

UNIVERSITATEA DE STAT DIN MOLDOVA
ȘCOALA DOCTORALĂ ȘTIINȚE SOCIALE

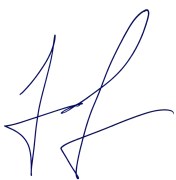
Cu titlu de manuscris
CZU: 159.923:794.9:616.89(043.3)

**PROFILUL PSIHOLOGIC AL JUCĂTORULUI DE NOROC
PATOLOGIC**

Specialitatea 511.01 - Psihologie generală

Teză de doctor în psihologie

Autor:



Florian Viorel MIU

Conducător de doctorat:



Zinaida BOLEA

doctor habilitat în psihologie,
conferențiar universitar

CHIȘINĂU, 2026

© MIU FLORIAN VIOREL

CUPRINS

ADNOTARE (în română, rusă, engleză).....	5
LISTA TABELELOR.....	8
LISTA FIGURILOR.....	9
LISTA ABREVIERILOR.....	10
INTRODUCERE.....	11
1. FUNDAMENTE TEORETICE PRIVIND PROFILUL PSIHOLOGIC AL JUCĂTORULUI DE NOROC PATOLOGIC	
1.1. Clarificări conceptuale și definiții privind jocul de noroc patologic.....	22
1.2. Premise etiologice, factori de risc și indicatori epidemiologici în jocul de noroc patologic.....	27
1.3. Dimensiuni afective, cognitive și comportamentale în personalitatea jucătorului de noroc patologic: sinteze ale studiilor internaționale	31
1.4. Concluzii la capitolul 1.....	46
2. STUDIU EMPIRIC PRIVIND PROFILUL PSIHOLOGIC AL JUCĂTORULUI DE NOROC PATOLOGIC	
2.1. Design-ul demersului constatativ	49
2.2. Prezentarea și interpretarea rezultatelor demersului constatativ al cercetării.....	54
2.3. Concluzii la capitolul 2.....	87
3. PROGRAM DE CONSILIERE PSIHOLOGICĂ DE SORGINTE COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ A JUCĂTORULUI DE NOROC PATOLOGIC	
3.1. Preliminarii teoretice privind intervenția cognitiv-comportamentală în cazul dependenței de jocuri de noroc	89
3.2. Descrierea programului de consiliere psihologică de sorginte cognitiv-comportamentală a jucătorului de noroc patologic.....	93
3.3. Prezentarea și interpretarea rezultatelor programului de intervenție psihologică.....	105
3.4. Clarificări conceptuale și metodologice privind studiul de caz	107
Studiu de caz I.....	113
Studiu de caz II	120
Studiu de caz III.....	126
Concluzii la capitolul 3	137
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	140
BIBLIOGRAFIE	147

ANEXE	158
Anexa 1. Interviu clinic structurat	158
Anexa 2. Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic (South Oaks Gambling Screen – SOGS).....	160
Anexa 3. Indicele de severitate al jocului de noroc patologic	162
Anexa 4. Scala de evaluare a gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc.....	164
Anexa 5. Inventarul situațiilor de risc	166
Anexa 6. Inventarul Beck de Depresie.....	169
Anexa 7. Inventarul Beck de Anxietate	173
Anexa 8. Jurnalul ABC	175
Anexa 9. Jurnal de monitorizare a cravingului.....	176
Anexa 10. Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic (South Oaks Gambling Screen – SOGS, model completat)	177
Anexa 11. Indicele de severitate al jocului de noroc patologic (model completat).....	179
Anexa 12. Scala de evaluare a gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc (model completat).....	180
Anexa 13. Inventarul Beck de Anxietate (model completat)	182
Anexa 14. Inventarul Beck de Depresie (model completat).....	183
Anexa 15. Modele fișe de lucru	187
Anexa 16. Formular de consimțământ informat pentru participarea la cercetarea „Profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic”	193
Anexa 17. Analiza statistică	195
CURRICULUM VITAE	199
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	201

ADNOTARE

Miu Florian Viorel, Profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic, Teză de doctor în psihologie, Chișinău, 2026

Structura tezei: introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, 146 de pagini de text de bază, bibliografie din 207 titluri, 17 anexe, 10 figuri și 19 tabele. Rezultatele obținute sunt publicate în 10 lucrări științifice.

