

Les maux de la communication : répercussions de troubles de l'humeur sur les communications non verbales chez la personne alcoolique

P. ABEILHOU¹, G. GALTIER²

Ce travail a été réalisé auprès de patients hospitalisés pour une cure à la clinique d'alcoolologie St Salvadou de la Fondation du Bon Sauveur à Albi.

L'existence chez cette population de réelles difficultés en matière de communication et l'importance accordée, lors de la prise en charge thérapeutique, à l'amélioration des habiletés sociales signent l'impact d'un tel trouble dans l'apparition et le maintien du comportement alcoolique.

La compréhension du « problème alcool » dans sa globalité demande que soient considérés les facteurs psychologiques, physiologiques et socio-économiques comme facteurs déterminants de cette pathologie. Les systèmes de communication, verbale et non verbale, étant sous dépendance de ces différents facteurs, nous avons voulu réaliser une analyse plus spécifique des répercussions de troubles anxieux ou dépressifs.

À partir de cette analyse, l'intérêt d'une prise en charge psychomotrice spécifique pourra être discuté.

Facteurs émotionnels et alcoolisme

L'anxiété, la dépression ou la gêne sociale ne sont pas des caractéristiques propres au sujet alcoolique, mais le pourcentage élevé de tels troubles dans cette population mérite que nous y accordions une attention particulière.

L'alcool réduit l'anxiété

Chez le sujet alcoolique, nous pouvons trouver cette anxiété aux différents stades de l'évolution de la maladie.

Pour nombre de patients, l'effet sédatif est recherché d'emblée et se trouve ainsi à l'origine même du comportement alcoolique.

1. Psychomotricienne, 35 bis, avenue du Breuil, 81000 Albi.

2. Psychomotricienne, 32, rue des Champs-Élysées, 31500 Toulouse.

Pour d'autres, notamment ceux pour lesquels les alcoolisations excessives se font sur le mode primaire tel que l'a défini Pelc [11], c'est-à-dire associées aux facteurs goût, habitude ou social, cette possibilité d'utiliser l'alcool comme anxiolytique est apprise secondairement.

Plus tard, lorsque le sujet devient dépendant de l'alcool, il est amené à augmenter progressivement les doses pour éviter les manifestations de sevrage, de manque et atténuer les manifestations d'angoisse qui y sont associées.

Enfin, consécutivement aux alcoolisations excessives apparaît une anxiété en retour envers l'alcool et ses conséquences. Cette anxiété a été appelée anxiété spécifique envers l'alcool (ASA) par Allard, Vetau et Hautekeete. Ces auteurs, dans une étude menée auprès de 56 patients alcooliques, ont montré qu'il pouvait être utile de connaître chez un patient le rapport existant entre l'anxiété spécifique envers l'alcool afin d'orienter au mieux la prise en charge et prévenir le mode de rechute.

Selon Cottraux [5], 90 p.cent des alcooliques ont recours à l'alcool pour son effet anxiolytique.

La dépression : « l'alcool rend gai »

Les rapports qu'entretiennent la dépression et l'éthylisme ont été étudiés par différents auteurs et sont exposés dans un article de Léger et coll. [8] qui différencie l'éthylisme secondaire à un trouble de l'humeur et l'alcoolisme primaire provoquant des états dépressifs.

■ **Éthylisme secondaire à un trouble de l'humeur** : selon ces auteurs, l'alcool permettrait par son action euphorisante de sortir de l'isolement consécutif à sa dépression ou bien d'accroître l'expansivité et l'hyperactivité caractérisant un état maniaque.

■ **États dépressifs apparemment secondaires à l'alcoolisme** : les problèmes physiques, intellectuels, familiaux et professionnels que posent les conduites alcooliques, souvent aggravés par des rechutes successives entraînant culpabilité et dévalorisation, sont souvent à l'origine d'états dépressifs. De plus, lors d'un sevrage ces états dépressifs, s'ils ne sont pas traités, peuvent favoriser une rechute.

La gêne sociale : « l'alcool désinhibe »

La gêne et la phobie sociale sont fréquemment rencontrées dans cette population. Ce que Mac Fall (1976) considère comme la conséquence d'un manque de compétence sociale, Wolpe (1973) l'explique par les effets de l'anxiété à l'égard des situations sociales qui vont entraîner un processus de généralisation de l'incompétence.

