxieux ne sont pas dépressifs. Les symptômes clés de la dépression sont l'anhédonisme et le ralentissement psychomoteur.

Maintenant que les liens qui unissent l'anxiété et la dépression ont été démontrés, il serait intéressant d'examiner les facteurs précipitants afin de comprendre leurs impacts sur l'individu.

Facteurs précipitants

Les facteurs précipitants prennent la forme d'un stresser psychosocial, d'un stresser chronique ou d'un traumatisme (Marchand & Letarte, 1993).

Les stressers psychosociaux importants, selon Kessler (1997 dans Durand & Barlow, 2001) précipitent souvent une crise anxieuse et dépressive; par exemple, un divorce, la mort d'un être cher ou la perte d'un emploi.

Les stressers chroniques correspondent à des événements difficiles que l'individu vit depuis longtemps et qui affectent son fonctionnement général. Selon Marchand et

Letarte (1993), un stress suffisamment long, comme des difficultés conjugales, peut affecter l'individu et l'amener à vivre de l'anxiété et de la dépression.

Les traumatismes incluent les malaises physiques réels engendrés par un accident, une agression ou par une maladie physique (ex : crise d'hypoglycémie). Selon Marchand et Letarte (1993), une personne peut devenir anxieuse et dépressive suite à ce genre de traumatisme et particulièrement lorsqu'il survient quand elle se sent déjà à la limite de ses ressources d'adaptation. C'est à ce moment qu'une personne est plus vulnérable à l'apparition d'un trouble anxieux-dépressif. Parmi toutes les personnes soumis à des traumatismes, seulement une minorité développe un trouble. Par exemple, selon l'étude menée par Resnik, Kilpatrick, Dansky, Saunder et Best (1993 dans Durand & Barlow, 2001), seulement 32% des victimes de viols satisfont aux critères du trouble de stress post-traumatique à un moment ou l'autre de leur vie. De telles données mettent en évidence l'importance du rôle des facteurs prédisposants.

Facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants sont les caractéristiques d'un individu qui le rendent plus vulnérable à développer un trouble anxieux-dépressif. Une personne ayant un ou plusieurs de ces facteurs ne développe pas automatiquement un trouble mais le risque qu'elle en soit affectée augmente. Ces facteurs correspondent aux traits de la personnalité (Beck, 1976), à la vulnérabilité biologique (Marchand & Letarte, 1993), à

l'hérédité (Beidel & Turner, 1997; Hopper, Judd, Derrick, & Burrow, 1987; Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1992; Noyes, Clancy, Crowe, Hoenk, & Slymen, 1978; Torgersen, 1983) et au sexe (Andrew, 1972; Bernstein, 1981; Burgoon, Johnson, & Koch, 1998; Diamond, 1965, 1982; Ehrenreich & English, 1978; Hensen, 1973; Keating, 1985; Marchand & Letarte, 1993; Marks & Lader, 1973; McGuire & Troisi, 1998; Murray, 1938; Smith, 1974; Weissman, 1985).

Traits de la personnalité

Le premier facteur prédisposant à l'anxiété et à la dépression concerne les traits de la personnalité. La tendance à anticiper des malheurs pour un proche ou pour soi-même correspond au trait de la personnalité le plus important. Pour Beck (1976) trois biais cognitifs jouent un rôle majeur dans cette tendance à anticiper. Ces biais amènent la personne à exagérer la possibilité qu'un événement terrible se produise, à sous-estimer la probabilité de s'en sortir et enfin à croire que personne ne pourra lui venir en aide. Influencée par ces biais cognitifs, la tendance à anticiper amène aussi l'individu à ressentir de multiples symptômes physiques d'anxiété et de dépression tels que difficulté de concentration, insomnie, palpitation, perte d'énergie, transpiration, tremblement, etc. (Beck, 1976).

Vulnérabilité biologique

La vulnérabilité biologique est le second facteur prédisposant faisant en sorte que certaines personnes réagissent plus fortement aux stressseurs générés par le quotidien (Marchand & Letarte, 1993). En d'autres termes, lorsque ces personnes ont peur, elles vivent la peur avec plus d'intensité car leur système nerveux réagit beaucoup plus fortement à tous les événements de la vie courante.

Hérédité

L'hérédité, comme troisième facteur prédisposant augmente les probabilités d'un individu à développer un trouble anxieux-dépressif lorsque la présence de traits chez un ou plusieurs membres de sa famille a été identifiée (Noyes et al., 1978). Selon ces auteurs, les individus ayant un parent (père, mère, frère ou sœur) souffrant d'un trouble anxieux-dépressif, ont 18% de probabilité d'en développer un. D'autres auteurs ont découvert que la présence d'un parent, d'un frère ou d'une sœur souffrant d'un trouble anxieux est associée à une probabilité cinq fois plus élevée de développer un trouble panique et cette probabilité augmente lorsqu'un membre additionnel en souffre (Beidel & Turner, 1997; Hopper et al., 1987; Kendler et al., 1992). Torgersen (1983) a étudié les troubles anxieux chez les jumeaux dont un parent souffrait d'un trouble anxieux. L'échantillon est constitué de 32 couples de jumeaux monozygotes et de 53 couples de jumeaux hétérozygotes, adultes et du même sexe. La concordance des troubles anxieux était deux fois supérieure chez les jumeaux monozygotes que chez les hétérozygotes et

lorsque le parent souffrait d'un trouble panique, la concordance était cinq fois supérieure chez les monozygotes que chez les hétérozygotes. Il est difficile d'identifier la contribution seule de l'hérédité dans la transmission des troubles anxieux-dépressif car le sexe de l'individu joue aussi un rôle important.

Sexe

Les réflexions de Darwin mettent en perspective les caractéristiques de la femme et de l'homme à la lumière de l'évolution. La théorie de l'évolution explique plusieurs comportements, en clarifiant et distinguant ceux qui sont adaptés de ceux qui ne le sont pas. Par exemple, l'anxiété, la dépression ainsi que les comportements d'affiliation et de dominance deviennent soudainement plus compréhensibles et prennent un nouveau sens lorsqu'ils sont examinés dans le contexte de l'évolution. C'est pourquoi, dans les paragraphes qui suivent, ces concepts seront abordés selon la perspective évolutionniste.

La théorie de l'évolution fournit, sous un jour nouveau, une explication de la prévalence des troubles anxieux chez la femme. Les tenants de cette théorie reconnaissent que les femmes sont plus anxieuses que les hommes et pour des raisons différentes. Plusieurs auteurs (Hensen, 1973; Marchand & Letarte, 1993; Marks & Lader, 1973; McGuire & Troisi, 1998; Weissman, 1985) notent aussi que l'anxiété est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Au 19^e siècle et bien avant, l'anxiété tout comme la dépression chez la femme était généralement perçue comme la

conséquence d'une «infériorité anatomique» ou d'une conséquence de son «rôle traditionnel» (Ehrenreich & English, 1978). D'autres auteurs (Hensen, 1973; Marks & Lader, 1973; Weissman, 1985) pensent plutôt que les femmes âgées entre 16 et 40 ans sont davantage touchées par les états anxieux car elles sont en période de fertilité. En effet, McGuire et Troisi (1998) avancent que pour assurer la continuité de l'espèce, les «femelles» évitent les attaques physiques et sexuelles pour se protéger durant la grossesse. En d'autres termes, l'anxiété et la vigilance des «femelles» leur permettent de réagir rapidement en évitant les situations potentiellement menaçantes (McGuire & Troisi, 1998). Ces traits favorisent donc la passation du bagage génétique à la génération suivante puisque pour survivre au plan de l'évolution, il faut se reproduire et protéger ses petits. C'est pour cela que les «mâles» sont à la recherche de «femelles» anxieuses et soumises afin de s'assurer que leur progéniture voit le jour.

Toujours du point de vue de l'évolution, les «mâles» doivent être prudents et vigilants mais différemment des «femelles». En effet, ils le sont par désir de contrôler l'environnement pour ainsi accéder aux ressources, conquérir des partenaires et les protéger de menaces potentielles (Murray, 1938). Lorsque les «mâles» affrontent un danger et qu'ils y survivent, ils transmettent entre autres ce trait dominant lors de l'accouplement (McGuire & Troisi, 1998). La dominance chez le «mâle» favorise la transmission du bagage génétique car s'il était aussi anxieux que la «femelle», il serait rapidement éliminé et avec lui mourraient ses gènes. Selon Burgoon et al. (1998), la domination va au-delà des comportements d'agression, de défense et de sexualité; elle se

défini par des attitudes et des comportements socialement plus acceptables tels que le leadership, la réussite, le charisme, la confiance, la persuasion et certains autres plus négatifs tels que l'obstination, l'insatiabilité, l'égoïsme et la surprotection. Enfin, la théorie de l'évolution suggère qu'il est préférable que la relation femme-homme soit asymétrique car elle se manifeste à travers des comportements sélectionnés permettant d'assurer la continuité de l'espèce (Andrew, 1972; Bernstein, 1981; Keating, 1985; Smith, 1974). Ainsi, bien que la protection (sécurité) provenant de la femme et de l'homme s'exprime différemment, elle a entre autre pour rôle de prémunir l'enfant contre l'anxiété et la dépression, en plus de permettre son mieux être et son adaptation en société (Gilbert, 1989, 1992; Lamb, 1981)

Maintenant, dans le but d'appuyer davantage les distinctions entre les sexes démontrées par la théorie de l'évolution, voici un exemple impliquant une erreur chirurgicale auprès d'une paire de jumeaux identiques relevée dans la littérature (Diamond, 1965, 1982). En effet, le pénis de l'un des jumeaux avait été coupé par accident lors d'une circoncision alors qu'il était âgé de 7 mois. À 17 mois, le garçon est devenu une fille suite à une autre chirurgie ainsi qu'une thérapie hormonale. Malgré ces transformations, cette enfant avait des comportements masculins et des problèmes d'identité ont pu être constatés à l'adolescence (Diamond, 1982).

Des facteurs précipitants et prédisposants peuvent amener un individu à vivre une première crise émotionnelle. Suite à cela, l'individu peut développer un trouble s'il a

l'impression d'être à la limite de ses capacités. Maintenant les apprentissages sociaux, particulièrement ceux véhiculés par les parents, seront explorés afin d'en comprendre leurs incidences sur l'individu.

Apprentissages sociaux

Des nos jours, les individus sont submergés de stimuli de toutes sortes. Les apprentissages sociaux s'effectuent grâce à plusieurs sources; que ce soit par les médias de masse, par la relation entre les pairs ou par l'influence des parents; l'individu se construit selon l'apprentissage qu'il reçoit. Spécifiquement, cette section aborde le rôle des apprentissages sociaux véhiculés par les parents et de ses impacts sur l'individu. Il est à noter que la variable perception de la dominance et de l'affiliation, utilisées dans la présente étude servent à opérationnaliser les variables surprotection et qualité des soins.

