




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Étude de l'attitude négative face aux problèmes, des attentes envers l'alcool et du *coping* auprès d'une population alcoolo-dépendante

Negative problem orientation, alcohol expectancies and coping in alcohol-dependent patients

I. Varescon^{a,*}, R. Wantier^a, V. Bouvet Leprince^b, D. Lejeune^b

^a IUPDP, laboratoire de psychopathologie et processus de santé, université Paris Descartes, 71, avenue E.-Vaillant, 92774 Boulogne-Billancourt cedex, France

^b Service d'addictologie, centre hospitalier d'Arras, UdL3 PSITEC EA 4072, université Lille-Nord-de-France, Pont-de-Bois, rue du Barreau, 59653 Villeneuve d'Ascq, France

Disponible sur Internet le 23 février 2011

MOTS CLÉS

Attitude négative face au problème ;
Attentes envers l'alcool ;
Coping ;
Dépression ;
Anxiété

KEYWORDS

Negative problem orientation;
Alcohol expectancy;
Coping;

Résumé Cette étude a pour objectif d'évaluer l'attitude négative face aux problèmes, les attentes envers l'alcool, le *coping* dispositionnel et situationnel en lien avec l'anxiété et la dépression. Vingt patients alcoolo-dépendants (dix femmes, dix hommes) ont rempli des questionnaires d'auto-évaluation mesurant l'attitude négative face aux problèmes (QAP), les attentes envers l'alcool (EAQ), le *coping* (Brief Cope), la symptomatologie dépressive (BDI-13) et l'anxiété trait et état (STAI T-E). Les scores obtenus ont été comparés à un groupe témoin de 20 personnes (dix femmes, dix hommes). Les résultats indiquent, de manière significative, une attitude négative face aux problèmes, des attentes négatives envers l'alcool, un niveau de dépression léger et un niveau d'anxiété trait élevé qui influence les choix des stratégies de *coping* en format dispositionnel. L'étude de ces trois composantes cognitives reste à approfondir et devrait ainsi permettre d'atteindre des connaissances utiles à la prise en charge des patients.

© 2011 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary The aims of the current investigation are to study negative problem orientation, coping and alcohol expectancies and to examine the links between depression and anxiety. Twenty patients alcohol addicted (10 women; 10 men) were given standardized self-rating scales: negative problem orientation (EAQ), coping (Brief cope), alcohol expectancies (EAQ), depression scale (BDI) and anxiety scale (STAI). The results were compared with non-alcohol dependent subjects (10 women; 10 men). The results show that alcohol patients mainly use a

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : isabelle.varescon@parisdescartes.fr (I. Varescon).

Depression;
Anxiety

negative problem orientation, negative alcohol expectancies, a moderate level of depression and a high level of anxiety. The kind of coping (coping trait) is linked to high level of anxiety trait. More research is needed to compare and examine these results with the aim of helping patients.

© 2011 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'attitude négative face aux problèmes est définie comme une disposition cognitive inefficace se traduisant par une tendance générale à aborder tout problème de la vie de manière négative pour soi [1]. Cette disposition affecte à la fois le regard de l'individu sur ses propres problèmes et leurs évolutions et rentre en jeu dans l'évaluation du problème, dans la motivation initiale à se confronter à celui-ci, ainsi que dans les différents étapes de sa résolution [2,3]. L'attitude négative face au problème n'a pas encore été étudiée, à notre connaissance, chez les patients alcoolo-dépendants. Nous souhaiterions mettre en lien l'attitude négative face aux problèmes et les attentes envers l'alcool qui sont des « croyances subjectives » à propos des effets de l'alcool. Elles concernent les répercussions physiques (performance, éveil sexuel...) et psychologiques (assertivité, bien-être...) de la consommation d'alcool. Goldman les définissaient en 1991 comme « des entités cognitives spécifiant les relations entre un état d'intoxication et des effets spécifiques » [4]. Elles permettent de donner un sens à la consommation. Ainsi, une attitude négative face aux problèmes chez un individu pourrait faciliter son adhésion à des croyances positives sur les effets de l'alcool. Les sujets qui perçoivent leurs problèmes comme menaçants et négatifs sont ceux qui entretiendraient le plus de cognitions positives envers l'alcool. Mais pour étudier la diversité des réponses cognitives face au stress en général et à l'alcoolo-dépendance, l'étude du *coping* s'avère utile. Par définition, le *coping* désigne les efforts cognitifs et comportementaux mis en œuvre par un individu pour faire face à une situation stressante. Ces efforts ont pour fonction soit de modifier le problème à l'origine du stress, soit de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème [5]. Le *coping* s'étudie généralement en lien avec la dépression et l'anxiété, notamment chez les patients alcoolo-dépendants [6].