Cuvinte cheie: profil psihologic, joc de noroc patologic, distorsiuni cognitive, dependență, recădere, anxietate, depresie, psihologie cognitiv-comportamentală.

Scopul lucrării: stabilirea profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic, pe dimensiunile cognitivă, afectivă, comportamentală și elaborarea unui program de consiliere psihologică de sorginte cognitiv-comportamentală în vederea reducerii componentelor afectivă, cognitivă și comportamentală disfuncționale în personalitatea jucătorului de noroc patologic.

Obiectivele cercetării: 1) Analiza cadrului teoretic și empiric privind caracteristicile psihologice ale jucătorului de noroc patologic și factorii de risc asociați; 2) stabilirea incidenței și a nivelului tulburărilor afective (depresie, anxietate) în cazul jucătorului de noroc patologic; 3) identificarea și analiza gândurilor iraționale specifice jucătorului de noroc patologic; 4) identificarea și analiza comportamentelor de risc la jucătorul de noroc patologic; 5) evaluarea relației dintre severitatea jocului de noroc patologic și nivelul distorsiunilor cognitive, nivelul tulburărilor afective și comportamentele de risc; 6) elaborarea, implementarea și validarea unui program de consiliere psihologică de sorginte cognitiv-comportamentală în vederea reducerii componentelor afectivă, cognitivă și comportamentală disfuncționale în personalitatea jucătorului de noroc patologic.

Noutatea și originalitatea științifică: lucrarea oferă o perspectivă comprehensivă asupra profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic, precum și un program de intervenție psihologică, de sorginte cognitiv-comportamentală, în vederea asistenței psihologice a persoanelor dependente de jocurile de noroc. Studiul vizează analiza tridimensională a personalității jucătorului de noroc patologic, fiind vizate dimensiunile cognitivă, afectivă, comportamentală. Ca urmare a analizei resorturilor abordării cognitiv-comportamentale din perspectiva specificului personalității jucătorului de noroc patologic, în lucrare este prezentat un program de intervenție, de factură cognitivă-comportamentală, adaptat necesităților acestei categorii de beneficiari.

Semnificația teoretică a lucrării rezidă în analiza specificului profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic, fiind valorificate perspective multidisciplinare din domeniul psihologiei generale, a psihologiei clinice și științelor comportamentale. Sunt analizate dimensiunile fenomenologice, etiologice și taxonomice ale jocului de noroc patologic, evidențiindu-se în același timp complexitatea interacțiunii dintre factorii biologici, cognitivi, emoționali și sociali. Integrarea teoretică realizată în cercetare contribuie la consolidarea cadrului conceptual necesar înțelegerii mecanismelor de menținere și perpetuare a comportamentului adictiv în cazul jucătorului de noroc patologic.

Valoarea aplicativă rezidă în elaborarea, implementarea și validarea unui program de intervenție cognitiv-comportamentală, conceput ca un instrument teoretico-metodologic esențial pentru practica consilierii psihologice și a psihoterapiei. Programul vizează diminuarea componentelor disfuncționale de natură cognitivă, afectivă și comportamentală specifice personalității jucătorului de noroc patologic. Datorită structurii sale modulare, intervenția permite o adaptare flexibilă la particularitățile psihologice și sociale ale respondenților, facilitând individualizarea intervenției psihologice și optimizarea rezultatelor clinice. Rezultatele cercetării contribuie la elaborarea politicilor de prevenție și a strategiilor de asistență psihologică, fiind aplicabile în medii educaționale, în instituții specializate și în practica privată.

Implementarea rezultatelor științifice: rezultatele cercetării au fost prezentate, discutate și validate în cadrul ședințelor Departamentului Psihologie al Universității de Stat din Moldova, a Departamentului Psihologie din cadrul Universității Danubius din Galați, a Centrului pentru tratarea dependentelor PROSALVITA, precum și în cadrul conferințelor științifice de nivel național și internațional, în reviste științifice de specialitate.

