UNIVERSITATEA DE VEST „VASILE GOLDIŞ” ARAD

FACULTATEA DE MEDICINĂ, FARMACIE ŞI MEDICINĂ DENTARĂ

TEZĂ DE DOCTORAT

REZUMAT

TEMPERAMENTELE AFECTIVE ŞI PERSONALITATEA CONSUMATORULUI DE DROGURI INJECTABILE

Coordonator ştiinţific:

Prof. Univ. Dr. Podea Marina Delia

Doctorand:

Kelemen Alexander

2013

INTRODUCERE. EXPUNERE MOTIVAŢIONALĂ.

Uzul şi consumul de droguri a fost întâlnit în toate societăţile studiate, fiind asociat cu evenimentele importante din viața omului (sărbători religioase, nunți, botez etc), puţine festivităţi se desfăşoară în absenţa consumului de alcool şi de tutun (Birţ, 2001).

Atunci când abordăm subiectul legat de droguri, trebuie să luăm în calcul faptul că ele exercită un efect excitant asupra sistemului nervos central, cu efect psihoactiv asupra organismului. Practic, acest domeniu de cercetare şi intervenţie a primit valențe medicale în urma considerentului amintit anterior (astfel, consumul de droguri este o boală) şi prin urmare atenţia cercetătorilor s-a centrat pe factorii biologici, caracteristicile psihopatologice şi nu în ultimul rând pe trăsăsturile psihologice predispozante (Cristofani, 2012; Rigliano, 2004).

Descrierea tipului temperamental afectiv și de personalitate a persoanelor cu diagnostic de addicție a reprezentat o problemă în domeniul cercetării, deoarece rezultatele raportate erau (și sunt) rareori comparabile din cauza diferențelor mijloacelor de evaluare și a conceptelelor folosite (Basiaux et al, 2001). Totuși, în urma rezultatelor extrase din cercetările făcute în comunitățile de consumatori, Asociația Internațională de Epidemiologie Psihiatrică a confirmat o comorbiditate mare între consumul de substanțe și liniile temperamentului afectiv (Pacinia, 2013). În același mod au fost documentate pe larg asocierile dintre consumul de substanțe și tulburările de personalitate (Chakroun, 2004).

Cercetarea de față se poziţionează pe o direcţie multidisciplinară, conform căreia dependenții de heroină și alcool întrunesc un profil specific de personalitate şi de temperament afectiv, acesta fiind aproape o precondiție în dezvoltarea comportamentului addictiv. Pornind de la experiența profesională personală, dobândită în cadrul Asociației Române Anti SIDA și în cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie (instituții în cadrul cărora am desfășurat proiecte adresate consumatorilor de alcool și heroină), am analizat relevanța temperamentului afectiv precum și a dimensiunilor de personalitate la pacienții cu addicție de alcool și dependență de heroină (cross check-ul fiind dat de lucrările anterioare elaborate de specialiștii în domeniu -Akiskal, Maremmani, Cristofani etc.)

Prin urmare, în cadrul tezei de doctorat am urmărit să identific acele trăsături de personalitate care reprezintă factori predictivi în apariţia consumului de droguri injectabile/alcool, respectiv să nuanţez liniile temperamental afective la cele două entități

nosologice amintite mai sus, pentru a oferii o imagine mai clară celor care vor proiecta programe eficiente de depistare şi prevenţie prin programele de HARM-REDUCTION.

PARTEA GENERALĂ

Capitolul 1. Definire şi delimitări conceptuale

1.1. DROGUL. CUVINTELE CHEIE ÎN CONSUMUL DE DROGURI.

În această lucrare, termenul de drog este utilizat în indicarea cele două substanțe (alcoolul și heroina), care sunt capabile să modifice afectivitatea, percepţia, cogniţia și comportamentul.

ADDICTION -este identificată cu o serie de comportamente stereotipale precum nevoia de a consuma, suferinţa derivată din scăderea concentraţiei drogului în sânge şi nu în ultimul rând din faptul că individul addict îşi sacrifică întreaga existenţă în satisfacerea acestei nevoi.

TOLLERANŢĂ -reprezintă răspunsul sintemului nervos central, în măsură să reducă efectele administrării repetate a unui drog.

ABSTINENŢĂ -sindromul de abstinenţă se obţine în conformitate cu răspunsul de adaptare neuro-psihologică, lipsa drogului provoacând o decompensare în acest sens.

CRAVING -definit ca şi apetit patologic, este caracterizat prin dorinţa de a consuma droguri, acompaniat de o imensă suferinţă în cazul incapacităţii satisfacerii acestui raptus.

1.2. TEMPERAMENTELE AFECTIVE. CUVINTELE CHEIE.

Termenul în sine are mai multe înțelesuri posibile, iar comunitatea științifică nu a rezolvat încă dezacordurile privind înțelesul exact al acestuia, care oscilează între "caracter" și "personalitate" (Vincent, 2009).

Caracterul conține toate caracteristicile dobândite care permit ajustarea individului la valorile și normele societății în care el trăiește.

Personalitatea include caracteristici care fac referire la metode stabile de percepție și gândire (care se referă la cadrul individual și la mediul extern).

În conformitate cu Akiskal, "temperamentele sunt fenotipuri de bază, care reflectă dispoziția genetică de tulburări bipolare" (Luca, 2013; Akiskal, 2000). Acest model este

confirmat printr-o varietate de observații epidemiologice efectuate de Maremmani, 2001; Kesebir, 2005; Luca, 2013.

1.3. CONSUMUL PATOLOGIC. TOXICOMANIA.

Într-o lucrare intitulată "Prolegomene clinice", Birț descrie criteriile de diagnostic și clasificare impuse de literatura de specialitate, astfel:

A)-criterii impuse de DSM IV, dependenţa este caracterizată de prezenţa a cel puţin 3 din următoarele criterii de diagnostic **(**A.P.A., 2000):

-individul dezvoltă o toleranţă la o anumită substanţă/drog, respectiv absenţa efectelor colaterale la dozele obişnuite;

-simptomele de abstinenţă apar imediat ce dozele sunt reduse şi/sau drogul nu este consumat;

-subiectul consumă drogul în cantităţi mari şi mult peste perioada planificată;

-individul recunoaşte că are o problemă de consum excesiv şi că eventualele tentative de a înceta consumul nu au fost cu succes;

-subiectul îşi petrece o mare parte din timp, în scopul procurării drogului;

-subiectul continuă consumul de droguri, în pofida problemelor fizice şi psihice evidente pe care le are din cauza lor;

-subiectul îşi reduce sau întrerupe participarea la activităţile sociale şi profesionale din cauza consumului;

B)- criterii OMS, dependenţa este caracterizată de prezenţa următoarelor elemente clinice:

-conştientizarea impulsului de a consuma droguri împotriva propriei voinţe;

-dorinţa de a nu mai consuma;

-obişnuinţă stereotipală de a consuma;

-consum pentru evitarea sau reducerea fenomenelor de sevraj;

-comportament focalizat pe procurarea drogului, în detrimentul altor activităţi importante;

Pentru a defini toxicomaniile sunt necesare trei criterii:

- un criteriu chimic prin care produsul utilizat este denumit drog, întrucât este ilicit, toxic sau un medicament al cărui scop iniţial terapeutic a fost deturnat;

- un criteriu cantitativ deoarece este utilizat frecvent, si/sau în cantităţi mari;

- un criteriu comportamental ce se referă la o dependenţă a subiectului faţă de produs, dependenţă ce poate fi fizică sau psihică, sau ambele;

Dependenţa psihică este o stare psihologică caracterizată printr-o compulsie de a lua în mod periodic sau continuu un toxic în scopul anulării unei tensiuni interioare sau pentru a căuta o plăcere.

Dependenţa fizică se referă la cerinţa organismului de a primi în mod constant o substanţă exogenă pentru a conserva eventualul său echilibru şi pentru a evita simptomele psihice şi fizice legate de abstinenţă.

Toleranţa corespunde necesităţii creşterii dozelor pentru obţinerea aceloraşi efecte.

1.4. TULBURĂRILE DE PERSONALITATE ȘI DE TEMPERAMENT ASOCIATE TOXICOMANIEI.

Oricât de multe și complex studii experimentale s-au făcut, revizuirea literaturii de specialitate privind personalitatea toxicomanului permite extrapolarea unor fapte de bază:

1.)- frecvența componentelor depresive, în general sensibile la tratamentul cu metadonă;

2.) -prezența componentelor anxioase, în scădere, însă nu complet, în timpul întreținerii cu metadonă;

3.) - raritatea relativă a simptomelor psihotice;

În cele din urmă, este posibil să spunem că frecvența simptomelor psihopatologice este mai mare în dependența de droguri, în comparație cu populația generală, însă gradul mediu de abatere nu este mare (Birţ, 2001).

PARTEA SPECIALĂ

Capitolul 2. Cercetarea personală.

2.1. DESCRIEREA STUDIULUI.

Studiul de față, se poziţionează pe o direcţie pluridisciplinară, conform căreia dependența de heroină și alcool poate fi asociată cu trăsăsturi de personalitate/temperamente afective, caracterizate prin patternuri ce pot fi descrise ca fiind dezadaptative (chiar dăcă acestea nu ating intensitatea patologică).

Prin urmare, obiectivele specifice se focalizează să identifice acele trăsături de personalitate care sunt definitorii în consumul de heroină/alcool, respectiv să nuanţeze liniile temperamental afective la cele două patologii amintite mai sus, pentru a putea apoi proiecta programe eficiente de depistare şi prevenţie prin programele de HARM-REDUCTION.

2.2. OBIECTIVELE ȘI IPOTEZELE STUDIULUI.

Rezultă din necesitatea depistării precoce a consumului de droguri/alcool și a eficientizării serviciilor psihologice (HARM REDUCTION) oferite în special consumatorilor de droguri injectabile.

2.2.1. Obiective primare.

- evaluarea personalității, atât din perspectiva psihometrică prin scala EPQ, cât și din cea psihodiagnostică prin interviul clinic structurat SCID II;
- evaluarea tipurilor de temperament afectiv prin scala Akiskal;

2.2.2. Obiective secundare.

- identificarea trăsăturilor de personalitate în consumul de heroină;
- identificarea trăsăturilor de personalitate în consumul de alcool;
- identificarea trăsăturilor temperamental afective la alcoolici;
- identificarea trăsăturilor temperamental afective la consumatorii de heroină;

2.2.3. Ipoteze.

1.Existența unui tip temperamental afectiv specific pentru consumul de alcool/heroină;

2.Existența anumitor trăsături de personalitate care favorizează comportamentul addictiv;

3.Stabilirea unor corelații între trăsăturile de personalitate și tipul temperamental afectiv al persoanleor cu addicție;

4.Rolul intervenției psihologice scurte și a ghidului de interviu psihologic;

2.3. PARTICIPANȚII LA STUDIU.

Lotul evaluat este format din 100 de subiecți. În funcție de tipul de consum am avut 2 grupuri de participanți, astfel:

Sublotul A –format din 50 de subiecți consumatori de droguri injectabile, în abstinență controlată în momentul examinării psihologice;

Sublotul B –format din 50 de subiecți diagnosticați cu sindrom de dependență la alcool, în abstinență controlată în momentul examinării psihologice;

2.4. MATERIALE ȘI METODE UTILIZATE.

Metoda de cercetare utilizată a fost testarea psihologică prin metode psihometrice și psiho-diagnostice, iar instrumentele de cercetare aplicate au fost chestionarul de personalitate EPQ, interviul clinic structurat SCID II și chestionarul de temperamente afective Akiskal.

2.5. PROCEDURA DE LUCRU.

Pentru realizarea obiectivelor cercetării, subiecţii au fost evaluaţi o singură dată pe parcursul a 12 luni. Fiecare subiect din cei 100 a fost intervievat şi a completat toate scalele prezentate anterior, în forma creion-hârtie, astfel s-au evaluat trăsăsturile de personalitate din perspectiva psihometrică prin scala EPQ și din cea psihodiagnostică prin interviul clinic structurat SCID II, respectiv tipurilor de temperament afectiv prin scala Akiskal.

2.6. APARATUL STATISTIC.

2.6.1. Testul E.P.Q.

Testul EPQ este divizat în 4 dimensiuni: E, N, P si L. Cele 79 de variabile ale testului au fost împărțite în cele 4 categorii. La fiecare categorie s-a adăugat o nouă variabilă, care însumează punctajul obținut de fiecare subiect la categoria respectivă, astfel că fiecare subiect a obținut 4 scoruri particulare pentru fiecare categorie în parte și un scor general, scorul aferent testului.

2.6.1.1.E- Extraversiune/Introversiune

Analizele efectuate pe baza scorurilor E indică faptul că cei mai multi respondenți pot fi clasificați ca fiind persoane extravertite. Din cei 100 de indivizi, mai mult de jumătate (64%) au obținut un scor E de 9 puncte, ceea ce denotă că pot fi caracterizați ca personae cu

procese mai accelerate de excitație și inhibiție ale SNC, cu tendinţa de a adopta mai ușor comportamente riscante și scandaloase, un control mai scăzut al reacțiilor emoționale și o toleranță mai scăzută la frustrare, pe care le asociază ca fiind proprii stilului de viață.

Tabel nr.1. Analizele efectuate pe baza scorurilor extraversiune/introversiune

N	100
Medie	8.84
Mediana	9
Modul	9
Minim	3
Maxim	17

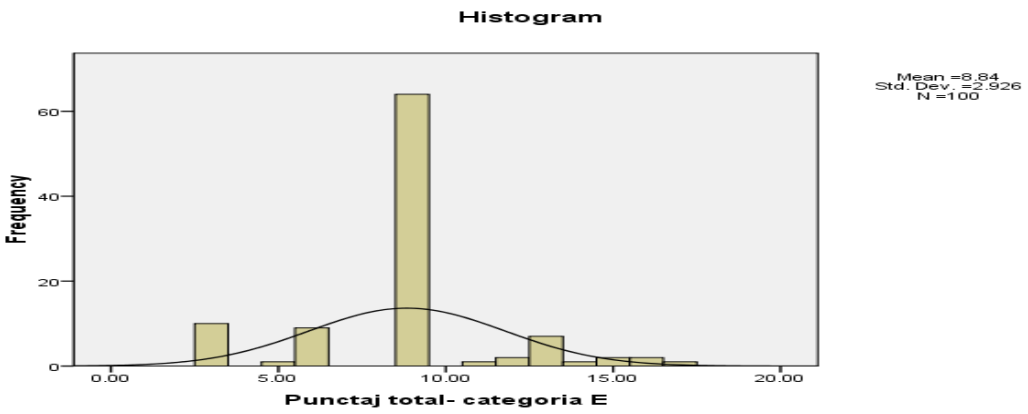
Tabel nr.2. Media scorurilor pentru subiecții loturilor A și B

Categorie	**Media scorului E**	**Media generală**
Consumatori alcool	9.9	8.8
Consumatori heroină	7.8	8.8

Tabel nr.3. Diferențele dintre gen pentru scorul E

Categorie	**Media scorului E**	**Media generală**
Masculin	9	8.8
Feminin	8.6	8.8

Figura nr.1. Distribuția respondenților la scorul E



2.6.1.2.N –Stabilitate/Instabilitate

Datele existente relevă faptul că majoritatea subiecților sunt persoane supraemoționale, care reacționează puternic la stimuli și cărora le este greu să revină la echilibru după diverse experiente emoționale.

Tabel nr.5. Analizele efectuate pe baza scorurilor stabilitate/instabilitate

N	100
Medie	16.55
Mediana	21
Modul	12
Minim	4
Maxim	23

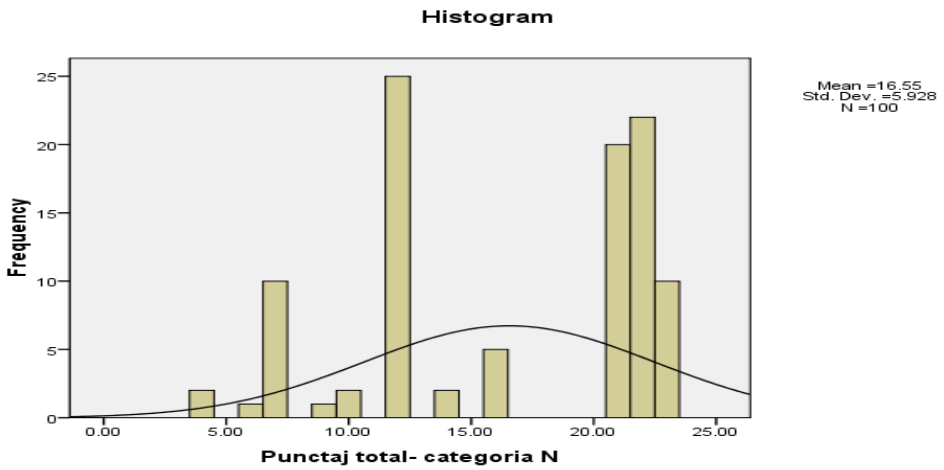
Tabel nr.6. Media scorurilor pentru subiecții loturilor A și B

Categorie	Media scorului N	Media generală
Consumatori alcool	19.5	16.5
Consumatori heroină	13.6	16.5

Tabel nr.7. Diferențele dintre gen pentru scorul N

Categorie	Media scorului N	Media generală
Masculin	16.2	16.5
Feminin	16.9	16.5

Figura nr.2. Distribuția respondenților pentru scala N



2.6.1.3.L- scala minciunii

Majoritatea respondenților se încadrează în intervalul 8-10, astfel că 67% dintre subiecți au obținut un scor L din acest interval. Valoarea maximă de 17 a fost înregistrată o singură dată, ceea ce denotă faptul ca subiecții incluși în studiu tind să declare adevărul (cel puțin în majoritatea cazurilor).