Pour le sujet qui nous intéresse, il est donc important de noter que les situations sociales peuvent être associées à de l'anxiété et donc conduire un individu à rechercher dans l'alcool l'effet sédatif ou stimulant qui lui permettra d'affronter la situation.

Pour Pelc [11], le défaut de compétences sociales peut être, dans de nombreux cas, consécutif à des troubles perceptifs et cognitifs mais surtout consécutif à un manque d'apprentissage des conduites sociales et/ou de son extinction par non-usage du simple fait de l'alcoolisation chronique.

En résumé, nous retiendrons que l'alcoolisme peut être l'origine ou l'expression d'états anxieux, de dépressions ou de gêne sociale.

Entraînement à l'affirmation de soi

Le lien entre les troubles de l'affirmation de soi et les pathologies anxieuses et dépressives (Légeron [9]) apparaît encore plus marqué dans la population alcoolique. Comme le souligne cet auteur, le programme thérapeutique proposé aux sujets présentant des difficultés dans les relations sociales doit viser deux objectifs :

- atténuer l'anxiété, et dans ce cas l'apprentissage de la relaxation paraît tout indiqué,
- développer les compétences sociales en proposant un entraînement spécifique à l'affirmation de soi (Boisvert et Baudry [2]).

L'entraînement à l'affirmation de soi est une technique comportementale fréquemment utilisée dès lors qu'un sujet se trouve gêné, incompetent dans ses relations interpersonnelles. Il a pour but d'améliorer les habiletés sociales du sujet, lui permettre de se comporter de manière assertive, c'est-à-dire si on se réfère à la définition donnée par Alberti et Emmons (1974) : permettre à un individu « d'agir au mieux dans son intérêt, de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer ses sentiments avec aisance et sincérité, et exercer ses droits sans dénier ceux des autres ».

Comme le notent différents auteurs, le comportement de prise de boisson n'apparaît pas n'importe où. L'analyse du comportement doit permettre de définir la situation déclenchante afin de permettre au sujet d'éviter ces situations à « risque » ou de se préparer à les affronter sans alcool.

Dans un premier temps, une analyse fonctionnelle va donc permettre de recenser les différentes situations sociales dans lesquelles le sujet rencontre des difficultés.

Après avoir décrit en détail ces situations, lors des séances de jeux de rôle, on propose au patient de jouer la scène telle qu'elle se déroule habituellement, la thérapeute ou les autres patients donnant la réplique.

La scène est ensuite commentée, corrigée et rejouée jusqu'à ce que la performance soit suffisante et satisfaisante pour le sujet.

Les situations le plus fréquemment abordées lors de ces jeux de rôle sont :

- soit des situations directement liées à l'alcool : comment refuser un verre d'alcool, comment informer l'entourage que l'on est devenu abstinent, comment continuer à être accepté dans un groupe où l'on est le seul à ne pas boire d'alcool ;
- soit des situations qui auparavant aboutissaient à une prise d'alcool afin d'atténuer les perturbations émotionnelles anticipatrices et/ou consécutives : se préparer à une démarche professionnelle ou administrative, répondre à une critique, faire une demande ou exprimer un sentiment.

Au cours de ces jeux de rôle, vont être prises en compte non seulement les composantes verbales mais aussi les composantes non verbales qui interviennent pour 60 à 80 p. cent dans la communication. Il s'agit d'une part des éléments paralinguistiques (ton, rythme, fluidité du discours...) mais aussi de l'expression faciale, du regard, de la posture, de la distance interpersonnelle, des mouvements des mains et du corps.

*

* * *

Présentation de la grille d'observation et des critères d'analyses

Le travail réalisé porte sur l'observation de certains comportements non verbaux impliqués comme système de communication. Ces comportements ont été sélectionnés en fonction de leur nature psychomotrice et analysés selon les aspects quantitatifs, qualitatifs et fonctionnels.

Le principe est de comparer la production non verbale d'un même sujet au cours de deux entretiens réalisés en début et fin de cure, ceci afin d'apprécier les répercussions de facteurs tels que l'anxiété ou la dépression sur l'utilisation de ces différents canaux.

Une grille d'observation a été conçue pour répertorier ces différents comportements considérés alors comme signaux. Les uns, signaux cinétiques lents, participent à la définition du contexte de l'interaction, c'est-à-dire renseignent sur les prédispositions du sujet à l'égard de son interlocuteur. Les autres, dits co-textuels, signaux cinétiques rapides, participent à la transmission du message.