ANNOTATION

Miu Florian Viorel, Psychological Profile of the Pathological Gambler, Doctoral Thesis in Psychology, Chişinău, 2026

Thesis structure: introduction, 3 chapters, general conclusions and recommendations, 146 pages of main text, bibliography of 207 titles, 17 appendices, 10 figures, and 19 tables. The results are published in 10 scientific papers.

Keywords: psychological profile, pathological gambling, cognitive distortions, addiction, relapse, anxiety, depression, cognitive-behavioural psychology.

Research aim: to establish the psychological profile of the pathological gambler across cognitive, affective and behavioural dimensions, and to develop a cognitive-behavioural psychological counselling programme aimed at reducing the dysfunctional affective, cognitive and behavioural components in the personality of the pathological gambler.

Research objectives: 1)To analyse the theoretical and empirical framework concerning the characteristics of the pathological gambler and the associated risk factors; 2)To determine the incidence and severity of affective disorders(depression, anxiety) among pathological gamblers; 3)To identify and analyse the irrational thoughts specific to pathological gamblers; 4)to identify and analyse risk behaviours in pathological gamblers; 5)to assess the relationship between the severity of pathological gambling and the level of cognitive distortions and affective disorders and risk behaviours; 6)to develop, implement and validate a cognitive-behavioural psychological counselling programme aimed at reducing the dysfunctional affective, cognitive and behavioural components in the pathological gambler's personality.

Scientific novelty and originality: this paper offers a comprehensive overview of the psychological profile of the pathological gambler, as well as a cognitive-behavioural psychological intervention programme designed to provide psychological support to people addicted to gambling. The study aims to provide a three-dimensional analysis of the personality of the pathological gambler, focusing on the cognitive, affective and behavioural dimensions. Following an analysis of the principles of the cognitive-behavioural approach from the perspective of the specific personality traits of the pathological gambler, the paper presents a cognitive-behavioural intervention programme adapted to the needs of this group of beneficiaries.

The theoretical significance of this study lies in its analysis of the specific characteristics of the psychological profile of the pathological gambler, drawing on multidisciplinary perspectives from the fields of general psychology, clinical psychology and behavioural sciences. The phenomenological, aetiological and taxonomic dimensions of pathological gambling are analysed, whilst highlighting the complexity of the interaction between biological, cognitive, emotional and social factors. The theoretical integration achieved in this research contributes to strengthening the conceptual framework necessary for understanding the mechanisms that maintain and perpetuate addictive behaviour in pathological gamblers.

Applicable value consists in the development, implementation and validation of a cognitive-behavioural intervention programme, designed as an essential theoretical and methodological tool for the practice of psychological counselling and psychotherapy. The programme aims to reduce the dysfunctional cognitive, affective and behavioural components specific to the personality of the pathological gambler. Thanks to its modular structure, the intervention allows for flexible adaptation to the psychological and social characteristics of the participants, facilitating the individualisation of the psychological intervention and the optimisation of clinical outcomes. Furthermore, the research findings contribute to the development of prevention policies and psychological support strategies, and are applicable in educational settings (schools, sixth-form colleges, universities), in specialist institutions and in private practice.

Implementation of scientific results: The research findings were presented, discussed and validated at meetings of the Department of Psychology at the Moldovan State University, at the Department of Psychology at Danubius University in Galaţi, at the PROSALVITA Addictions Treatment Center, as well as at national and international scientific conferences and in specialist scientific journals.

АННОТАЦИЯ

Миу Флориан Виорел, Психологический профиль патологического игрока, Диссертация на соискание учёной степени доктора психологии, Кишинев, 2026

Структура диссертации: введение, 3 главы, общие выводы и рекомендации, 146 страниц основного текста, библиография из 207 названий, 16 приложений, 10 рисунков и 19 таблиц.

Ключевые слова: психологический профиль, патологическая зависимость от азартных игр, когнитивные искажения, зависимость, рецидив, тревога, депрессия, когнитивно-поведенческая психология.

Цель работы: определение психологического профиля игрока с патологической зависимостью от азартных игр по когнитивному, аффективному и поведенческому аспектам и разработка программы психологического консультирования на основе когнитивно-поведенческого подхода с целью уменьшения дисфункциональных аффективных, когнитивных и поведенческих компонентов в личности игрока с патологической зависимостью от азартных игр.