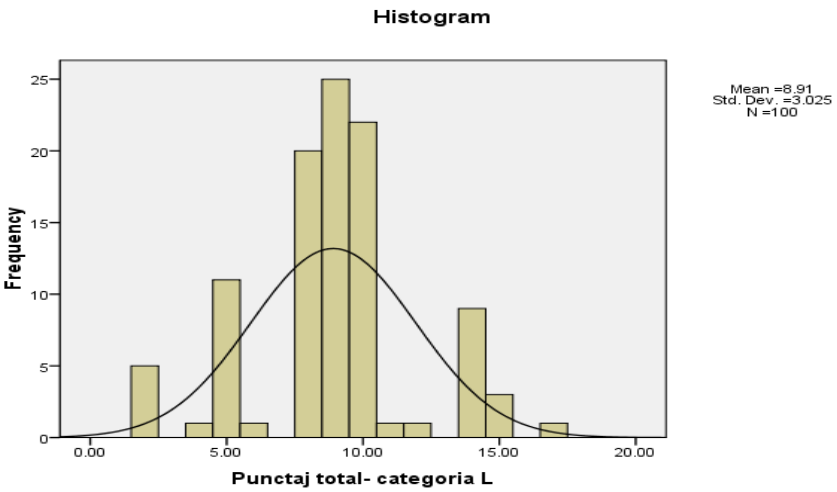
Tabel nr.9. Analizele efectuate pe baza scorurilor L

N	100
Medie	8.91
Mediana	9
Modul	9
Minim	2
Maxim	17

Tabel nr.10. Media scorurilor pentru subiecții loturilor A și B

Categorie	**Media scorului L**	**Media generală**
Consumatori alcool	9.4	8.9
Consumatori heroină	8.4	8.9

Figura nr.3. Distribuția respondenților pentru scala L



Tabel nr.12. Diferențele dintre gen pentru scorul L

Categorie	Media scorului L	Media generala
Masculin	9	8.9
Feminin	8.8	8.9

2.6.1.4.P-Psihoticism

Media scorurilor obținute de cei 100 de subiecți este de 3.6, 97% dintre respondenți au obținut un scor mai mic de 7, ceea ce se asociază mai degrabă trăsăturilor psihopatoide.

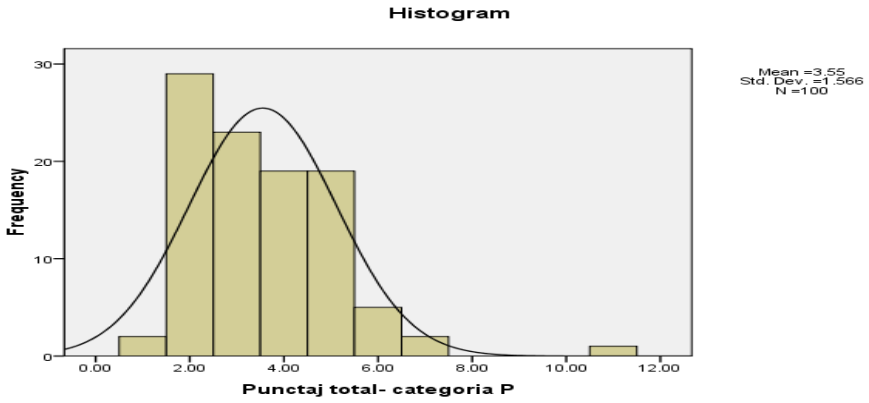
Tabel nr.13. Analizele efectuate pe baza scorurilor P

N	100
Medie	3.55
Mediana	3
Modul	2
Minim	1
Maxim	11

Tabel nr.15. Media scorurilor pentru subiecții loturilor A și B

Categorie	Media scorului P	Media generală
Consumatori alcool	3.6	3.6
Consumatori heroină	3.4	3.6

Figura nr.4. Distribuția respondenților pentru scala P



2.6.1.5.Coeficienții de corelatie ai lui Pearson

- Scorul E este invers corelat cu scorul N, subiecții clasificați ca fiind introveritiți sunt în acelaș timp indivizi care suferă de anxietate, sunt îngrijorați de sine, supra-emoționali și adesea deprimați.
- Scorul N este invers corelat cu scorul L, corelația dintre aceste două scoruri fiind de intensitate medie (r=-0.47).
- Scorul L este invers corelat cu scorul P, în general indivizii care obțin scoruri mici la categoria L vor obține scoruri ridicate la categoria P.

Tabel nr.16. Coeficienții de corelatie Pearson dintre toate cele 4 scoruri

Correlations

		Punctaj total- categoria E	Punctaj total- categoria N	Punctaj total- categoria L	Punctaj total- categoria P
Punctaj total- categoria E	Pearson Correlation	1	-.228*	.094	-.150
	Sig. (2-tailed)		.023	.351	.135
	N	100	100	100	100
Punctaj total- categoria N	Pearson Correlation	-.228*	1	-.470**	.119
	Sig. (2-tailed)	.023		.000	.237
	N	100	100	100	100
Punctaj total- categoria L	Pearson Correlation	.094	-.470**	1	-.352**
	Sig. (2-tailed)	.351	.000		.000
	N	100	100	100	100
Punctaj total- categoria P	Pearson Correlation	-.150	.119	-.352**	1
	Sig. (2-tailed)	.135	.237	.000	
	N	100	100	100	100

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

2.7.2.Chestionarul Akiskal

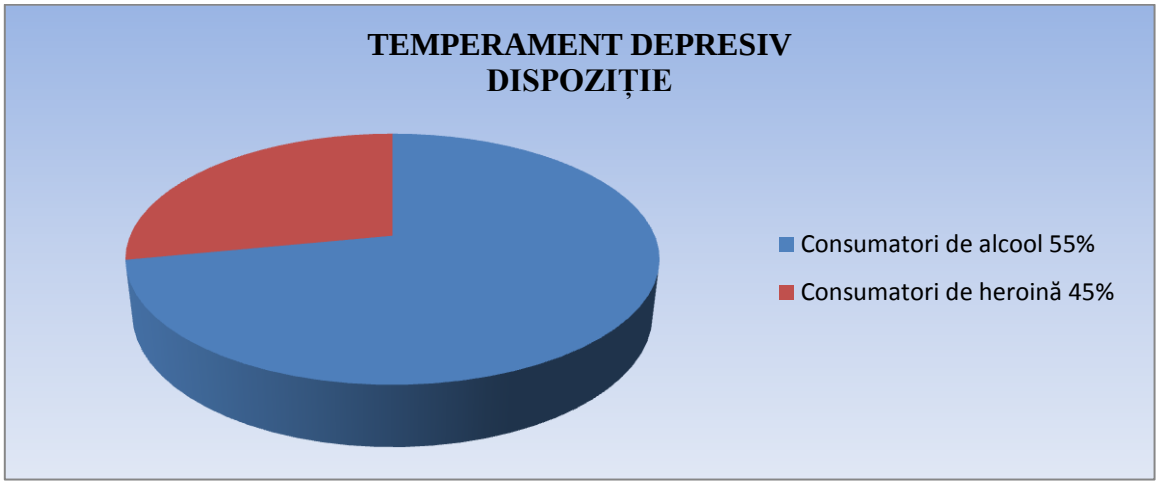
Are la bază 4 tipuri de temperament pe care Akiskal le-a identificat (temperamentul depresiv, temperamentul hipertim, temperamentul ciclotim și temperamentul iritabil).

2.7.2.1.Temperamentul Depresiv

a. Dispoziția

Din cei 100 de respondenți, 78% au oferit răspunsuri pozitive la întrebări care oferă un profil cu o dispoziție mai tristă, ruminativă și dispusă la aprehensiune.

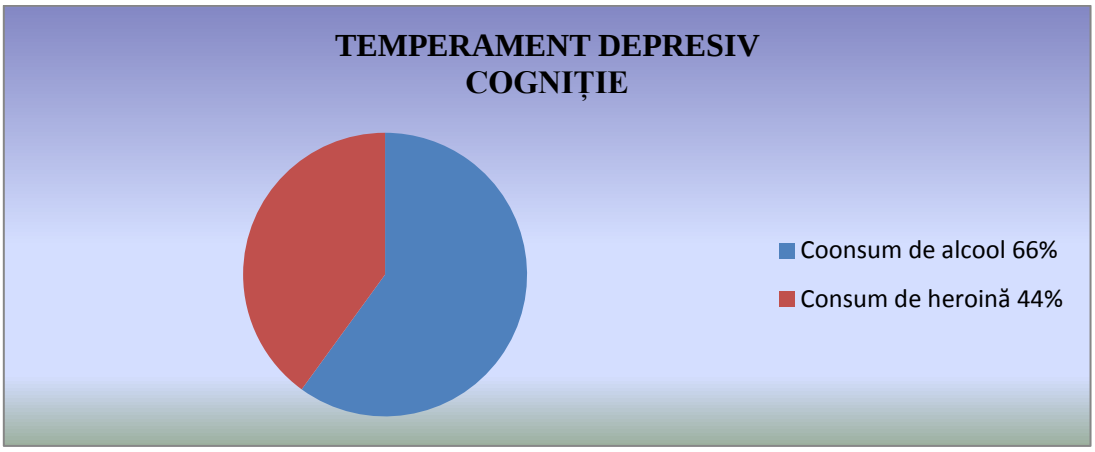
Figura nr.5. Distribuția respondenților în dimensiunea dispoziție



Putem afirma astfel, că respondenții alcoolici au tendința mai accentuată de a fi intr-o dispozitie tristă.

b. Cogniția

Figura nr.6. Distribuția respondenților în dimensiunea cogniție

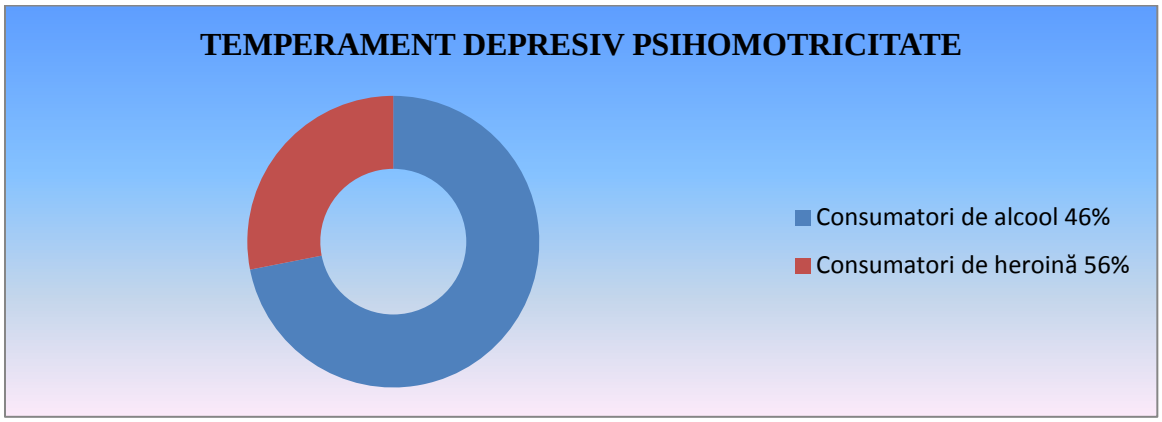


35 de subiecți s-au descris cu tendință la retragere, cu gânduri dezagreabile mai ales în ceea ce privește trecutul**,** stima de sine oscilantă și preocupare pentru eșec, 2 treimi fiind aloolici, iar o treime fiind consumatori de heroină.

c. Psihomotricitate

46% dintre cei 100 de subiecți au descris trăsături caracterizate prin energie mai scăzută, lipsă de elan, asertivitate la rutină și dificultate în luarea deciziilor, dintre care mai mult de jumătate (56%) sunt consumatori de heroină.

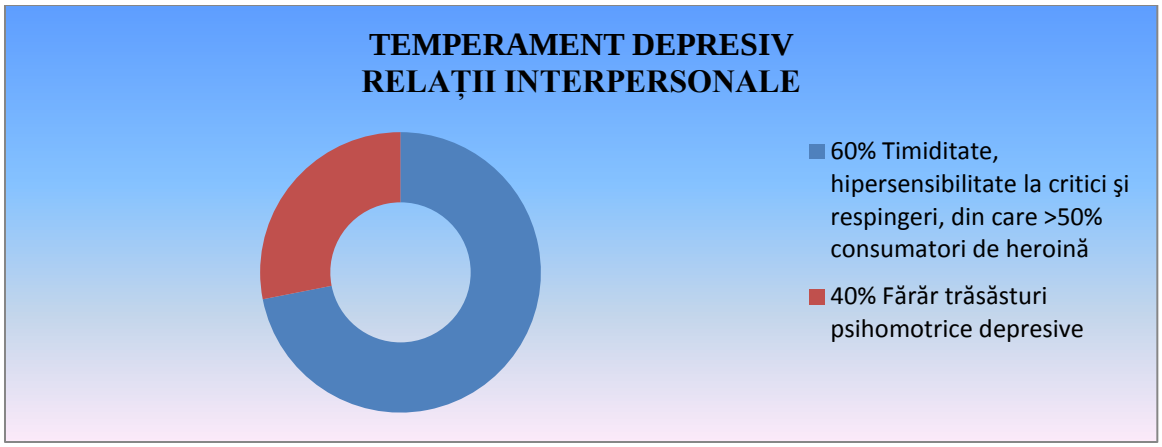
Figura nr.7. Distribuția respondenților în dimensiunea psihomtricitate



d. Relații interpersonale

60% dintre subiectii studiului par să dezvolte trăsături caracterizate prin sensibilitate chiar și la critici minore și în particular la respingere, dintre care peste 50% sunt consumatori de droguri.

Figura nr.8. Distribuția respondenților în dimensiunea relațiilor interpersonale



d. Altele

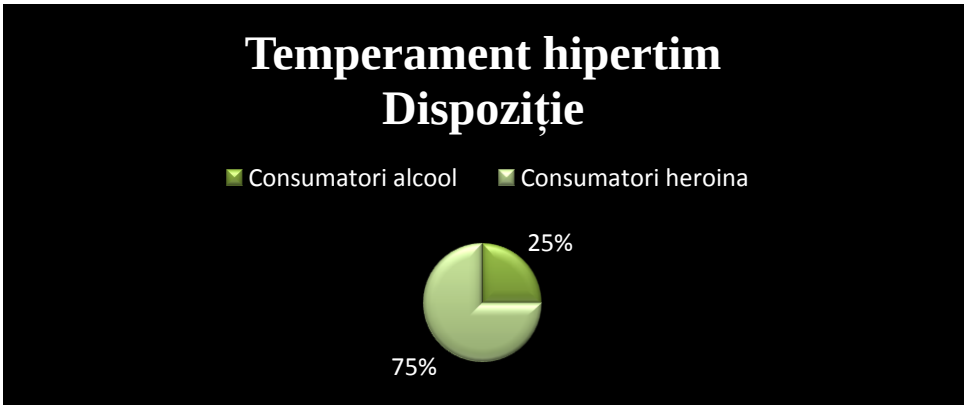
Din numărul total al respondenților, 67% s-au dovedit a fi persone cu o putere scăzută în ierarhizarea propriilor valoari, sceptici şi hiper critici (se îndoiesc de tot, cu tendinţa de a-i critica în exces pe ceilalţi, chiar și fără a exprima acest lucru), 63% fiind consumatori de alcool, iar 37% fiind consumatori de heroină.

Figura nr.9. Distribuția respondenților în dimensiunile nespecifice

2.7.2.2.Temperamentul Hipertim

a. Dispoziția

Figura nr.10. Distribuția respondenților în dimensiunea dispoziție

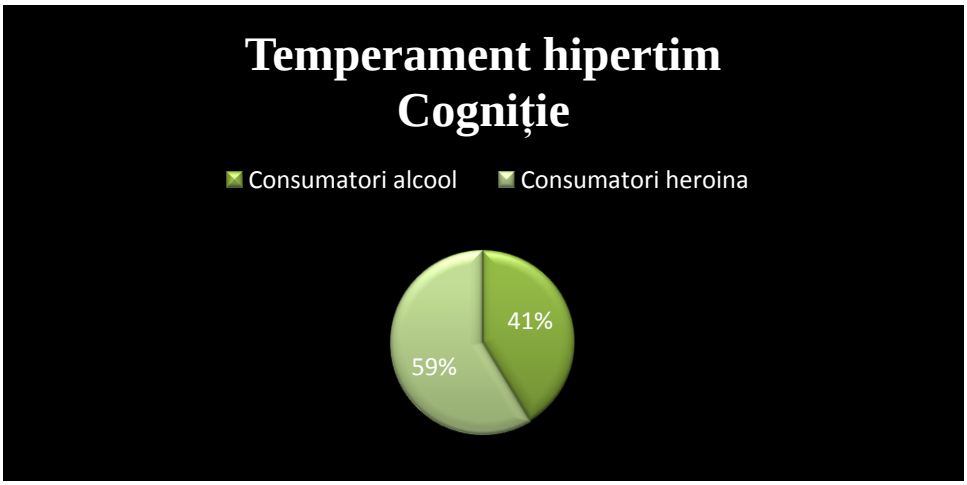


20% dintre aceștia întrunesc criterii de temperament hipertim în dimensiunea dispoziției, dintre care 75% fac parte din categoria consumatorilor de heroină, iar 25% din categoria consumatorilor de alcool, astfel că putem spune că dimensiunea descrisă este mai mult o caracteristică a consumatorilor de heroină.

b. Cogniția

58% dintre subiecți se descriu cu o ideație atât de bogată încât anturajul le consider adesea excesive şi irealiste. Din totalul celor 58, mai mult de jumătate fac parte din categoria consumatorilor de heroină, astfel că aceştia sunt mai predispusi să aiba un temperament hipertim pe linia de cogniție.