Les différents canaux émettant ces signaux sont la tête, le tronc, les membre supérieurs et inférieurs.

Le contexte dans lequel l'interaction se déroule est établi par la distance entre les interlocuteurs, leurs contacts visuels, l'inclinaison et l'orientation des sujets et leur état de relaxation.

Le co-texte est composé de signaux permettant la transmission du message et la régulation de cette transmission.

Ce travail n'a pris en compte que les signaux non vocaux tels que l'expression faciale, les gestes et tous les mouvements rapides de la tête et du tronc.

L'analyse des signaux cinétiques rapides s'est portée sur l'aspect quantitatif, c'est-à-dire le nombre de canaux utilisés, le nombre de signaux émis par chacun des canaux. L'aspect qualitatif a consisté en une description analytique de l'élaboration des mouvements intervenant dans l'interaction, c'est-à-dire que chaque mouvement a été décrit selon son amplitude, sa complexité, le nombre de segments impliqués et sa durée.

Un système de codage a permis de retranscrire ces différentes composantes pour chacun des canaux utilisés.

Le dernier aspect considéré est l'aspect fonctionnel de ces différents signaux, c'est-à-dire leur efficacité en matière de régulation et de transmission du message. Pour cela, les différents comportements ont été répertoriés en regard du message verbal. Ceci a permis d'identifier les signaux ponctuant le discours de l'émetteur ou du récepteur, les signaux intervenant lors d'une prise de parole, ceux servant à la description du contenu verbal ou l'élaboration du message.

Cette méthode a également permis d'apprécier l'aspect synchrone dans l'émission des signaux appartenant aux différents canaux. Cette caractéristique peut être considérée d'un point de vue qualitatif et fonctionnel.

*

*

*

Sélection de la population, étude de cas

La sélection de la population a été réalisée selon plusieurs critères : sujet de sexe masculin ne présentant pas de détérioration mentale, éprouvant une gêne en situation sociale et présentant des troubles anxieux ou dépressifs.

Pour cela, nous nous sommes référées aux observations cliniques réalisées par les psychologues, la psychomotricienne et aux évaluations psychologiques composées d'échelles de dépression et d'un questionnaire des peurs.

Les entretiens de dix patients ont été filmés parmi lesquels trois ont été étudiés. La qualité de leur participation tout au long de la cure, leur motivation et l'amélioration de leur état émotionnel ont été les facteurs décisifs de notre choix.

Monsieur A

Lors de son arrivée à la clinique, Monsieur A se décrit comme anxieux et impulsif, ce que confirment les différentes évaluations.

Le déroulement de la cure s'est réalisé dans de bonnes conditions, Monsieur A paraît très motivé et participe activement aux différents ateliers.

Après quatre semaines, les évaluations de fin de cure permettent d'apprécier une normalisation de l'état émotionnel chez ce patient et l'évaluation subjective de l'équipe soignante signale une amélioration en matière d'habileté sociale.

Analyse des entretiens filmés

Différentes observations réalisées antérieurement à l'analyse objective des films soulignent que, de façon générale, le discours de Monsieur A durant le premier entretien est difficilement compréhensible, l'articulation insuffisante, le débit important et la gestualité impulsive et peu élaborée.

Au cours du second entretien, l'énoncé verbal est nettement plus compréhensible et les signaux non verbaux moins précipités.

L'analyse quantitative, qui consiste à apprécier l'évolution en nombre de signaux cinétiques rapides au cours des deux entretiens, sera réalisée à partir d'un tableau récapitulatif des productions du sujet durant 3 minutes d'entretien (tableau I).

Interprétation des résultats et analyse qualitative

Cette interprétation consiste à convertir les résultats chiffrés en informations relatives aux différents aspects qualitatifs des signaux considérés.

En ce qui concerne les signaux cinétiques lents, non répertoriés dans le tableau mais mis en évidence par la grille d'observation, on observe que la distance du sujet par rapport à la table est inchangée et adaptée, sa posture en début des deux entretiens est toujours caractérisée par une nette inclinaison en avant.

Au cours du deuxième entretien, on note un plus grand nombre de positions asymétriques, signant une meilleure décontraction ainsi qu'une expression faciale globalement plus positive.

