

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR LOUISE DAUPHINAIS

**LA CAPACITE DE VIVRE L'INTIMITE CHEZ
DES FEMMES AYANT EU UN PARENT ALCOOLIQUE**

JUIN 1993

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.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études avancées en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

La capacité de vivre l'intimité chez
des femmes ayant eu un parent alcoolique

Louise Dauphinais

Gilles Côté

Université du Québec à Trois-Rivières

Table des matières

Résumé	2
Abstract	3
Contexte théorique	4
Méthode	11
Sujets	11
Instruments de mesure	12
Procédure	14
Résultats	15
Discussion	17
Remerciements	22
Références	23
Notes de bas de page	31
Tableau 1	32
Tableau 2	33

Résumé

Les femmes issues de familles alcooliques seraient moins capables d'intimité conjugale que des femmes n'ayant pas les mêmes antécédents familiaux. L'Echelle de Développement de l'Intimité est administrée à un échantillon de 42 femmes âgées de 18 à 37 ans, ayant eu un parent alcoolique; le groupe contrôle est composé d'un nombre équivalent de femmes du même groupe d'âge. Le diagnostic de dépendance à l'alcool du parent est établi à l'aide du Structural Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). Tel que formulé à l'hypothèse, les femmes ayant vécu auprès d'un parent alcoolique ont statistiquement une moins grande capacité d'intimité conjugale que les femmes du groupe contrôle. De plus, en comparaison avec ces dernières, les femmes de famille alcoolique se marient moins, ont plus rarement des enfants et consultent plus fréquemment un psychothérapeute. Ces différences suggèrent que cette population est vulnérable au plan psychologique; elle aurait également un degré moindre d'engagement concret dans des relations intimes. Ces résultats sont discutés dans le cadre du concept de codépendance.

Abstract

It is hypothesized that women from alcoholic families would be less capable of marital intimacy than women without this family background. L'Echelle de Développement de l'Intimité (a french scale for the development of intimacy) was administered to a sample of 42 women from 18 to 37 years of age who had an alcoholic parent; the control group was comprised of an equivalent number of women in the same age group. The diagnosis of the parental alcohol dependence was established using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). As predicted, women having lived with an alcoholic parent have a significantly lower capacity for marital intimacy than women comprised in the control group. Furthermore, in comparison to the latter group, women from alcoholic families do not marry as much, less of them have children and they have consulted for therapy more often. These differences suggest that the women of this population are more psychologically vulnerable and demonstrate less concrete commitments in intimate relationships. These results are discussed with regard to the concept of codependency.

Contexte théorique

Depuis la fin des années '70, de nombreux chercheurs et cliniciens américains utilisent le terme "codépendance" pour décrire un ensemble de comportements mal adaptés qui persistent à l'âge adulte chez les enfants issus de famille alcoolique¹. Les codépendants ont un besoin exagéré de valorisation externe et ils concentrent leur attention sur les besoins et les comportements d'autrui au point de négliger leurs propres besoins (Smalley & Coleman, 1987; Whitfield, 1989). De plus, ils s'engagent souvent dans des relations problématiques où ils investissent quantité d'énergie pour tenter de changer leur conjoint. Ce conjoint peut être impulsif ou dépendant des drogues. La croyance qu'ont les codépendants en un pouvoir démesuré de leur volonté est centrale dans cette dynamique. La personne codépendante interprète l'échec de ses démarches pour contrôler l'autre comme une inaptitude de sa part; en conséquence, elle redoublera d'efforts plutôt que d'avouer son impuissance (Cermak 1986, 1991).

La codépendance est une maladie relationnelle qui résulte d'une dysfonction de l'intimité (Cermak, 1986; Coleman, 1987). De la même façon, la dépendance à l'alcool ou aux drogues est souvent, elle aussi, associée à un problème d'intimité (Coleman, 1987). Les codépendants

vivent beaucoup d'anxiété et subissent une distorsion de la frontière du Moi en situation d'intimité.

Les cliniciens oeuvrant dans ce domaine (Beattie, 1987; Woititz, 1985) identifient les problèmes d'intimité comme une des principales difficultés rencontrées par les Enfants-Adultes issus de parents Alcooliques (EADA). L'examen de l'axe étiologique apporte un éclairage sur les origines de cette problématique.

La famille alcoolique constitue un environnement fait de chaos, d'inconsistances, d'imprévisibilité, de rôles peu définis, de règles arbitraires, de disputes, de réflexions illogiques et, parfois, de violence et d'inceste (Brown, 1988). En comparaison avec les parents de familles non-alcooliques, les parents de familles alcooliques ont plus souvent des troubles mentaux (Chassin, Rogosch & Barrera, 1991). Aussi, le taux de mortalité, la consommation de drogues, le nombre d'emprisonnements, les abus physiques, la négligence, la communication déficiente, les conflits parentaux et les problèmes financiers sont plus élevés au sein de ces familles que chez les familles non-alcooliques (Russell, Henderson & Blume, 1985; West & Prinz, 1987). Ces nombreuses sources de stress culminent bien souvent avec l'éclatement de la famille; le divorce et la séparation des parents y sont, en effet, plus fréquents (Chafetz, Blane & Hill, 1971). Finalement, ces familles sont isolées socialement en raison de

la honte reliée au problème d'alcool, de leur état de désorganisation et de leurs difficultés à se conformer aux normes sociales (Barnes, 1977).