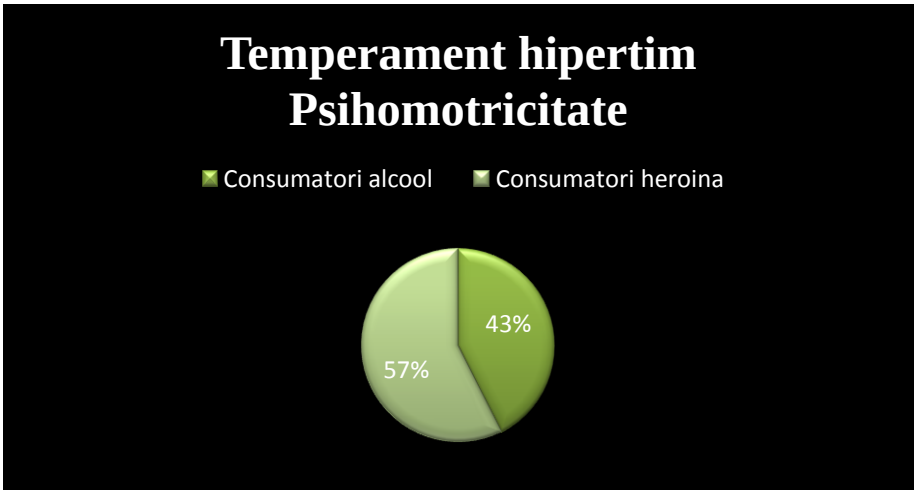
Figura nr.11. Distribuția respondenților în dimensiunea cogniție



c. Psihomotricitate

Datele arată că 54% dintre respondenți dobândesc un asemenea temperament în dimensiunea de psihomotricitate. Din totalul acestora, consumatorii de alcool dețin o pondere mai mică de 50%, astfel că doar 43% dintre subiecți fac parte din categoria consumatorilor de alcool, în timp ce restul de 57% se incadrează în categoria consumatorilor de heroină.

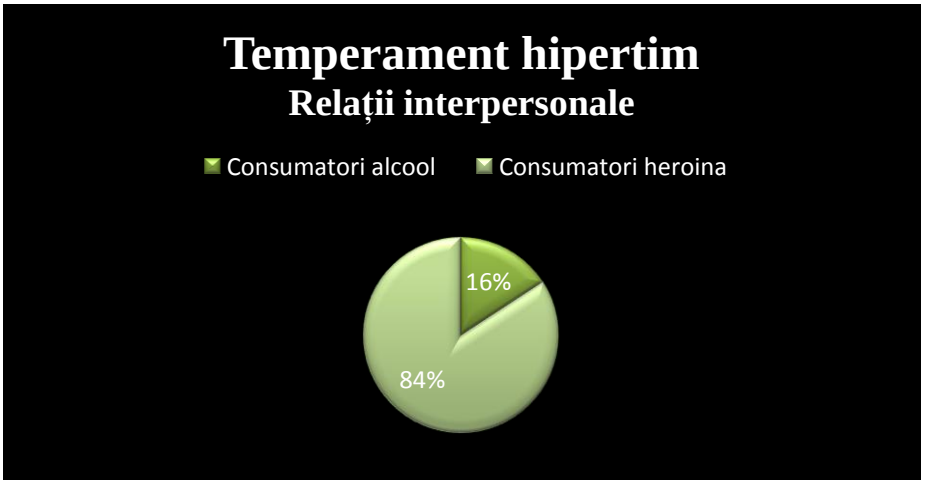
Figura nr.12. Distribuția respondenților în dimensiunea psihomotricitate



d.Relații interpersonale

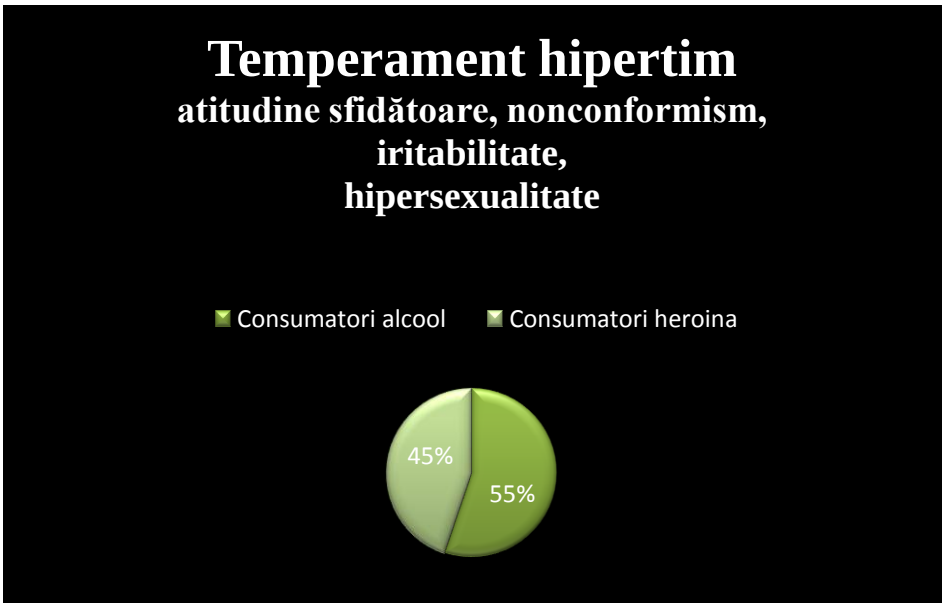
Doar 19 dintre subiecții cercetării au fost etichetați ca deținând un temperament hipertim pe linia de relații interpersonale. Dintre aceștia, o majoritate covârșitoare de 84% fac parte din categoria consumatorilor de heroină, astfel că subliniem relațiile interpersonale capătă o importanță majoră în definirea tipului de temperament hipertim în cazul consumatorilor de heroină.

Figura nr.13. Distribuția respondenților în dimensiunile relații interpersonale



e.Altele

Figura nr.14. Distribuția respondenților în dimensiunile nespecifice



87% dintre subiecţi au întrunit criteriile dimensiunii prin răspunsuri pozitive la întrebările "Consideraţi că aveţi dreptul şi privilegiul de a acţiona după bunul dumneavoastră plac?", "Vi se pare natural să nesocotiţi normele sociale şi să vă impuneţi punctul dumneavoastră de vedere?", "Se spune că vă enervaţi uşor atunci când ceilalţi nu văd lucrurile aşa cum le vedeţi dumneavoastră?".

2.7.2.3. Temperementul Ciclotim

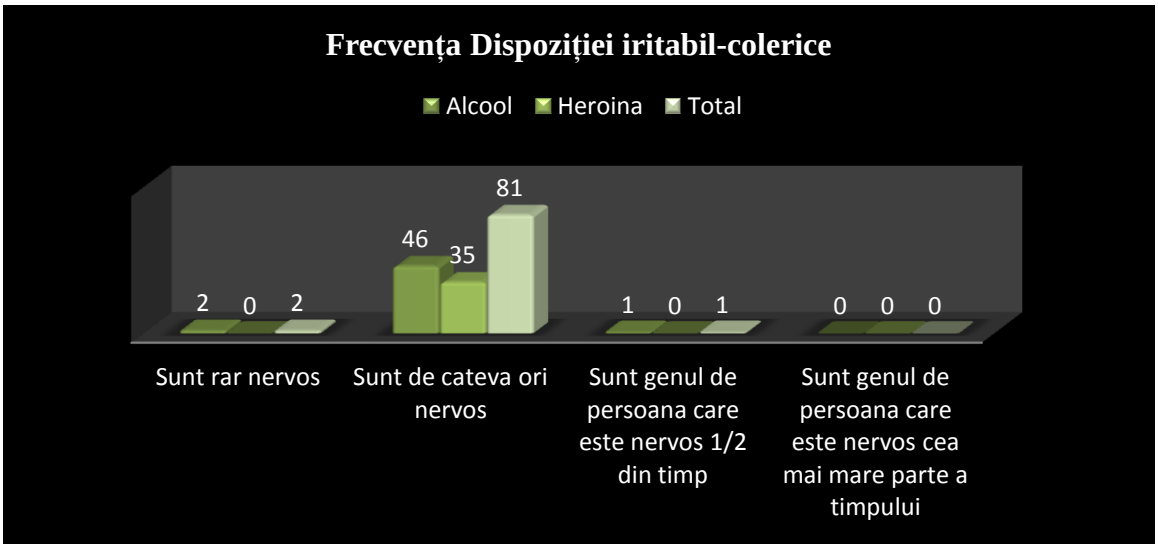
Contrar celor două tiprui de temperament discutate anterior, temperamentul de tip ciclotim nu este măsurat prin intermediul celor 5 dimensiuni, astfel că itemii corespunzători fac referire la starea obișnuită de spririt.

2.7.2.4Temperemantul Iritabil

a.Frecvența dispoziției iritabil- colerice

84% dintre subiecți au oferit răspunsuri cotate pozitiv ca dispoziție iritabil-colerică. Dintre aceștia, mai mult de jumătate fac parte din categoria consumatorilor de alcool, astfel că putem concluziona că subiecții din categoria consumatori de alcool tind să fie mai des colerici decât cei din categoria consumatorilor de heroină.

Figura nr.15. Distribuția respondenților privind frecvența iritabilității

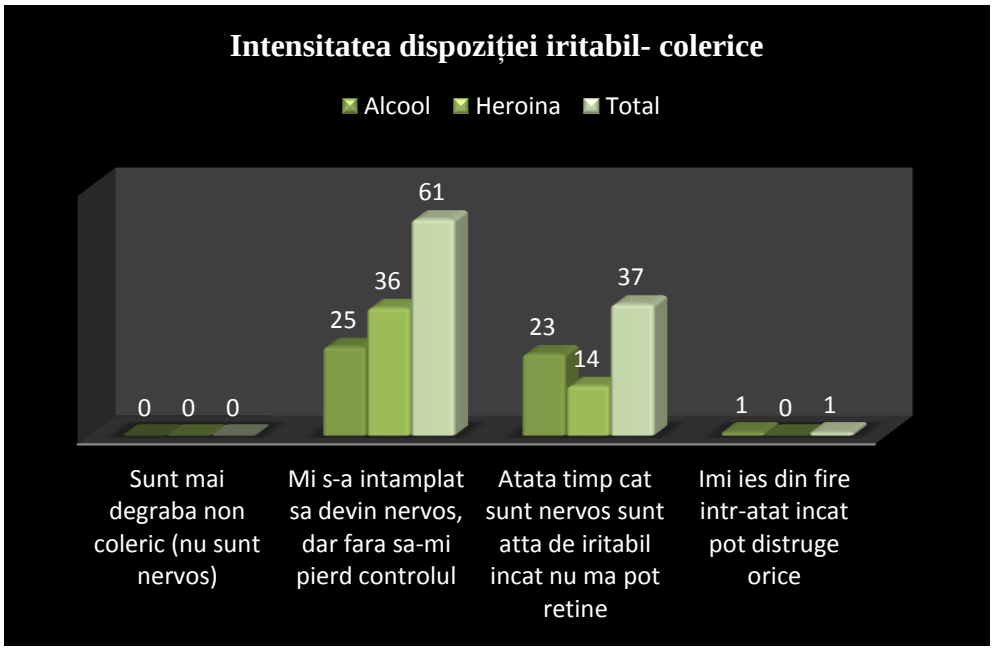


b.Intensitatea dispozitiei iritabil- colerice

Rata de răspuns la întrebarea care măsoară intensitatea dispoziției iritabil- colerice a fost de 99%, astfel că dintre cei 99 de subiecți, 61 declară că li se intamplă să devină nervoși, dar fără să-și piardă controlul (numărul consumatorilor de heroină care declară acest lucru

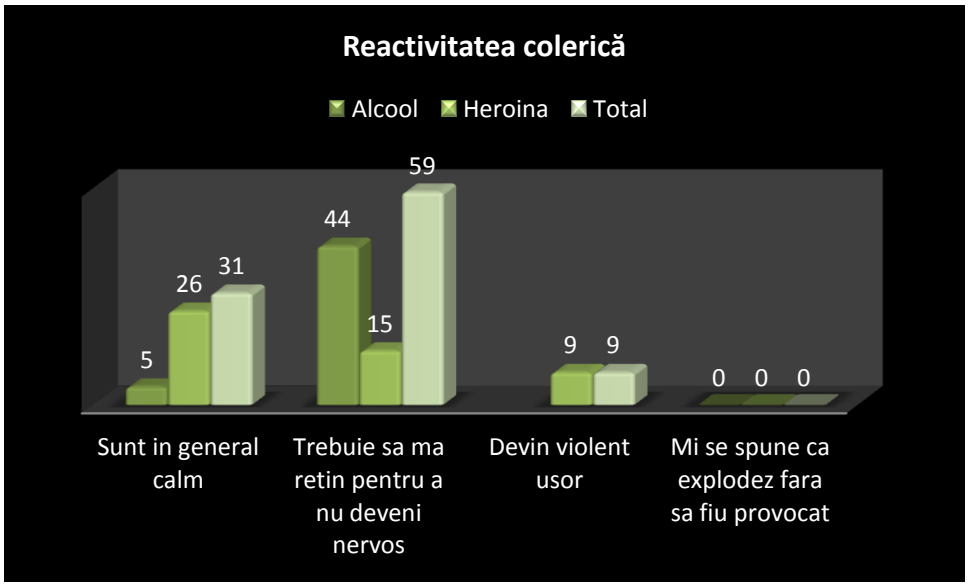
fiind mai mare cu 5 decât cel al consumatorilor de alcool). Un aspect interesant este dat de categoria a treia, unde regăsim un număr semnificativ mai mare de alcoolici care declară că, în momentul în care devin nervoși, sunt atât de iritabil încât nu se pot reține, ceea ce denotă că starea de nervozitate este mai intensă în cazul consumatorilor de alcool, decât în cazul consumatorilor de heroină.

Figura nr.16. Distribuția respondenților privind intensitatea iritabilității



c.Reactivitatea colerică

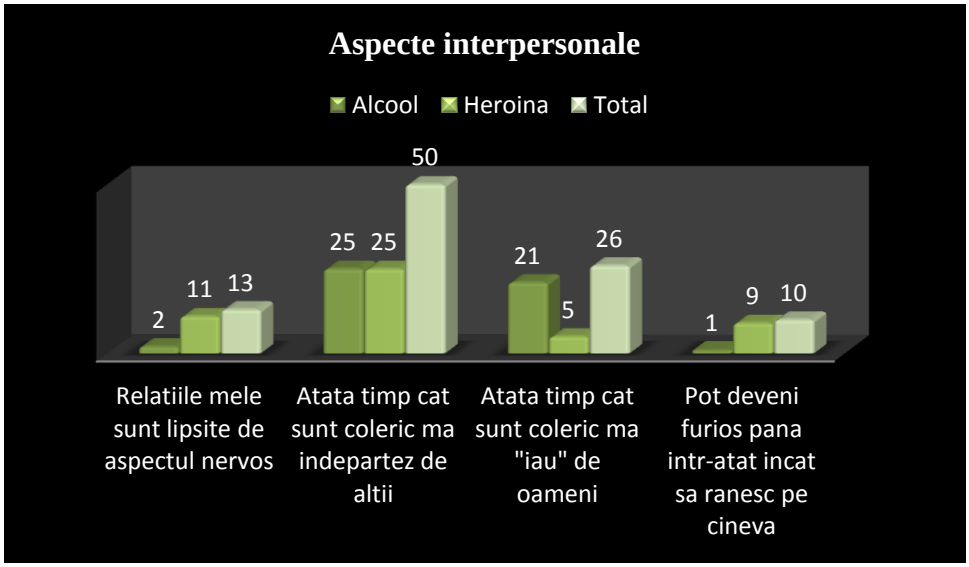
Figura nr.17. Distribuția respondenților cu reactivitatea colerică



d.Aspecte interpersonale

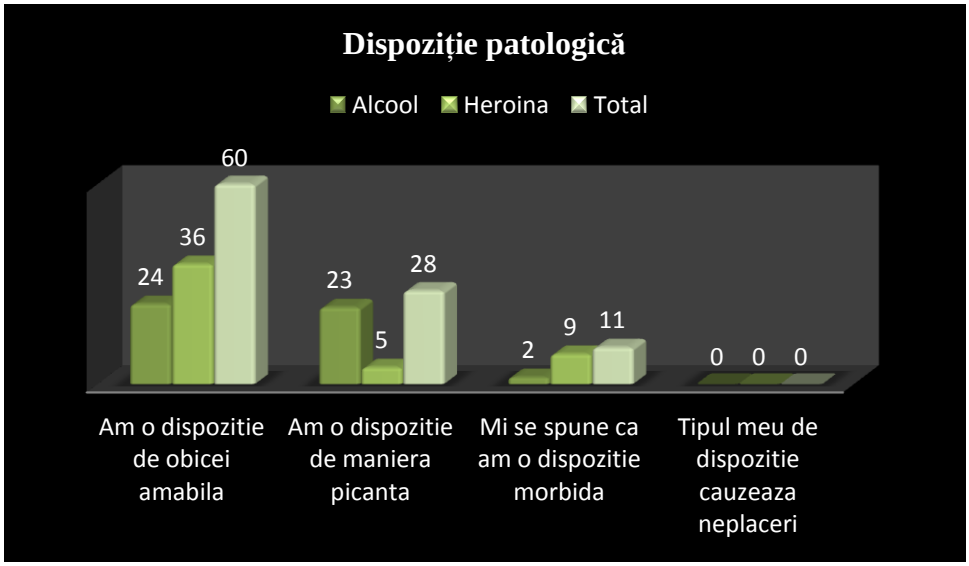
Consumatorii de heroină devin mai violenți, astfel că un numar semnificativ mai mare de consumatori de heroină declară că pot devenii furioși până în punctul în care sunt capabili să rănească pe cineva. Observăm, totodată, tendința alcoolicilor de a deveni ușor colerici prin faptul că aceștia găsesc ușor să pornescă certuri în momentul în care sunt iritați, însă fără a da dovadă de violență.