En ce qui concerne les signaux cinétiques rapides, on note que le nombre de canaux sollicités est identique pour les deux entretiens, leur fréquence semble avoir diminué car, alors que la quantité verbale double, la quantité gestuelle n'augmente que très peu,

TABLEAU I : Analyse quantitative : cas de Monsieur A

<i>Définition des signaux</i>	<i>1^{er} entretien</i>	<i>2^e entretien</i>
<i>Regards</i> du patient, nombre total	54	68
En situation d'écoute	20	10
Lors d'une prise de parole	23	42
Écoute + prise de parole	11	16
<i>Contacts visuels</i> , nombre total	60	67
Interrompu par thérapeute	12	7
Interrompu par patient	42	53*
Simultanément	6	7
<i>Message verbal</i> , nombre de mots	1 264	1 725
Prononcés par thérapeute	608	429
Prononcés par patient	656	1 296*
<i>Mouvements des mains</i> , nombre total	100	110
Prise de parole	10	7
Ponctuation pendant discours	15	25
Ponctuation en situation d'écoute	1	1
Fin de prise de parole	3	4
Illustrateurs	31	33
Emblème	0	9*
Automanipulation (avec/sans objet)	52	32
Signaux répertoriés dans 2 catégories	11	7
<i>Mouvements du tronc</i> , nombre total	52	49
Prise de parole	16	8
Ponctuation	8	21*
Illustrateurs	30	15
<i>Mouvements de la tête</i> , nombre total	63	106*
Prise de parole	11	12
Ponctuation pendant discours	20	65*
Ponctuation en situation d'écoute	9	5
Fin de prise de parole	4	6
Illustrateurs	28	23
<i>Expression faciale</i> , sourires	12	14

* Aspect intéressant à analyser.

sauf pour les signaux de ponctuation de la tête. Une analyse de la complexité des mouvements montre que le nombre de canaux utilisés simultanément a nettement augmenté ; de plus, au cours du second entretien, apparaissent quatre positions utilisées alternativement lors des changements de tour de parole.

On note également que les mouvements sont facilités par une préparation de la posture consistant en un net redressement du tronc agrandissant ainsi l'espace dans lequel les mains se mobilisent.

Les signaux ponctuant le discours n'augmentent pas en nombre mais sont nettement plus appuyés, on relève un plus grand nombre d'emblèmes, c'est-à-dire des signaux qui assurent à eux seuls la transmission d'une information, et différentes attitudes pour

faire respecter son tour de parole, comme par exemple un redressement de la tête et du tronc associé à une avancée des mains.

En conclusion, parallèlement à une amélioration du message verbal dans son énonciation, on note une nette amélioration dans l'utilisation des comportements non verbaux. L'émission se fait de façon plus organisée, la qualité du geste a remplacé la quantité.

Monsieur M

Monsieur M est suivi depuis plusieurs années pour un problème d'alcool associé à une importante dépression.

Les évaluations de fin de cure permettent d'apprécier une franche amélioration de l'état émotionnel ; de plus, tout au long de la cure Monsieur M a participé activement aux séances d'affirmation de soi.

Analyse des entretiens filmés

Les résultats sont rapportés dans le tableau II.

Analyse des résultats

Avant l'analyse quantitative, il faut souligner que l'observation des deux entretiens a été difficile du fait de la faible amplitude des mouvements réalisés et en particulier des mouvements de la tête.

On note plusieurs modifications importantes concernant la distance du sujet à la table, le nombre de ses regards et son niveau de relaxation. En effet, au cours du premier entretien le sujet est en contact avec la table et donc relativement près de son interlocuteur, son regard est fixe et orienté vers le thérapeute. De plus, son attitude figée, toujours très symétrique, signe un niveau de relaxation très faible.

Lors du deuxième entretien, la distance est sensiblement plus importante, le regard plus dynamique surtout lors des prises de parole, ce qui explique l'augmentation des contacts visuels rompus par lui. Quant à l'état de relaxation, on relève trois positions différentes asymétriques, les membres inférieurs étant également plus mobiles.

Le tronc participe également davantage et en particulier lors de la ponctuation du discours.

D'un point de vue qualitatif, on n'observe une amélioration de l'amplitude et de l'élaboration des gestes qu'au niveau de la tête, les autres canaux n'émettent encore que des signaux très peu élaborés.