Rôle parental

Les parents, de la naissance à l'âge adulte de leur enfant, jouent un rôle important. En effet, l'enfant apprend énormément en observant et en imitant les membres de sa famille, particulièrement ses parents (Bandura, 1971, Bandura, 1977). Si l'entourage réagit de façon inadaptée aux situations stressantes, l'enfant risque de faire de même (Michelson & Ascher, 1987). Selon Marchand et Letarte (1993), la famille d'origine des individus anxieux présente des troubles d'anxiété plus fréquemment que dans la

population générale, puisqu'elle offre ainsi des modèles inadaptés à l'enfant. De plus, ces parents manifestent habituellement des comportements rigides et surprotecteurs qui encouragent l'apprentissage d'une dépendance à autrui.

Bien que la domination soit identifiée comme une caractéristique masculine, des auteurs suggèrent que mêmes les femmes anxieuses peuvent aussi être dominante en surprotégeant leur enfant (Heights, Nilzon, & Palmerus, 1997; Levy, 1943; Parker, 1981; Parker & Lipscombe, 1981; Solyom, Silberfeld, & Solyom, 1976). Levy (1943) a été le premier à définir la surprotection parentale en parlant spécifiquement de la mère. Selon lui, la surprotection maternelle se manifeste par un contact excessif, infantilisant, qui nuit au développement de l'autonomie chez le jeune. En conséquence, l'enfant ne peut devenir indépendant car la mère ne lui laisse prendre aucune initiative. En agissant de cette façon, la mère induit deux types de messages : «Tu n'as pas la capacité d'agir seul et si tu le fais, tu pourrais te blesser». Indirectement, en contrôlant et en surprotégeant l'enfant, ces mères dominantes diminuent leur anxiété. En conséquence, l'enfant devenu adulte peut développer de l'anxiété, de l'agoraphobie, de la dépression, une faible estime de soi et de la difficulté à socialiser (Parker, 1983). McClure et al. (2001) démontrent aussi par une étude longitudinale menée auprès de 816 *adolescents* ($n = 414$ garçons et $n = 402$ filles) que la surprotection de la mère prédit l'anxiété chez l'enfant. Par ailleurs, le trouble anxieux ou le trouble anxieux-dépressif diagnostiqué chez la mère contribue aussi au développement d'un trouble anxieux chez l'enfant.

La plupart des études omettent le rôle du père dans le développement de l'enfant. Cependant, Dierker, Merikangas et Szatmari (1999) ont été les premiers à mentionner que l'anxiété du père autant que celle de la mère, prédisposait l'enfant à développer un trouble anxieux et ce particulièrement pour les filles. Aucune étude jusqu'à ce jour n'a obtenu de relation significative entre la surprotection paternelle et l'anxiété chez l'individu. En effet, l'étude de McClure, Brennan, Hammen et Le Brocque (2001) démontrent que les pères participent peu aux études et que ceux qui y participent contrôlent possiblement leurs symptômes anxieux à travers une consommation d'alcool, ce qui rencontrerait davantage les critères d'abus de substances plutôt que de troubles anxieux.

Puisque la relation parents-enfant semble jouer un rôle déterminant chez l'enfant, Heights, Canetti, Bachar, Galili-Weisstub, De-Nour et Shalev (1997) ainsi que Salter (1995), avancent que des perturbations au niveau du lien d'affiliation pourraient favoriser l'apparition éventuelle d'un trouble mental et altérer le développement de l'enfant. Sur le plan psychologique, l'affiliation se définit comme un sentiment tendre et chaleureux d'affection, qui attache une personne à une autre et qui prend son origine du lien avec la mère (Salter, 1995). La survie d'un enfant serait en danger s'il était carencé à ce niveau (McGuire et Troisi, 1998). Au même titre que la dominance, l'affiliation favorise la survie de l'espèce puisqu'elle permet à la progéniture de bien se développer et par la suite, d'agir de même avec leurs petits à venir.

Donc, les femmes anxieuses peuvent aussi être dominantes et surprotéger leurs enfants. L'anxiété de la mère et du père peut favoriser le développement d'un trouble anxieux chez l'enfant. La relation parents-enfant semble exercer un impact déterminant sur le développement de l'enfant. Voici donc quelques études qui tenteront de démontrer l'existence de liens entre la perception de la dominance et de l'affiliation de la mère et du père, l'anxiété et la dépression.

Études spécifiques liées aux variables à l'étude

Les études mettant simultanément en perspective l'évaluation de la relation parents-enfant, l'anxiété et la dépression sont peu nombreuses et les résultats jusqu'à maintenant sont partagés. Certaines études suggèrent que la surprotection parentale augmente le niveau d'anxiété chez l'enfant alors que d'autres n'arrivent pas à ces conclusions. Deux études (Alnaes & Torgersen, 1990; Parker, 1979) démontrent une relation significative entre la surprotection parentale et l'anxiété. L'une d'elle (Parker, 1979) propose uniquement un lien entre la surprotection de la mère et l'anxiété chez l'individu sans préciser le sexe. L'autre étude (Alnaes & Torgersen, 1990) suggère de faibles soins (faible degré d'affiliation) de la part des parents ainsi qu'une relation significative entre la surprotection parentale et le trouble anxieux-dépressif uniquement chez les hommes. Une troisième étude (Parker & Lipscombe, 1981) suggère une absence de relation entre la surprotection maternelle et l'anxiété chez l'individu. Par contre, elle propose une relation négative entre les soins de la mère et la surprotection, tout en suggérant que les

traits anxieux de la mère prédisent les comportements de surprotection. Enfin, une quatrième étude (Siqueland, Kendall, & Steinberg, 1996) ne démontre aucune différence significative entre les familles avec un enfant anxieux et les familles contrôles relativement à la surprotection parentale. Voici le détail de ces études.

Selon Parker (1979), les soins et la surprotection des parents reflètent les principales dimensions de la relation parent-enfant. Afin de vérifier l'existence du lien entre l'anxiété, la dépression et les attitudes parentales, Parker (1979) utilise un groupe non clinique de 289 étudiants en psychologie ($n = 191$ femmes et $n = 98$ hommes) âgés en moyenne de 22 ans avec un écart-type de 5.9. Pour ce faire, deux tests ont été utilisés : le Costello-Comrey (1967) afin de déterminer les traits dépressifs et anxieux et le Parental Bonding Instrument (Parker, Tupling & Brown, 1979) pour évaluer leur perception des comportements et des attitudes parentales. Les résultats suggèrent une corrélation négative entre la qualité des soins maternels et le niveau d'anxiété et de dépression alors que le niveau élevé de surprotection maternelle corrèle uniquement avec le niveau d'anxiété. Aucune relation significative n'a été obtenue pour les variables associées aux attributs des pères.

La seconde étude, menée par Parker et Lipscombe (1981) cherche à démontrer l'influence de la surprotection maternelle. L'échantillon est constituée de 75 mères et de 75 enfants. Les mères sont âgées en moyenne de 51 ans tandis que leurs enfants sont âgés en moyenne de 22.5 ans. L'échantillon des mères se distribue en deux

groupes, c'est-à-dire que 15 mères sont évaluées comme surprotectrices alors que les 60 autres ne le sont pas. Dans cette étude, les mères et les enfants sont testés. Pour ce faire, trois questionnaires ont été utilisés : le Costello Comrey (1967), échelle permettant de déterminer les traits d'anxiété, le Fear Survey de Marks et Mathews (1979) afin d'obtenir des résultats spécifiques relativement à l'agoraphobie, les phobies simples et la phobie sociale et enfin le Parental Bonding Instrument (Parker et al., 1979) pour évaluer leur perception des comportements et des attitudes parentales. Les résultats ne suggèrent aucune relation entre la surprotection de la mère et l'anxiété chez l'individu. Par contre, il semble que les traits anxieux de la mère prédisent la surprotection maternelle. Bien que Levy (1943) suggérait que la surprotection maternelle était en relation avec les soins de la mère, les résultats au Parental Bonding Instrument (Parker et al., 1979) démontrent une relation négative entre les soins de la mère et la surprotection.

La troisième étude sur la relation parents-enfant a été menée par Alnaes et Torgersen (1990) sur un échantillon de 298 individus ($n = 206$ femmes et $n = 92$ hommes) dont l'âge moyen est de 35 ans. Cet échantillon est divisé en quatre groupes : troubles anxieux, dépression, troubles anxieux-dépressifs et autres troubles mentaux. Le Parental Bonding Instrument (Parker, Tupling & Brown, 1979) a été utilisé afin d'évaluer la relation parents-enfant et l'entrevue semi-structurée (Structured Clinical Interview) (SCID-I) de Spitzer et Williams (1983) a été choisie afin de poser un diagnostic spécifique. Les résultats suggèrent que les hommes, provenant du groupe anxieux-dépressif, ont rapporté de faibles soins parentaux et de la surprotection parentale tandis

que les femmes de ce même groupe ont rapporté de faibles soins paternels. De plus, des études rétrospectives indiquent que les adultes anxieux, particulièrement les hommes, rapportent davantage d'expériences anxieuses durant l'enfance jumelées à la surprotection mais spécifiquement de la part de la mère (Barrett, Rapee, Ronald, Dadds, & Ryan, 1996; Hafner, 1986; Roth, 1996). Ces auteurs avancent que ces résultats sont le reflet d'une perception bien différente selon le sexe de l'individu à l'adolescence et pas nécessairement d'une divergence d'attitude de la mère à l'égard du jeune. En effet, les filles semblent interpréter l'attitude de la mère comme étant de l'intérêt et des soins alors que les garçons l'interprètent comme étant du contrôle et de l'intrusion (Heights, Nilzon, & Palmerus, 1997).

La quatrième étude sur la relation entre le style d'interaction familiale et les troubles anxieux chez l'enfant a été menée par Siqueland et al., (1996) auprès de familles contrôles et de familles ayant un enfant anxieux. Pour réaliser cette étude, un échantillon clinique de 17 familles comprenant 13 garçons et 3 filles souffrant de troubles anxieux divers ou d'anxiété de séparation et un échantillon non clinique de 27 familles comprenant 17 garçons et 10 filles ont été interrogés. Dans cette étude, les parents et les enfants sont testés. En effet, les parents doivent répondre au Child Behavior Checklist-Parent and Teacher versions (CBCL-P et CBCL-T; Achenbach, 1991; Achenbach & Edelbrock, 1981), au State-Trait Anxiety Inventory-Trait Version (STAI-T; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) ainsi qu'au Beck Depression Inventory (BDI; Beck, 1967). Les enfants quant à eux répondent au Children' Report of Parenting Behavior Inventory

(CRPBI; Schluderman & Schluderman, 1970), au Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynold & Richmond, 1978), au State-Trait Anxiety Inventory for Children-Trait version (STAIC-T; Spielberger, 1973) et enfin, au Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1979, 1981). Bien qu'antérieurement il avait été observé que les parents d'enfants anxieux favorisaient moins l'autonomie chez l'enfant comparativement au groupe contrôle, aucune différence significative entre l'échantillon clinique et le groupe contrôle n'a été démontrée relativement à la surprotection parentale.