Ce milieu de vie entraîne des conséquences inévitables pour les enfants qui y vivent. Morehouse (1979) constate que les enfants sont perturbés par les changements d'humeur et de comportement qu'ils observent chez leur parent alcoolique, notamment lorsque la conduite de ce dernier fluctue entre l'ivresse et la sobriété. Barnes (1977) soutient que l'inconsistance du style éducatif parental ne procure pas à l'enfant un modèle adéquat de rôle; il en résulte une difficulté au plan de l'image de soi, de même qu'au plan de la capacité à établir des relations significatives avec d'autres personnes. L'alcoolisme parental augmente le risque d'avoir des problèmes comportementaux chez les enfants et les adolescents, des difficultés émotionnelles, d'adaptation sociale et de toxicomanie (Russell et al., 1985). Des études ont en effet démontré que les enfants issus d'une famille alcoolique se déprécient plus, sont plus prédisposés à la dépression, ont plus tendance à être hyperactifs et anxieux, réussissent moins bien au niveau académique, sont plus névrotiques, tendent à être plus impulsifs et à avoir moins de facilité pour négocier avec leur environnement (Berkowitz & Perkins, 1988; Clair & Genest, 1987; Johnson & Rolf, 1990; Russell et al., 1985; Sher, 1991; Sher, Walitzer, Wood & Brent, 1991; West & Prinz, 1987).

On peut soupçonner que ces enfants, une fois adultes, rencontrent toujours des difficultés. En effet, une personne qui a eu à réagir à une autre personne, plutôt qu'à se préoccuper de son propre développement, ne peut acquérir un soi indépendant, une condition à la capacité de vivre l'intimité avec un autre adulte (Brown, 1988; Bellew-Smith & Korn, 1986; Erikson 1963, 1968; Orlofsky, Marcia & Lesser, 1973; Tesch & Whitbourne, 1982).

L'intimité représente l'un des stades de développement dont la crise est résolue à l'âge adulte. Le fait de ne pas avoir achevé les stades antérieurs, notamment celui de l'identité, compromet la capacité de surmonter cette crise car l'intimité est une "fusion" entre deux personnes où chacun conserve, malgré tout, ses attributs uniques (Erikson, 1963, 1968). La conception ériksonnienne de l'intimité comportent principalement les dimensions de mutualité, de maturité génitale, de responsabilité et d'engagement (Orlofsky et al., 1973).

D'une part, la capacité de vivre l'intimité est le principal facteur d'adaptation conjugale (Waring, McElrath, Mitchell, & Derry, 1981) et un indice d'une meilleure adaptation psychosociale (McAdams & Vaillant, 1982). D'autre part, la proximité relationnelle peut avoir des effets nocifs sur une personne n'ayant pas cette capacité de vivre l'intimité (Clark & Reis, 1988). La perte de l'individualité, l'exploitation, la vulnérabilité et une diminution du bien-être psychologique sont au nombre des

conséquences négatives de la proximité relationnelle chez une personne qui ne peut la soutenir (Fisher & Stricker, 1982; Hatfield, 1984; Rook, 1984).

Etant donné que la codépendance est associée à un problème d'intimité, elle serait davantage une problématique féminine. Il y a deux ensembles de données qui étayeraient cette position. Premièrement, bien que le développement de l'identité détermine le degré de maturité face à l'intimité (White, Houlihan, Costos & Speisman, 1990), la séquence développementale serait différente pour la femme comparativement à l'homme. L'identité et l'intimité se développeraient de façon plus simultanée chez celle-ci (Houle, 1981; White et al., 1990). L'homme tiendrait à avoir une identité forte avant de s'engager tandis que la femme s'engagerait dans une relation de couple, qu'elle ait réalisé son identité ou non (Kahn, Zimmerman, Csikszentmihalyi & Getzels, 1985). La femme atteindrait son identité sexuelle à travers une relation étroite avec son conjoint (Houle, 1981) d'où l'importance, pour elle, de réussir cette relation. Deuxièmement, les hommes et les femmes réagiraient de façons distinctes à l'alcoolisme de leur parent, ce qui reflèterait, en partie, les différences de rôles sexuels retrouvées dans la société en général (Berkowitz & Perkins, 1988; West & Prinz, 1987).