Цели исследования: 1) Анализ теоретических и эмпирических данных, касающихся психологических характеристик игрока с патологической зависимостью от азартных игр и связанных с ней факторов риска; 2) определение распространенности и степени выраженности аффективных расстройств (депрессии, тревоги) у игроков с патологической зависимостью от азартных игр; 3) выявление и анализ иррациональных мыслей, характерных для лиц с патологической зависимостью от азартных игр; 4) выявление и анализ рискованных форм поведения у лиц с патологической зависимостью от азартных игр; 5) оценка взаимосвязи между степенью выраженности патологической зависимости от азартных игр и уровнем когнитивных искажений, уровнем аффективных расстройств и рискованными формами поведения; 6) разработка, внедрение и валидация программы психологического консультирования когнитивно-поведенческого направления с целью уменьшения дисфункциональных аффективных, когнитивных и поведенческих компонентов в личности игрока с патологической зависимостью от азартных игр.

Научная новизна и оригинальность: в работе представлен комплексный анализ психологического профиля лица с патологической зависимостью от азартных игр, а также предложена программа психологического вмешательства когнитивно-поведенческого характера, направленная на оказание психологической помощи лицам, страдающим зависимостью от азартных игр. Исследование направлено на объемный анализ личности патологического игрока с учетом когнитивного, аффективного и поведенческого измерений. По результатам анализа основ когнитивно-поведенческого подхода с точки зрения специфики личности патологического игрока в работе представлена программа психологической помощи когнитивно-поведенческого характера, адаптированная к потребностям данной категории бенефициаров.

Теоретическая значимость данной работы заключается в анализе особенностей психологического профиля патологического игрока с использованием междисциплинарных подходов из области общей психологии, клинической психологии и поведенческих наук. Проанализированы феноменологические, этиологические и таксономические аспекты патологической игровой зависимости, при этом подчеркнута сложность взаимодействия биологических, когнитивных, эмоциональных и социальных факторов. Теоретическая целостность исследования способствует укреплению концептуальной основы, необходимой для понимания механизмов поддержания и закрепления зависимого поведения у игрока с патологической зависимостью от азартных игр.

Практическая значимость заключается в разработке, внедрении и валидации программы когнитивно-поведенческого вмешательства, разработанной как важный теоретико-методологический инструмент психологического консультирования и психотерапии. Программа направлена на снижение дисфункциональных когнитивных, аффективных и поведенческих компонентов, специфичных для личности патологического игрока. Благодаря модульной структуре вмешательство допускает гибкую адаптацию к психологическим и социальным особенностям респондентов, способствуя индивидуализации терапевтического процесса и оптимизации клинических результатов. Результаты исследования вносят вклад в разработку профилактических политик и стратегий психологической помощи и могут применяться в образовательной среде, специализированных учреждениях и частной психологической практике.

Внедрение научных результатов: результаты исследования были представлены и обсуждены в ходе заседаний кафедры психологии Молдавского Государственного Университета, кафедры психологии Университета «Данубиус» в Галаце, Центра лечения зависимостей PROSALVITA, в рамках научных конференций национального и международного уровня и в специализированных научных журналах.

LISTA TABELELOR

Tabelul 1.1. Criteriile de diagnostic pentru jocul de noroc patologic, conform DSM-V și ICD-11	25
Tabelul 2.1. Caracteristicile eșantionului în funcție de mediul de proveniență	50
Tabelul 2.2. Caracteristicile eșantionului în funcție de genul respondenților	50
Tabelul 2.3. Caracteristicile eșantionului în funcție de nivelul de studii	50
Tabelul 2.4. Corelația între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și nivelul de anxietate	62
Tabelul 2.5. Corelația între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și nivelul de depresie	63
Tabelul 2.6. Corelația între indicele de severitate al jocului de noroc patologic și situațiile de risc	66
Tabelul 2.7. Corelația între gradul de severitate al jocului de noroc patologic și nivelul gândurilor iraționale.....	77
Tabelul 3.1. Balanța decizională (după Prochaska și DiClemente, 1983)	95
Tabelul 3.2. Monitorizarea impulsului de a practica jocuri de noroc	98
Tabelul 3.3. Statistici pentru eșantioane pereche – Scala de evaluare a gândurilor iraționale....	105
Tabelul 3.4. Test pentru eșantioane pereche – Scala de evaluare a gândurilor iraționale.....	105
Tabelul 3.5. Diferențe statistice la variabila Situații de risc, pre-și posttestare.....	105
Tabelul 3.6. Test pentru eșantioane pereche – Indicele Situațiilor de risc.....	106
Tabelul 3.7. Diferențe statistice la variabila Depresie pre-și posttestare	105
Tabelul 3.8. Test pentru eșantioane pereche – Inventarul de Depresie Beck.....	106
Tabelul 3.9. Diferențe statistice la variabila Anxietate pre- și posttestare.....	107
Tabel 3.10. Test pentru eșantioane pereche – Inventarul de Anxietate Beck	107
Tabel.3.11. Factori psihologici cu impact asupra procesului de consiliere a jucătorului de noroc patologic	130