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'attitude négative face aux problèmes, les attentes envers l'alcool et les stratégies de *coping* au sein d'une population d'alcoolo-dépendants comparativement à un groupe témoin, en lien avec l'anxiété et la dépression.

Méthode

Instruments

Afin de répondre à nos objectifs, différents instruments ont été utilisés.

Le questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP)

C'est un autoquestionnaire de 12 items qui évalue l'attitude cognitive inefficace à l'égard des problèmes de la vie de tous

les jours. Le score total varie ainsi de 12 à 60 points. L'article de validation rapporte une moyenne obtenue auprès d'une population non clinique de 25,03 (écart-type : 7,8) [1].

Le Expectations Alcohol Questionnaire ou questionnaire d'attentes envers l'alcool [7] version française abrégée à 51 items (EAQ III)

L'E.A.Q. III permet de répertorier différentes attentes ou croyances positives envers l'alcool de chaque sujet : interactions, assurance en société, levée de l'inhibition, augmentation des capacités et du plaisir sexuel, réduction de la tension physique mais aussi psychologique, augmentation de l'agressivité et sentiment de puissance, changements psycho-physiologiques.

L'étude multidimensionnelle du *coping* [8,9] (Brief Cope)

À partir de 28 items, la Brief Cope propose un nombre de 14 sous-échelles évaluant des dimensions distinctes du *coping* : (1) le *coping* actif, (2) la planification, (3) la recherche de soutien social instrumental, (4) la recherche de soutien social émotionnel, (5) l'expression des sentiments, (6) le désengagement comportemental, (7) la distraction, (8) le blâme, (9) la réinterprétation positive, (10) l'humour, (11) le déni, (12) l'acceptation, (13) la religion, et (14) l'utilisation de substances. Le questionnaire permet d'évaluer le *coping* dans sa dimension « trait », (façon habituelle de faire face : format dispositionnel) et dans sa dimension « état » (style d'ajustement selon la situation : format situationnel). Carver a souhaité ne pas prendre part à telle ou telle conception du *coping* (dispositionnel ou situationnel) mais de permettre simultanément l'étude du *coping* sur ces deux aspects. Dans le format situationnel, la consigne donnée aux participants était la façon de faire face à l'envie d'alcool, particulièrement source de stress. Les stratégies de *coping* peuvent être regroupées en trois catégories telles que le proposent [10] : le *coping* centré sur le problème, sur l'émotion et les stratégies dysfonctionnelles. Muller et al. [9] proposent quant à eux une autre distinction, applicables aux échelles du Brief Cope, entre stratégies dites fonctionnelles (*coping* actif, planification, reformulation positive, acceptation, humour), souvent associées à peu de stress perçu, à une bonne estime de soi et peu de souffrance psychologique et stratégies dites dysfonctionnelles (blâme, consommation de substances...). Cassidy et al. [11] retiennent eux aussi cette dichotomie entre stratégies fonctionnelles et dysfonctionnelles. Ce regroupement est utilisé pour la présente étude.

La mesure de l'anxiété : forme Y-A (anxiété état) et Y-B (anxiété trait) (STAI)

Un total de 20 items est nécessaire pour évaluer chaque aspect de l'anxiété. Les scores peuvent varier de 20 à

80 indiquant ainsi le degré d'anxiété [12]. Cet outil a pour principale fonction de contrôler la variable anxiété qui peut influencer le score au QAP.

La inventaire abrégé de dépression de Beck [13] (B.D.I) 13 items

C'est un autoquestionnaire en 13 items qui mesure l'intensité de la symptomatologie dépressive (absence de symptômes dépressifs significatifs si le résultat est inférieur à quatre, dépression d'intensité légère de quatre à sept, dépression d'intensité modérée de huit à 15 et sévère au-delà de 15).