Il semble que les femmes issues d'un milieu alcoolique connaissent des difficultés particulières dans leur vie adulte. Lyon et Greenberg (1991)

ont démontré qu'elles manifestent un comportement caractéristique comparativement aux femmes n'ayant pas eu les mêmes antécédents familiaux: elles ont plus tendance à venir en aide à une personne profiteuse. Les auteurs ont conclu qu'elles font preuve d'une attitude autodestructrice dans leurs relations sociales. D'une manière complémentaire, Walfish, Stenmark, Shealy et Krone (1992) ont rapporté un taux élevé de troubles mentaux chez une population féminine traitée pour codépendance; plus de 90% de l'échantillon présentait des résultats élevés à au moins cinq échelles du Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).

Toutefois la vie conjugale des femmes Enfants-Adultes issus de parents Alcooliques (EADA) reste peu explorée; le degré d'engagement concret (célibat, union de fait, mariage, présence d'enfant) de ces femmes, en regard des femmes n'ayant pas les mêmes antécédents, est inconnu. Houle (1981) a montré que, pour une durée relationnelle égale, c'est ce niveau d'engagement concret, plus que l'âge, qui différencie les jeunes adultes entre eux relativement au niveau d'intimité qu'ils ont atteint.

En ce qui a trait plus spécifiquement à la capacité d'intimité, les résultats des recherches sont inconsistants. Les EADA en thérapie, seraient moins capables d'intimité et plus fusionnels dans leurs relations amoureuses que les sujets d'un groupe contrôle, que ces derniers aient été en thérapie ou non. Cette différence persiste lorsque le groupe de

comparaison est composé d'autres EADA qui n'ont pas été en thérapie plutôt que de sujets de la population générale (Harkins-Craven, 1986; Settle, 1988). Cependant, d'autres études ont rapporté peu de différence entre les sujets EADA et les sujets non-EADA au niveau de l'intimité (Carey, 1986; Goglia, 1986). Une recherche a même démontré que les EADA avaient une plus grande capacité pour les contacts intimes que les non-EADA (Barnard & Spoentgen, 1986). Ces écarts sont possiblement attribuables au fait de ne pas étudier séparément les sujets EADA féminins et masculins. De plus, Carey (1986) a observé qu'il est difficile de quantifier l'intimité. En fait, l'intimité est un concept complexe et les études appuient rarement leur évaluation de la capacité d'intimité sur une base théorique solide.

De façon générale, les études actuelles sur la codépendance présentent des déficiences sur le plan méthodologique. En premier lieu, les sujets sont généralement choisis au sein de collèges ou à l'intérieur de populations cliniques, ce qui entache la représentativité des échantillons (Sher et al., 1991). Deuxièmement, l'évaluation de l'alcoolisme parental est souvent vague et limitée. Il s'agit d'un problème important puisque l'identification de la sévérité de l'alcoolisme du parent est nécessaire pour la compréhension du niveau de traumatisme présent dans l'environnement; de même, elle permet d'évaluer la qualité des relations établies avec l'enfant (Brown, 1988). De façon générale, l'ignorance des différents

aspects reliés à l'alcoolisme (v.g., diagnostic, sévérité, habitudes de consommation) est peut être la plus grande faiblesse méthodologique des recherches dans le domaine (Sher, 1991). Trois des cinq études précitées sur la capacité d'intimité des EADA utilisaient le Children of Alcoholics Screening Test (CAST) (Jones, 1983) pour déterminer l'alcoolisme parental. Cet instrument est particulièrement déconseillé, selon Sher (1991), car il n'est pas fondé sur les critères de l'alcoolisme traditionnellement reconnus.

L'objectif général de la présente étude est donc de valider l'aspect relationnel du concept de codépendance, soit la difficulté de vivre l'intimité conjugale, en corrigeant un certain nombre de faiblesses méthodologiques, en procédant à une évaluation précise de l'alcoolisme et en utilisant une conception de l'intimité bien appuyée par un cadre théorique. L'hypothèse examinée est que le fait d'avoir vécu auprès d'un parent alcoolique diminue la capacité d'intimité conjugale des EADA.

Méthode

Sujets

L'échantillon est composé de 84 femmes québécoises francophones divisées également en deux groupes: expérimental et contrôle. Les femmes du groupe expérimental ont soit un ($n=31$), soit deux ($n=11$) parents alcooliques. Ces sujets ont entre 18 et 37 ans ($M=26.5$; $\sigma=5,1$). Plus de la moitié de ces femmes occupent un métier professionnel ou semi-

professionnel (54,7%); les autres occupent un métier non-spécialisé (31%) ou sont des étudiantes (14,3%). De façon générale, elles ont un niveau d'éducation assez élevé ($\underline{M} = 14,7$ ans; $\sigma = 2,8$). Elles ont vécu en moyenne 16,5 ans avec leurs deux parents. L'exposition à l'alcoolisme du parent a duré au moins 3 ans ($\underline{M} = 12,0$ ans; $\sigma = 5,7$).