LISTA FIGURILOR

Fig. 2.1. Distribuția lotului în funcție de rezultatul la „Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic - South Oaks Gambling Screen” (SOGS)	54
Fig. 2.2. . Distribuția lotului în funcție de rezultatul la „Indexului de severitate a jocului de noroc patologic”	55
Fig. 2.3. Distribuția rezultatelor la ”Scala de evaluare a gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc” în cadrul lotului de studiu	56
Fig. 2.4. Distribuția rezultatelor în cadrul lotului de studiu în urma aplicării „Inventarului Situațiilor de Risc” – evidențiere comparativă pentru subscalele testului	58
Fig. 2.5. Evidențierea categoriilor rezultate în lotul de studiu în urma aplicării „Inventarului Beck de Anxietate”	60
Fig. 2.6. Evidențierea categoriilor rezultate în lotul de studiu în urma aplicării „Inventarului de Depresie Beck”	61
Fig. 2.7. Reprezentarea schematică a profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic în lotul studiat	86
Fig. 3.1. Rezultatele pre- și posttestare pentru cazul I	120
Fig. 3.2. Rezultatele pre- și posttestare pentru cazul II	126
Fig. 3.3. Rezultatele pre- și posttestare pentru cazul III	133

LISTA ABREVIERILOR

DSM – Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale
ICD – Clasificarea Statistică Internațională a Bolilor și a Problemelor de Sănătate Înrudite
SOGS – Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic – South Oaks Gambling Screen
PGSI – Indicele de severitate a jocului de noroc patologic – Problem Gambling Severity Index
GRCS – Scala de evaluare a gândurilor iraționale
IGS – Inventarul situațiilor de risc – IGS
BDI - II – Inventarul de Depresie Beck – ediția a doua BAI – Inventarul Beck de Anxietate
GIJS1 – scor inițial Scala de evaluare a gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc
GIJS2 – scor post-intervenție Scala de evaluare a gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc
ISR1 – scor inițial Indicele situațiilor de risc
ISR2 – scor post-intervenție Indicele situațiilor de risc Beck1 – scor inițial Inventarul Beck
Beck2 – scor post-intervenție Inventarul Beck
CBT – terapie cognitiv-comportamentală

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța temei abordate

Abordarea jocului de noroc patologic constituie o prioritate pentru specialiștii din domeniile care vizează calitatea vieții și, în special, pentru profesioniștii din sfera sănătății mintale, în contextul dezvoltării continue a acestui fenomen. Clasificat ca o adicție comportamentală și o tulburare de control al impulsurilor, acesta implică mecanisme etiopatogenice multidimensionale, ce integrează variabile biologice, neurofuncționale, psihologice și sociomedicale [34; 88]. În același timp, factorii de risc asociați jocului de noroc patologic adoptă configurații specifice în raport cu contextul social și economic, calitatea vieții și particularitățile psihice individuale. În acest sens, literatura de specialitate subliniază rolul vulnerabilităților personale (impulsivitatea, căutarea de senzații, deficiențele în reglarea emoțională), incidența comorbidităților psihiatrice (tulburări afective, tulburări de personalitate), precum și influența factorilor sociali și economici, cum ar fi sărăcia, presiunea socială sau expunerea timpurie la activități de joc [70].