Comme il est possible de le constater, les résultats obtenus par ces quatre études sont très diversifiés et aucun consensus ne semble se dégager relativement à la relation entre les variables.

À travers les diverses études qui ont tenté d'établir un lien entre la perception de la relation parents-enfant, l'anxiété et la dépression, il reste encore à élucider le rôle de la perception du père (dominance-affiliation) et des impacts de cette perception sur le niveau d'anxiété et de dépression de l'individu. Ces mêmes liens devront aussi être vérifiés en considérant le rôle de la perception que l'individu se fait de sa mère puisque les résultats jusqu'à maintenant ne sont pas constants.

Objectifs et hypothèses

La présente étude aborde et explore les liens entre la perception de la dominance et de l'affiliation de la mère et du père, l'anxiété et la dépression du sujet adulte. Compte tenu des données contradictoires dans les études recensées, il se peut que la relation entre les variables soit non linéaire. C'est pour cette raison que l'analyse de variance est utilisée plutôt que la corrélation de Pearson. Enfin, suite à l'analyse de la recension des écrits présentés ci-haut, diverses questions émergent.

Cette étude cherche à évaluer les hypothèses voulant que la perception de la dominance et de l'affiliation de la mère et du père soit en relation avec l'anxiété et la dépression. Pour la dominance, la relation devrait être positive alors que pour l'affiliation, la relation devrait être négative. Des données préliminaires n'indiquent aucun effet du sexe ni aucun effet d'interaction (Perception x sexe sur l'anxiété et la dépression). L'absence de tels liens peut s'expliquer par la rareté des hommes anxieux et dépressifs dans l'échantillon recueilli. Pour assurer la fiabilité des analyses statistiques, les hypothèses sont formulées sans tenir compte de la variable sexe. Spécifiquement, ces hypothèses au nombre de huit sont : (1) La perception du niveau de dominance maternelle est en relation positive avec l'anxiété chez l'individu, (2) la perception de la dominance de la mère est en relation positive avec la dépression, (3) la perception de la dominance du père est en relation positive avec l'anxiété, (4) la perception de la dominance paternelle est en relation positive avec la dépression, (5) la perception de

l'affiliation de la mère est en relation négative avec l'anxiété, (6) la perception de l'affiliation de la mère est en relation négative avec la dépression, (7) la perception de l'affiliation du père est en relation négative avec l'anxiété et enfin, (8) la perception de l'affiliation du père est en relation négative avec la dépression. Suite à l'analyse des hypothèses, des liens seront explorés en analyses complémentaires entre la perception de dominance et d'affiliation de soi, l'anxiété et la dépression. Cette analyse permettra de vérifier si la perception de la dominance et de l'affiliation de la mère et du père constitue une bonne façon d'opérationnaliser les variables de surprotection et de qualité des soins.

Méthode

Cette section présente les éléments de la collecte des données. Elle présente les participants, expose le déroulement, décrit les instruments de mesure utilisés pour la recherche et explique les méthodes statistiques retenues.

Participants

L'échantillon de cette étude se compose de 86 individus ($N=86$) dont 60 sont des femmes et 26 sont des hommes. Précisément, les 60 femmes sont âgées entre 19 et 58 ans. L'âge moyen de ces dernières est de 28.12 ans avec un écart-type de 11.10. Quant aux hommes, ils sont âgés entre 20 et 65 ans obtenant une moyenne d'âge de 33.42 ans avec un écart-type de 14.71. Cinquante-huit participants sont des étudiants de deuxième année au baccalauréat en psychologie à la session automne 2001 tandis que les 28 autres sont des clients de l'organisme communautaire la *Clé des Champs*, de la région de Montréal, venant en aide aux individus souffrant d'anxiété généralisée, d'agoraphobie et de phobie sociale. Le recours à ces deux sources de sujets a permis d'obtenir des scores d'anxiété diversifiés.

Déroulement

La participation à la recherche se fait sur une base volontaire pour les étudiants et pour les clients de la *Clé des Champs*. Pour le groupe d'étudiants, la passation des questionnaires s'est réalisée en classe; les instructions ont été fournies oralement pour que chaque participant sache exactement comment procéder afin de répondre correctement aux questionnaires. Les clients de la *Clé des Champs* ont reçu les questionnaires dans leur groupe de rencontre hebdomadaire et ont pu y répondre à la maison; les instructions leur ont été transmises par la responsable du groupe qui elle, en avait été informée préalablement par la responsable de la recherche. Les résultats aux tests ont été remis à la demande des participants de l'étude.

Instruments de mesure

L'anxiété, la dépression, l'affiliation et la dominance sont les quatre variables retenues pour cette étude. L'Échelle d'anxiété (IPAT) de Cattell et Sheier (1957), traduite et validée par Cormier en 1962, a été utilisée pour la variable anxiété. En ce qui concerne la variable dépression, l'Inventaire de Dépression-Deuxième Édition (BDI-II) de Beck (1996) a été administré aux participants et enfin, le Test d'Évaluation du Répertoire des Construits Interpersonnels (Terci) de Hould (1979) a été utilisé pour les variables affiliation et dominance du père et de la mère. Les participants devaient en

plus, répondre à un questionnaire de renseignements généraux afin d'obtenir un profil d'ensemble de l'échantillon.

Anxiété

L'IPAT (Cattell & Sheier, 1957, traduit par Cormier, 1962) est un questionnaire mesurant l'anxiété qui comprend 40 items formulés de façon à assurer la coopération et la franchise des participants et en minimisant l'influence de la suggestion. La principale cote révélée par cette échelle est celle de «l'anxiété totale» qui est généralement transformée en cote pondérée «sten» sur une échelle en 10 points. Un score situé entre 8 et 10 signifie que l'individu présente un niveau d'anxiété de moyen à très élevé. Ensuite, un résultat situé entre 4 et 7 correspond à un niveau d'anxiété essentiellement normal. Enfin, un score situé entre 1 et 3 suggère un manque d'intérêt chez l'individu et une capacité à tolérer les situations de crises. Ce test est divisé symétriquement de façon à fournir 20 items offrant une cote d'anxiété voilée ou latente et 20 autres items offrant une cote d'anxiété manifeste ou symptomatique. Cette division permet donc d'étudier le niveau de conscience concernant le phénomène de l'anxiété chez l'individu. Les 20 premiers et les 20 derniers items sont eux aussi divisés mais cette fois en cinq facteurs primaires (p.ex., organisation déficiente du concept de soi, faiblesse du moi, insécurité paranoïde, disposition à la culpabilité et tension nerveuse); ces cinq facteurs sont représentés également dans chaque moitié. La fidélité ainsi obtenue est de .84 sur un échantillon de 240 adultes normaux et de .91 dans une population mixte de normaux et

de névrosés hospitalisés. De plus, la validité du score total d'anxiété est établie à partir des corrélations obtenues entre les cotes des cinq facteurs primaires avec le facteur «anxiété générale» dans six études portant sur une population de plus de 1000 participants (Cattell & Sheier, 1957). Pour cette recherche, seul le score d'anxiété totale sera utilisé lors de l'analyse statistique.

Dépression

Le BDI-II (Beck, 1996) est un inventaire qui comprend 21 items mesurant le degré de sévérité de dépression chez les adultes et les adolescents âgés de 13 ans et plus. Cette version a été développée en considérant les symptômes dépressifs énumérés dans le DSM-IV (APA, 1994b). L'interprétation des niveaux de dépression correspond à : (1) l'absence de symptômes dépressifs lorsque le score se situe entre 0-13; (2) une présence légère de symptômes dépressifs lorsque le score se situe entre 14-19; (3) une présence modérée de symptômes dépressifs lorsque le score se situe entre 20-28; et enfin (4) une présence sévère de symptômes dépressifs lorsque le score se situe entre 29-63. Afin de vérifier les qualités psychométriques du BDI-II, quatre échantillons d'individus psychiatisés non hospitalisés et un échantillon d'étudiants universitaires ont été utilisés. Le coefficient alpha du BDI-II relativement aux participants non hospitalisés est de .92 et de .93 pour les étudiants universitaires. Ces coefficients alphas sont supérieurs à la première version du BDI-II soit le BDI-IA. Beck, Steer et Garbin (1988) avaient identifié, à cette période, un coefficient alpha moyen de .86 avec le BDI-IA au sein de

neufs échantillons d'individus psychiatisés. De plus, le niveau de corrélation au test-retest du BDI-II est de $.93$ ($p < .001$) lorsque la seconde passation a lieu à une semaine d'intervalle.

Dominance et affiliation

Le Terci (Hould, 1979) est un instrument qui permet de mesurer le mode d'adaptation qu'adopte un individu en situation de relations interpersonnelles. Il précise la façon habituelle d'être en relation avec une autre personne ou du moins de la percevoir. Cet instrument se veut le reflet de l'opinion personnelle que le sujet se fait d'une personne à un moment spécifique.

Le Terci est composé d'une liste de 88 items et de cinq feuilles-réponses identifiées selon la personne à percevoir. Le participant doit répondre aux 88 questions et ce, pour exprimer sa perception de lui-même, de son partenaire, de son père, de sa mère et de ce qu'il désire être idéalement. Pour les besoins de cette recherche, la perception de la mère, du père et de soi seront uniquement utilisées. Enfin, pour chacun des items, le participant se pose la question suivante :

«Est-ce que ce comportement ou cette attitude pourrait être utilisée pour décrire la manière habituelle d'être ou d'agir avec les gens ... (mère, père et soi)»

Sur une feuille réponse, il doit répondre à chacun des énoncés par O (pour oui) lorsque l'affirmation correspond à la perception qu'il se fait de lui ou de ses parents et par N (pour non) lorsque l'affirmation n'y correspond pas. Seule la perception de l'individu est importante, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Les principales qualités psychométriques du Terci se retrouvent au niveau de ses caractéristiques, de sa fidélité et de sa validité. Pour chacun des personnages, l'analyse des réponses du participant fournit des indices sur 19 variables; pour cette étude, seulement les variables d'affiliation et de dominance du père et de la mère seront retenues. À partir des scores d'affiliation et de dominance, l'analyse dégage cinq indices descriptifs de chacune des dyades formées par les personnages visés par le Terci : les dyades soi-partenaire, soi-idéal partenaire, père-mère, soi-père et enfin soi-mère. Une standardisation a été établie auprès d'une population francophone québécoise de plus de 1500 personnes : des hommes et des femmes, en nombre égal, âgés entre 18 et 60 ans. Ensuite, la pondération des items, les études d'homogénéité des items, les corrélations item-item, item-échelles, le test d'homogénéité cumulative des échelles, les corrélations moitié-moitié de Spearman-Brown ont été établies sur 1928 descriptions (Hould, 1979). Les corrélations test-retest après 1 semaine, 3 ½ mois et 4 mois ont été établies à partir de 280 descriptions par une étude de Côté-Léger (1976 dans Hould, 1979). Ces corrélations varient de .84 à .85 pour la dominance et de .79 à .90 pour l'affiliation. Enfin, pour établir la validité de cet instrument, deux applications de la méthode d'analyse multi-méthodes-multi-facettes préconisée par Campbell et Fiske (1959) ont été

réalisées. Les indices de validité de construit obtenus sont de .85 et de .78 (Hould, 1979) pour l'ensemble des mesures aboutissant aux scores de dominance et d'affiliation.