Le parent alcoolique considéré est le père dans 78,6% des cas. Les parents ont entre 39 et 66 ans ($\underline{M} = 53,8$ ans; $\sigma = 7,7$; 3 parents sont décédés). Ils sont tous diagnostiqués dépendants à l'alcool. Ce problème d'alcool a duré entre 3 et 46 ans ($\underline{M} : 19,9$; $\sigma = 11,2$). Parmi ceux-ci, 59,5 % ont eu une dépendance sévère à l'alcool, dépendance se traduisant par des symptômes qui ont interféré de façon marquée avec leur fonctionnement occupationnel, social ou relationnel; 31 % ont eu une dépendance modérée et 9,5 %, une atteinte légère de leur fonctionnement.

Le groupe contrôle est composé de femmes qui disent ne pas avoir de parent alcoolique et dont l'âge moyen, le statut social, le nombre d'années de vie commune avec leurs deux parents et le niveau de scolarité sont statistiquement équivalents à ceux des sujets du groupe expérimental.

Instruments de mesure

Le Structural Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1989) a servi à établir le diagnostic de dépendance à l'alcool. Il s'agit d'un instrument diagnostique structuré

servant à identifier la présence de troubles mentaux selon les critères du DSM-III-R (APA, 1987).

La partie du questionnaire concernant l'alcoolisme dure une vingtaine de minutes. Elle permet de diagnostiquer l'abus et la dépendance à l'alcool, de même que d'en évaluer la sévérité. Le taux d'accord test-retest moyen du SCID est de .76 avec des non-patients pour un diagnostic établi à l'aide du coefficient Kappa (Williams et al., 1992) sur la base de la durée de vie. La fidélité est similaire à celle d'autres instruments diagnostiques majeurs; elle serait supérieure lorsque le SCID est utilisé pour un ou deux désordres seulement, ce qui est le cas de la présente étude.

Les entrevues réalisées pour établir le diagnostic de dépendance à l'alcool du parent dans le groupe EADA ayant été enregistrées, il a été possible d'en faire réévaluer le contenu par un deuxième juge. Les coefficients d'accord, pour le diagnostic de dépendance à l'alcool du parent, s'élèvent à 1, soit un accord parfait, et à 0,73 pour le degré de sévérité de ladite dépendance à l'alcool, un accord qualifié de substantiel (Landis & Koch, 1977). Ces taux d'accord ont été établis à l'aide du coefficient Kappa (Kraemer, 1982; voir Norusis, 1990).

L'Echelle de développement de l'Intimité (EDI) est un questionnaire papier-crayon, conçu par Houle (1981). D'une durée de vingt minutes, il contient 37 énoncés à choix forcé. Le score global à l'EDI

correspond au niveau d'intimité; il varie entre 0 et 37. Le test présente une bonne consistance interne, établie à 0,79 à l'aide du Kuder Richardson-20 (Houle & Kiely, 1984). L'indice de fidélité peut diminuer si l'échantillon comprend des célibataires et des personnes âgées de plus de 29 ans, mais il reste acceptable (Houle, Kiely, & Boulard, 1983). Pour la présente étude, l'indice de consistance interne, établi à l'aide du coefficient alpha standardisé de Cronbach (Norusis, 1990), est de 0,72.

Procédure

En raison de la difficulté d'obtenir la collaboration des sujets, nous avons utilisé deux procédures différentes. La première consistait à rencontrer d'abord le parent. Pour la seconde procédure, c'est la fille adulte qui était contactée initialement. Les parents ont été approchés lors des réunions des Alcooliques Anonymes ($n = 24$) ou par l'entremise d'un centre de désintoxication ($n = 2$). Par la suite, ceux-ci demandaient la participation conjointe de leur fille. Les filles adultes contactées directement ont été recrutées au sein de groupes E.A.D.A² ($n = 10$) ou par des annonces dans les journaux ($n = 6$); elles demandaient par la suite la participation du parent alcoolique.

Le SCID et un questionnaire de renseignements personnels ont été administrés par téléphone au parent alcoolique. L'entretien a été enregistré sur magnétophone afin établir ultérieurement l'accord inter-juges. La majeure partie des parents ont accepté de répondre au

questionnaire ($n = 28$). Dans les autres cas ($n = 14$), la fille répondait elle-même pour le parent lorsque ce dernier était décédé, refusait de répondre ou encore, lorsque le sujet refusait que son parent soit contacté. Seuls les sujets dont le parent recevait le diagnostic d'une dépendance à l'alcool actuelle ou passée étaient conservés. La sévérité de cette dépendance était jugée en tenant compte de la durée de la problématique alcoolique.