În contextul României, examinarea profilului psihologic al persoanelor dependente de jocuri de noroc are o importanță deosebită, în contextul dezvoltării vertiginoase a industriei jocurilor de noroc, a accesibilității platformelor virtuale și a transformărilor socio-economice recente. Cercetarea noastră pornește de la premisa că investigarea trăsăturilor cognitive, afective și comportamentale ale persoanelor afectate de adicția de jocuri de noroc poate facilita identificarea factorilor de vulnerabilitate specifici și elaborarea unor strategii de prevenție și asistență psihologică riguroase. Astfel, cercetarea se constituie ca un demers științific necesar comunității, cu valențe teoretice și aplicative și în baza cărora vor fi fundamentate politici de sănătate mintală eficiente și intervenții psihologice adaptate particularităților socio-culturale autohtone.

Din perspectivă psihologică, adicția de jocuri de noroc prezintă o configurație patogenă complexă, care determină diminuarea calității vieții atât pentru individul afectat, cât și pentru mediul familial. Analiza literaturii de specialitate relevă că jucătorii de noroc patologic manifestă un spectru larg de tulburări afective și comportamente disfuncționale – de la tentative de suicid și abuz de substanțe, până la cheltuieli compulsive și comportamente sexuale compulsive. Totodată, este atestată o incidență crescută a angajării excesive în jocuri de noroc în rândul populației cu diagnostic psihiatric [177].

Actualmente, este cunoscut faptul că fenomenul jocurilor de noroc implică dimensiuni extrem de complexe de natură socio-economică, psihologică, legislativă și tehnologică [84; 125]. În acest sens, este important a menționa că odată cu legalizarea jocurilor de noroc în mai multe state – proces corelat și cu o expunere publicitară tot mai insistentă – se observă o tendință de

normalizare socială a conduitei de joc, aceasta fiind promovată drept o activitate de consum curentă sau o formă de divertisment. În această ordine de idei, Schüll (2012) menționează că dezvoltarea continuă și accesibilitatea jocurilor de noroc au facilitat transformarea acestora într-un fenomen răspândit și acceptat, modelat de factori culturali, economici și sociali [176]. De asemenea, Cosgrave (2022) sugerează că nu trebuie neglijat impactul unor procese sociale puse în mișcare de instituții care urmăresc obținerea de beneficii financiare de pe urma jocului de noroc, autorul făcând referință la întreprinderile interesate de profit (operatorii de jocuri de noroc), dar și la statele interesate de generarea de impozite și de resurse financiare, cu riscul neglijării sănătății psihono-emoționale a populației [65].

Totodată, gradul ridicat de permisivitate în reglementarea publicității jocurilor de noroc facilitează expunerea precoce a populației la acest fenomen, corelând pozitiv cu creșterea dependenței. O serie de cercetări recente (printre care menționăm Newall, 2017; Deans et al., 2017; Pitt et al., 2016) subliniază impactul nociv al marketingului agresiv – manifestat prin publicitate stradală, reclame TV, implicarea vedetelor în promovarea jocurilor – asupra normalizării sociale a comportamentului de joc de la vârste tot mai mici. În acest sens, nu este de neglijat dezvoltarea pariurilor sportive și a loteriilor, care devin tot mai atractive pentru populație [54; 68; 149; 163].

În același timp, evoluția tehnologică a influențat și industria jocurilor de noroc, exercitând o influență directă asupra dinamicii și prevalenței adicției. Cea mai recentă și mai provocatoare adaptare tehnologică prin care jocurile de noroc au cunoscut o expansiune marcată, se referă la introducerea în circuit a tehnologiilor specifice aparatelor electronice de joc (de exemplu, *Slotomania*) sau a recompenselor randomizate achiziționabile (cunoscute sub numele de *loot box-uri*) în jocurile video [51]. În acest context, este important a menționa că *loot box-*urile au devenit din ce în ce mai răspândite în ultimul deceniu, fiind disponibile în majoritatea jocurilor video pe diverse platforme și devenind tot mai elaborate [72; 181; 200]. Astfel, autori precum Brooks și al. (2019), Li și al. (2019) estimează că 44-78% dintre jucători au cumpărat aceste tipuri de cutii [51; 120]. Acestea fiind specificate, constatăm că domeniul jocurilor de noroc este într-o dinamică continuă, solicitând un răspuns adaptat atât din partea autorităților (prin politici legislative, educaționale, de prevenție și sănătate publică), cât și din partea comunităților academice și a instituțiilor profesionale de profil, prin revizuirea reperelor teoretice și a programelor de intervenție psihologică în conformitate cu tendințele din domeniu.

