

Dr Sylvie Dolbeault*, Dr Éric Hispard**, Pr Sylvain Dally***

* Hôpital Bicêtre, 78, rue du Général Leclerc, F-94275 Le Kremlin Bicêtre.

** Hôpital Fernand Widal, CHAA Cap 14, ACERMA

*** Hôpital Fernand Widal, F-75010 Paris.

Reçu juillet 96, accepté décembre 96

Essai de réinvestissement hédonique de patients alcoolodépendants

L'expérience d'un raid nordique en Laponie

Résumé

La pratique clinique en alcoologie nous amène à constater la difficulté qu'éprouvent les patients alcoolodépendants après l'arrêt de l'alcool, lorsqu'ils ne parviennent pas à retrouver des investissements susceptibles de leur procurer du plaisir. Partant de l'hypothèse que l'anhédonie, associée souvent à la recherche de sensations fortes, est une composante centrale de la problématique du patient, avant mais surtout après arrêt de l'alcool, nous avons proposé à un groupe de sujets alcoolodépendants une expérience thérapeutique nouvelle, sous la forme d'un raid à ski nordique en Laponie. Ce projet nous semblait représenter un moyen intéressant de mobiliser différentes qualités nécessaires au bon déroulement de l'expédition et qui, surtout, seraient utiles au patient dans sa vie quotidienne, une fois obtenu l'arrêt de la consommation : engagement personnel – tant physique que mental –, autocontrôle de ses émotions et de ses difficultés psychiques, capacité de dépassement de ses limites, réapprentissage de la vie communautaire, engagement total de l'individu mettant ses ressources au profit des autres membres du groupe comme de lui-même. Cette épreuve de réalité et de recentrage, dans des conditions qui s'apparentent souvent à la survie, permettait à chaque patient de réaliser un projet valorisant, représentant avant tout une mise à l'épreuve de sa capacité à éprouver du plaisir indépendamment de la prise de tout produit; notion d'un

Summary: Trial of hedonistic reinvestment of alcohol-dependent patients: the experience of a cross-country skiing expedition in Lapland

Our clinical experience of alcoholology has led us to observe the difficulty experienced by alcohol-dependent patients after stopping alcohol, when they do not succeed in finding investments able to procure pleasure. Based on the hypothesis that anhedonia, often associated with a search for intense feelings, is a central component of the patient's problem, before, but especially after stopping alcohol. We proposed a new therapeutic experience to a group of alcohol-dependent subjects, in the form of a cross-country skiing expedition in Lapland. This project appeared to represent an interesting way of mobilizing the various qualities required to successfully complete the expedition and which, especially, would be useful to the patient in his everyday life, once abstinence has been achieved: personal commitment, both physical that mental, self-control of emotions and psychological difficulties, capacity of extending one's limits, relearning of communal life, the individual's total commitment placing his resources at the disposal of the other members of the group, as well as himself. This experience of reality and recentering, under conditions which often involved survival, allowed each patient to achieve a valorizing project, essentially representing a test of his capacity to feel pleasure independently of drug consumption; the concept of

plaisir accessible par soi-même, débarrassé de toute médiation toxique, d'un plaisir réel et durable. Bien que n'ayant concerné qu'un petit nombre de patients, cette expérience s'est révélée largement bénéfique pour chacun des participants et nous encourage à poursuivre dans ce champ original du réinvestissement hédonique.

Mots-clés

Alcool - Anhédonie - Recherche de sensations - Traitement - Sport - Réinvestissement hédonique - Engagement.

Comme peuvent l'expérimenter de nombreux alcoologues dans le quotidien de leur pratique, la problématique des patients alcoolodépendants ne se résoud pas à la simple question du sevrage en alcool. Le plus souvent, en effet, qu'il se fasse en ambulatoire ou en milieu hospitalier, le sevrage physique se passe bien, parfois même à la surprise du patient, notamment en ce qui concerne la rapidité de récupération d'un certain bien-être physique. Tout autre est l'abord des aspects psychologiques du sevrage, et en particulier la capacité du patient à s'engager dans un quotidien sans alcool, à envisager une nouvelle phase de sa vie, où il serait capable d'investissements nouveaux, susceptibles de lui procurer un niveau hédonique satisfaisant.