Population et procédure

Les 20 patients (dix hommes et dix femmes) inclus dans l'étude sont des primo-consultants au centre d'alcoologie de Marœuil (62), dans le cadre d'une postcure suite à un sevrage d'alcool. Ils ne présentent pas d'autre dépendance hormis le tabac. Au total, 22 patients du centre d'alcoologie avaient été sollicités pour participer à l'étude. Un patient à refuser de participer, l'autre rencontrait des difficultés à remplir les questionnaires. La passation a eu lieu le même jour, au début de la prise en charge dans le centre.

Un groupe témoin de 20 personnes ne présentant pas de consommation problématique d'alcool a été constitué. Les sujets du groupe témoin, recrutés dans des lieux publics, ont été appareillés aux sujets du groupe expérimental (âge, sexe, niveau d'étude, activité professionnelle). Pour se faire, nous leur avons fait passer le formule pour approcher la consommation d'alcool par l'entretien (FACE) [14, 15] qui permet d'évaluer de manière simple et non intrusive le comportement d'alcoolisation des personnes sollicitées. Initialement cet outil, non diagnostique, a été élaboré pour faciliter le dépistage de buveurs excessifs en entretien de médecine générale. Dans notre recherche, cet outil de dépistage a été utilisé pour constituer le groupe témoin. L'EAQ et la Brief Cope n'ont pas été proposées au groupe témoin. Compte tenu des objectifs de notre étude et des données de la littérature, nous n'avons pas jugé opportun d'alourdir le temps de passation.

Tous les participants sont majeurs. Ils ont signé un formulaire de consentement pour leur participation à l'étude. L'anonymat et la confidentialité des données ont été respectés.

Analyse des données

Le traitement statistique a été réalisé à l'aide du logiciel « Statistica » version 9.1 (210.0). Nous nous sommes livrés à une analyse descriptive, à des comparaisons de moyennes en référence à un groupe témoin (*t* de Student) et à des études de corrélation (*r* de Bravais-Pearson).

Résultats

Données sociodémographiques

La moyenne d'âge de notre échantillon est 43,1 ans (écart type = 8,2). Tous sont originaires de France métropolitaine. Onze d'entre eux ont un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat. Sur les 20 patients, 13 vivent seuls et sept sont en couple. Dix-huit d'entre eux ont des enfants. Ils sont pour la plupart sans activité professionnelle (15 sujets).

Résultats au QAP, à l'EAQ, à la STAI et au BDI.

Le score d'attitude négative face aux problèmes (QAP) des patients alcoolo-dépendants est significativement plus élevé ($t = 2,70$, $ddl = 38$, $p < .01$) que dans le groupe contrôle (Tableau 1).

Les résultats obtenus au questionnaire d'attentes positives envers l'alcool (EAQ) montrent un score légèrement inférieur à la moyenne. Seule la consommation d'alcool comme moyen d'obtenir de meilleures interactions sociales est significativement plus présente chez les hommes que chez les femmes ($t = -2,44$, $ddl = 18$, $p < 0,02$).

Les résultats à la STAI montrent que les sujets du groupe expérimental ont, de façon significative, un niveau d'anxiété trait élevé ($t = 6,21$, $ddl = 38$, $p < 0,001$) et un niveau de dépression léger ($t = 5,01$, $ddl = 38$, $p < 0,0001$). La seule différence que l'on obtient entre les femmes et les hommes du groupe d'étude concerne le niveau de dépression léger qui est significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes ($t = -2,39$; $ddl = 18$, $p < 0,02$).

Résultats à l'échelle de coping (Brief Cope)

Sur les 14 dimensions que proposent la Brief Cope, les stratégies préférentiellement utilisées en coping dispositionnel (score supérieur à 5) sont l'utilisation de substances (5,7), la planification (5,35), l'acceptation (5,35), le coping actif

Tableau 1 Résultats au questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP), au questionnaire d'attentes positives envers l'alcool (EAQ), à la mesure de l'anxiété trait et état (STAI) et au inventaire abrégé de dépression de Beck (BDI-13).