Figura nr.18. Distribuția respondenților privind iritabilitatea în relațiile interpersonale



e.Dispoziție patologică

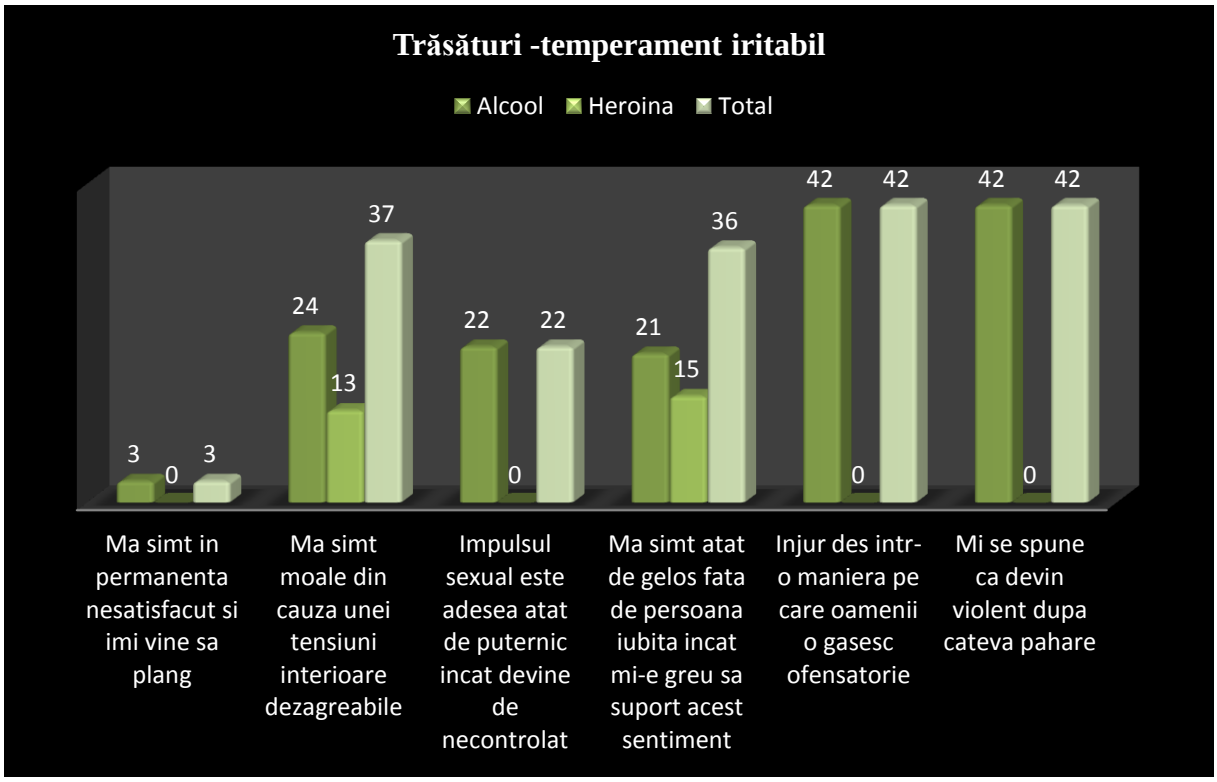
Figura nr.19. Distribuția respondenților privind dispoziția patologică



Tendința de nervozitate a consumatorilor de alcool este confirmată de variabila "dispoziția patologică", având în vedere faptul că un numar de 4 ori mai mare de alcooli declară că au o dispoziție de manieră picantă, în timp ce un număr considerabil mai mare de subiecți consumatori de heroină susțin că au o dispoziție morbidă.

f.Alte trăsături

Figura nr.20.Distribuția respondenților privind iritabilitatea în dimensiunile nespecifice



Ultima categorie a temperamentului iritabil distinge între cele două grupuri studiate în ceea ce privește trăsături precum gelozia, impulsuri sexuale, comportamente cotidiene. Astfel, consumatorii de alcool tind să fie mai violenți verbal decât consumatorii de heroină (avem raspunsuri pozitive doar de la consumatori de alcool), tind să aibă impulsuri sexuale mai pronunțate decât consumatorii de heroină și resimt tensiunile interioare mai accentuat decât subiecții din categoria consumatorilor de heroină.

2.8. Interviul clinic structurat SCID II

Analizând repartiția subiecților pe cele 12 clase, remarcăm următoarele aspecte:

- Cei mai multi respondenți întrunesc patternuri pentru categoriile "Tulburare de personalitate Narcisică" (88%) și "Tulburare de personalitate Borderline" (87%);

- Categoria “Tulburare de personalitate Dependentă” nu se validează pentru nici un caz, astfel că nici un individ nu a atins pragul neceasar pentru a putea fi definit ca având patternuri de personalitate de tip dependent;
- Categoria “Tulburare de personalitate Histrionică” conține un singur caz (un subiect din categoria consumatorilor de alcool), iar conform noilor criterii de diagnostic această categorie a fost eliminată;
- Consumatorii de alcool tind să întrunească mai ușor trăsături caracteristice pentru categoriile **“Tulburare de personalitate Obsesiv-compulsivă”, “Tulburare de personalitate Pasiv-agresivă”, “Tulburare de personalitate Depresivă”, “Tulburare de personalitate Paranoidă” si “Tulburare de personalitate Schizoidă”,** în timp ce consumatorii de heroină tind să se încadreze mai ușor în categoriile **“Tulburare de personalitate Evitantă” si “Tulburare de personalitate Schizotipală”**;

Tabel nr.17. Distribuția subiecților în categoriile de personalitate

	Alcool	**Heroina**	**Gen masculin**	**Gen feminin**	**Total**
Personalitate Evitantă	25	35	31	29	60
Personalitate Dependentă	0	0	0	0	0
Personalitate Obsesiv-complusivă	48	25	38	35	73
Personalitate Pasiv agresivă	26	5	17	14	31
Personalitate Depresivă	23	0	9	14	23
Personalitate Paranoidă	44	15	29	30	59
Personalitate Schizotipală	2	25	14	13	27
Personalitate Schizoidă	22	5	12	15	27
Personalitate Histrionica	1	0	1	0	1
Personalitate Narcisistica	48	40	43	45	88
Personalitate Borderline	47	40	43	44	87
Personalitate Antisociala	3	5	4	4	8

Tabel.18. Existența asocierii dintre variabile cu ajutorul testului Hi-pătrat

	Alcool		Heroină	
	Chi-square	P	Chi-square	P
Personalitate Evitantă	0.39	0.53	27.20	0.02
Personalitate Dependentă	0.45	0.49	0.49	0.73
Personalitate Obsesiv-complusivă	20.61	0.03	0.42	0.23
Personalitate Pasiv agresivă	21.41	0.03	0.27	0.94
Personalitate Depresivă	31.48	0.01	0.67	0.78
Personalitate Paranoidă	34.76	0.00	0.04	0.83
Personalitate Schizotipală	0.05	0.82	26.83	0.00
Personalitate Schizoidă	0.45	0.05	1.06	0.44
Personalitate Histrionică	1.01	0.31	1.11	0.31
Personalitate Narcisistică	0.37	0.53	6.06	0.01
Personalitate Borderline	15.9	0.06	9.33	0.03
Personalitate Antisocială	1.40	0.22	0.07	0.87

2.9.Unicitatea cercetării

Stă în faptul că aceloraşi subiecţi le-au fost aplicate toate cele trei teste de personalitate/temperament: -S.C.I.D., E.P.Q. şi Akiskal, astfel că ne interesează să vedem cum relaţionează categoriile obţinute cu ajutorul celor trei instrumente. Cu alte cuvinte, dorim să vedem cum evoluează scorurile obţinute în cele 4 dimensiuni a testului E.P.Q. în funcţie de cele 12 tipuri de personalitate redate de S.C.I.D., astfel că am analizat fiecare scor pentru fiecare tip de personalitate.