Anhédonie et alcool

Notre hypothèse de travail est la suivante : l'anhédonie, c'est-à-dire l'incapacité à éprouver du plaisir (1, 2) dans des situations qui en procurent habituellement à un individu "normal", est en cause dans la problématique de nos patients (3). De ce fait, le malade alcoolodépendant pourrait souffrir, soit d'une anhédonie préexistante à l'alcoolisation - et dans ce premier cas, l'alcool a servi à compenser l'absence de ressenti émotionnel du plaisir et du déplaisir - ou bien, deuxième cas de figure, les capacités hédoniques du patient se sont émoussées au cours des années d'alcoolisation - le produit alcool acquière alors pour fonction de masquer la perte des capacités hédoniques antérieures. Ainsi, l'anhédonie pourrait représenter un facteur favorisant ou un facteur de pérennisation de la maladie alcoolique (4). Dans la pratique alcoologique, les cliniciens sont régulièrement confrontés à l'anhédonie de leurs patients, notamment dans la période qui suit l'arrêt d'alcool : ceux-ci, en effet, expriment souvent un sentiment de vide, d'ennui, une difficulté à gérer

a real and lasting pleasure accessible per se, devoid of any toxic mediation. Although this trial concerned only a limited number of patients, this experience proved to be largely beneficial for each participant and encourages us to continue in this original field of hedonistic reinvestment.

Key Words

Alcohol - Anhedonia - Search for feelings - Treatment - Sport - Hedonistic reinvestment - Commitment.

leur temps et plus globalement une incapacité à ressentir du plaisir dans des situations *a priori* agréables. Le clinicien doit donc tenir compte du problème des investissements hédoniques, qu'il s'agisse d'une pauvreté initiale - voire d'une absence totale - d'investissements, ou de leur perte progressive, lors de l'accumulation des années d'alcoolisation.

Dans le service d'alcoologie de l'hôpital Fernand Widal, les patients admis dans le cadre d'une cure bénéficient bien sûr d'une prise en charge du sevrage physique d'alcool, mais surtout, diverses activités thérapeutiques leur sont proposées, la plupart étant axées sur le réinvestissement hédonique : activités corporelles (prise de conscience du corps, relaxation), peinture, dessin, théâtre, écriture. Le séjour hospitalier est également l'occasion pour ceux qui le désirent, de prendre contact avec l'ACERMA (Association pour la Communication, l'Espace et la Réinsertion des Malades Alcooliques), dont le but principal est d'accompagner des patients alcoolodépendants, en leur offrant notamment une panoplie d'activités à visée hédonique (particulièrement dans le domaine de la créativité).

Dans cette même lignée, c'est autour de l'ACERMA que s'est forgé notre projet, sous la forme d'une expérience thérapeutique prenant corps dans un nouveau champ d'action : celui de la montagne et des expéditions. En effet, ce champ représente un bon terrain d'application de la dimension hédonique, non comme plaisir immédiat, de consommation passive, mais plutôt comme plaisir différé, construit, conquis. Ce terrain permet également de prendre en compte les notions de recherche d'aventure et d'expériences nouvelles, mais aussi de prise de risque et de confrontation au danger. Ainsi, nous pouvons faire le lien avec le concept de recherche de sensations fortes, défini par Zuckerman (5) comme le "besoin d'expériences nouvelles et complexes... en relation avec la nécessité de maintenir un niveau optimum élevé d'activation cérébrale". Ce besoin, lié à la nécessité - variable

selon les sujets – de maintenir un niveau élevé d'activation mentale, pourrait expliquer pour certains la "recherche pathologique de stimulations". Plusieurs études (6-8) menées dans le champ des addictions font l'hypothèse que la "recherche de sensations fortes", corrélée à la désinhibition, à l'impulsivité, à l'intolérance, à l'ennui, pourrait représenter une dimension fondamentale de la personnalité de certains alcooliques (et des toxicomanes), facteur incitant à la recherche d'expériences dysléptiques et à leur répétition. Nous pouvons proposer alors la médiation suivante : le besoin de stimulations plus fortes pour éprouver du plaisir, par comparaison avec un sujet "normalement hédonique", expliquerait le recours à l'alcool, capable de procurer les sensations désirées et attendues (9). Ainsi, la recherche de sensations fortes caractériserait un certain nombre de malades alcoolodépendants, en représentant une réponse à leur anhédonie (10).