Instrument	Groupe expérimental (n = 20)	Groupe témoin (n = 20)	t	p
QAP	27,25 (8,28)	20,3 (7,97)	2,70	0,01
EAQ	23,95 (8,8)	—	—	—
STAI				
Trait	58,7 (8,3)	42,75 (7,93)	6,21	0,001
État	45,95 (8,67)	42,4 (9,13)	1,26	NS
BDI-13	7,45 (4,9)	1,55 (1,9)	5,01	0,0001

NS : non significatif.

Tableau 2 Résultats du groupe expérimental obtenus à l'échelle de coping (Brief Cope).

Échelles du Brief Cope	Effectif total (n = 20)	Hommes (n = 10)	Femmes (n = 10)
*Coping actif (D)	5,3 (1,49)	5,8 (1,23)	4,8 (1,62)
*Coping actif (S)	5,3 (2,03)	5,4 (1,96)	5,2 (2,20)
*Planification (D)	5,35 (1,73)	5,8 (1,93)	4,9 (1,45)
*Planification (S)	5,35 (1,84)	5,5 (2,07)	5,2 (1,69)
Soutien instrumental (D)	4,45 (1,32)	4,1 (1,45)	4,8 (1,14)
Soutien instrumental (S)	3,4 (1,70)	3,3 (1,57)	3,5 (1,90)
*Reformulation positive (D)	4,95 (1,47)	5,1 (1,79)	4,8 (1,14)
*Reformulation positive (S)	4,35 (1,81)	4,7 (1,89)	4 (1,76)
*Acceptation (D)	5,35 (1,63)	5,9 (1,52)	4,8 (1,62)
*Acceptation (S)	4,75 (2,10)	4,9 (1,91)	4,6 (2,37)
Soutien émotionnel (D)	4,55 (1,32)	4 (0,94)	5,1 (1,45)
Soutien émotionnel (S)	3,6 (1,64)	3,1 (1,10)	4,1 (1,97)
Déni (D)	3,1 (1,33)	3 (1,05)	3,2 (1,62)
Déni (S)	3,65 (1,57)	3,6 (1,78)	3,7 (1,42)
Expression des sentiments (D)	4 (1,41)	3,5 (1,08)	4,5 (1,58)
Expression des sentiments (S)	4,1 (1,71)	3,4 (1,26)	4,8 (1,87)
Blâme (D)	5,2 (1,51)	4,6 (1,17)	5,8 (1,62)
Blâme (S)	4,95 (2,01)	4,6 (2,12)	5,3 (1,95)
*Humour (D)	3,05 (0,83)	3,3 (0,82)	2,8 (0,79)
*Humour (S)	3,3 (1,59)	3 (1,63)	3,6 (1,58)
Religion (D)	3,45 (1,85)	3,3 (1,95)	3,6 (1,84)
Religion (S)	3 (1,95)	3 (2)	3 (2,00)
Distraction (D)	4,7 (1,30)	5,1 (1,45)	4,3 (1,06)
Distraction (S)	4,75 (1,77)	4,7 (1,83)	4,8 (1,81)
Utilisation de substances (D)	5,6 (1,7)	6 (1,33)	5,2 (1,99)
Utilisation de substances (S)	5,7 (2,23)	5,1 (2,38)	6,3 (2,00)
Désengagement (D)	2,9 (1,33)	2,6 (1,07)	3,2 (1,55)
Désengagement (S)	3,8 (1,67)	3,3 (1,57)	4,3 (1,70)

D : dispositionnel ; S : situationnel ; * stratégies dites fonctionnelles

(5,35) et le blâme (5,2) [Tableau 2](#). Les stratégies le plus utilisées en *coping* situationnel (score supérieur à 5) sont l'utilisation de substances (5,8), la planification (5,35) et le *coping* actif (5,3).

Le genre des sujets ne détermine pas une utilisation préférentielle de telle ou telle stratégie d'adaptation face à une situation stressante.

Résultats des études de corrélations (QAP-EAQ–Brief Cope- STAI- BDI)

Nous pouvons constater une corrélation positive et significative du score d'anxiété trait avec le QAP ($r=0,48$) et le BDI ($r=0,55$). Autrement dit, les sujets les plus anxieux sont ceux qui présentent davantage d'attitude négative face au problème ainsi qu'une humeur dépressive.