Figura nr.21. Distribuţia respondenţilor privind scorul E raportat la SCID II

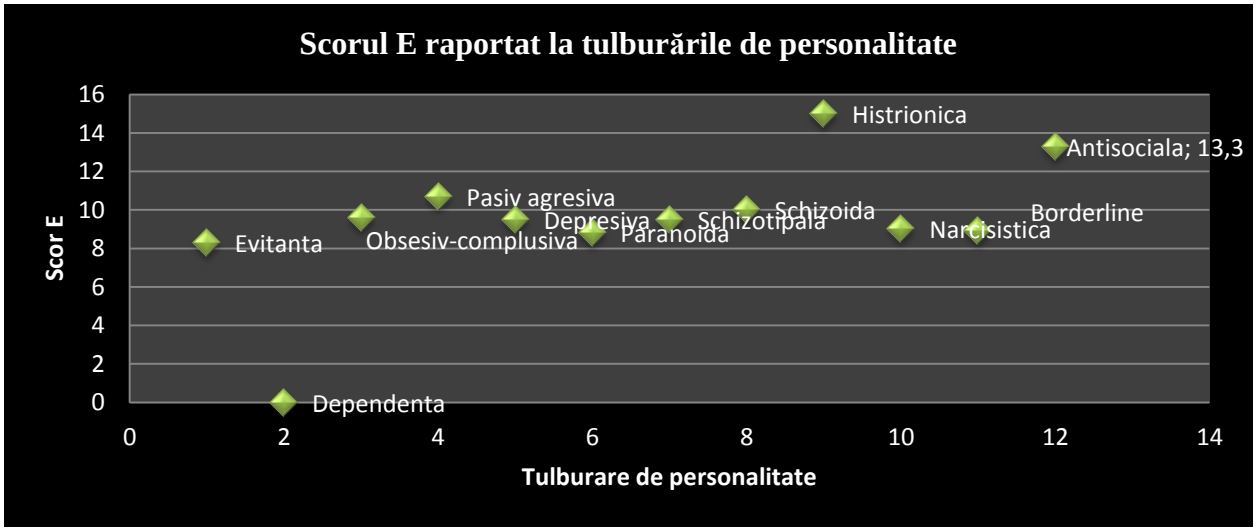


Figura nr.22. Evoluția scorului E în funcție de patternurile SCID

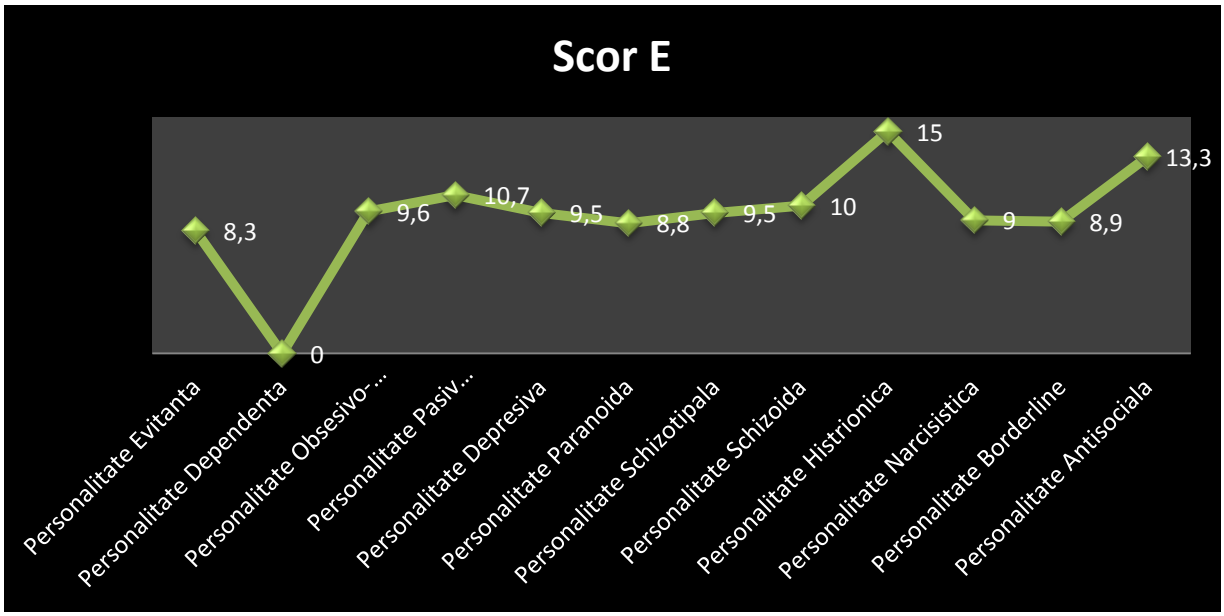


Figura nr.23. Evoluția comparată a scorului E în funcție de patternurile SCID

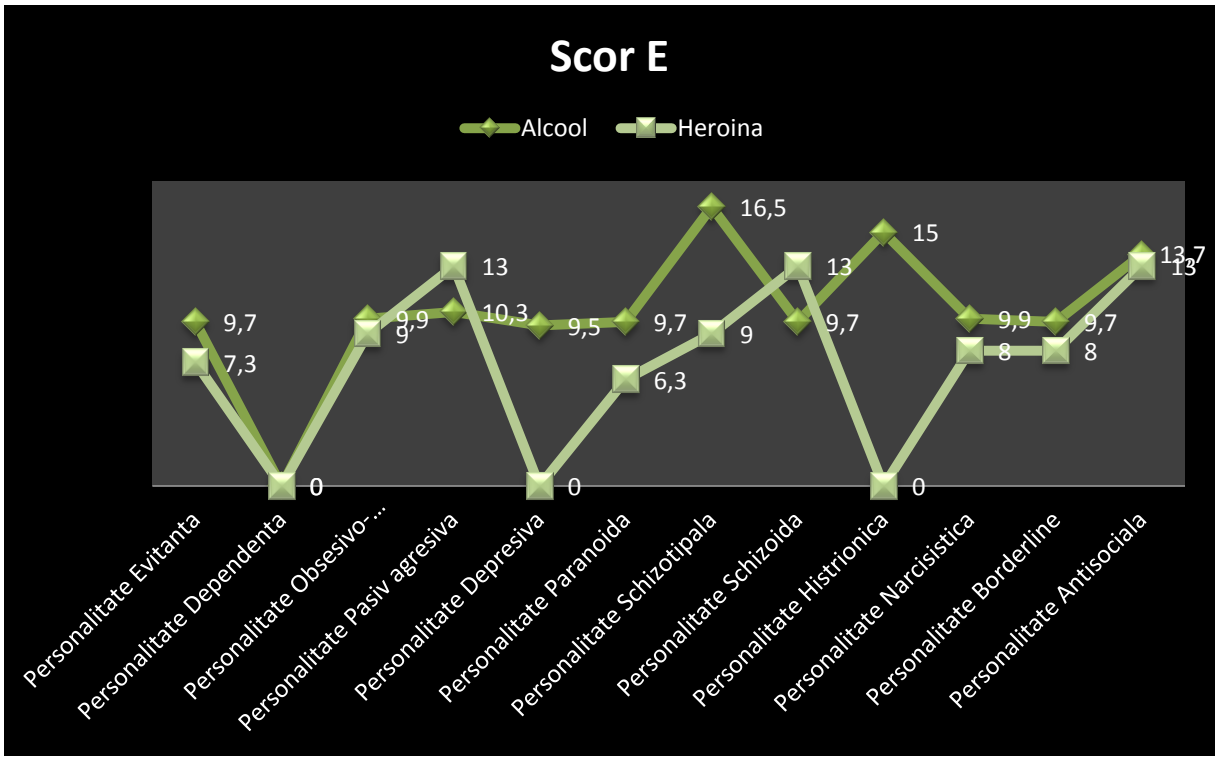


Figura nr.24.Distribuția scorului N raportat la SCID II

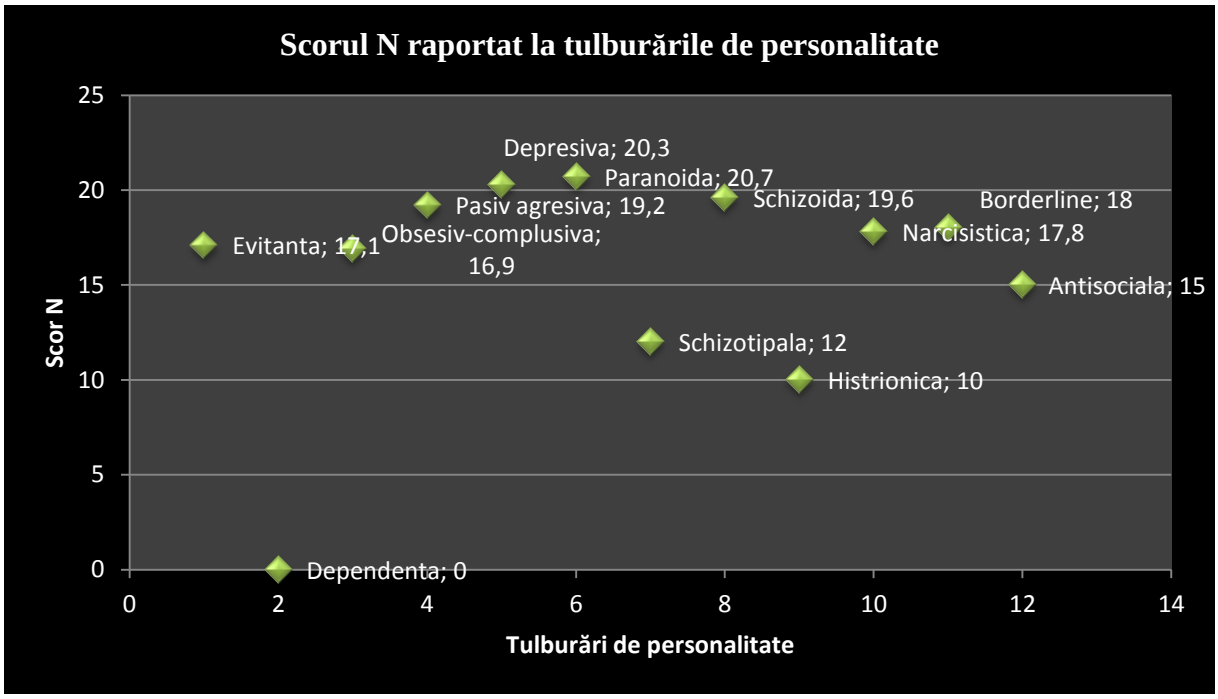


Figura nr.25.Evoluția scorului N raportat la SCID II

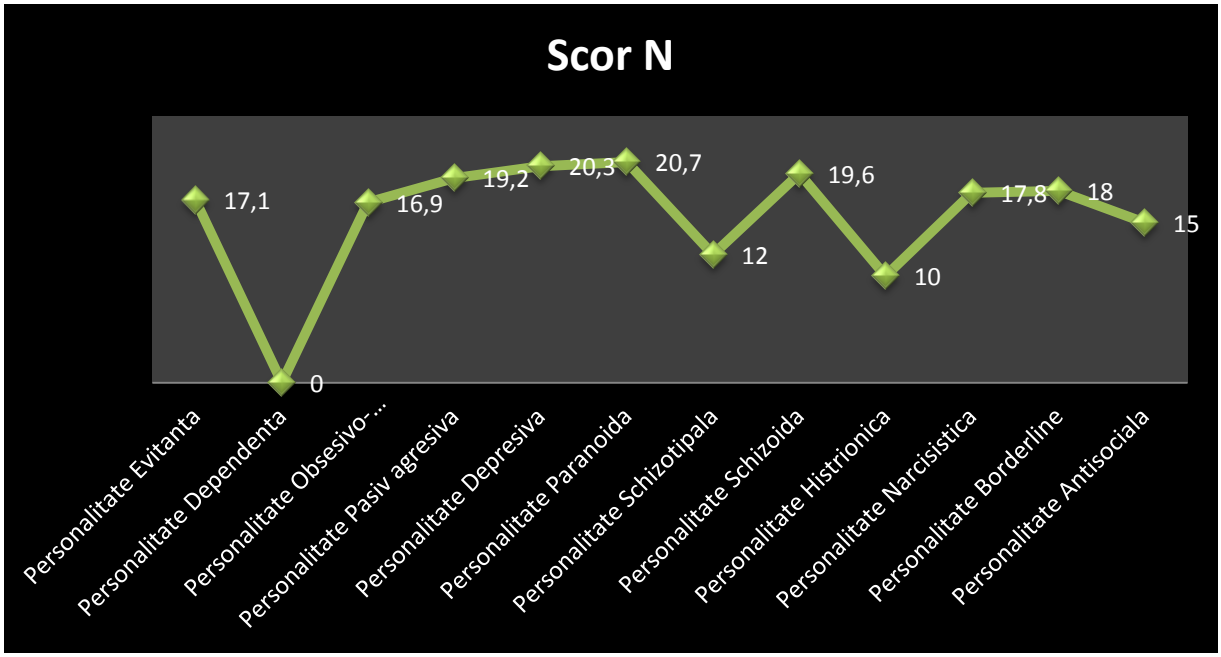


Figura nr.26. Evoluția comparată a scorului N în funcție de patternurile SCID

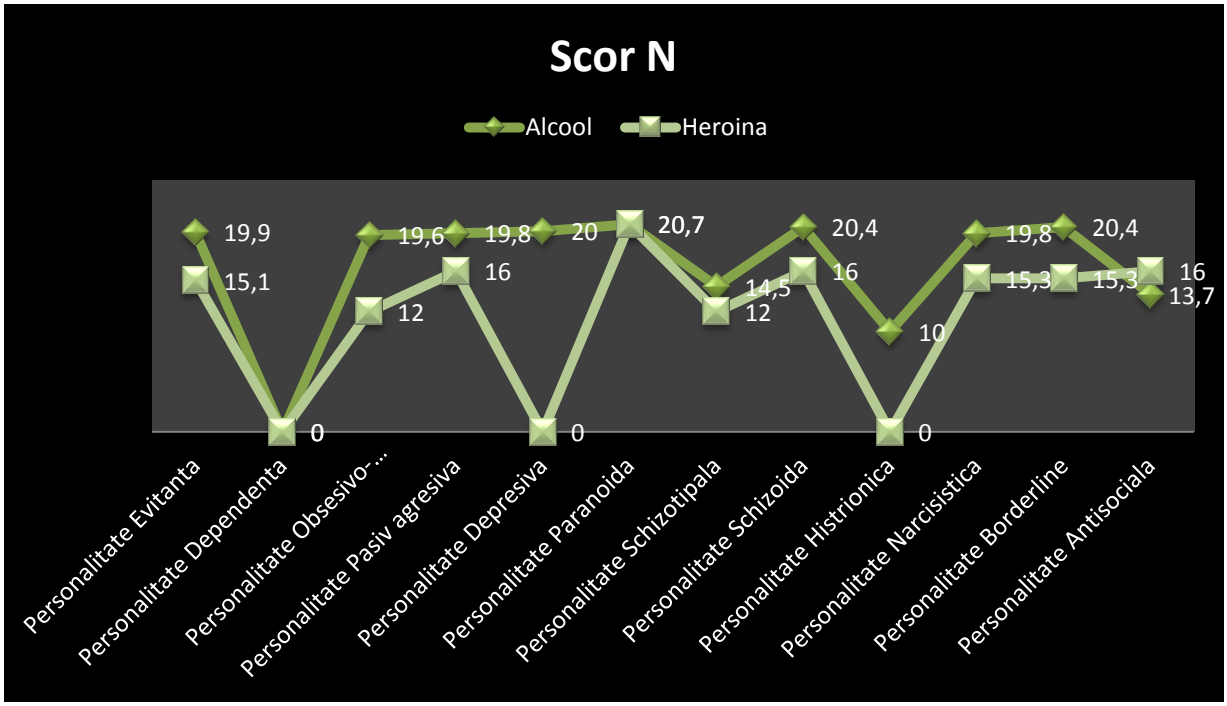


Figura nr.27. Distribuția scorului P în raport cu SCID II

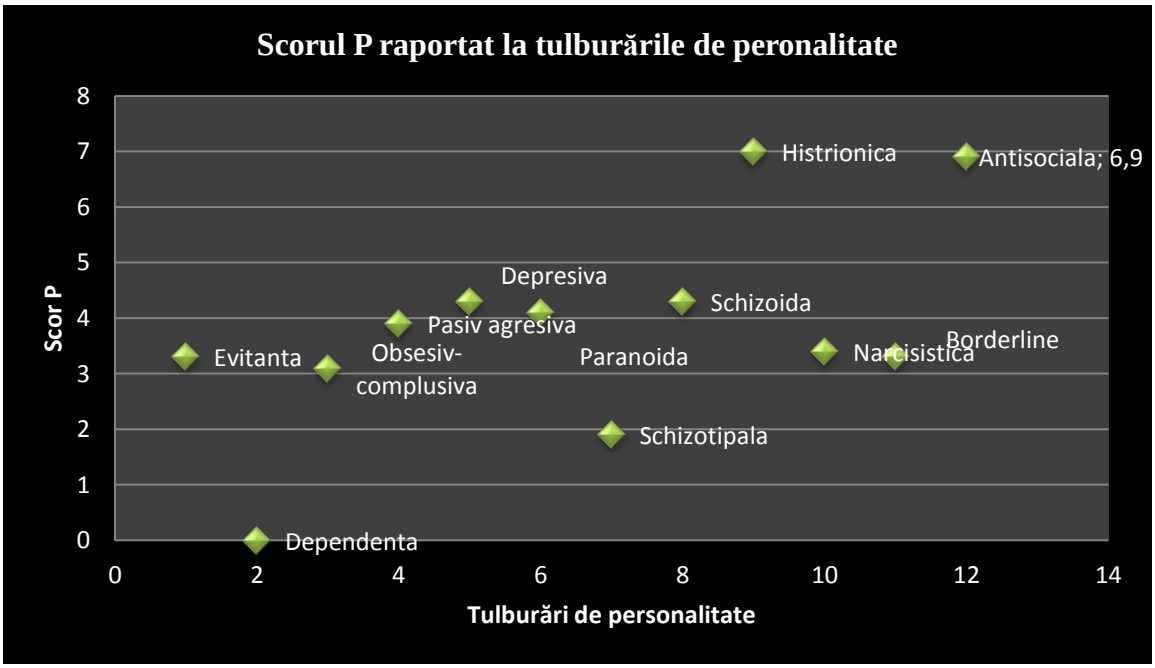


Figura nr.28. Evoluția scorului P în raport cu SCID II

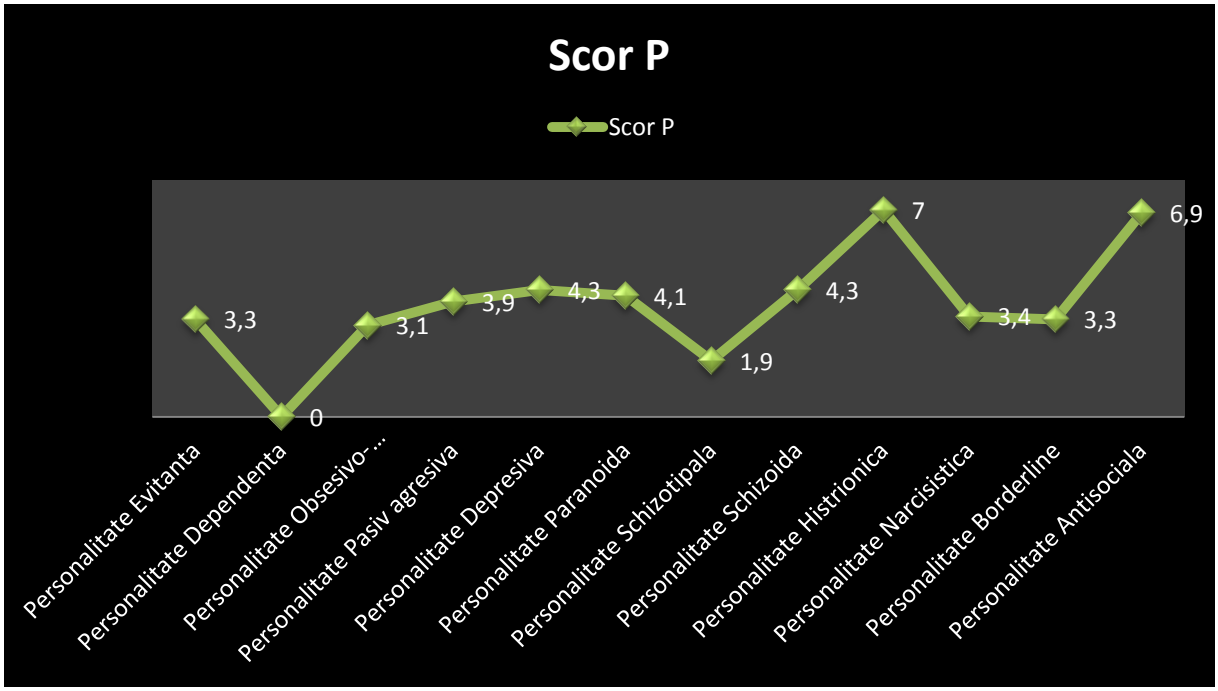


Figura nr.29. Distribuția comparată a scorului P în funcție de patternurile SCID

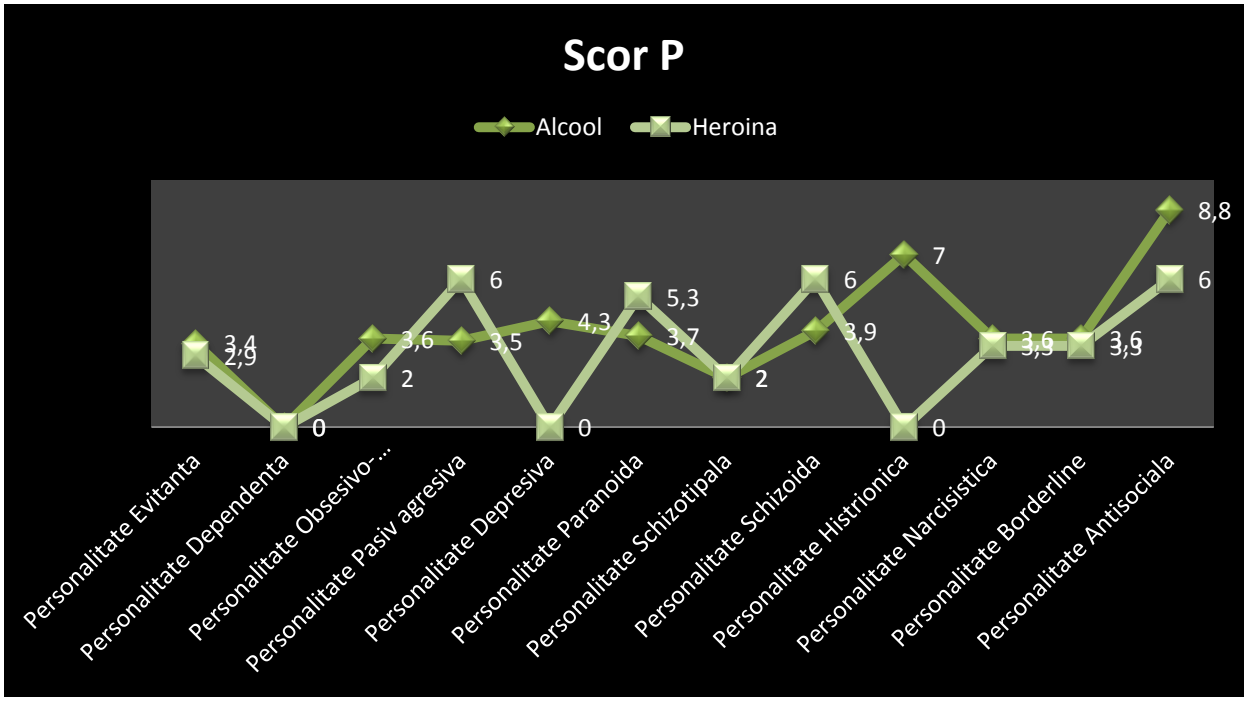


Figura nr.30. Distribuția scorului L în funcție de cele 12 categorii

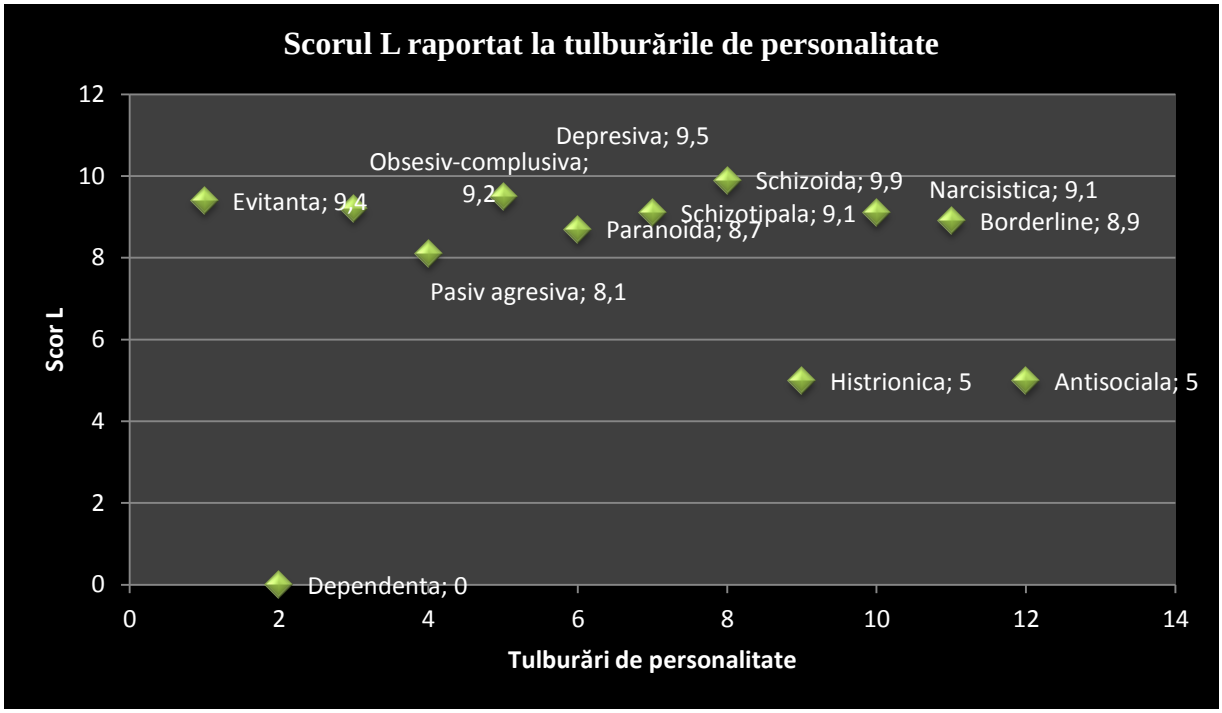


Figura nr.31. Evoluția scorului L în funcție de cele 12 categorii

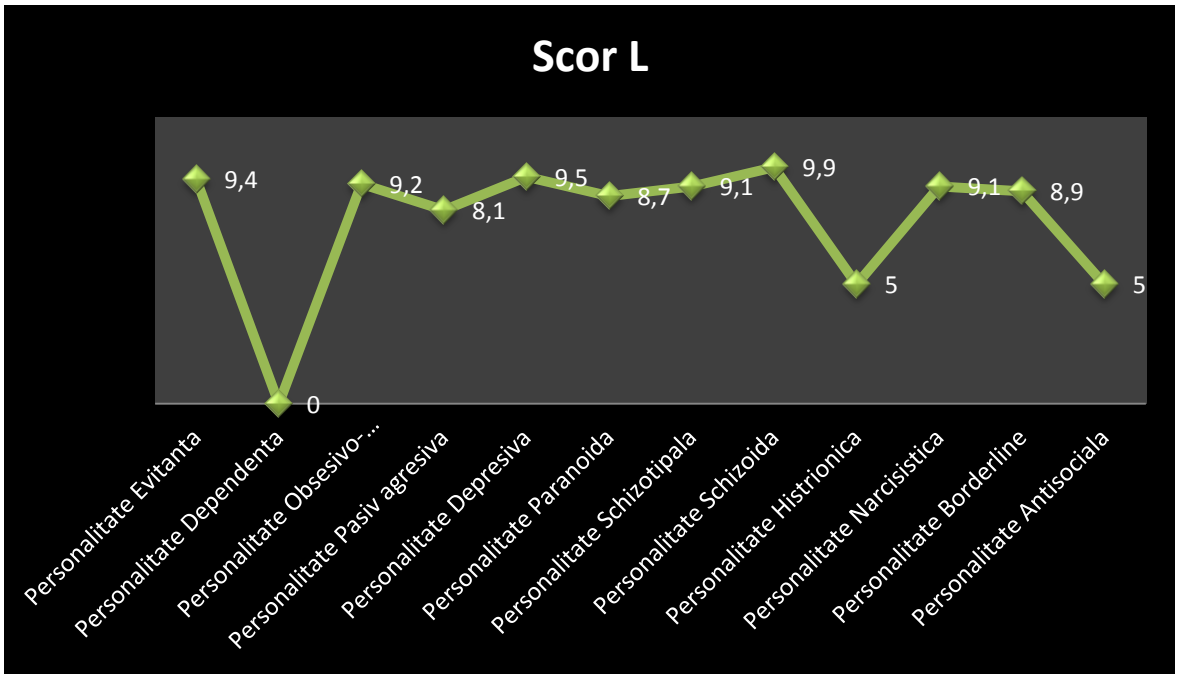
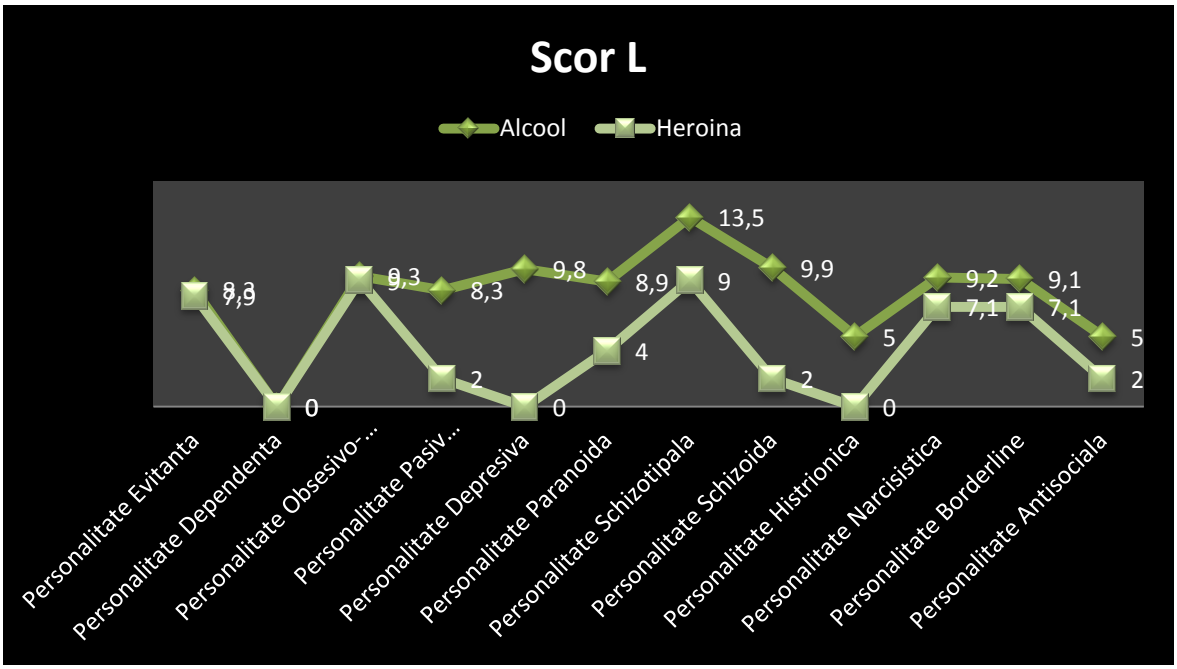


Figura nr.32. Evoluția scorului L în funcție de cele 12 categorii



Rezultatele de mai jos, reprezintă calculele pentru cele 4 scoruri din testul EPQ (E, P, N, L) pentru fiecare tip de temperament și pentru fiecare subcategorie a eșantionului principal, respectiv pentru consumatorii de alcool și consumatorii de heroină.

Temperament Depresiv

Total	Consumat	Consumat	EPQ:E_1	EPQ:E_2	EPQ:E	EPQ:L_1	EPQ:L_2	EPQ:L	EPQ: P_1	EPQ: P_2	EPQ:P	EPQ:N_1	EPQ:N_2	EPN:N
47	22	25	9.55	9	9.25	8.6	9	8.8	2	2.9	2.45	21.2	12	16.3
53	28	25	10.2	6.6	8.4	10	7.8	8.9	4	5.1	4.55	18.2	15.2	16.7

Temperament Hipertim

Total	Consumat	Consumat	EPQ:E_1	EPQ:E_2	EPQ:E	EPQ:L_1	EPQ:L_2	EPQ:L	EPQ: P_1	EPQ: P_2	EPQ:P	EPQ:N_1	EPQ:N_2	EPN:N