Le projet thérapeutique

Plusieurs temps ont été nécessaires à la réalisation de cette expérience thérapeutique. En avril 1994, nous avons commencé par "tester" quelques patients, alcoolodépendants ou l'ayant été, motivés par le projet mais n'ayant aucune autonomie : ni expérience technique (la plupart n'ayant jamais fait de ski) ni expérience d'expédition. Nous avons choisi la méthode de l' "immersion" : trois jours de ski de fond dans le brouillard et la tempête de neige, avec des conditions de confort précaire, dans la solitude des hauts plateaux du Vercors. Le résultat était très encourageant, puisque tous s'étaient montrés capables d'une adaptation rapide, étaient enthousiastes, et présentaient une forte demande pour la suite des projets envisagés. Dans le but de préparer un véritable raid nordique, nous avons alors proposé à onze patients alcoolodépendants un séjour "technique", dans le Vercors toujours, en janvier 1995 : apprentissage du ski, des comportements de groupe et progression en terrain d'aventure. Sept parmi ces onze patients, feront partie du groupe "Laponie".

De janvier à mars 1995, outre le suivi individuel régulier de chacun des participants, nous nous sommes centrés non seulement sur la préparation logistique du raid (travail non négligeable) mais surtout sur la préparation psychologique (principes du fonctionnement en groupe, sensibilisation aux questions de responsabilité, mise en place d'une dynamique de groupe, réflexion sur la notion d'engagement) et physique de chacun. Il était demandé à chaque patient d'être hors-alcool et de se préparer de son mieux sur le plan physique. Nous devons noter ici qu'abstinence et préparation physique n'ont pas toujours été à la mesure des attentes...

En mars 1995, le projet "Laponie" a pris corps : il concernait quatorze personnes, à savoir neuf patients et cinq encadrants (deux médecins et une infirmière du service; deux encadrants techniques : tous deux accompagnateurs en moyenne montagne, le premier à titre professionnel, le second à titre bénévole). Les patients, deux femmes et sept hommes, sont tous connus du ser-

vice, hospitalisés récemment ou suivis régulièrement dans le service, issus de milieux professionnels et socio-économiques variés, et à des stades divers de leur histoire d'alcoolodépendance : deux étaient "hors alcool" de façon stable mais nécessitent encore le soutien du milieu alcoolologique, quatre étaient en "situation intermédiaire" (deux par exemple avaient été hospitalisés récemment pour reprise de la consommation ou épisode dépressif intercurrent), trois étaient en période d'alcoolisation !

Sur le plan matériel, le projet était autofinancé dans la mesure du possible (en évitant cependant que les difficultés financières de l'un ou l'autre représentent un facteur d'exclusion du projet) : tous ceux (patients comme encadrants) qui pouvaient payer leur voyage l'ont fait; les autres ont été aidés par l'ACERMA, et le groupe a bénéficié de quelques soutiens de sponsors, notamment pour l'équipement polaire; le prix de revient global étant de 6 500 francs par personne. Précisons que cette somme correspond à moins de la moitié du tarif commercial de pareilles expéditions (hors équipement), représente à peine plus de deux journées d'hospitalisation... et que nous pensons avoir évité à certains un retour en milieu hospitalier.

Le lieu choisi se trouvait à la frontière entre Norvège et Suède, au Nord du cercle polaire et à moins de 200 km du Cap Nord. Depuis la France, il s'agit de l'un des lieux les plus accessibles qui permette de mener une véritable expérience polaire, notamment dans toute sa dimension d'engagement, notion sur laquelle nous reviendrons plus loin. L'expérience a duré dix jours, dont huit jours sur le terrain : il s'agissait d'un raid itinérant, à skis nordiques avec pulkas (petits traîneaux permettant de transporter le matériel collectif nécessaire à l'expédition), avec hébergement dans des refuges de montagne non gardés. Les étapes étaient de longueur et de difficulté variables, toujours hors-traces. Les conditions nivologiques et météorologiques ont été variables, parfois très bonnes et parfois franchement mauvaises.