Les sujets du groupe expérimental recevaient par le courrier un questionnaire de renseignements personnels, ainsi que l'EDI, après avoir été contactés par téléphone. Pour les sujets du groupe contrôle, les questionnaires ont été distribués au hasard dans des endroits publics (centre commercial, restaurants). Les filles célibataires ($n = 18$), séparées ou divorcées ($n = 2$), des deux groupes ont reçu la consigne verbale de s'appuyer sur une relation passée afin de répondre au questionnaire sur la capacité d'intimité conjugale (EDI).

Résultats

Les résultats à l'EDI, présentés au tableau 1, permettent de

Insérer le tableau 1 ici

constater que les sujets EADA obtiennent un score moyen statistiquement inférieur à celui des sujets du groupe contrôle.

Les résultats des sujets EADA varient plus que ceux des sujets du groupe contrôle, lesquels résultats sont plus homogènes. Par ailleurs, les sujets EADA qui sont allés en thérapie obtiennent un score moyen légèrement supérieur ($\underline{n} = 18$; $\underline{M} = 24,7$; $\sigma = 6,7$) à l'EDI en comparaison des EADA qui n'y sont pas allés ($\underline{n} = 23$; $\underline{M} = 23,7$; $\sigma = 4,6$). Toutefois, cette différence n'est pas statistiquement significative.

Les sujets des groupes expérimental et contrôle diffèrent aussi au niveau des indices traduisant leur engagement concret .

Insérer le tableau 2 ici

Bien qu'un nombre équivalent de femmes des deux groupes ont un mari, un conjoint ou un ami, moins de femmes EADA (11,9%) sont mariées par rapport aux femmes non-EADA (47,6%). De plus, comparées aux femmes du groupe contrôle, les femmes du groupe expérimental vivent depuis moins longtemps avec leur conjoint ou leur mari, la différence étant statistiquement significative, et un nombre significativement moins élevé d'entre elles ont des enfants.

Finalement, un nombre plus élevé de femmes EADA sont allées consulter un thérapeute (42,9%) à comparer aux femmes non-EADA (16,7%), l'écart étant statistiquement significatif. Une faible proportion de femmes des deux groupes ont une consommation d'alcool relativement

élevée, c'est-à-dire que trois femmes EADA et une femme non-EADA boivent entre 6 et 12 consommations par semaine alors que la moyenne nationale des hommes et des femmes est de 3,9 pour les consommateurs d'alcool (Moisan, 1991). Ces données peuvent être importantes à considérer en regard du niveau d'intimité conjugale; elles seront discutées plus loin.

Discussion

Les résultats démontrent clairement que les femmes EADA ont statistiquement une moins bonne capacité d'intimité conjugale que les femmes n'ayant pas eu de parent alcoolique. Toutefois, le groupe EADA est plus hétérogène que le groupe contrôle, ce qui suggère que des sous-groupes existent à l'intérieur des EADA. Cette hétérogénéité s'explique possiblement par le fait que les familles alcooliques sont elles-mêmes très hétérogènes (Sher, 1991). Malgré que le diagnostic de dépendance à l'alcool des parents, ainsi que la sévérité de leur problème aient été soigneusement établis, l'existence de nombreux autres facteurs peuvent entraîner une grande diversité d'expériences chez les enfants. Ces facteurs sont, par exemple, la présence ou l'absence d'un soutien social, la qualité de la relation avec le parent non alcoolique, la coexistence d'autres troubles mentaux chez les parents, la présence de violence, etc... (Johnson & Rolf, 1990). Ces nombreux facteurs, qui peuvent difficilement être contrôlés, fournissent une explication plausible au fait que certaines

femmes EADA ont une faible capacité d'intimité conjugale alors que d'autres n'ont pas de difficulté particulière sur ce plan.

Par ailleurs, les femmes EADA et celles du groupe contrôle diffèrent considérablement au sujet de leur niveau d'engagement concret. Entre autres, les femmes EADA privilégient une union non formelle au mariage. Puisque l'engagement est un élément majeur d'une relation intime, le fait de ne pas se marier est-il un indice d'un moins grand engagement, donc d'un moins grand niveau d'intimité ? Certains auteurs (Whitbourne & Weinstock, 1986) affirment, pour leur part, qu'une cérémonie publique contribue à un engagement plus fort. À ce chapitre, les femmes EADA vivent depuis moins longtemps avec leur conjoint et elles ont moins souvent des enfants que les femmes du groupe contrôle. S'agit-il encore là d'indications d'une plus grande peur de s'engager ? Il est difficile d'être catégorique dans l'interprétation de ces différences. Un engagement formel, la durée de la relation et la présence d'enfants ne sont pas des garanties d'un niveau d'intimité supérieur; ils sont tout au plus des indices potentiels. Il serait intéressant, dans de futures études, d'explorer les motifs qui sous-tendent les options conjugales de ces femmes.