Méthodes statistiques

Cette section a pour but d'expliquer le choix des méthodes statistiques utilisées dans la présente étude : les analyses descriptives, le test t , les analyses de variance, le coefficient de corrélation E (êta), les graphiques, et le test de Scheffé.

Les analyses descriptives servent à décrire les caractéristiques de l'échantillon et sa représentativité de la population générale. L'échantillon sera décrit en fonction de l'âge et de la distribution des participants. Le test t permettra de comparer la moyenne de l'échantillon de cette recherche avec l'échantillon qui a permis de standardiser les instruments. L'analyse de variance est utilisée dans le but de vérifier l'existence de relations (positives, négatives ou non linéaires) entre les variables à l'étude. Selon Kerlinger (1986), une différence entre les moyennes suggère une relation entre la variable indépendante et dépendante et lorsque cette différence est significative, elle suggère la présence d'une relation entre deux variables. Par contre, s'il n'y a pas de différence significative entre les moyennes, la relation entre la variable indépendante et dépendante est nulle, ce qui signifie que plus la différence est grande, plus la relation sera élevée (Kerlinger, 1986). À partir des résultats de l'analyse de la variance, il est possible de mesurer l'intensité du lien à l'aide du coefficient de corrélation E .

L'utilisation du graphique permettra de préciser la nature de la relation : positive, négative, linéaire ou non linéaire (Kerlinger, 1986). De plus, l'utilisation du test de Scheffé permet de préciser les différences significatives de moyennes entre les groupes utilisés dans l'analyse de variance (Kerlinger, 1986).

Résultats

Ce chapitre expose les principaux résultats des analyses statistiques (descriptives, analyses de variance uni-variée, coefficient de corrélation E et test de Scheffé). Les variables perception de la dominance de la mère et du père (PDM et PDP) et perception de l'affiliation de la mère et du père (PAM et PAP) sont traitées en variables indépendantes pour des fins d'analyses de la variance des scores d'anxiété et de dépression qui sont alors pris comme variables dépendantes. Pour ce faire, chacune de ces variables a permis de constituer trois groupes (faible, moyenne et élevée) correspondant à la perception d'un individu. Par exemple, la PDM comprend un groupe où l'individu perçoit sa mère faiblement dominante, moyennement dominante et fortement dominante. Il en va de même pour la PDP, la PAM et la PAP. Suite à cela, une analyse de variance est effectuée entre ces variables (PDM, PDP, PAM, PAP), l'anxiété et la dépression. Les groupes ont été constitués afin d'obtenir un nombre presque équivalent de participants dans les groupes reflétant des scores faibles, moyens et élevés sur les variables indépendantes. Cette procédure aboutit à des catégories présentant les caractéristiques suivantes: définies à partir des hypothèses de recherche; indépendantes et mutuellement exclusives; exhaustives incluant tous les participants; dérivées d'un seul et unique principe de classification et enfin elles se situent à un seul niveau de discours (Kerlinger, 1986). Les points de coupures des groupes ainsi que le nombre de participants distribués dans chaque groupe seront identifiés. De plus, les moyennes et les écarts-types de la présente étude seront mis en évidence en plus de les comparer à ceux

des autres échantillons. Cette section présente les résultats des analyses statistiques pour les huit hypothèses proposées. De plus, une section analyse complémentaire est proposée afin d'explorer les liens entre les variables perception de la dominance et de l'affiliation de soi, l'anxiété et la dépression.

Perception de la dominance des parents (PDM-PDP)

Cette partie présente les résultats obtenus aux variables PDM et PDP. Cette partie indique les résultats relativement aux hypothèses suivantes : la perception de la dominance de la mère (PDM) est en relation positive avec l'anxiété et la dépression chez l'individu et la perception de la dominance du père (PDP) est en relation positive avec l'anxiété et la dépression chez l'individu.

PDM et anxiété

Les scores de la variable PDM s'étendent de - 46.30 à 28.51. Spécifiquement, l'étendue des scores des groupes correspondant à la perception de la dominance faible, moyenne et élevée de la mère est respectivement de : - 46.30 à - 10.86 ($n = 28$), - 8.90 à 3.66 ($n = 30$) et 4.19 à 28.51 ($n = 28$). La moyenne de l'échantillon ($N = 86$) est de - 4.40 avec un écart-type de 16.85 tandis que la moyenne obtenue par Hould (1979) est de - 1.98 avec un écart-type de 14.15 pour l'ensemble de l'échantillon ($N = 708$). Un test t a été réalisé afin de vérifier l'équivalence de moyennes entre ces deux groupes. Ainsi,

l'analyse ne révèle pas de différence significative entre les moyennes de ces deux échantillons ($t(792) = 1.67, p > .05$).

Les scores des participants sur la variable anxiété s'étendent de 0 à 10. Spécifiquement, l'étendue des scores des participants correspondant à l'anxiété faible, moyenne et élevée sont respectivement de : 0 à 3 ($n = 6$), 4 à 7 ($n = 53$) et 8 à 10 ($n = 27$). La moyenne de l'échantillon ($N = 86$) est de 6.22 avec un écart-type de 1.98 tandis que la moyenne obtenue par Cattell et Sheier (1957) est de 5.80 avec un écart-type de 2.22 pour un échantillon de 30 adultes. Un test t a été réalisé afin de vérifier l'équivalence des moyennes de ces deux groupes. Ainsi, l'analyse ne révèle pas de différence significative entre les moyennes de ces deux échantillons ($t(116) = 1.02, p > .05$).

En ce qui concerne l'hypothèse «la PDM est en relation positive avec l'anxiété chez l'individu», l'analyse de variance (Tableau 1 à l'Appendice A) révèle une relation entre la perception de la dominance de la mère et l'anxiété ($F(2,80) = 5.66, p = .005$). Le coefficient général de corrélation E est de .35 soit un covariance de .12 entre la PDM et l'anxiété. Le graphique de la figure 1 indique : plus une personne perçoit sa mère comme dominante, moins elle est anxieuse. L'application de la procédure de Scheffé indique une différence significative au seuil de .05 entre les groupes extrêmes sur la variable PDM.

Donc, l'hypothèse affirmant que la PDM soit en relation positive avec l'anxiété chez l'individu est rejetée. Par contre, elle met en évidence une corrélation négative entre les deux variables.

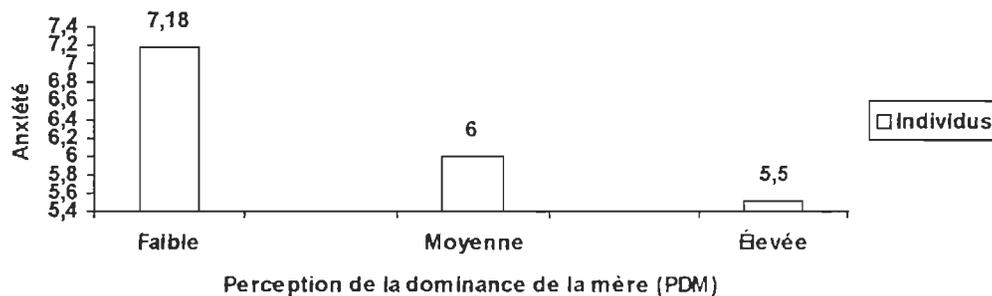


Figure 1 : Perception de la dominance de la mère et anxiété

PDM et dépression

Les scores de la variable dépression s'étendent de 1 à 55. Spécifiquement, l'étendue des scores des participants correspondant à l'absence de dépression, à la dépression légère, modérée et élevée sont respectivement de : 0 à 13 ($n = 62$), 14 à 19 ($n = 17$), 20 à 28 ($n = 3$) et 29 à 63 ($n = 4$). La moyenne de l'échantillon ($N = 86$) est de 9.52 avec un écart-type de 8.91, ce qui signifie que les gens obtiennent un score moyen correspondant à l'absence de symptômes de dépression. Par contre, le score moyen de dépression

obtenu par Beck (1996) sur un échantillon non clinique de 191 individus est de 18.92 avec un écart-type de 11.32. Un test t a été réalisé afin de vérifier l'équivalence entre les moyennes de ces deux échantillons. L'analyse révèle une différence significative entre les moyennes de ces deux échantillons ($t(277) = 6.23, p < .05$). Donc, les participants de la présente étude sont moins déprimés que le groupe de référence sur lequel l'échantillon de Beck (1996) a été standardisé.

En ce qui concerne l'hypothèse «la PDM est en relation positive avec la dépression», l'analyse de variance (Tableau 2 à l'Appendice A) indique une relation entre la PDM et la dépression ($F(2, 80) = 3.54, p = .034$). Le coefficient général de corrélation E est de .30 soit une covariance de .09 entre la PDM et l'anxiété. Le graphique de la figure 2 indique : plus un individu perçoit sa mère dominante, moins il est déprimé. L'application de la procédure de Scheffé indique une différence significative au seuil de .05 entre les groupes extrêmes sur la variable PDM.

Donc, l'hypothèse affirmant que la PDM soit en relation positive avec la dépression chez l'individu est rejetée. Par contre, elle met en évidence une corrélation négative entre la PDM et la dépression.

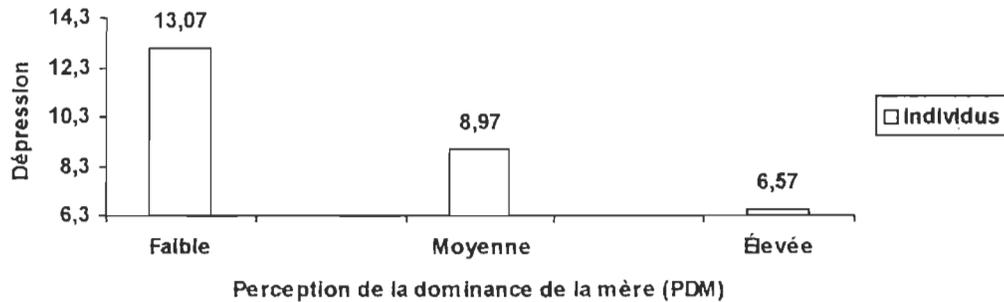


Figure 2 : Perception de la dominance de la mère et dépression.