Concernant les stratégies de *coping*, on constate que les stratégies fonctionnelles en format dispositionnel sont corrélées négativement à l'anxiété trait ($r=-0,44$). C'est-à-dire que moins les sujets présentent une anxiété trait plus ils

ont recours à des stratégies fonctionnelles. En revanche, les stratégies dysfonctionnelles sont corrélées positivement aux scores d'anxiété trait ($r=0,46$) et de dépression ($r=0,53$) [Tableau 3](#).

Discussion des résultats

Les participants du groupe expérimental présentent une attitude négative face au problème plus élevée que le groupe contrôle. Le score obtenu est également supérieur à celui de l'échantillon non clinique de l'étude de validation. Ce résultat, bien qu'attendu, n'avait pas encore été montré au sein d'une population d'alcoolodépendants, alors que la littérature a mis en évidence le lien entre l'attitude négative face aux problèmes, les troubles anxieux et la dépression. Les attentes positives envers l'alcool sont encore présentes mais pas prédominantes. Ce résultat confirme l'étude d'Iniguez de Onzono et al. (2004) [16]. L'attitude négative face au problème n'est pas liée aux attentes positives envers l'alcool. Ce résultat peut se comprendre par le fait que les participants, engagés dans une démarche de

Tableau 3 Résultats des études de corrélations (questionnaire d'attitude face aux problèmes [QAP]- mesure de l'anxiété trait (T) et état (E) [STAI]- inventaire abrégé de dépression de Beck [BDI-13]- attentes positives envers l'alcool [EAQ]- Brief Cope) du groupe expérimental.

	QAP	STAI-T	STAI-E	BDI-13	EAQ	BC D SF	BC D SD	BC S SF	BC S SD
QAP	1,00	0,48*	0,04	0,26	-0,04	-0,26	0,36	0,13	0,09
STAI-T	0,48*	1,00	0,42	0,55*	-0,02	-0,44*	0,46*	-0,39	0,05
STAI-E	0,04	0,42	1,00	0,27	-0,04	-0,42	0,30	-0,23	-0,14
BDI	0,26	0,55*	0,27	1,00	-0,07	-0,39	0,53*	-0,17	0,44
EAQ	-0,04	-0,02	-0,04	-0,07	1,00	0,27	0,36	0,17	0,24
BC D SF	-0,26	-0,44*	-0,42	-0,39	0,27	1,00	-0,45*	0,39	-0,18
BC D SD	0,36	0,46*	0,30	0,53*	0,36	-0,45*	1,00	-0,08	0,49*
BC S SF	-0,13	-0,39	-0,23	-0,17	0,17	0,39	-0,08	1,00	0,24
BC S SD	0,09	0,05	-0,14	0,44	0,28	-0,18	0,49*	0,24	1,00

BC DSF : Brief cope dispositionnel stratégies fonctionnelles ; BC DSD : Brief Cope dispositionnel stratégies dysfonctionnelles ; BC S SF : Brief Cope situationnel stratégies fonctionnelles ; BC S SD : Brief Cope situationnel stratégies dyfonctionnelles ; * : significatif à 0,05.

soins et recrutés dans un centre d'alcoologie ont de moins en moins recours à ce type de raisonnement.

Les sujets de notre étude présentent un niveau léger de dépression et un niveau d'anxiété trait élevé. Le score plus faible obtenu à l'échelle d'anxiété état, qui reflète l'état du sujet au moment même où il remplit l'échelle, peut s'expliquer par le fait que le sujet soit encadré par des professionnels sur le lieu où il a décidé d'entamer une démarche de soins. Les résultats obtenus vont dans le sens de plusieurs études qui ont mis en évidence la comorbidité entre alcool, dépression et anxiété [17,18].

Concernant la *coping*, les participants utilisent globalement des stratégies fonctionnelles bien que la présence de stratégies qualifiées de dysfonctionnelles ne soit pas à minimiser. Le fait que les participants entament une démarche de soins explique en partie les résultats. Toutefois, il est difficile de comparer nos résultats avec d'autres études puisque l'échelle multidimensionnelle de *coping* n'a pas encore été utilisée auprès d'une population de patients alcoolo-dépendants.