Quoi qu'il en soit, il apparaît clairement que les femmes EADA représentent une population psychologiquement vulnérable. Un nombre beaucoup plus élevé de ces femmes vont consulter en thérapie comparativement aux femmes n'ayant pas de parent alcoolique. Il faut

noter cependant que la majorité des sujets de l'échantillon ou bien sont membres de groupes E.A.D.A, ou bien ont un parent qui participe aux réunions des Alcooliques Anonymes. Il s'agit donc de sujets qui sont sensibilisés à l'alcoolisme et à ses répercussions, ce qui peut expliquer qu'une forte proportion de ces derniers consultent en thérapie. En revanche, peu de femmes EADA ont une consommation d'alcool élevée; elles affronteraient le stress en recherchant un soutien thérapeutique plutôt qu'en faisant usage d'alcool. D'un autre côté, le fait d'être allées en thérapie ne distinguent pas les femmes EADA entre elles quant à leur capacité de vivre l'intimité. Les femmes EADA qui sont allées en thérapie tendraient à avoir une meilleure capacité d'intimité que les femmes EADA qui n'y sont pas allées. La faible dimension de l'échantillon ne permet cependant pas de dégager des conclusions sûres à ce propos. Ces résultats vont à l'encontre de ceux dégagés par Settle (1988) qui constate, au contraire, que les EADA qui sont allées en thérapie ont une moins bonne capacité de vivre l'intimité en comparaison des EADA qui ne sont pas allées. Cette divergence est possiblement attribuable à la durée de la thérapie, durée qui peut varier dans les deux études ainsi qu'au fait que les sujets de Settle (1988) comprennent à la fois des hommes et des femmes.

Les différences significatives observées sur le plan de l'intimité entre EADA et les sujets de groupe contrôle tranchent avec les résultats de quelques études citées précédemment. Cependant, dans ces dernières,

la représentativité des échantillons est discutable, l'évaluation de l'alcoolisme parental est contestable et les sujets féminins et masculins n'ont pas été évalués séparément. De plus, les différents instruments de mesure utilisés par les chercheurs résultent de conceptions différentes de l'intimité; ils mesurent diverses formes de celle-ci. La définition de l'intimité, utilisée dans la présente étude, implique la notion de respect de l'intégrité de soi et de l'autre comme êtres humains séparés, c'est-à-dire que la personne la plus compétente, au niveau de l'intimité, est aussi la plus autonome. Les personnes fusionnelles ou celles qui gagnent un sens d'identité au détriment d'une autre personne (Bellew-Smith & Korn, 1986) sont de ce fait considérées comme ayant peu de disposition à l'intimité. Il s'agit d'une distinction qui est parfois oubliée dans les études antérieures, de sorte que l'intimité et la tendance à fusionner ont pu être confondues.

Les résultats apportent du soutien à la thèse selon laquelle la codépendance est un trouble relationnel associé à une dysfonction de l'intimité. Toutefois, Sher (1991) considère que la recherche empirique n'a pas démontré hors de tout doute que les sujets EADA rencontrent plus souvent les critères de codépendance que les sujets d'autres sous-groupes de la population. Selon lui, la codépendance n'est pas un problème uniquement lié à l'alcoolisme. Elle semble plutôt faire partie du processus d'assuétude en général, tout autre désordre compulsif pouvant avoir la

même conséquence sur l'entourage (Coleman, 1987; O'brien & Gaborit, 1992). Ainsi, il paraît probable, par exemple, que la codépendance existe dans l'entourage des boulimiques (Perst & Storm, 1988).

Il est également hasardeux de prétendre que l'alcool est directement responsable de cette dynamique familiale perturbée et, éventuellement, des difficultés d'intimité vécues par les femmes issues de ces familles. La présence d'un problème d'alcool est néanmoins un indicateur facilement identifiable d'un problème relationnel sous-jacent.

En conclusion, la capacité d'intimité constitue une avenue intéressante pour comprendre le concept de codépendance. L'étude des mécanismes d'adaptation, plus spécifiques aux hommes ayant vécu au sein d'une famille alcoolique, pourraient faire l'objet d'études ultérieures qui, idéalement, devraient prendre en considération le sexe du parent alcoolique. Cependant, le nombre très réduit de femmes alcooliques vivant en couple et dont le mari n'a pas un problème d'alcool similaire rend la recherche difficile. Ce problème s'ajoute à deux types d'obstacles déjà rencontrés dans ce champ d'étude: d'une part, il faut noter qu'il s'agit d'un milieu relativement fermé, de sorte que la collaboration des personnes directement touchées par la problématique est difficile à obtenir; d'autre part, la polytoxicomanie étant un phénomène de plus en plus répandu, il devient dès lors difficile d'isoler un milieu qui présente seulement une problématique liée à l'alcool.

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa gratitude à son directeur de thèse, Monsieur Gilles Côté, Ph. D., pour ses précieux conseils et pour son soutien, ainsi qu'au Fonds pour la Formation des Chercheurs et l'Aide à la Recherche (FCAR) pour l'aide financière accordée tout au long de mes études à la maîtrise.