PDP et anxiété

Les scores de la variable PDP s'étendent de - 41.58 à 37.68. Spécifiquement, l'étendue des scores des groupes correspondant à la perception de dominance faible, moyenne et élevée du père sont respectivement de : - 41.58 à - 3.55 ($n = 28$), - 1.24 à 13.01 ($n = 29$) et 14.08 à 37.68 ($n = 29$). La moyenne de l'échantillon ($N = 86$) est de 4.53 avec un écart type de 18.62 tandis que la moyenne obtenue par Hould (1979) est de 5.1 avec un écart-type de 14.71 pour l'ensemble son échantillon ($N = 708$). Un test t a été réalisé afin de vérifier l'équivalence entre les moyennes de ces deux échantillons. Ainsi, l'analyse ne révèle pas de différence significative entre les moyennes de ces deux échantillons ($t(792) = 0.37, p > .05$).

En ce qui concerne l'hypothèse «la PDP est en relation positive avec l'anxiété», l'analyse de variance (voir Tableau 3 à l'Appendice A) indique une relation entre la perception de dominance du père et l'anxiété ($F(2, 80) = 5.91, p = .004$). Le coefficient général de corrélation E est de .35 soit une covariance de .12 entre la PDP et l'anxiété. Le graphique de la figure 3 indique : plus un individu perçoit son père dominant, moins il est anxieux. L'application de la procédure de Scheffé, au seuil de .05, démarque le groupe faible sur la variable PDP qui présente un anxiété plus grande que les deux autres groupes.

Donc, l'hypothèse affirmant que la PDP soit en relation positive avec l'anxiété chez l'individu est rejetée. Par contre, elle met en évidence une corrélation négative entre les variables.

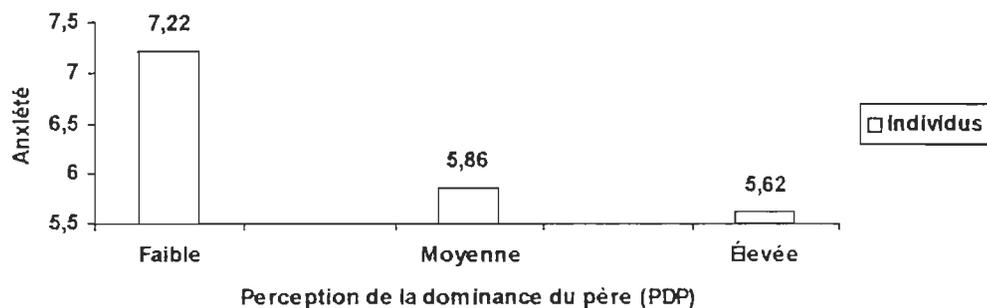


Figure 3 : Perception de la dominance du père et anxiété.

PDP et dépression

En ce qui concerne l'hypothèse «la PDP et la dépression chez l'individu», l'analyse de variance (voir Tableau 4 à l'Appendice A) ne révèle pas de relation entre la PDP et la dépression.

Donc, l'hypothèse affirmant que la PDP est en relation positive avec la dépression est rejetée.

Perception de l'affiliation des parents (PAM et PAP)

Cette partie propose les résultats obtenus aux variables PAM et PAP. Cette partie indique les résultats relativement aux hypothèses suivantes : la perception de l'affiliation de la mère (PAM) est en relation négative avec l'anxiété et la dépression chez l'individu et la perception de l'affiliation du père (PAP) est en relation négative avec l'anxiété et la dépression chez l'individu.

PAM et anxiété

Les scores de la variable PAM s'étendent de - 40.18 à 29.55. Spécifiquement, l'étendue des scores des groupes correspondant à la perception d'affiliation faible, moyenne et élevée de la mère est respectivement de : - 40.18 à - 3.83 ($n = 28$), de - 2.11 à 8.99 ($n = 29$) et 9.92 à 29.55 ($n = 29$). La moyenne de l'échantillon ($N = 86$) est de 1.54 avec un écart-type de 14.91 tandis que la moyenne obtenue par Hould (1979) est de 3.95 avec un écart-type de 15.07 pour l'ensemble de l'échantillon ($N = 708$). Un test t a été réalisé afin de vérifier l'équivalence entre les moyennes de ces deux échantillons. L'analyse ne révèle pas de différence significative entre ces deux échantillons ($t(792) = 1.60, p > .05$).

Maintenant, en ce qui concerne l'hypothèse «la PAM est en relation négative avec l'anxiété de l'individu», l'analyse de variance (voir Tableau 5 à l'Appendice A) ne révèle aucun résultat significatif.

Donc, l'hypothèse voulant que la PAM soit en relation négative avec l'anxiété chez l'individu est donc rejetée.

PAM et dépression

En ce qui concerne l'hypothèse «la PAM en relation négative avec la dépression de l'individu», l'analyse de variance (voir Tableau 6 à l'Appendice A) ne révèle aucun résultat significatif.

L'hypothèse voulant que la PAM soit en relation négative avec la dépression chez l'individu est donc rejetée.

PAP et anxiété

Les scores de la variable PAP s'étendent de - 47.58 à 20.82. Spécifiquement, l'étendue des scores des groupes correspondant à la perception de l'affiliation faible, moyenne et élevée du père sont respectivement de : - 47.58 à -18.10 ($n = 28$), -17.44 à -1.65 ($n = 30$) et - 0.92 à 20.82 ($n = 28$). La moyenne de l'échantillon ($N = 86$) est de - 9.37 avec un écart-type de 15.82 tandis que la moyenne obtenue par Hould (1979) est de - 5.19 avec un écart-type de 16.22 pour l'ensemble de l'échantillon ($N = 708$). Un test t a été réalisé afin de vérifier l'équivalence entre les moyennes entre ces deux échantillons. Ainsi, l'analyse révèle que l'échantillon de la présente étude obtient une moyenne inférieure comparé aux standards ($t(792) = 2.58, p < .05$).

En ce qui concerne l'hypothèse «la PAP est en relation négative avec l'anxiété», l'analyse de variance (voir Tableau 7 à l'Appendice A) ne révèle aucun résultat significatif.

L'hypothèse affirmant que la PAP soit en relation négative avec l'anxiété chez l'individu est rejetée.

PAP et dépression

En ce qui concerne l'hypothèse «la PAP est en relation négative avec la dépression chez l'individu», l'analyse de variance (voir Tableau 8 à l'Appendice A) ne révèle aucun résultat significatif.

Donc, l'hypothèse affirmant que la PAP est en relation négative avec la dépression chez l'individu est rejetée.

Analyses complémentaires

Dans le but d'obtenir plus d'informations, la variable perception de la dominance (PDS) et de l'affiliation de soi (PAS) sont aussi explorées en fonction de l'anxiété et de la dépression. Certains résultats de l'analyse de variance sont très significatifs (voir

Tableau 9 et 10 à l'Appendice A) et mettent en lumière les résultats obtenus aux variables PDM et PDP relativement à l'anxiété et à la dépression.

PDS et anxiété

Dans un premier temps, les scores de la variable PDS s'étendent de - 54.14 à 23.25. Spécifiquement, l'étendue des scores des groupes correspond à la perception de la dominance faible, moyenne et élevée de soi sont respectivement de : - 54.14 à -10.59 ($n = 28$), -9.52 à 2.86 ($n = 29$) et de 3.04 à 23.25 ($n = 29$). La moyenne de l'échantillon ($N = 86$) est de - 5.58 avec un écart-type de 16.19 tandis que la moyenne obtenue par Hould (1979) est de - 2.57 avec un écart-type de 13.24 pour l'ensemble de l'échantillon ($N = 708$). Un test t a été réalisé afin de vérifier l'équivalence des moyennes de ces deux échantillons. Ainsi, l'analyse ne révèle pas de différence significative entre les moyennes de ces deux échantillons ($t(792) = 2.21, p > .05$).

L'analyse de variance révèle (voir Tableau 9 à l'Appendice A) une relation significative entre la PDS et l'anxiété chez l'individu ($F(2, 80) = 10.61, p < .000$). Le coefficient général de corrélation E est de .46 soit une covariance de .21 entre la PDS et l'anxiété. Le graphique de la figure 4 indique : moins un individu est anxieux, plus il se décrit dominant. L'application de la procédure Scheffé, au seuil de .05, démarque le groupe faible sur la variable PDS qui présente une anxiété plus grande que les deux autres groupes.

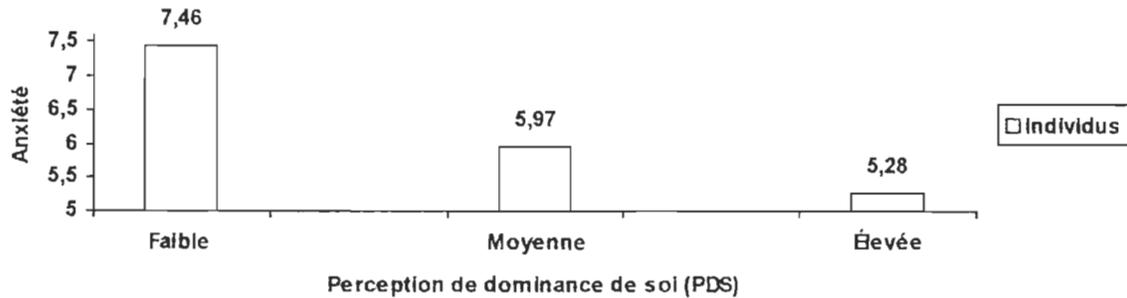


Figure 4 : Perception de dominance de soi et anxiété.

PDS et dépression

Maintenant, la PDS est explorée en fonction de la dépression. L'analyse de variance (voir Tableau 10 à l'Appendice A) révèle une relation significative entre la PDS et la dépression ($F(2, 80) = 11.31, p < .000$). Le coefficient général de corrélation E est de .46 soit une covariance de .22 entre la PDS et la dépression. Le graphique de la figure 5 indique : plus un individu se décrit dominant, moins il est déprimé. L'application de la procédure de Scheffé, au seuil de .05, démarque le groupe faible sur la variable PDS qui présente une dépression plus grande que les deux autres groupes.

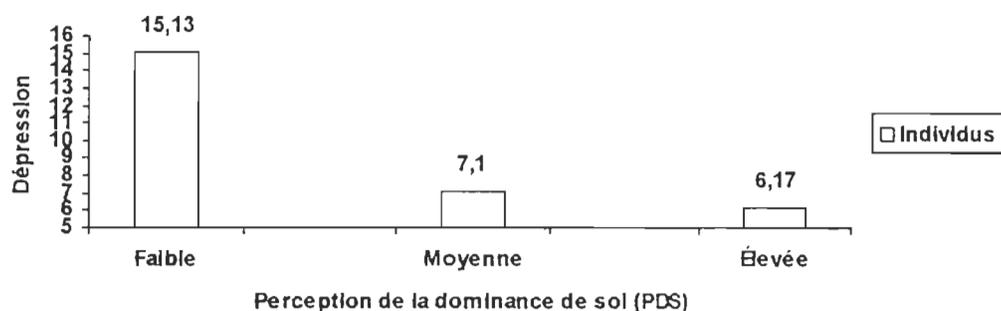


Figure 5 : Perception de dominance de soi et dépression

PAS et anxiété

La PAS est explorée en fonction de l'anxiété. L'analyse de variance (voir Tableau 11 à l'Appendice A) ne révèle aucun résultat significatif.