En conclusion, nous pouvons retenir que l'amélioration de l'état émotionnel de Monsieur M s'est traduit au niveau des signaux cinétiques lents par une normalisation ; au niveau des signaux cinétiques rapides, nous constatons une augmentation quantitative et une augmentation qualitative concernant uniquement les signaux émis par la tête.

Monsieur G

Lors de son arrivée en cure, Monsieur G se décrit comme très timide et peu à l'aise en société. Les évaluations réalisées ne permettent pas de constater la présence d'un état anxieux ou dépressif important, néanmoins les difficultés en matière de communication rencontrées par Monsieur G sont vraisemblablement génératrices d'anxiété en situation sociale.

TABLEAU II : Analyse quantitative : cas de Monsieur M

<i>Définition des signaux</i>	<i>1^{er} entretien</i>	<i>2^e entretien</i>
<i>Regards</i> du patient, nombre total	30	40
En situation d'écoute	11	5
Lors d'une prise de parole	7	25
Écoute + prise de parole	12	11
<i>Contacts visuels</i> , nombre total	46	52
Interrompu par thérapeute	25	15
Interrompu par patient	17	35
Simultanément	3	1
<i>Message verbal</i> , nombre de mots	1 129	1 349
Prononcés par thérapeute	725	610
Prononcés par patient	404	739*
<i>Mouvements des mains</i> , nombre total	20	85*
Prise de parole	10	4
Ponctuation pendant discours	3	50*
Ponctuation en situation d'écoute	3	3
Fin de prise de parole	2	4
Illustrateurs	2	19
Emblème	-	-
Automanipulation (avec/sans objet)	5	6
Signaux répertoriés dans 2 catégories	-	-
<i>Mouvements du tronc</i> , nombre total	9	21
Prise de parole	4	7
Ponctuation	3	10*
Illustrateurs	2	4
<i>Mouvements de la tête</i> , nombre total	29	48
Prise de parole	4	7
Ponctuation pendant discours	5	25*
Ponctuation en situation d'écoute	20	13
Fin de prise de parole	-	3
Illustrateurs	-	-
<i>Expression faciale</i> , sourires	7	20

* Aspect intéressant à analyser.

Analyse des entretiens filmés

Les résultats sont rapportés dans le tableau III.

Analyse des résultats

Les premières observations réalisées, avant même l'analyse quantitative, portent sur le peu de mobilité de ce sujet durant tout l'entretien. Seule la tête semble bouger, le reste du corps restant quasiment immobile.

La comparaison des deux entretiens ne permet pas de noter une nette amélioration de l'état de relaxation du sujet. Les différents paramètres constituant l'élaboration du contexte sont quasiment inchangés.

TABLEAU III : Analyse quantitative : cas de Monsieur G

<i>Définition des signaux</i>	<i>1^{er} entretien</i>	<i>2^e entretien</i>
<i>Regards</i> du patient, nombre total	47	53
En situation d'écoute	12	11
Lors d'une prise de parole	22	27
Écoute + prise de parole	13	15
<i>Contacts visuels</i> , nombre total	62	66
Interrompu par thérapeute	14	18
Interrompu par patient	42	47
Simultanément	6	1
<i>Message verbal</i> , nombre de mots	1 611	1 567
Prononcés par thérapeute	846	697
Prononcés par patient	765	870
<i>Mouvements des mains</i> , nombre total	82	98
Prise de parole	8	2
Ponctuation pendant discours	56	44
Ponctuation en situation d'écoute	-	-
Fin de prise de parole	-	1
Illustrateurs	11	11
Emblème	3	1
Automanipulation (avec/sans objet)	8	39*
Signaux répertoriés dans 2 catégories	4	0
<i>Mouvements du tronc</i> , nombre total	30	48
Prise de parole	-	4
Ponctuation	16	23
Illustrateurs	14	21
<i>Mouvements de la tête</i> , nombre total	154	182
Prise de parole	21	34
Ponctuation pendant discours	82	114*
Ponctuation en situation d'écoute	15	14
Fin de prise de parole	19	20
Illustrateurs	18	13
<i>Expression faciale</i> , sourires	4	7

* Aspect intéressant à analyser.