Referitor la industria jocurilor de noroc din România, cadrul normativ este administrat de către *Oficiul Național pentru Jocuri de Noroc* (ONJN), instituție cu atribuții executive în licențierea, monitorizarea și controlul întregului domeniu al jocurilor de noroc [148]. Din perspectivă legislativă, conform *Ordonanței de Urgență nr. 77/2009*, jocurile de noroc sunt

definite drept produse care întrunesc următoarele elemente constitutive: perceperea unei taxe de participare, caracterul aleatoriu al rezultatului, existența unor câștiguri bănești și oferirea publică a activității de joc de către un organizator autorizat [21; 74].

În 2025, cadrul legislativ privind sectorul jocurilor de noroc din România a suferit modificări importante prin *Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare*, act normativ care a revizuit regimul juridic existent, inclusiv cu referire la jocurile de noroc. Noile reglementări instituie un cadru de supraveghere riguros, axat pe optimizarea mecanismelor procedurale și pe combaterea infracționalității specifice mediului online. Obiectivele centrale ale acestei reforme vizează consolidarea transparenței operaționale și intensificarea controlului asupra fluxurilor financiare, astfel fiind intensificat controlul statului asupra jocurilor de noroc [9].

O altă intervenție normativă relevantă este reprezentată de *Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 82/2023*, care instituie obligația ca operatorii de jocuri de noroc – inclusiv cei care desfășoară activități la distanță/online – să fie localizați în România. De asemenea, ordonanța introduce măsuri suplimentare cu impact economic și de conformare precum limitarea publicității *outdoor* pentru jocurile de noroc sau instituirea unei taxe speciale destinată finanțării programelor privind jocul responsabil social [21].

Din perspectiva asistenței psihologice, principala resursă la nivel național este reprezentată de Programul „*Joc Responsabil*”, acesta fiind singurul proiect din România care oferă servicii specializate gratuite pentru persoanele ce prezintă simptome de joc de noroc patologic. Programul cuprinde următoarele componente:

- *Asistență telefonică (TEL-VERDE)*: implementarea unei linii gratuite (0800.800.099) dedicate facilitării programărilor pentru sesiuni de evaluare și consiliere psihologică în rețeaua națională de cabinete de asistență psihologică.
- *Intervenție psihologică multidimensională*: oferirea a cinci ședințe gratuite de psihoterapie, desfășurate fie în format fizic în centrele regionale (București, Cluj-Napoca, Iași, Craiova, Constanța), fie prin intermediul platformelor online de consiliere pentru beneficiarii din alte localități din România.
- *Monitorizare și screening*: facilitarea accesului la instrumente de autoevaluare online prin intermediul platformei programului, care permite utilizatorilor o identificare precoce a riscului de adicție, prin intermediul unui chestionar gratuit de evaluare, disponibil online www.jocresponsabil.ro [8].

În același timp, în ultimele două decenii, se constată o creștere a accesibilității jocurilor de noroc, România înregistrând în prezent peste 10.000 cazinouri, săli de jocuri și agenții de pariuri, frecventate de aproximativ 1,5 milioane de utilizatori. Acest fenomen a fost amplificat în 2015

prin legalizarea jocurilor de noroc online. Un sondaj de opinie realizat de *Insomar* în 2000 indica că 63% din populație accesase concursuri cu premii sau jocuri de noroc, iar 23% dintre non-utilizatori își manifestau intenția de participare. Astfel, în urma expunerii crescute a populației, atât la diversitatea de tipuri de jocuri de noroc, cât și la multitudinea de locații în care se poate juca, în ultimele două decenii tot mai multe persoane dezvoltă comportamente deviate în urma jocului de noroc [26].

În acest context, se relevă necesitatea unei cercetări aprofundate a fenomenului jocului de noroc patologic în România, cu un accent deosebit pe valențele sale patologice și dezvoltarea unui program de intervenție psihologică în vederea asistenței profesionale a jucătorilor de noroc patologic.