PAS et dépression

Enfin, la PAS est aussi explorée en fonction de la dépression. L'analyse de variance (voir Tableau 12 à l'Appendice A) ne révèle aucun résultat significatif.

En somme, l'analyse des résultats révèle l'absence de relation positive entre la PDM, l'anxiété et la dépression chez l'individu. Les hypothèses affirmant qu'il y ait une relation positive entre ces variables sont donc rejetées. Par contre, les résultats mettent en évidence une relation négative entre la PDM, l'anxiété et la dépression chez

l'individu. De plus, l'analyse des résultats révèle aussi l'absence de relation positive entre la PDP, l'anxiété et la dépression chez l'individu. Les hypothèses affirmant qu'il y ait une relation positive entre ces variables sont donc rejetées. Par contre, les résultats mettent en évidence une relation négative uniquement entre la variable PDP et l'anxiété chez l'individu. L'analyse des résultats révèle aussi l'absence de relation négative entre la PAM et l'anxiété et la dépression de même qu'entre la PAP et l'anxiété et la dépression chez l'individu. Donc, les hypothèses affirmant qu'il y ait une relation négative entre ces variables sont donc rejetées. De plus, les résultats obtenus en analyses complémentaires révèlent une relation négative entre la PDS et l'anxiété et la dépression chez l'individu. Par contre, l'analyse des résultats entre la PAS et l'anxiété et la dépression chez l'individu ne révèlent aucune relation.

Discussion

Les hypothèses de recherche affirmant que la perception de la dominance parentale, tant de la mère que du père, prédisent l'anxiété et la dépression chez l'individu ainsi que celles affirmant que la perception de l'affiliation, tant du père que de la mère soient en relation négative avec l'anxiété et la dépression chez l'individu sont rejetées. Dans l'ensemble, les analyses n'ont pas permis de confirmer ces hypothèses. Cependant, quelques analyses ont décelé de nouveaux liens dont la discussion fait état. La première partie de ce chapitre offre des explications logiques relativement à la relation négative obtenus concernant les trois premières hypothèses. La deuxième partie propose des justifications pertinentes relativement aux résultats obtenus concernant les quatre dernières hypothèses. Enfin, la dernière partie de ce chapitre fait état des limites de la présente étude.

Perception de dominance des parents (PDM et PDP)

L'analyse des résultats de la présente étude suggère que la perception de la dominance des parents est inversement proportionnelle au niveau d'anxiété et de dépression chez l'individu. La PDM et la PDP sont en relation négative avec l'anxiété alors que seule la PDM est en relation négative avec la dépression. À l'intérieur de certaines limites, il se peut que percevoir son parent dominant réduise l'anxiété et

procure un sentiment de sécurité à l'individu. Ainsi, l'enfant explore son environnement, prend de l'initiative et développe son autonomie. Cette absence d'anxiété et ce sentiment de sécurité permettent à l'enfant de se concentrer sur autre chose que de se protéger de menaces potentielles (Gilbert, 1989, 1992). L'enfant a donc l'impression que son parent est fort et cela le rassure et du même coup lui permet de croire qu'il sera protégé au besoin. Ainsi, la sécurité provenant du père et de la mère va influencer positivement l'adaptation de l'enfant en société (Lamb, 1981).

Dans l'ensemble, les mères et les pères sont perçus dominants par les participants faiblement anxieux. Cependant, cela ne signifie pas que les deux parents de chaque participant soient dominants. Dans un couple, il y a toujours un des partenaires qui est plus dominant que l'autre (McGuire & Troisi, 1998). Ainsi, dans cette étude, il est important de se souvenir que les analyses considèrent les parents un à un, ce qui signifie qu'il n'y pas d'analyse relativement à la dyade père-mère de chaque participant mais plutôt que dans l'ensemble, les pères et les mères de l'échantillon sont perçus un à la fois.

Il est possible d'expliquer que les résultats de la présente étude soient en contradiction avec ceux obtenus par Alnaes & Torgersen (1990), McClure et al. (2001), Parker (1979), Parker & Lipscombe (1981) et Siqueland et al. (1996). En effet, les scores obtenus relativement à la perception de la dominance de la mère et du père correspondent à ceux obtenus par un échantillon standard. Donc, pour conclure que les

parents sont surprotecteurs, les scores à cette variable auraient dû être nettement supérieurs à ceux obtenus dans cette étude. Il se peut que la relation entre les variables soit négative parce que les scores de la perception de dominance correspondent davantage à la perception d'un comportement adapté qu'à la perception d'un comportement excessif. Notez également que la PDS est corrélé négativement avec l'anxiété alors que Alnaes & Torgersen (1990) et Parker (1979) avaient obtenu une corrélation positive entre la surprotection et l'anxiété. En d'autres termes, la dominance est probablement une bien mauvaise mesure de la tendance à la surprotection.

Perception de l'affiliation des parents (PAM et PAP)

La perception de l'affiliation du parent ne semble pas jouer un rôle significatif sur le degré d'anxiété et de dépression des sujets. Les analyses n'ont pas déterminé de corrélations entre la PAM, la PAP, l'anxiété et la dépression pas plus que de relation entre la perception d'affiliation de soi, l'anxiété et la dépression. Dans le contexte où les parents sont perçus comme dominants, il se peut que l'affiliation du parent soit réduite car l'individu est peu anxieux et sécurisé par un parent fort; il ne se sent pas menacé et cela est suffisant pour assurer sa survie (Gilbert, 1989, 1992). Ainsi, il faut se souvenir que du point de vue de l'évolution, pour survivre, il faut protéger sa progéniture en s'assurant que les petits sont en sécurité (McGuire & Troisi, 1998). Par contre, il se peut que lorsque la force parentale n'est pas là, le besoin d'affection devienne un moyen d'assurer la sécurité de l'individu. Dans cette étude, il se peut que de percevoir ses

parents comme dominants, peu importe s'ils sont affectueux ou non, soit suffisant pour sécuriser l'individu et favoriser son développement.

Il est intéressant, et surprenant à la fois, de constater que dans les études recensées, le rôle du père semble avoir peu d'impact sur l'individu alors que l'inverse est constaté dans la présente recherche. Cela s'explique peut-être en partie parce que les comportements du père et de la mère sont différents avec l'enfant. En effet, il semble que le père engage des comportements où les jeux et les stimulations physiques prédominent tandis que les mères ont des comportements plus conventionnels davantage reliés à l'attention et aux soins de l'enfant (Clarke-Stewart, 1978; Lamb, 1977, 1981). Par contre, la littérature suggère que l'affection et la sensibilité des comportements paternels, exprimés différemment de la mère, procurent un sentiment de sécurité chez l'enfant. De plus, plusieurs études suggèrent que l'affection du père est en relation avec les compétences sociales de l'enfant (Cox, 1962; Leiderman, 1959; Mussen, Bouterline-Young, Gaddini, & Morante, 1963; Rutherford & Mussen, 1968) en plus d'être associée avec l'estime de soi du garçon (Coopersmith, 1967; Medinnus, 1965; Rosenberg, 1965; Sears, 1970) et l'adaptation sociale pour la fille (Baumrind & Black, 1967; Fish & Biller, 1973).

Il est également possible d'expliquer que les résultats de la présente étude relativement à la variable perception d'affiliation soient en contradiction avec ceux obtenus par Alnaes et Torgersen (1990). Il se peut que les variables PAM et PAP ne

correspondent pas à la variable qualité des soins parentaux proposée à l'étude de Alnaes et Torgersen (1990). En effet, les variables PAM et la PAP correspondent à l'affection que le parent porte à son enfant ce qui ne coïncide peut-être pas avec la qualité des soins qu'un parent procure à son enfant. Ainsi, il est vraisemblable que les variables de la présente étude ne concordent pas avec ceux de l'étude de Alnaes et Torgersen (1990).

Dans la présente étude et à l'intérieur de certaines limites, l'enfant devenu adulte tend à ressembler à ses parents plutôt que d'en être complémentaire. Il semble que l'hérédité, l'imitation et le renforcement parental aient un rôle à jouer.

Dans un premier temps, l'enfant ressemble à ses parents parce qu'ils lui transmettent leurs gènes. Ainsi, dès la naissance, l'enfant possède en lui un bagage génétique qui le prédispose à ressembler plus ou moins étroitement à ses parents (Beidel & Turner, 1997; Hopper et al., 1997; Kendler et al., 1992; Marchand & Letarte, 1993; Noyes et al. 1978; Torgersen, 1983).

En plus de son bagage génétique, l'individu peut imiter ses parents, ce qui lui permet d'y ressembler davantage. En effet, dès les premières années du développement, l'enfant imite de façon spontanée les adultes. Pour Bandura (1971), à mesure que l'enfant devient capable de symboliser l'expérience et de la traduire en comportements moteurs, il imite de façon différée les patrons complexes de comportements (identification).

Grâce à la mémoire, l'enfant devient capable de reproduire le comportement adopté même en l'absence du modèle. C'est donc en partie de cette façon que les parents transmettent leurs attitudes aux enfants. Ainsi, le choix du modèle n'est pas laissé au hasard. De plus, l'attention portée aux modèles serait également influencée par les attractions interpersonnelles. Les modèles qui possèdent des qualités attrayantes sont recherchés, tandis que ceux qui en sont dépourvus sont généralement ignorés ou rejetés (Bandura, 1977). Il se peut que les parents aient été à un moment ou l'autre des modèles pour les participants de la présente étude, ce qui expliquerait en partie pourquoi en plus de percevoir leurs parents dominants, ils se perçoivent eux-mêmes de cette façon. En effectuant une corrélation de Pearson, une relation significative a été identifiée entre la PDP et la PDS ($r(86) = .31, p < .01$) et la PDM et la PDS ($r(86) = .31, p < .01$).

À un stade plus élevé vient l'apprentissage vicariant. Selon Bandura (1977), l'apprentissage vicariant correspond à l'observation des comportements d'un modèle et des conséquences qui en résultent. Ainsi, ce type d'apprentissage incite la personne à s'investir si les conséquences observées sont positives et à ne pas le faire si elles ne le sont pas. Donc, l'individu apprend en observant ce qui arrive aux autres. L'apprentissage vicariant s'apparente à l'apprentissage par imitation parce qu'une personne imite le comportement d'autrui si elle juge que le comportement est adéquat et renforcé (Bandura, 1977). C'est ainsi que les parents ayant des comportements ou des caractéristiques personnelles fortes (p.ex., affirmation de soi, dominance, sentiment de compétence, etc.) vont éventuellement transmettre à leurs enfants ces mêmes valeurs

(Cohen & Cohen, 1996). De plus, il se peut aussi que les parents renforcent ou punissent l'enfant selon les comportements qu'ils valorisent afin d'assurer le développement de sa personnalité et sa socialisation (Bandura, 1977; Mussen, 1967).

Enfin, il semble que la combinaison de ces trois facteurs (hérédité, imitation et contingence des renforcements) prédisposent le sujet à ressembler à ses parents plutôt que d'adopter des comportements complémentaires.