Les enjeux

Un engagement personnel

Il s'agit à la fois d'un engagement physique et mental. Engagement physique représenté par la nécessité de fournir de gros efforts physiques, de surmonter sa fatigue ainsi que diverses difficultés techniques (sans parler du sevrage physique en alcool que certains patients du groupe ont fait sur leurs skis durant les premiers jours). Rappelons ici à quel point les patients alcoolodépendants, souvent, sont en position de désinvestissement total de leur corps, de méconnaissance de leurs capacités, et combien le corps meurtri a souvent été si longtemps négligé. Engagement mental à plusieurs facettes : il s'agit de relever le défi que chacun s'est fixé pour lui-même et pour son entourage, d'être fiable vis-à-vis de soi-même et des autres membres du groupe, de pouvoir gérer son stress et contrôler les divers imprévus (souvent sources d'angoisse) inhérents au terrain : toutes les ressources intérieures

de l'individu sont ainsi mises à contribution, et chacun sait qu'il devra trouver les solutions en lui, sans recourir à l'alcool ni à quelque autre objet d'addiction.

Une logique de groupe

La bonne cohésion du groupe représente un point fondamental, et vise en particulier à éviter certains dysfonctionnements classiques en expédition (par exemple que l'un ou l'autre des membres du groupe ne devienne bouc-émissaire). Elle nécessite des capacités de communication et d'interaction entre les individus (et l'on sait comme souvent, les patients après des années d'alcoolisation, sont figés dans des positions de repli et de retrait social majeur), un apprentissage de l'anticipation (pour nos patients qui vivent si souvent dans le présent, ayant perdu toute notion de la configuration du temps) et s'appuie sur les capacités d'initiative personnelle de chaque membre (lorsque le groupe arrive dans un nouveau refuge, certains s'occupent de creuser un trou dans la glace pour y puiser l'eau, d'autres coupent du bois, d'autres préparent le repas, etc.). La réussite d'une telle expédition repose largement sur le fonctionnement global du groupe, ce qui demande à chacun d'être sûr de soi et de savoir tenir compte de l'autre.

Une logique de dépassement

Le milieu polaire et montagnard est difficile et exigeant, parfois même hostile; il était en tout cas inconnu pour tous les patients qui participaient à ce raid. Il nécessite à chaque instant le dépassement de soi et de ses propres limites, la volonté de repousser ces limites lorsque l'on croit être à bout, l'auto-contrôle dans les situations critiques qui ne manquent pas de survenir.

L'engagement

L'engagement, au sens qu'on lui donne dans les milieux de l'alpinisme, est probablement la notion fondamentale autour de laquelle s'articule tout ce qui a été dit jusqu'ici. Selon nous, il représente l'intérêt principal d'une expédition, mobilise l'individu dans sa totalité, et justifie largement le choix de la destination. Il s'agit d'un concept très souvent utilisé dans les milieux de la montagne, lorsque l'on cherche à opposer, par exemple, l'engagement d'une expédition menée en Himalaya à la pratique d'une simple course en haute-montagne dans les Alpes, où l'on retourne dans la vallée le soir même.

Le raid

Comme annoncé, le raid en lui-même a réservé plus d'une surprise... Le jour du départ de Paris, trois des neuf patients se sont présentés alcoolisés à l'aéroport, ce qui laissait augurer de premières journées de raid ardues .. Alors que nous avions préparé un itinéraire de difficulté variable mais progressive, les deux pre-

mières étapes se sont révélées d'un niveau technique élevé : en effet, suite à une période de redoux prononcé suivi du retour à des températures plus habituelles pour la région et la saison (entre - 20 °C et 0 °C), la neige fondue puis regelée était transformée en glace vive. Ainsi, le parcours des deux premiers jours fut épique : difficultés pour avancer sur cette patinoire géante, lenteur extrême de la progression du groupe avec obligation de marcher en pleine nuit pour atteindre les refuges prévus, chutes à répétition sur le sol dur, hématomes conséquents, jusqu'à une double fracture de côtes pour l'un des patients après seulement quelques kilomètres. Plus tard, ayant atteint des régions montagneuses d'altitude plus élevée, les conditions nivologiques sont redevenues "normales", et chacun a pu apprécier à sa juste valeur la progression du groupe en terrain vierge, les immensités de paysages immaculés et le caractère sauvage du massif. Même si les étapes étaient parfois jugées très longues, trop difficiles par les plus "novices" du groupe, les soirées et les nuits passées dans les confortables refuges de la région, permettaient à chacun de récupérer de ces journées. Les aléas des conditions météorologiques nous ont permis de réaliser totalement la dimension engagée de notre raid, notamment lors d'une journée de grande tempête qui, après plusieurs heures de progression à la boussole dans le blizzard, nous a obligé à renoncer à l'étape du jour, et à prévoir en urgence une solution de repli sur le refuge de la nuit précédente : encore fallait-il le retrouver !