63	23	40	10	8.9	9.5	10.4	9.3	9.8	3.9	3.2	3.5	18.9	11.2	15
37	27	10	9.8	3	6.4	8.6	5	6.8	3.3	5	4.2	20.1	23	21.6

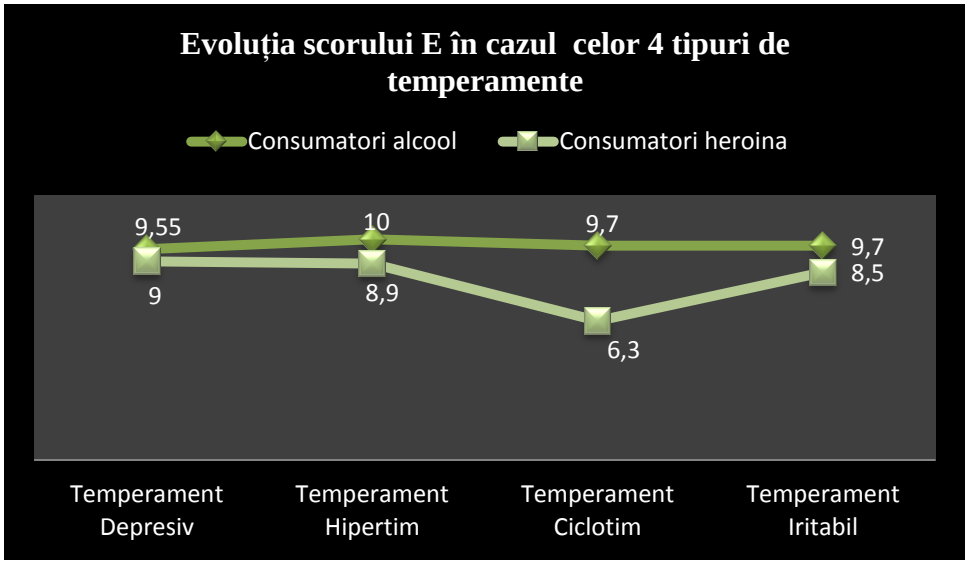
Temperament Ciclotim

Total	Consumat	Consumat	EPQ:E_1	EPQ:E_2	EPQ:E	EPQ:L_1	EPQ:L_2	EPQ:L	EPQ: P_1	EPQ: P_2	EPQ:P	EPQ:N_1	EPQ:N_2	EPN:N
61	46	15	9.7	6.3	8	9.1	4	6.55	3.7	5.3	4.5	20.2	20.6	20.4
39	4	35	12.5	8.4	10.5	12.5	10.3	11.4	1.5	2.8	2.2	11.3	10.5	10.9

Temperament Iritabil

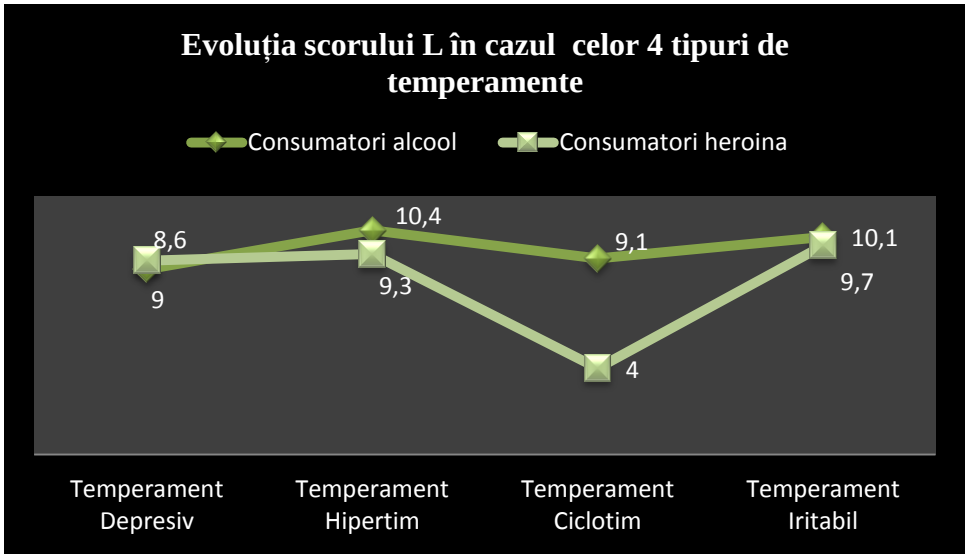
Total	Consumat	Consumat	EPQ:E_1	EPQ:E_2	EPQ:E	EPQ:L_1	EPQ:L_2	EPQ:L	EPQ: P_1	EPQ: P_2	EPQ:P	EPQ:N_1	EPQ:N_2	EPN:N
36	22	14	9.7	8.5	9.1	10.1	9.7	9.9	3.9	5.4	4.65	20.2	10.2	15.2
64	28	36	10	7.5	8.75	8.9	7.9	8.4	3.2	2.9	3.05	19	14.9	16.95

Figura nr.33. Evoluția scorului E în funcție de cele 4 temperamente afective



Se observă ca subiecții consumatori de heroină cu temperament Ciclotim obțin un scor semnificativ mai mic decât subiecții consumatori de alcool.

Figura nr.34. Evoluția scorului L în funcție de cele 4 temperamente afective



În cazul scorului L, diferența majoră este înregistrată în cazul consumatorilor de heroină cu temperament Ciclotim, care obțin doar un scor de 4, în timp ce consumatorii de alcool au obținut un scor de 9.1.

Figura nr.35. Evoluția scorului P în funcție de cele 4 temperamente afective

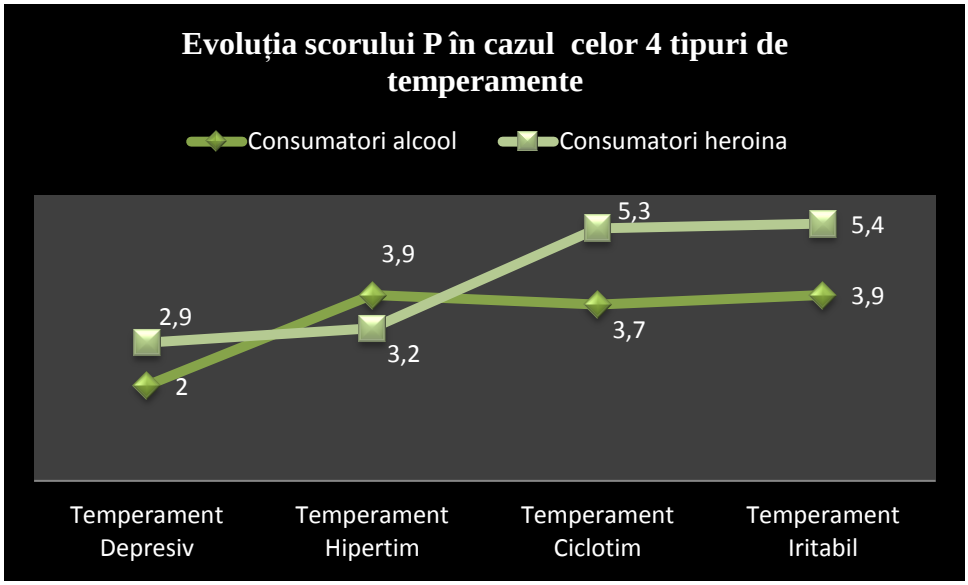
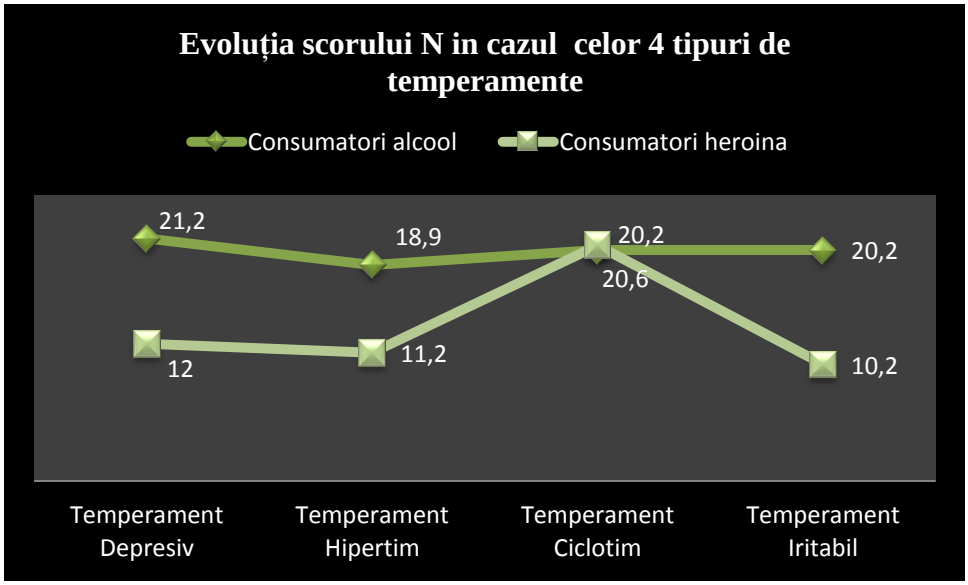


Figura nr.36. Evoluția scorului N în funcție de cele 4 temperamente afective



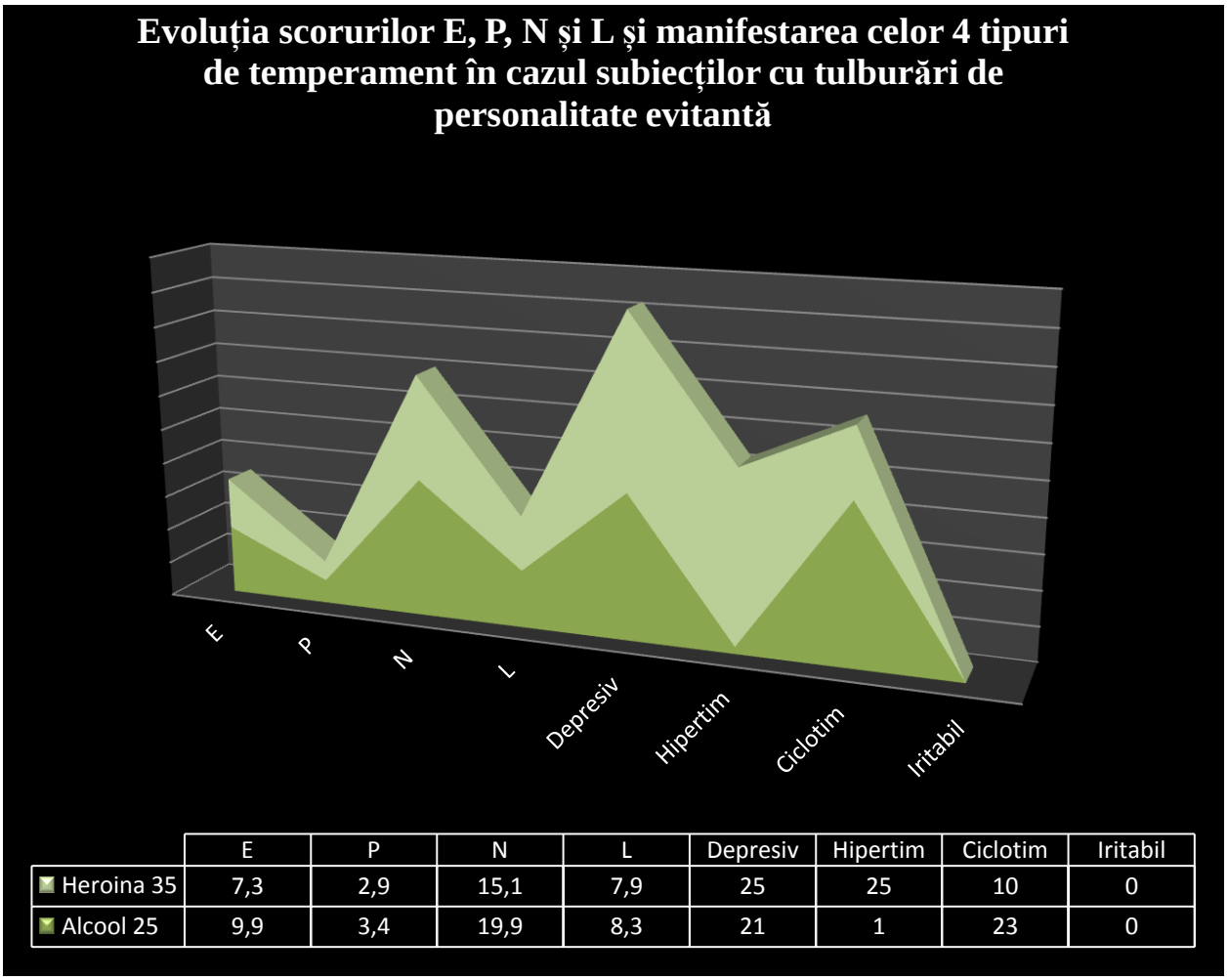
Scorul N fluctuează major în funcție de criteriul 'consum', astfel că subiecții consumatori de alcool obțin scoruri aproape duble față de subiecții consumatori de heroină în 3 din 4 cazuri: cei cu temperament depresiv, hipertim și iritabil. În cazul indivizilor cu temperament ciclotim, observăm că diferența dintre consumatorii de alcool și heroină devine nesemnificativă.