Perception de la dominance de soi (PDS)

En analyse complémentaire, il est question d'une corrélation négative entre la perception de la dominance de soi, l'anxiété et la dépression chez l'individu. Cela signifie que lorsqu'une personne se perçoit dominante, elle est faiblement anxieuse et déprimée. Cette corrélation négative corrobore celle de Salter (1995) qui suggère qu'un individu dominant soit faiblement anxieux et possède de bonnes habiletés sociales. La corrélation de la présente étude met en lumière l'importance de l'évaluation qu'un individu se porte. Ainsi, se percevoir dominant suggère un sentiment de compétence et une capacité à s'affirmer. Dans un premier temps, le sentiment de compétence correspond à un affect positif qui découle d'une évaluation personnelle des habiletés interpersonnelles de l'individu (White, 1963). Le sentiment de compétence provient de l'intériorisation des différentes expériences d'efficacité. Pour ce qui est de l'affirmation de soi, elle se définit comme un comportement dominant non agressif qui permet à

l'individu d'exprimer ses émotions, ses opinions et ses besoins (Alberti & Emmons, 1986; Salter, 1995). Ce faisant, il se peut qu'une personne qui possède ces caractéristiques ait l'impression d'avoir des comportements adéquats lui permettant de s'adapter et d'affronter le quotidien sans constamment se remettre en question. Or, dans des limites raisonnables, il est possible que se percevoir dominant soit favorable à la santé mentale car cette perception nourrit positivement l'estime de soi qui, elle, tire sa source du sentiment de compétence et d'efficacité personnelle (White, 1963). Ainsi, lorsqu'une personne s'estime, elle développe sa confiance, favorise l'affirmation de soi, ce qui entretient sa perception d'être dominant puisqu'elle a le sentiment d'être efficace.

Limites

Évidemment, la présente étude comporte des limites importantes. En ce qui concerne les analyses statistiques, une limite a pu être identifiée. En effet, l'analyse de la variance permet de déceler des relations non linéaires, mais le fait de diviser l'échantillon en trois groupes fait perdre de la valeur aux résultats obtenus car cela ne tient pas compte des valeurs extrêmes ni de la diversité des résultats. Par ailleurs, le nombre de participants à l'étude était peu élevé et particulièrement le nombre d'hommes; l'échantillon est constitué de 26 hommes dont 12 d'entre eux proviennent du groupe d'individus anxieux.

Pour réaliser cette recherche, deux groupes ont été utilisés : des étudiants universitaires et des personnes souffrant de troubles anxieux. L'intention première

d'utiliser deux groupes distincts était d'obtenir des scores d'anxiété diversifiés. Cependant, la passation des questionnaires par les individus provenant de l'organisme la *Clé des Champs* s'est effectuée à la fin de leur thérapie de groupe, ce qui laisse supposer que le niveau d'anxiété des participants ait diminué faisant en sorte que leurs résultats ressemblaient à ceux des étudiants.

Enfin, il faut considérer que la perception de la dominance et de l'affiliation parentale repose, du moins en partie pour l'échantillon de la présente étude, sur des souvenirs de leurs parents puisque l'âge des participants varie entre 18 et 65 ans. Il est possible que pour les plus âgés d'entre eux, leurs parents étaient décédés.

Idéalement, il serait intéressant de reprendre cette étude mais cette fois avec un échantillon plus grand en tentant d'obtenir plus d'hommes. De plus, il serait judicieux d'évaluer la dyade père-mère afin de vérifier si les résultats obtenus d'une telle recherche (ex : la PDM est en relation négative avec l'anxiété chez l'individu) se maintiennent et s'appliquent lorsque les deux parents sont considérés dans une seule variable.

Conclusion

Contrairement aux attentes, la présente étude réfute les hypothèses de recherches : La perception de la dominance de la mère et du père est en relation positive avec l'anxiété et la dépression chez l'individu et la perception de l'affiliation des parents est en relation négative avec l'anxiété et la dépression chez la personne.

Néanmoins, les quelques liens sont observés entre la perception la dominance de la mère et du père, l'anxiété et la dépression ainsi qu'entre la perception de dominance de soi, l'anxiété et la dépression dégagent certains constats. D'abord, percevoir ses parents dominants peut s'avérer sécurisant pour l'enfant puisqu'il a l'impression qu'il pourra être protégé en cas de besoin. Ensuite, il s'avère que la perception de la dominance de soi, dans des limites raisonnables, soit en relation avec la santé mentale chez le sujet puisqu'il semble avoir un sentiment de compétence, une capacité à s'affirmer ainsi qu'une bonne estime de soi.

Quoi qu'il en soit, la présente recherche demeure innovatrice car aucune autre étude n'a utilisé ces tests pour vérifier ces variables. Donc, le IPAT (Cattell & Sheier, 1957, traduit et validé par Cormier, 1962), le BDI-II (Beck, 1996) ainsi que le Terci (Hould, 1979) ont été mis en relation pour la première fois afin de vérifier l'existence de relation entre la perception de la dominance parentale, l'anxiété et la dépression ainsi que

l'existence de relations négatives entre la perception de l'affiliation parentale, l'anxiété et la dépression.

De plus, cette recherche retrouve également son originalité par les résultats obtenus puisqu'ils ne correspondent en rien à ceux des autres études. Par contre, d'avoir obtenu une relation négative entre la perception de la dominance des parents et l'anxiété ainsi qu'une relation négative entre la perception de la dominance de la mère et la dépression apportent un éclairage nouveau relativement aux variables dominance et affiliation.

Ce type d'étude permet de comprendre l'importance de considérer l'individu dans son entité et non de miser sur un seul facteur puisque les comportements et la personnalité d'une personne s'expriment à travers un ensemble d'éléments. C'est pourquoi la globalité de l'individu ne doit pas être perdue de vue et cela tant dans le milieu de la recherche que dans l'intervention clinique. Ainsi, une personne désirant pousser davantage l'exploration de ces variables doit savoir qu'il serait nécessaire d'avoir un échantillon plus grand et surtout trouver plus de participants masculins. Il est utile de savoir qu'il est difficile de trouver des hommes souffrant de troubles anxieux-dépressifs puisque de par leur nature, les hommes seraient moins anxieux et dépressifs que les femmes, ils s'impliqueraient moins dans un processus thérapeutique et ils seraient plus réticents à participer à des recherches.

Références

- Achenbach, T. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington : University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46 (1, Serial No. 188).
- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1986). *Your perfect right : A guide to assertive living*. San Luis Obispo, CA : Impact Publishers.
- Alnaes, R., & Torgersen, S. (1990). Parental representation in patients with major depression, anxiety disorders and mixed conditions. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 81, 518-522.
- American Psychiatric Association (1994a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e ed.), Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1994b). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux* (4^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Masson : Paris.
- Andrew, R. J. (1972). The information potentially available in mammalian displays. Dans R. A. Hinde (Éd.), *Non-verbal communication* (pp.179-204). Cambridge : Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1971). *Psychological modeling : Conflicting theory*. New York : Library of Congress.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood NJ : Prentice-Hall.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Ronald, M., Dadds, M., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children : Threat bias and the fear effect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-197.

- Baumrind, D., & Black, A. E. (1967). Socialization practices associated with dimensions of competence in preschool boys and girls. *Child Development, 38*, 291-327.
- Beck, A. T. (1967). *Depression : Cause and treatment*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : International Universities Press.
- Beck, A. T. (1996). *Beck depression inventory and BDI-II*. San Antonio TX : The psychological Corporation
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression : A list of the content-specific hypotheses. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 179-183.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory : Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety : Psychopathology in the offspring of anxious parents. *The Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 918-924.
- Bernstein, I. S. (1981). Dominance : The baby and the bathwater. *The Behavioral and Brain Sciences, 4*, 419-429.
- Breier A., Charney, D. S., & Heninger, G. R. (1985). The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness. *American Journal of Psychiatry, 142*, 787-797.

- Burgoon, J., Jonhson, M. L., & Koch, P. T. (1998). The nature and measurement of interpersonal dominance. *Communication Monographs*, 65, 308-335.
- Cambell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- Cattell, R. B., & Sheier, I. H. (1957). *Handbook for the IPAT anxiety scale*. Champaign, Illinois : Institute for personality and ability testing.
- Cattell, R. B., & Sheier, I. H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York : Ronald Press.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Theoretical and empirical issues in differentiating depression from anxiety. Dans J. Becker & A. Kleinman (Éds), *Psychosocial Aspects of Depression*, (pp. 39-66). New Jersey : Erlbaum.
- Clarke-Stewart, K. A. (1978). And daddy makes three : The father's impact on the mother and young child. *Child Development*, 49, 466-478.
- Cohen, P., & Cohen, J. (1996). *Life values and adolescent mental health*. New Jersey : Erlbaum.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco : Freeman.
- Cormier, D. (1962). *L'échelle d'anxiété IPAT : une validation québécoise*. Institut de Recherches psychologiques.
- Costello, C. G., & Comrey, A. L. (1967). Scales for measuring depression and anxiety. *Journal of Psychology*, 66, 303-313.
- Côté-Léger, N. (1976). *Les effets, à court et à long terme, d'une session intensive d'un groupe de type gestaltique sur la personnalité d'adultes normaux*. Thèse de doctorat inédite. Université de Montréal.

- Cox, F. N. (1962). An assessment of children's attitudes toward parent figures. *Child Development, 33*, 821-830.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L., & Rickels, K. (1972). Factorial invariance of symptom diversions in anxious and depressive neuroses. *Archives of General Psychiatry, 27*, 659-685.
- Diamond, M. (1965). A critical evaluation on the ontogeny of human sexual behavior. *Quarterly Review of Biology, 40*, 147-175.
- Diamond, M. (1982). Sexual identity : Monozygotic twins reared in discordant sex roles and BBC follow-up. *Archives of Sexual Behavior, 11*, 181-186.
- Dierker, L. C., Merikangas, K. R., & Szatmari, P. (1999). Influence of parental concordance for psychiatric disorders on psychopathology in offspring. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 280-288.
- Dobson, K. S. (1985). The relationship between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review, 5*, 307-324.
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (2001). *Psychopathologie : une perspective multi-dimensionnelle* (2^e eds). De Boeck Université : Paris.
- Ehrenreich, B., & English, D. (1978). *For her own good*. New York : Anchor Press.
- Fish, K. D., & Biller, H. B. (1973). Perceived childhood paternal relationships and college females' personal adjustment. *Adolescence, 8*, 415-420.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove : Erlbaum.
- Gilbert, P. (1992). *Depression : The evolution of powerlessness*. New York : Guildford.