Globalement, le groupe a fait preuve d'une bonne cohésion, et malgré l'hétérogénéité réelle de ses membres, le bon fonctionnement général a permis de mener l'expédition à ses fins. Finalement, le plus inquiet de tous aura été notre guide professionnel, habitué à emmener en pareil terrain des individus déjà expérimentés et qui ont le niveau "requis", ce qui était loin d'être le cas de notre groupe.

Observations sur le terrain

Capacités physiques et ressources mentales

Globalement, les capacités physiques étaient faibles, et il s'agissait sans aucun doute du facteur le plus limitant au sein du groupe (pour la majorité des patients, et *a fortiori* pour ceux qui n'étaient pas sevrés au moment du départ). Précisons qu'une agence commerciale aurait exclu d'emblée notre groupe sur ce critère. À l'inverse, les ressources mentales nous ont paru tout à fait surprenantes, faisant des patients "des débutants très attachants". Et l'on peut se demander si ces individus, qui ont eu à surmonter de multiples obstacles dans leur parcours d'alcoolodépendance, ne sont pas plus armés que d'autres pour affronter les difficultés psychologiques d'une expédition polaire.

Une expérience de réalité et de recentrage

Cette notion nous paraît essentielle : loin de s'apparenter à une "fuite en avant" ou à une parenthèse "mythique" dans la vie d'un

patient, cette expérience nous paraît au contraire représenter une épreuve de réalité. Dans le contexte quotidien de l'expédition, il est impossible de tricher, que ce soit vis-à-vis de soi-même ou vis-à-vis des autres; aucun masque ni aucune facade ne tiendrait longtemps la route. Cette expérience permet également de revaloriser les gestes simples du quotidien, elle redonne tout sens au sentiment d'exister. Elle permet à l'individu de se recentrer par rapport aux notions de temps et de durée, elle demande à chacun des capacités d'anticipation et de discernement entre des choix à faire, tactiques ou stratégiques, toutes notions que l'on voit si souvent abrasées par les années d'alcoolisation.

Une expérience de survie

Le milieu polaire doit être considéré comme un milieu *a priori* hostile, impropre à la vie de l'homme. La nécessité de s'adapter aux conditions très particulières, extrêmes de ce milieu revient à un affrontement permanent de l'homme à la nature. L'ennemi est au dehors, et toute l'énergie de l'individu doit se concentrer sur les dangers potentiels qui viennent de l'extérieur. Cette nécessité impérative de mobiliser toute son énergie, toute son agressivité virtuelle sur le dehors nous paraît représenter une démarche très positive pour des patients dont on connaît bien le potentiel d'auto-agressivité, plus ou moins contenu pendant les périodes d'alcoolisation, et même après l'arrêt de l'alcool. Insistons d'autre part sur la nécessité d'apprendre à gérer des risques, des décisions, et à adapter ses choix à chaque situation, apprentissage qui servira sans doute au patient dans la vie quotidienne.

Valorisation et réinvestissement hédonique

Finalement, une telle expérience nous semble pouvoir être très valorisante pour le patient, vis-à-vis de lui-même comme de son entourage. Pour lui-même, il en retire des sentiments de satisfaction après l'effort, de fierté, de dépassement de lui-même dans sa capacité à avoir surmonté des conditions extrêmes et surtout le sentiment de liberté reconquise. Vis-à-vis des autres patients, il s'agit d'une expérience de socialisation et d'adaptation à la vie de groupe, de respect d'un mode de vie communautaire et de tout un apprentissage de la gestion de son comportement à l'égard d'autrui. Soulignons enfin à quel point l'image d'un patient peut être valorisée à ses propres yeux comme aux yeux de son entourage familial.

Toutes ces notions nous paraissent relever de la notion de réinvestissement hédonique apporté au patient alcoolodépendant par ce type d'expériences.