Références

- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ième ed., rév.). Washington DC: Auteurs.
- Barnard, C.P., & Spoentgen, P.A. (1986). Children of alcoholics: Characteristics and treatment. Alcoholism Treatment Quarterly, 3(4), 47-65.
- Barnes, G.M. (1977). The development of adolescent drinking behavior: An evaluative review of the impact of the socialization process within the family. Adolescence, 12, 571-591.
- Beattie, M. (1987). Codependent no more. New-York: Harper and Row.
- Bellew-Smith, M., & Korn, J.H. (1986). Merger intimacy status in adult Women. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 1186-1191.
- Berkowitz A., & Perkins H.W. (1988). Personality characteristics of children of alcoholics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 206-209.
- Brown, S. (1988) Treating adult children of alcoholics: A developmental perspective. New-York: John Wiley and Sons.

- Carey, J.C. (1986). Adult daughters of alcoholics: Intimacy and perception of childhood family relationships. Dissertation Abstracts International, 47(5-B), 2152. (Microfilm de l'université).
- Cermak, T.L. (1986). Diagnosing and treating co-dependence. Minneapolis: Johnson Institute Books.
- Cermak, T.L. (1991). Co-addiction as a disease. Psychiatric Annals, 21(5), 266-272.
- Chafetz, M.E., Blane H.T, & Hill, M.J. (1971). Children of alcoholics: Observations in a child guidance clinic. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 32, 687-698.
- Chassin L., Rogosch F., & Barrera M. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. Journal of Abnormal Psychology, 100, 449-463.
- Clair, D., & Genest, M. (1987). Variables associated with adjustment of offspring of alcoholic fathers. Journal of Studies on Alcohol, 48, 345-355.
- Clark, M.S., & Reis, H.T. (1988). Interpersonal processes: Intimacy. Annual Review of Psychology, 39, 628-637.
- Coleman, E. (1987). Chemical dependency and intimacy dysfunction: Inextricably bound. Journal of Chemical Dependency Treatment, 1, 13-26.

- Creighton, T.D. (1985-86). Children of alcoholics: A system approach. Journal of Child Care, 2(5), 67-82.
- Erikson, E. (1963). Childhood and society (2ième ed.). New-York: Norton.
- Erikson, E. (1968). Identity: Youth and crisis. New-York: Norton.
- Fisher, M., & Stricker, G. (Eds.). (1982). Intimacy. New-York: Plenum.
- Goglia, L.R. (1986). Personality characteristics of children of alcoholics. Dissertation Abstracts International, 47(4-B), 1774. (Microfilm de l'université).
- Harkins-Cravens, J. (1986). Adult children of alcoholic and nonalcoholic families: Emotional distress and intergenerational transmission of distance. Dissertation Abstracts International, 48(1-A), 224. (Microfilm de l'université).
- Hatfield, E. (1984). The dangers of intimacy. Dans V. J. Derlega (ed.), Communication, intimacy, and close relationships (pp. 207-218). New-York: Academic Press.
- Houle, J. (1981). L'intimité du jeune adulte d'après le concept éricksonien. Thèse de doctorat non publiée, Université de Montréal.
- Houle, J., & Kiely, M.C. (1984). L'intimité: un stade de développement méconnu. Santé mentale au Canada, 32(1), 2-6.
- Houle, J., Kiely, M.C., & Boulard, R. (1983). L'EDI: mesure de l'intimité du jeune adulte. Revue Québécoise de psychologie, 4(2), 51-64.

- Johnson, J.L., & Rolf, J.E. (1990). When children change: Research perspectives on children of alcoholics. Dans R.L. Collins, K.E. Leonard, & J.S. Searles (Eds.). Alcohol and the family: Research and clinical perspectives (pp. 162-193). New York: The Guilford Press.
- Jones, J.W. (1983). The children of alcoholics screening test. Chicago: Camelot Unlimited.
- Kahn, S., Zimmerman, G., Csikszentmihalyi, M., & Getzels, J.W. (1985). Relations between identity in young adulthood and intimacy at midlife. Journal of Personality and Social Psychology, 49, 1316-1322.
- Landis J.R., & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. Biometric, 33, 159-174.
- Lyon, D., & Greenberg, J. (1991). Evidence of codependency in women with an alcoholic parent: Helping out Mr. Wrong. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 435-439.
- McAdams, D.P., & Vaillant, G.E. (1982). Intimacy motivation and psychological adjustment: A longitudinal study. Journal of Personality Assessment, 46, 586-593.