Corelațiile SCID+ EPQ+ Akiskal

Personalitate Evitantă

Personalitate Evitantă									
		E	P	N	L	Depresiv	Hipertim	Ciclotim	Iritabil
Total	60	8.6	3.1	17.5	8.1	46	26	33	0
Alcool	25	9.9	3.4	19.9	8.3	21	1	23	0
Heroină	35	7.3	2.9	15.1	7.9	25	25	10	0

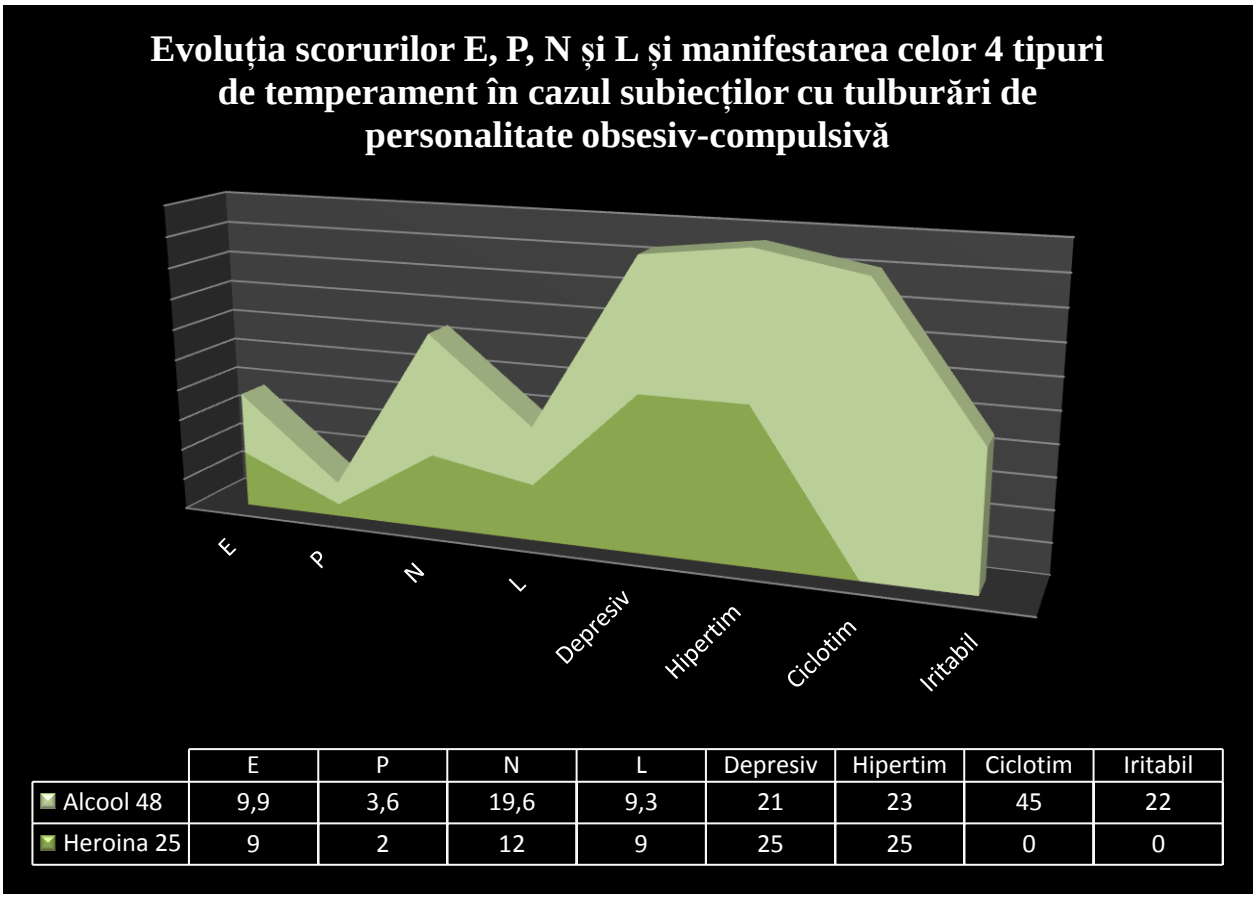
Figura nr.37. Evoluția scorului EPQ și manifestrea celor 4 temperamente afective la subiecții cu linii de tulburare de personalitate evitantă



Personalitate Obsesiv-compulsivă

Personalitate Obsesiv-complusivă									
		E	P	N	L	Depresiv	Hipertim	Ciclotim	Iritabil
Total	73	9.4	2.8	15.8	9.1	46	48	45	22
Alcool	48	9.9	3.6	19.6	9.3	21	23	45	22
Heroină	25	9	2	12	9	25	25	0	0

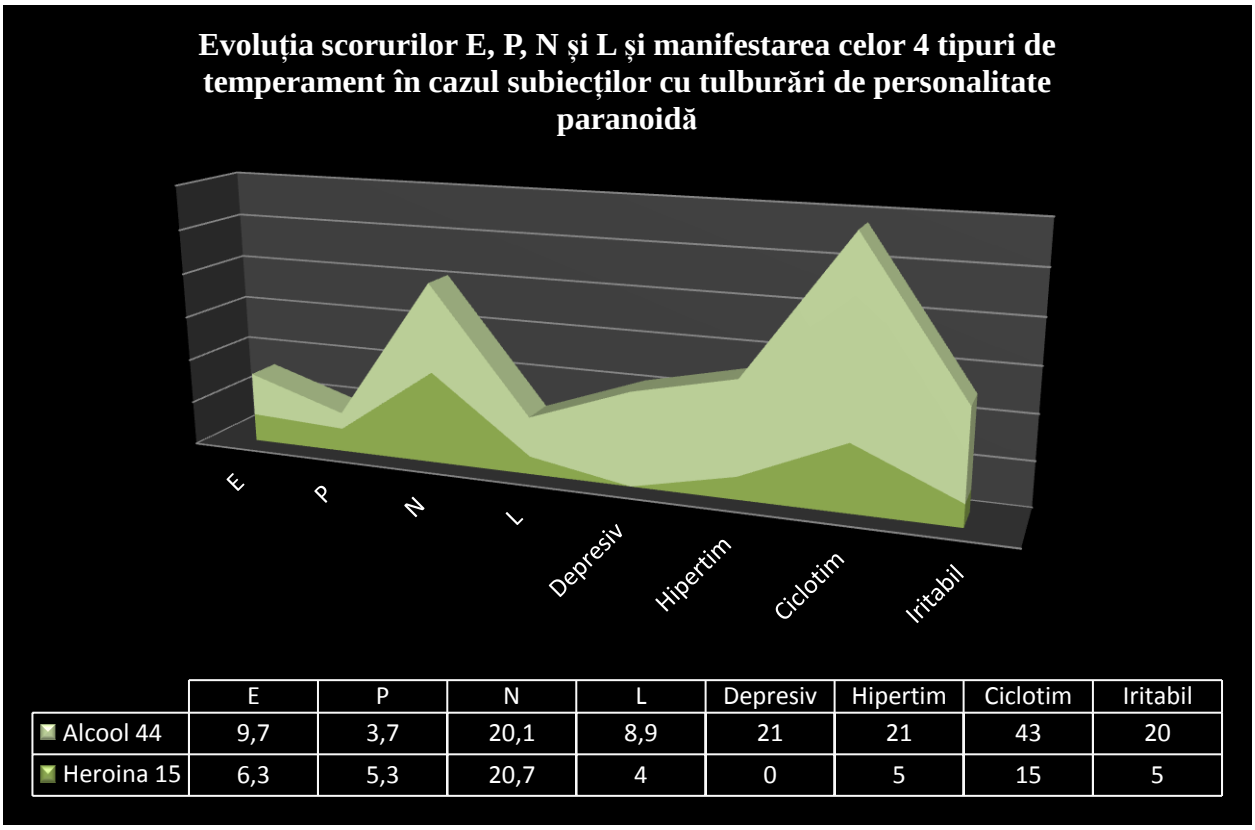
Figura nr.38. Evoluția scorului EPQ și manifestrea celor 4 temperamente afective la subiecții cu linii de tulburare de personalitate obsesiv compulsivă



Personalitate Paranoidă

Personalitate Paranoidă		E	P	N	L	Depresiv	Hipertim	Ciclotim	Iritabil
Total	59	8	4.5	20.4	6.4	21	26	58	25
Alcool	44	9.7	3.7	20.1	8.9	21	21	43	20
Heroină	15	6.3	5.3	20.7	4	0	5	15	5

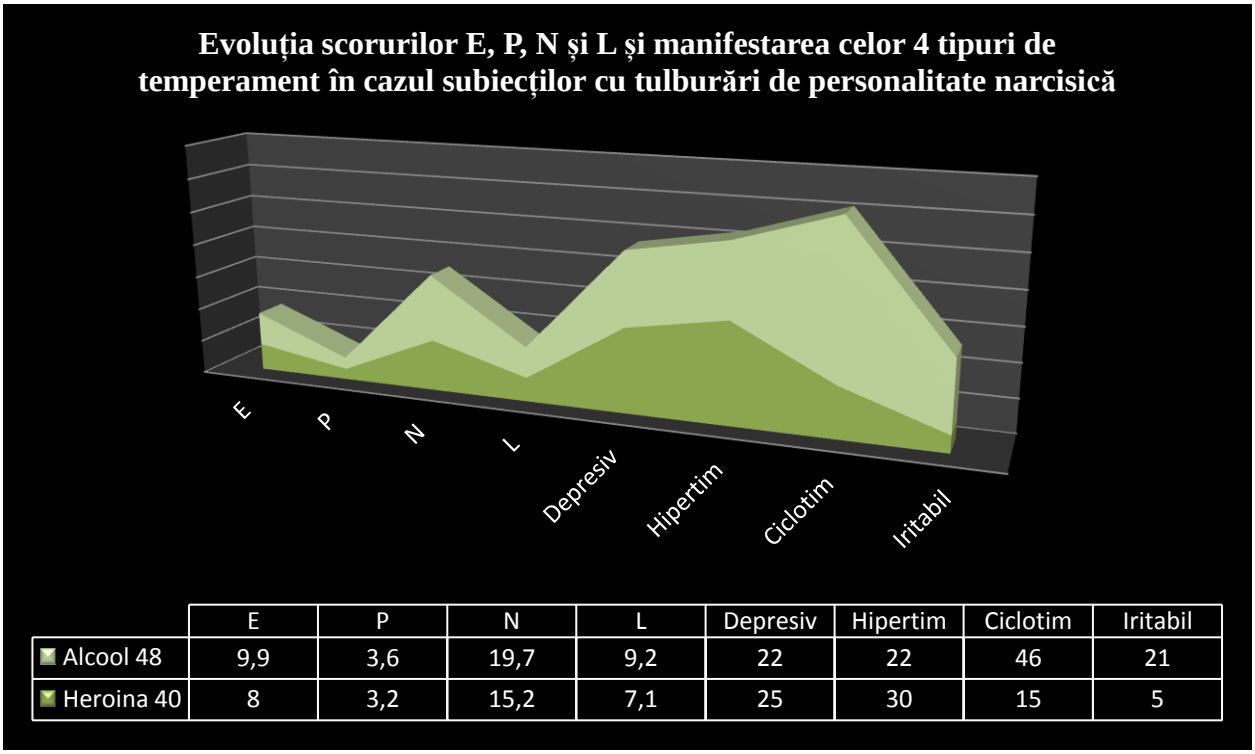
Figura nr.39. Evoluția scorului EPQ și manifestrea celor 4 temperamente afective la subiecții cu linii de tulburare de personalitate paranoidă



Personalitate Narcisică

Personalitate Narcisistica									
		E	P	N	L	Depresiv	Hipertim	Ciclotim	Iritabil
Total	88	8.9	3.4	17.4	8.1	47	52	61	26
Alcool	48	9.9	3.6	19.7	9.2	22	22	46	21
Heroina	40	8	3.2	15.2	7.1	25	30	15	5

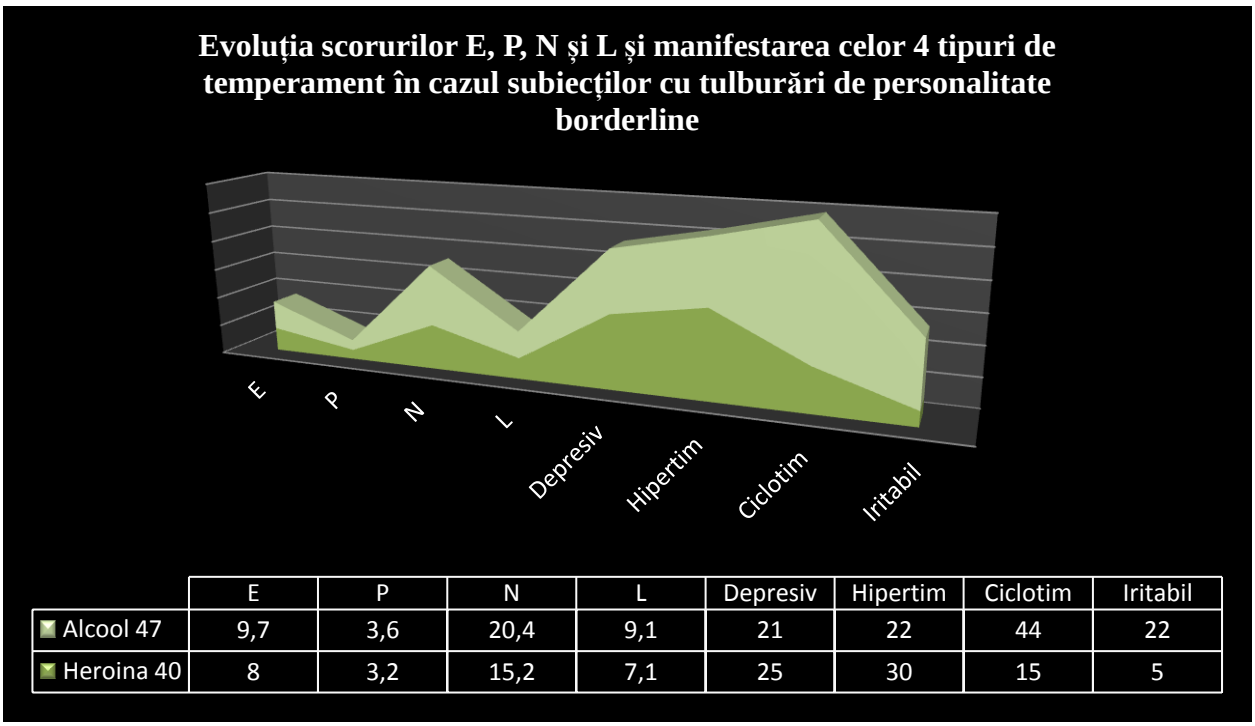
Figura nr.40. Evoluția scorului EPQ și manifestrea celor 4 temperamente afective la subiecții cu linii de tulburare de personalitate narcisică



Personalitate Borderline

Personalitate Borderline									
		E	P	N	L	Depresiv	Hipertim	Ciclotim	Iritabil
Total	87	8.8	3.4	17.8	8.1	46	52	59	27
Alcool	47	9.7	3.6	20.4	9.1	21	22	44	22
Heroina	40	8	3.2	15.2	7.1	25	30	15	5

Figura nr.41. Evoluția scorului EPQ și manifestrea celor 4 temperamente afective la subiecții cu linii de tulburare de personalitate borderline



2.7. PREZENTARE DE CAZ.

Date personale

Numele și prenumele: M.A.

Genul: M

Diagnostic medical:

Axa I –Sindrom de dependență față de alcool, Axa II –Tulburare de personalitate organică

Antecedente personale:

Cunoscut potator dintr-o internare anterioară în secția clinicii psihiatrice, revine în staționarul de zi pentru revizuirea tratamentului și evaluarea stării psihice. Afirmativ în ultima perioadă a simțit impulsul de-a bea, chiar și în momente și contexte în care nu au existat presiuni majore sau situații sociale favorizante.

Evaluare psihologică:

Chestionarul E.P.Q.