En ce qui concerne les signaux accompagnant le discours, on constate, lors du deuxième entretien, une augmentation en nombre des signaux de la tête ponctuant le discours. Ce canal est également le seul à participer à la répartition des tours de parole, Monsieur G adoptant systématiquement une position d'écoute correspondant à une nette inclinaison de la tête. De plus, l'expression faciale a servi, seule, à nuancer le discours, les gestes des mains, par exemple, demeurant trop pauvres.

En conclusion, il paraît évident que le canal privilégié associé à la transmission du message verbal est la tête ; de plus, il a été le seul sensible à une légère amélioration.

Discussion

Bien que ce travail ne permette pas de tirer des conclusions générales quant aux répercussions des troubles de l'humeur sur les communications non verbales puisqu'il ne porte que sur trois patients, il nous permet toutefois de réaliser plusieurs observations.

La première est que de façon générale les troubles anxieux et dépressifs tendent à perturber les systèmes de communication d'un sujet. Cette perturbation semble se traduire par une exacerbation des caractéristiques du sujet. Le style impulsif retrouvé chez Monsieur A tend à diminuer au cours du deuxième entretien, ce qui se traduit par une organisation plus harmonieuse et une synchronisation plus importante dans l'utilisation de différents canaux. Le style inhibé de Monsieur M a également évolué, se traduisant par une augmentation en nombre de signaux.

La remarque suivante est que l'amélioration d'un trouble de l'humeur semble se répercuter en priorité sur les signaux les moins élaborés servant à la ponctuation du discours du sujet et de son interlocuteur. Les signaux correspondant à une gestualité plus élaborée au service de l'illustration du discours semblent moins sensibles à une normalisation de l'état émotionnel. Ce qui autorise à envisager, lors d'une prise en charge thérapeutique, un travail spécifique de ces signaux.

Il faut également souligner que les canaux ne sont pas tous sensibles de façon identique à une éventuelle perturbation. En effet, on note chez Monsieur G que le seul canal utilisé est la tête, que la discrète amélioration de son comportement non verbal se traduit presque exclusivement par une augmentation en nombre des signaux de ce canal.

On peut alors formuler une hypothèse selon laquelle la normalisation des comportements de communication se déroule selon une chronologie établie par rapport aux différents canaux et différents signaux. Par exemple, la tête est le premier canal à se normaliser et, de la même façon, les signaux ponctuant le discours évoluent favorablement avant d'autres signaux plus élaborés.

La dernière remarque que l'on peut faire à partir de l'observation des trois sujets et relative à l'aspect qualitatif des mouvements observés, est que l'amplitude des mouvements est vraisemblablement l'aspect le plus perturbé. En effet, l'espace dans lequel ces sujets se mobilisent demeure très restreint et représente un paramètre prioritaire à considérer lors d'une éventuelle prise en charge psychomotrice.

BIBLIOGRAPHIE

1. Allard Ch., Veteau P., Hautekeete M. — Pour la prévention de la rechute alcoolique : un test de l'anxiété générale et de l'anxiété spécifique envers l'alcool. *Actual. Psychiatr.* 1988, 7, 83-88.
2. Boisvert J.M., Beaudry M. — *S'affirmer et communiquer*. Montréal, Éditions de l'Homme, 1979.
3. Corraze J. — *Les communications non verbales*, 4^e éd. Paris, PUF, 1988.
4. Cosnier J., Brossard A. — *Communication non verbale : co-texte et contexte*, pp. 1-30. Auteurs Associés, Delachaux et Niestlé, 1983.
5. Cottraux J. — *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris, Masson, 1990.

6. Cottraux J., Bouvard M., Légeron P. — *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Issy-les-Moulineaux, EAP, 1985.
7. Galtier G. — *Les maux de la communication*. Mémoire de psychomotricité, Toulouse, 1992.
8. Léger J.M., Lombertie E., Menetrier Y., Bourrat M. — *Anxiété, dépression, alcoolisme*, pp. 183-190, éd. Marketing, 1987.
9. Légeron P. — le concept comportemental d'affirmation de soi et ses rapports avec l'anxiété et la dépression. *Actual. Psychiatr.*, 1988, 7, 18-20.
10. Légeron P., Franc J.P., Bouchard D. — Place des techniques comportementales d'entraînement à l'affirmation de soi chez l'alcoolique. *Psychiatrie Francophone*, 1984, 2, 22-25.
11. Pelc I. — Le comportement alcoolique. *Psychiatrie Francophone*, 1984, 2, 9-11.