- Moisan, P. (1991). Portrait de la consommation d'alcool et de drogues au Québec: Principales données de l'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues, collection données statistiques et indicateurs. Québec: Bibliothèque Nationale du Québec.
- Morehouse, E.R. (1979). Working in the schools with children of alcoholic parents. Health and Social Work, 4(4), 144-162.
- Norusis, M.J. (1990). SPSS: Base system user's guide. Chicago: SPSS inc.
- O'brien, P.E. & Gaborit M. (1992). Codependency: A disorder separate from chemical dependency. Journal of Clinical Psychology, 48(1), 129-136.
- Orlofsky, J.L., Marcia, J.E., & Lesser I.M. (1973). Ego identity status and the intimacy versus isolation crisis of young adulthood, Journal of Personality and Social Psychology, 27(2), 211-219.
- Perst, L.A. & Storm C. (1988). The codependent relationships of compulsive eaters and drinkers: Drawing parallels. American Journal of Family Therapy, 16, 339-349.
- Rook, K.S. (1984). The negative side of social interaction: impact on psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 1097-1108.
- Russell, M., Henderson C., & Blume S.B. (1985). Children of alcoholics: A review of the literature. New York: Children of Alcoholics Foundation.

- Settle, K.R. (1988). Intimate relationships of adult children of alcoholics. Dissertation Abstracts International, 49(10-B), 4578. (Microfilm de l'université).
- Sher, K.J. (1991). Children of alcoholics: A critical appraisal of theory and research. Chicago: The University of Chicago Press.
- Sher, K.J., Walitzer K.S., Wood P.K., & Brent E.E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. Journal of Abnormal Psychology, 100, 427-448.
- Smalley, S., & Coleman E. (1987). Treating intimacy dysfunctions in dyadic relationships among chemically dependent and codependent clients. Journal of Chemical Dependency Treatment, 1, 229-243.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M.B. (1989). Instruction manual for the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). New York: Biometrics Research Department, NY State Psychiatric Institute (traduction française par les membres du laboratoire de psychologie du Centre Hospitalier de l'Université Laval).
- Tesch, S. A., & Whitbourne, S.K. (1982). Intimacy and identity status in young adults. Journal of Personality and Social Psychology, 43, 1041-1051.

- Walfish, S., Stenmark, D.E., Shealy, S.E., & Krone, A.M (1992). MMPI profiles of women in codependency treatment. Journal of Personality Assessment, 58(1), 211-214.
- Waring, E.M., McElrath, D., Mitchell, P., & Derry, M.E. (1981). Intimacy and emotional illness in the general population. Canadian Journal of Psychiatry, 26, 167-172.
- West, M. O., & Prinz, R.J. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. Psychological Bulletin, 102, 204-218.
- Whitbourne S.K., Weinstock, C.S. (1986). Adult development (2ième ed.). New York: Praeger.
- White, K.M., Houlihan, J., Costos, D., & Speisman, J.C., (1990). Adult development in individuals and relationships. Journal of Research in Personality, 24, 371-386.
- Whitfield, C.L. (1989). Co-dependence: Our most common addiction. Alcoholism Treatment Quarterly, 1, 19-36.
- Williams, J.B.W, Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., Howes, M.J., Kane, J., Pope, H.G., Rounsaville, B., & Wittchen, H.-U. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). II: Multisite test-retest reliability. Archives of General Psychiatry, 49, 630-636.

Woititz, J.G. (1985). Struggle for intimacy. Floride: Health Communications.

Notes de bas de page

¹Réfère à une condition dans laquelle un ou deux parents abusent de l'alcool (Creighton, 1985-86).

²Regroupement anonyme d'enfants-adultes issus de parents alcooliques ou de familles dysfonctionnelles.

Tableau 1
Résultats à l'échelle d'intimité

Groupe	<u>N</u>	<u>M</u>	σ
Expérimental	42	24,1	5,3
Contrôle	42	27,5	3,0

$t(64,7) = -3,58, p < .001.$

Tableau 2
Comparaison des groupes au niveau d'indices d'engagement concret

Indices	Groupes		Tests d'hypothèse
	Expérimental	Contrôle	
Etat civil			
Mariées(%)	11,9 (<u>n</u> = 5)	47,6 (<u>n</u> = 20)	
Conjointes(%)	64,3 (<u>n</u> = 27)	28,6 (<u>n</u> = 12)	$\chi^2(1, \underline{n} = 64) = 15,56^{**}$
Célibataires(%)	21,4 (<u>n</u> = 9)	21,4 (<u>n</u> = 9)	
Sép./divorc.(%)	2,4 (<u>n</u> = 1)	2,4 (<u>n</u> = 1)	
Durée de la vie commune (ans)	4,7 (<u>n</u> = 21)	7,1 (<u>n</u> = 24)	Kolmogorov- Smirnov = 1,38*
Ayant au moins un enfant (%)	14,3 (<u>n</u> = 6)	47,6 (<u>n</u> = 20)	$\chi^2(1, \underline{n} = 26) = 11,37^{**}$

* $p < .05$. ** $p < .001$.