Tabel nr.50. Interpretarea cantitativă a scorurilor brute obținute la chestionarul E.P.Q.

Factorii de personalitate E.P.Q.	Scoruri cantitative	Semnificație psihologică
Extroversiune/Introversiune	E=10 pct.	Extrovertit
Psihoticism	P=3 pct.	Fără semnificație
Stabilitate/Instabilitate	N=14 pct.	Puternic instabil
Tendință la disimulare	L=4 pct.	Motivat pentru test, dar cu tendință la disimulare

Interpretarea calitativă

În urma interpretării cantitative putem observa asocierea extraversiei cu comportamentul addicțiv. Pe fondul acestei combinații subiectul are tendinţa de a adopta mai ușor comportamente riscante și scandaloase, un control mai scăzut al reacțiilor emoționale și o toleranță mai scăzută la frustrare, pe care le asociază ca fiind proprii stilului de viață și nici de cum ca pe o problemă psihologică (locus de control external).

Scorul obținut pentru factorul N (stabilitate-instabilitate) este semnificativă în direcția unor trăsături care descriu o personalitate puternic instabilă psiho-emoțional, cu reacții puternice la stimuli minori, cu nevoia de siguranță și confirmare a valorilor personale și dependență față de alte persoane.

Tendința la disimulare și factorul psihoticism nu au înregistrat scoruri mari în cazul subiectului examinat, în schimb au pus în evidență tendința subiectului de a minimaliza recunoașterea cantităților consumate și consecințele consumului.

Interviul clinic structurat SCID II

Interpretarea cantitativă

- nivel prag pentru tulburarea de tip evitant și borderline, cu tendințe la tulburarea de tip depresiv;

Interpretarea calitativă

-pattern pervaziv de inhibiție socială cu sentimente de insuficiență;

-extrem de ezitant în asumarea riscurilor personale;

-petrece mult timp făcându-și griji în legatură cu situații sociale;

-constiință de sine marcată și persistent instabilă**;**

-reactivitate crescută a dispoziției cu instabilitate afectivă;

-dificultate în controlarea starilor coleroase**;**

-ideea de sine centrată pe convingeri de insuficiență, stima de sine scazută**;**

-ruminativ si dispus la aprehensiune;

Chestionarul Akiskal

Interpretarea calitativă

Rezultatele obţinute la chestionarul Akiskal au subliniat trăsăsturi temperamentale iritabile în toate cele 5 segmente descrise, cu note depresive și influențe de hiprtimie, evidenţiat prin modul impresionant în care se manifestă și a stilului combinat între dorinţa de a vorbi pe de-o parte şi nevoia de acţiune pe de altă parte, împletită cu divagarea, care uneori vizează fuga de idei. Subiectul examinat avea simţul datoriei diminuat, era mai superficial, cu o capacitate de empatizare mai redusă, fapt care facilitează abaterile de la etică. Răspunsurile cotate pozitiv în cadrul temperamentului depresiv (segmentul cognitiv, dispoziție) descriu modul în care subiectul este marcat în special de evenimentele triste ale vieţii, cu hipermnezia

evenimentelor negative. Descrie principii etice ferme şi solide (de care în general nu se poate ține) și o seriozitate idealizată (dorință frustrată). Gândirea nu este prea vioaie, şi nici imboldul spre acţiune nu este prea bună, ceea ce contrastează cu stilul său de viață și care cel mai probabil devine adesea un factor de stress.

CAPITOLUL 3. CONCLUZII. CONTRIBUȚIE PERSONALĂ

3.1. Concluzii.

Sinteza rezultatelor cercetării conduce la elaborarea profilelor descriptive, cu rol interpretative-predictiv a celor două subloturi studiate.

1. Consumatorii de alcool şi heroină au ca trăsăsturi comune extroversia, tendinţa la disimulare, instabilitatea psiho-emoțională, (cu o intensitate mai crescută la consumatorii de alcool) și absenţa aproape totală a unor tendințe psihotice.

2 Temperamentul afectiv depresiv, ciclotim sau iritabil apare cu o frecvență mai ridicată la alcoolici.

3. Trăsăsturile temperamental afective hipertimice în segmentul cogniție, se descriu cu o frecvență mai ridicată la consumatorii de heroină.

4. Gradul ridicat de extroversie este direct proporțional cu frecvenţa patternurilor narcisice și invers proporțional cu cele din categoria evitant.

5. Consumatorii de alcool prezintă patternuri caracteristice pentru tulburarea de personalitate de tip obsesiv compulsiv, pasiv agresiv şi borderline.

6. Consumatorii de heroină prezintă patternuri caracteristice pentru tulburarea de personalitate de tip evitant și schizotipal.

3.2. Contribuție personală.

Studiul de față oferă informaţii utile privind trăsăturile de personalitatea și temperament al consumatorilor de heroină și alcool;

Prezintă cunoaşterea temeinică atât a profilului de personalitate cât şi a profilului de temperament al persoanelor cu addicție;

Oferă recomandări de screening prin folosirea unui ghid de interviu dublat de o evaluare psihologică obiectivă, în vederea clarificării tabloului clinic al subiectului examinat;

Mai concret, contribuțiile au constat în:

Elaborarea unei unei grile proprii de evaluare (de tip interviu clinic) a persoanelor cu addicție și care reliefează:

I. Identificarea dimensiunii N și E ca fiind trăsăsturi definitorii în consumul de heroină și alcool.

II. Identificarea patternurilor de personalitate cel mai des întâlnite la persoanele cu addicție;

3.3. Limite ale cercetării şi direcţii viitoare.

Un prim aspect ce trebuie abordat în studiile viitoare este un număr mai mare de subiecți și cu addicții diversificate (nu doar consumatori de alcool și heroniă).

Totodată se impune necesitatea investigării şi a altor variabile psihologice, nu doar cele legate de personalitate și temperament, necesitatea aplicării unor baterii de teste mai ample și nu în ultimul rând compararea loturilor formate din subiecții adicți, cu un lot de control format din subiecți din rândul populației normale.

Este necesar să se realizeze în continuare studii aprofundate capabile să calrifice dacă trăsăturile specifice au existat înainte de consum sau ele sunt consecința consumului.

3.4. Discuții.

Comunitatea științifică a analizat recent existența corelațiilor dintre temperamentele afective și abuzul de alcool, respectiv de droguri. Consultând literatura de specialitate și studiile validate științific, putem coinchide că acestă corelație (temperament afectiv - trăsături de personalitate - abuz de substanțe) este în general acceptată, iar unele dintre acestea pot fi considerate expresii ale consumului de heroină și alcool (Vincent, 2013).

În cadrul tezei am încercat să descopăr și să descriu aceste corelații, în acest sens după studierea teoriei temperamentelor afective elaborată de Akiskal și Mallya, am comparat două grupuri de subiecți cu addicție (heroină vs alcool) cu scopul de a oferi un "profil temperamental la risc" în dezvoltarea comportamentului addictiv. Ceea ce a rezultat din cercetarea personală este rolul central al instabilității psiho-emoționale și a trăsăturilor temperamental afective iritabile la ambele categorii de consumatori, cu trăsături depresive mai accentuate la alcoolici și trăsăsturi hipertimice la heroinomani, ușor contrastant cu ceea ce a descris Vincent într-o cercetare recentă (2013). El a definit temperamentul ciclotimic fiind factorul real de risc pentru dezvoltarea acestor addicții, spunând că trăsăturile iritabile și depresive (care au diferențiat aceste două grupuri de subiecți), pot fi considerate mai degrabă o asociație simplă și nu atât de mult o stare premorbidă.

BIBLIOGRAFIE

1. **A.P.A**. (1995). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids, American Journal of Psychiatry, 152: 1-59.
2. **A.P.A.** (2000). Manual de Diagnostic și Statistica Tulburărilor Mintale DSM-IV-1994, Ed. APLR, București.
3. **A.P.A**.(1996). Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Nicotine Dependance, American Journal Of Psychiatry, 153: 3-59, 1-31.
4. **Akiskal H. et al**. (2012). Borderline, an adjective in search of the name. J. Clin. Psychiatry;
5. **Akiskal H. et al**. (2005). Journal of Affective Disorders;
6. **Akiskal, H.S., Akiskal, K.K., Haykal, R.F., Manning, J.S., Connor, P**. (2005). TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. J. Affect. Disord. 85, 3–16.
7. **Birț M.**, (2001). Prolegomene clinice, Editura Dacia;
8. **Bloink, R., Briegger, P., Akiskal, H., Marneros, A.** (2005). Factorial structure and internal consistency of the German TEMPS-A scale: -validation against the NEO-FFI questionnaire. J. Affect. Disord. 85, 77–83.
9. **Central Administration of Statistics. (**2005). National Study for the Living Conditions of Families for Year 2004.
10. **Cristofani V**. (2012). Psicologia delle tossicodipendenze a cura di Valentina Cristofani;
11. **Dafinoiu, I.** (2002). *Personalitatea. Metode de abordare clinica*. Editura Polirom, Iaşi.
12. **Dalal F.** (2002). *Prendere il gruppo sul serio. Verso una teoria gruppo analitica postfoulkesiana.* Raffaello Cortina Editore, Milano;
13. **David, D.** (2006). *Tratat de psihoterapii cognitive şi comportamentale*. Editura Polirom, Iaşi.
14. **David, D.*** (2006). *Psihologie clinică şi psihoterapie*. Editura Polirom, Iaşi.
15. **De Leon G. et al.** (2000). *Therapeutic communities: Enhancing retention in treatment using "Senior Professor" staff.* Journal of Substance and Abuse Treatment, Vol.19;

16. **E.G. Karam et al**. (2007). Journal of Affective Disorders 98 45–53to measure variations in temperament. J. Affect. Disord. 85, 45–52.
17. **Erfurth A., Gerlach A.L., Hellweg I., Boenigk I., Michael, N.,Akiskal H.S. (**2005). Studies on a German (Munster) version of the temperament auto-questionnaire TEMPS-A: construction and validation of the brief TEMPS-M. J. Affect. Disord. 85, 53–69.
18. **Ferrario G., Campostrini F., Polli C**., (2005). *Psicologia e carcere*. Franco Angeli, Milano;
19. **Flores P.** (2004). *Group Psychotherapy With Addicted Populations: An Integration of Twelve-Step and Psychodynamic Theory.* Haworth Addictions Treatment, New York;
20. **Gregoire, T., Burke, C.** (2004). *The Relationship Of Legal Coercion to Readiness To Change Among Adults With Alcohol & Other Drug Problems*. Journal of Substance Abuse Treatment;
21. **Henry C., Le Moal M., Bourgeois M.** (1994). Susceptibilité Individuelle a la Toxicomanie, Apport des Modeles Animaux, L'Encéphale, XX: 1-6.
22. **Holdevici, I.** (2009). *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*. Editura Trei, Bucureşti.
23. **Iolanda, M.** (coordonator) (2003). *Cursa cu obstacole a dezvoltarii umane - psihologie, psihopatologie si psihoterapie a copilului si familiei*. Editura Polirom, Iaşi.
24. **Kaplan H., Sadock B.J.** (2000). Substance — Related Disorders, Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition, Vol. I, Ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 11: 924-1095.
25. **Kaplan HI, Sadock, GJ, & Grebb JA** (1994). *Kaplan and Sadock's Synopsis Of Psychiatry- Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Williams & Wilkins, London.
26. **Kelsoe, J.R., Gillin, J.C., Smith, T.L**. (2005). TEMPS-A: -validation of a short version of a self-rated instrument designed
27. **lonescu R.** (1998). Toxicomaniile, din Predescu V. — Psihiatrie, Ed. Medicalà, Bucureti, 490-518.
28. **Longshore, D., Teruya, C**. (2006). *Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis.* Drug and Alcohol Dependence;
29. **Lôo H., Zarifian E.** (1972). La Psychipathologie du Toxicbmane, Rev. Prat., Paris, 32: 2453-2457.

30. **Mackenzie R.** (2000). *La conclusione delle terapie di gruppo a tempo limitato* in Costantini A., *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato. Basi teoriche ed efficacia clinica.* McGraw Hill, Milano;
31. **Maremanni I. et al** (2002). Psicopatologia dell' "addiction". Un'ipotesi interpretative, Ann Ist Super Sanità;
32. **McLellan et al.,** (2000). *Drug Dependence, a Chronic Medical Illness Implications for Treatment Insurance and Outcomes Evaluation.* JAMA, 284 (13), p.1719-1720;
33. **Mental Health**: A Report of the Surgeon General la:
34. **Minulescu, M.** (2001). *Introducere în analiza jungiană*. Editura Trei, Bucureşti.
35. **Moore D.J., Atkinson J.H., Akiskal H., Gonzalez R., Wolfson T., Grant I. (**2005). Temperament and risky behaviors: a pathway to HIV? Journal of Affective Disorders 85, 191–200.
36. **Napolitani D.** (2006). *Individualità e gruppalità*. Italian paths of culture Editore, Milano;
37. **Nestler E.J.** (2005). Is there a common molecular pathway for addiction? Nature Neuroscience 8, 1445–1449.
38. **Noda, T., Akiskal, K.K., Akiskal, H.S. (**2005). The proposed structure of temperament and personality in Japan: combing traits from TEMPS-A and MPT. J. Affect. Disord. 85, 93–100.
39. **Oak, J.N., Oldenhof, J., Van Tol, H.H.M. (**2000). The dopamine D receptor: one decade of research. European Journal of Pharmacology 405, 303–327.
40. **Pacini M., Maremmani I., Vitali M., Santini P., Romeo M., Ceccanti M. (**2009). Affective temperaments in alcoholic patients. Alcohol 43, 397–404.
41. **Perez-Rios M., Santiago-Perez M.I., Alsonso B., Malvar A., Hervada X., deLeon, J.** (2009). Fagerstrom Test for Nicotine Dependence vs heavy smoking index in a general population survey. BMC Public Health 9, 493.
42. **Perugi G., Toni C., Travierso M.C., Akiskal H.S.** (2003). The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. Journal of Affective Disorders 73, 87–98.
43. **Pfefferbaum A., Rosenbloom M., Deshmukh A., SulHvan E.** (2001). Sex Differences in the Effects of Alcohol on Brain Structure, Am. J. Psychiatry, 158: 208-212.
44. **PorotA., Porot M.** (1999). Toxicomaniile, Ed. tiintificà, Bucureti.

45. **Reo E.** (2006). *Gruppo psicoterapeutico con adolescenti tossicodipendenti. Lo sguardo tridimensionale nella scena del gruppo*. in Sava V., La Rosa E., (a cura di). *Lo spazio dei limiti*. Franco Angeli, Milano;
46. **Rigliano P.** (2004). Collana di Psicologia clinica e Psicoterapia, Raffaello Cortina,
47. **Rihmer Z., Akiskal K.K., Rihmer A., Akiskal H.S**. (2010). Current research on affective temperaments. Current Opinion in Psychiatry 23, 12–18.
48. **Schbiner H., Tzelepis A., Milberger S., Lockhart N., Kruber M., Kelley J.B., Schoener P.E**. (2000). Prevalence of Attention Deficit/Hyperactivity Disorders and. Conduct Disorders Among Substance Abusers, J. Clin. Psychiatry, 61: 244-251.
49. **Schuckit M.** (2000). Alcohol-Related Disorders, în Kaplan & Sadock's - Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition, Vol. I, Ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 11: 953-971.
50. **Simpson, D. D., Joe, G. W., Fletcher, B. W., Hubbard, R. L., & Anglin, M. D.** (1999*). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence*. Archives of General Psychiatry. *56*, p. 507-514;
51. **Ustica G.R.** (2002). *Il gruppo omogeneo in psicoterapia analitica.* in Di Maria F., Lo Verso G. *Metodi e strumenti.* Raffaello Cortina, Milano;
52. **Vázquez G.H., Tondo L., Mazzarini L., Gonda X**. (2005). Affective temperaments in general population: a review and combined analysis from national studies. Journal of Affective Disorders (Electronic publication ahead of print).
53. **Vincent P.** (2012). Clinical presentations of substance abuse in bipolar heroin addicts at time of treatment entry;
54. **Wills, T.A., Ainette, M.G., Stoolmiller, M., Gibbons, F.X., Shinar, O.** (2008). Good
55. **Wills, T.A., Pokhrel, P., Morehouse, E., Fenster, B.,** (2011). Behavioral and emotional regulation and adolescent substance use problems: a test of moderation effects in a dual-process model. Psychology of Addictive Behaviors 25, 279–292.

1. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17706791
2. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17884175
3. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19201034
4. http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html

Notă: Teza de față preia o serie de texte din citările bibliografice; Copyright-ul pentru aceste texte rămâne la editura la care au fost publicate, în această teză ele fiind utilizate, cu citare, doar în scopul cercetării doctorale.

BIBLIOGRAFIE

Introducere. Expunere motivațională……pg.2

Capitolul 1. Definire și delimitări conceptuale.

1.1.Drogul. Cuvintele cheie în consumul de droguri…….pg.3

1.2.Temperamentele affective. Cuvintele cheie…….pg.4

1.3.Consumul pathologic. Toxicomania…….pg.5

1.4.Tulburările de personalitate și de temperament asociate toxicomaniei……pg.6

Capitolul 2. Cercetarea personală.

2.1.Descrierea studiului……...pg.7

2.2.Obiectivele și ipotezele studiului……..pg.7

2.3.Participanții la studiu……pg.8

2.4.Materiale și metode utilizate……pg.8

2.5.Procedura de lucru……pg.8

2.6.Aparatul statistic……...pg.8

2.7.Prezentare de caz…….pg.38

Capitolul 3.

3.1.Concluzii……...pg.40

3.2.Contribiție personală……...pg.40

3.3.Limitele cercetării și direcții viitoare…….pg.41

3.4.Discuții……..pg.41

Bibliografie…….pg.42