La principale limite à notre étude est la faiblesse de l'échantillon qui ne nous permet pas d'analyser les résultats avec des méthodes statistiques plus poussées. L'étude demande donc à être répétée sur un nombre plus conséquent de sujets. De plus, l'ensemble des outils d'évaluation mériterait d'être proposé au groupe témoin. Les scores obtenus et présentés sont donc à considérer comme des résultats préliminaires.

Toutefois, ces premiers résultats trouvent une application directe dans la clinique. Des ateliers de résolution de problème, afin d'enrayer les attitudes négatives et ainsi permettre de développer de nouvelles stratégies de *coping* plus efficaces, s'avèreraient utiles et augmenteraient ainsi les chances de maintenir une abstinence de qualité.

Conclusion

Cette étude menée auprès d'un échantillon de personnes alcoolo-dépendantes apporte, d'une part, des données concernant l'attitude négative face aux problèmes et les pensées envers l'alcool et, d'autre part, des données sur le *coping* dispositionnel et situationnel. Bien que l'étude des liens entre les trois composantes cognitives présentées ici

reste à approfondir, leur évaluation en lien avec la dépression et l'anxiété paraît nécessaire à la mise en place d'un traitement de l'alcooldépendance.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] Gosselin P, Ladouceur R, Pelletier O. Évaluation de l'attitude face aux différents problèmes de la vie: le questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP). *J Ther Comport Cogn* 2005;15(4):153.
- [2] D'Zurilla TJ, Nezu AM. Social problem-solving in adults. In: Kendall PC, editor. *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. New York: Academic Press; 1982, vol 1.
- [3] D'Zurilla TJ. *Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer; 1986.
- [4] Inserm. Expertise Collective. *Alcool. Dommages sociaux abus et dépendance*. Paris: Les éditions Inserm 2003.
- [5] Bruchon-Schweitzer M, Quintard B. *Psychologie de la santé, modèles, concepts méthodes*. Paris: Dunod; 2002.
- [6] Camart N, Gerard C, Varescon I, Sahuc AS, Detilleux M. Stress et coping chez des patients alcoolo-dépendants. *J Ther Comport Cogn* 2008;18(3):12-9.
- [7] Brown SA, Christiansen BA, Goldman MS. The alcohol expectancy questionnaire: an instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. *J Stud Alcohol* 1987;48(5):483-91.
- [8] Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief Cope. *International J Behav Med* 1997;4(1):92-100.
- [9] Muller L, Spitz E. Évaluation multidimensionnelle du coping: validation du Brief Cope sur une population français. *Encéphale* 2003;29(1):507-18.
- [10] Carver CS, Scheier M, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989;56(2):267-83.
- [11] Cassidy T, Sintrovani P. Motives for parenthood, psychosocial factors and health in women undergoing IVF. *J Reprod and Infant Psy* 2008;26(1):4-17.
- [12] Spielberger CD. *Manual for the state-trait anxiety inventory: STAI (form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1983.

- [13] Beck AT, Beamesderfer A. Assesment of depression: the depression inventory. Psychological measurements in psychopharmacology. *Mod Probl Phamacopsychiatry* 1972;7:1551–9.
- [14] Arfaoui S, Dewost AV, Dermortière G, Abesdris J, Abramovici F, Michaud P. Repérage précoce du risque d'alcool : savoir faire « FACE ». *Rev Prat* 2004;18(641):201–5.
- [15] Dewost AV, Michaud M, Arfaoui S, Gache P, Lancrenon S. Fast alcohol consumption evaluation : a screening instrument adapted for French general practioners. *Alcohol Clin Exp Res* 2006;30(11):1889–95.
- [16] Iniguez de Onzono L, Adès J, Romo L. Étude comparative des attentes positives envers l'alcool chez des alcoolodépendants en sevrage et des abstinents. *J Ther Comport Cogn* 2004;14(2):77–83.
- [17] Holahan CJ, Moss R, Holahan CK, Cronkite R, Randall P. Drinking to cope, emotional distress and alcohol use and abuse: a ten year model. *J Abnorm Psychol* 2003;112:159–65.
- [18] Varescon I, Camart N, Gérard C, Detilleux M. Événements de vie et stratégies de coping chez les sujets consultant pour leur problématique alcoolique. *Alcool Addict* 2005;27(2):85–91.