Conclusion

Devenir des patients

Que sont devenus nos patients? Tous sont encore suivis aujourd'hui. Deux ont été ponctuellement hospitalisés pour une reprise de la consommation d'alcool, mais sont à nouveau hors alcool; un a été perdu de vue pendant plusieurs mois et a fini par réapparaître (son silence était à attribuer à de graves difficultés conjugales); tous les autres sont dans une période de vie positive. Tous s'estiment satisfaits d'avoir mené au bout le projet; trois d'entre eux souhaitent aller plus loin, et se sont investis dans la poursuite de ce genre d'activités (formation personnelle dans le but d'une autonomisation, suivie de propositions d'encadrement de nouveaux patients pour des activités du même ordre).

Image du patient

Plus globalement, cette expérience nous montre que l'on peut, avec des patients alcoolodépendants, mener à bien des projets ambitieux qui misent plus sur les ressources mentales des sujets que sur leurs capacités physiques. Ce genre d'expérience offre une possibilité de médiatisation et permet de modifier l'image, si souvent négative et dévalorisée par notre société, du malade alcoolodépendant.

Finalement, loin d'être une expérience hors du temps ou du monde, ce séjour a permis à des patients fragilisés de réinvestir et d'utiliser des ressources, tant personnelles que relevant de la vie en groupe, souvent mises à mal par les années d'alcoolisation, et pourtant nécessaires à la reprise d'une vie sans alcool. Partage d'un quotidien où chacun doit surmonter sa fatigue, sa faiblesse physique, sa lassitude devant des paysages qui semblent immuables, ou au contraire ses peurs face à l'inconnu de régions traversées, plutôt hostiles à l'homme. Nécessité de pouvoir compter sur ses propres capacités, physiques mais surtout mentales, tant les ressources psychiques de chacun semblent représenter une clef fondamentale à la réussite de ce type d'entreprise. Besoin de respect et de tolérance à l'égard de l'autre, d'appréhension des difficultés de chacun pour que le groupe puisse fonctionner de manière homogène. Lien particulier qui s'établit entre le patient et les membres soignants du groupe : relation de proximité inhabituelle mais ne permettant pas pour autant la confusion des rôles. Mise à l'épreuve de sa capacité à éprouver du plaisir indépendamment de la prise de tout produit, notion d'un plaisir accessible par soi-même, débarrassé de toute médiation toxique. ■

S Dolbeault, E Hispard, S Dally
Essai de réinvestissement hédonique de patients
alcoolodépendants
L'expérience d'un raid nordique en Laponie
Alcoologie 1997; 19 (3) : 247-252

Références bibliographiques

- 1 - Jouvent R, Carton S, Widlöcher D. Sémiologie complexe des émotions. *Neuro-Psy* 1992; 7 : 213-221.
- 2 - Loas G, Pierson A. L'anhédonie en psychiatrie : revue. *Ann Med Psychology* 1989; 147 : 706-717.
- 3 - Heinz A, Schmidt LG, Reischies FM. Anhedonia in schizophrenic, depressed, or alcohol-dependent patients-neurobiological correlates. *Pharmacopsychiatry* 1994; 27 : 7-10.
- 4 - Katz JL. Drugs as reinforcers: pharmacological and behavioural factors. In: *Neuropharmacological Basis of Reward*. Oxford : Clarendon Press, 1989 : 164-213.
- 5 - Zuckerman M. The psychophysiology of sensation seeking. *J Person* 1990; 58 : 313-345.
- 6 - Earleywine M, Finn PR. Sensation seeking explains the relation between behavioral disinhibition and alcohol consumption. *Addict Behav* 1991; 16 : 123-128.
- 7 - Kilpatrick DC, Sutker PB, Smith AD. Deviant drug and alcohol-use : the role of anxiety, sensation seeking and other personality variables. In: Zuckerman M, Spielberger CD, editors. *Emotions and anxiety. New concepts, methods and applications*. Lawrence Erlbaum Associates, John Wiley, 1976 : 247-278.
- 8 - Pedersen W. Mental health, sensation seeking and drug use patterns: a longitudinal study. *Br J Addict* 1991; 86 : 195-204.
- 9 - McCann SC, Mueller CW, Hays PA, Scheuer AD, Marsella AJ. The relationship between sensation seeking and anhedonia. *Person Individ Diff* 1990; 11 : 77-79.
- 10 - Von Knorring L, von Knorring AL, Smigan L et al. Personality traits in subtypes of alcoholics. *J Stud Alcohol* 1987; 48 : 523-527.