- Hafner, R. J. (1986). *Marriage and mental illness*. New York : Guilford Press.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1942). A multiphasic personality schedule (Minnesota) : III. The measurement of symptomatic depression. *Journal of Psychology, 14*, 73-84.
- Heights, R., Canetti, L., Bachar, E. Galili-Weisstub, G. E., De-Nour, A. K., & Shalev, A. Y. (1997). Parental bonding and mental health in adolescence. *Adolescence, 32*, 381-394.
- Heights, R., Nilzon, K. R., & Palmerus, K. (1997). The influence of familial factors on anxiety and depression in childhood and early adolescence. *Adolescence, 32*, 935-943.
- Hensen, M. (1973). Self-assessment of fear. *Behavior Therapy, 4*, 241-257.
- Hopper, J. L., Judd, F. K., Derrick, P. L., & Burrow, G. D. (1987). A family study of panic disorder. *Genetic Epidemiology, 4*, 33-41.
- Hould, R. (1979). *Perception interpersonnelle et entente conjugale : simulation d'un système*. Thèse de doctorat inédite : Université de Montréal.
- Kahn, R. J., McNair, D. M., Lipman, R. S., Covi, L., Rickels, K., Downing, R., Fisher, S., & Frankenthaler, L. M. (1986). Imipramine and chlordiazepoxide in depressive and anxiety disorders : Efficacy in anxious outpatient. *Archives of General Psychiatry, 43*, 79-85.
- Keating, C. F. (1985). Human dominance signals : The primate in us. Dans S. L. Ellyson & J. F. Dovidio (Éds.), *Power, dominance, and non-verbal behavior* (pp. 89-108). New York : Springer-Verlag.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). Major depression and generalized anxiety disorder : Same genes, (partly) different environments? *Archives of General Psychiatry, 49*, 716-722.

- Kerlinger, F. N. (1986). *Foundation of behavioral research*. (3^e eds). New York : Holt Rinehart & Winston.
- Kovacs, M. (1979). *The Children's Depression Inventory*. Pittsburg, PA : University of Pittsburg.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.
- Lamb, M. E. (1977). Father-infant and mother-infant interaction in the first year of life. *Child Development*, 48, 167-181.
- Lamb, M. E. (1981). *The role of the father in child development*. New York : Wiley.
- Leiderman, G. F. (1959). Effect of parental relationships and child-training practices on boy's interactions with peers. *Acta Psychologica*, 15, 469-473.
- Levy, D. M. (1943). *Maternal Overprotection*. New York : Columbia University Press.
- Marchand, A., & Letarte, A. (1993). *La peur d'avoir peur*. Québec : Éditions Stanké.
- Marks, I., & Lader, M. (1973). Anxiety states (anxiety neurosis) : A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 56, 3-18.
- Marks, I., & Mathews, A. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behavior Research and Therapy*, 17, 263-267.
- McClure, E. B., Brennan, P. A., Hammen, C., & Le Broque, R. M. (2001). Parental anxiety disorders, child anxiety disorders and the perceived parent-child relationship in Australian high-risk sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 1-10.

- McGuire, M., & Troisi, A. (1998). *Darwinian Psychiatry*. New York, Oxford University Press.
- Medinnus, G. N. (1965). Delinquents' perceptions of their parents. *Journal of Consulting Psychology, 29*, 5-19.
- Mendels, J., Weinstein, N., & Cochrane, C. (1972). The relationship between depression and anxiety. *Archives of General Psychiatry, 27*, 649-653.
- Michelson, L., & Ascher, L. M. (1987). *Anxiety and stress disorders : Cognitive-behavioral assessment and treatment*. New York : Guildford.
- Murray, H. A. (1938). *Exploration in personality*. New York : Oxford University Press.
- Mussen, P. H. (1967). Early socialisation : Learning and identification, Dans T. M. Newcomb (Éd.), *New directions in psychology*. New York : Holt, Rinehart, & Winston.
- Mussen, P. H., Bouterline-Young, H., Gaddini, R., & Morante, L. (1963). The influence of father-son relationships on adolescent personality and attitudes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 4*, 3-16.
- Noyes, R. Jr., Clancy, J., Crowe, R.F., Hoenk, P. R., & Slymen, D. J. (1978). The familial prevalence of anxiety neurosis. *Archives of General Psychiatry, 35*, 1057-1059.
- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics in relation to trait depression and anxiety levels in a non-clinical group. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 13*, 260-264.
- Parker, G. (1981). Parental representations of patients with anxiety neurosis. *Acta Psychiatrica Scandinava, 63*, 33-36.

- Parker, G. (1983). Parental affectionless control as an antecedent to adult depression : A risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.
- Parker, G., & Lipscombe, P. (1981). Influences on maternal overprotection. *British Journal of Psychiatry*, 138, 303-311.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L., B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Parloff, M., Kellman, H., & Frank, J. (1954). Comfort, effectiveness and self-awareness criteria of improvement. *American Journal of Psychiatry*, 111, 343-351.
- Reynold, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel : A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton : Princeton University Press.
- Roth, M. (1996). The panic-agoraphobic syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 153 (7), 111-117.
- Rutherford, E. E., & Mussen, P. H. (1968). Generosity in nursery school boys. *Child Development*, 39, 755-765.
- Salter, F. K. (1995). *Emotions in command : A naturalistic study of institutional dominance*. New York : Oxford University Press.
- Schluderman, E., & Schluderman, S. (1970). Replicability of factors in children's report of parent behavior (CRPBI). *Journal of Psychology*, 76, 239-249.

- Sears, R. R. (1970). Relation of early socialization experiences to self-concept and gender role in middle childhood. *Child Development*, 41, 267-289.
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children : Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 225-237.
- Smith, W. J. (1974). Displays and messages in intraspecific communication. Dans S.J. Weitz (Éd.), *Nonverbal communication : Reading with commentary* (pp. 331-340). New York : Oxford University Press.
- Solyom, L., Silberfeld, M., Solyom, C. (1976). Maternal overprotection in the etiology of agoraphobia. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 21, 109-113.
- Spielberger, C. (1973). *Manual for the state-trait anxiety inventory for children*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI – Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R. L., & Williams, E. (1983). *Structured clinical interview for DSM-III disorders (SCID)*. New York : Biometric Research Department, Psychiatric Institute.
- Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1085-1089.
- Weissman, M. M. (1985). The epidemiology of anxiety disorders : Rates, risks, and familial patterns. Dans A. H. Tuma & J. D. Maser (Éds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp.275-296). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- White, R. W. (1963). Ego and reality in psychoanalytic theory. *Psychological Issues*, 11 (3), 11-18.

Zuckerman, M., & Lubin, B. (1965). *The multiple affect adjective check list*. San Diego, CA : Educational and Industrial Testing Service.

Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, *12*, 63-70.

Appendice A
Tableaux des analyses de variance

Tableau 1

Analyse de variance de l'anxiété selon la variable perception de la dominance de la mère

Source de variation	<i>dl</i>	<i>Carré moyen</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Dominance de la mère	2	19.82	5.66	.005
Sexe	1	.44	.13	n.s
Dominance de la mère x sexe	2	6.34	1.81	n.s
Résiduel	80	3.5		
Total	85	3.94		

Tableau 2

Analyse de variance de la dépression selon la variable perception de la dominance de la mère

Source de variation	<i>dl</i>	<i>Carré moyen</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Dominance de la mère	2	268.17	3.54	.034
Sexe	1	55.5	.73	n.s
Dominance de la mère x sexe	2	12.96	.17	n.s
Résiduel	80	75.73		
Total	85	79.36		

Tableau 3

Analyse de variance de l'anxiété selon la variable perception de la dominance du père

Source de variation	<i>dl</i>	<i>Carré moyen</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Dominance du père	2	21.27	5.91	.004
Sexe	1	3.23	.90	n.s
Dominance du père x sexe	2	.91	.25	n.s
Résiduel	80	3.60		
Total	85	3.94		

Tableau 4

Analyse de variance de la dépression selon la variable perception de la dominance du père

Source de variation	<i>dl</i>	<i>Carré moyen</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Dominance du père	2	166.27	2.13	n.s
Sexe	1	135.14	1.73	n.s
Dominance du père x sexe	2	20.38	.26	n.s
Résiduel	80	78.09		
Total	85	79.36		

Tableau 5

Analyse de variance de l'anxiété selon la variable perception de l'affiliation de la mère

Source de variation	<i>dl</i>	<i>Carré moyen</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Affiliation de la mère	2	3.24	.81	n.s
Sexe	1	2.45	.62	n.s
Affiliation de la mère x sexe	2	3.74	.94	n.s
Résiduel	80	3.98		
Total	85	3.94		

Tableau 6

Analyse de variance de la dépression selon la variable perception de l'affiliation de la mère

Source de variation	<i>dl</i>	<i>Carré moyen</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Affiliation de la mère	2	6.55	.08	n.s
Sexe	1	130.44	1.6	n.s
Dominance de la mère x sexe	2	50.47	.62	n.s
Résiduel	80	81.33		
Total	85	79.36		

Tableau 7

Analyse de variance de l'anxiété selon la variable perception de l'affiliation du père

Source de variation	<i>dl</i>	<i>Carré moyen</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Affiliation du père	2	5.02	1.25	n.s
Sexe	1	2.12	.53	n.s
Affiliation du père x sexe	2	.54	.14	n.s
Résiduel	80	4.02		
Total	85	3.94		

Tableau 8

Analyse de variance de la dépression selon la variable perception de l'affiliation du père

Source de variation	<i>dl</i>	<i>Carré moyen</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Affiliation du père	2	101.86	1.28	n.s
Sexe	1	109.79	1.37	n.s
Affiliation du père x sexe	2	12.05	.15	n.s
Résiduel	80	79.91		
Total	85	79.36		

Tableau 9

Analyse de variance de l'anxiété selon la variable perception de la dominance de soi

Source de variation	<i>dl</i>	<i>Carré moyen</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Dominance de soi	2	34.67	10.61	.000
Sexe	1	.76	.23	n.s
Dominance de soi x sexe	2	.8	.25	n.s
Résiduel	80	3.27		
Total	85	3.94		

Tableau 10

Analyse de variance de la dépression selon la variable perception de la dominance de soi

Source de variation	<i>dl</i>	<i>Carré moyen</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Dominance de soi	2	726.05	11.31	.000
Sexe	1	64.55	1.01	n.s
Dominance de soi x sexe	2	16.42	.26	n.s
Résiduel	80	64.2		
Total	85	79.36		

Tableau 11

Analyse de variance de l'anxiété selon la variable perception de l'affiliation de soi

Source de variation	<i>dl</i>	<i>Carré moyen</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Affiliation de soi	2	4.3	1.08	n.s
Sexe	1	1.52	.38	n.s
Affiliation de soi x sexe	2	1.66	.41	n.s
Résiduel	80	4.0		
Total	85	3.94		

Tableau 12

Analyse de variance de la dépression selon la variable perception de l'affiliation de soi

Source de variation	<i>dl</i>	<i>Carré moyen</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Affiliation de soi	2	65.05	.81	n.s
Sexe	1	88.32	1.10	n.s
Affiliation de soi x sexe	2	42.03	.53	n.s
Résiduel	80	80.08		
Total	85	79.36		