Încadrarea temei de cercetare în preocupările internaționale, naționale, zonale, ale colectivului de cercetare și în context inter- și transdisciplinar, prezentarea rezultatelor cercetărilor anterioare

Problematica jocului de noroc patologic constituie o arie de interes major pentru psihologie și psihopatologie, fapt ce a determinat mai multe cercetări la nivel internațional. Această preocupare științifică este justificată de dezvoltarea fenomenului atât în mediul fizic, cât și în cel online, fiind înregistrată o rată de creștere anuală prognoată de 10,1%. [77].

Inițial, preocupările științifice internaționale s-au axat pe delimitarea nosologică a jocului de noroc patologic. Astfel, ca urmare a elaborărilor teoretice și empirice, jocul de noroc patologic a fost reîncadrat în DSM-5 (2013) în categoria tulburărilor adictive și legate de consumul de substanțe, fiind definită ca o adicție comportamentală (fără substanță), în timp ce în ICD-11 aceasta figurează în clasa tulburărilor de control al impulsurilor [33; 34; 35; 88]. Din perspectiva comorbidităților, literatura de specialitate evidențiază o prevalență ridicată a simptomatologiei depresive și anxioase în rândul jucătorilor patologici, aceștia prezentând distorsiuni cognitive severe și modele comportamentale dezadaptative, cu caracter persistent și recurent [69; 97; 131; 196].

Pe lângă clarificarea conceptuală și nosologică, cercetările psihologice realizate în diverse medii academice s-au focalizat pe analiza caracterului adictiv al acestui comportament, investigând complexitatea factorilor etiologici, precum și factorii de risc și de protecție. Astfel, studiile europene evidențiază un profil socio-economic asociat riscului de dezvoltare a jocului de noroc patologic. În acest sens, s-a stabilit că acest tip de comportament prezintă o prevalență semnificativ mai ridicată în rândul populației masculine, al persoanelor singure sau divorțate și al tinerilor. De asemenea, sunt menționați factori precum nivelul scăzut de instruire academică, apartenența la grupuri minoritare sau statutul de imigrant, sărăcia, absența unui loc de muncă stabil [100; 102].

În ceea ce privește dimensiunile personalității, mai multe studii (Myrseth și colab., 2009; Blaszczynski & Nower, 2002; Ramos-Grille și colab., 2013) evidențiază o corelație semnificativă între dependența de jocuri de noroc și un nivel ridicat de nevrotism. Această asocieră include predispoziția către impulsivitate și vulnerabilitate emoțională, ambele variabile fiind identificate drept indicatori de risc majori pentru recădere [146, 48, 169, 144]. Totodată, cercetările relevă o asocieră cu un nivel scăzut de conștiinciozitate, trăsătură considerată un predictor important pentru abandonul terapeutic în rândul jucătorilor de noroc [58, 169].

Referitor la provocările ce vin din mediul virtual, un studiu amplu desfășurat în 2014, în Australia, indică faptul că rata jocului patologic este de trei ori mai mare în rândul jucătorilor online (numiți și jucători interactivi), comparativ cu cei care preferă mediul fizic de joc [84]. Alte cercetări recente, precum cele realizate de Lind și colab. (2022), evidențiază o creștere a implicării femeilor și a tinerilor în jocurile de noroc online și mixte (online și fizic), comparativ cu jocul de noroc fizic. Studiul subliniază că mediul online determină un comportament de joc mai intens și mai adictiv, acest fapt fiind favorizat de disponibilitatea crescută, protecția anonimatului, accesul ușor la jocuri și viteza ridicată a procedurii de joc [122].

Totodată, cercetările epidemiologice realizate de Petry și colab. (2005) evidențiază rolul tulburărilor afective în etiologia și menținerea jocului de noroc patologic. Datele indică o incidență ridicată a vulnerabilității emoționale, manifestate în mod special prin simptomatologie depresivă și anxioasă [157; 160]. Cu referire la specificul funcționării cognitive, atestăm un consens științific privind rolul central al distorsiunilor cognitive, în mod special subliniindu-se dificultatea jucătorilor de a aplica principiul independenței evenimentelor atunci când este implicat un stimulent financiar [60; 103].

În contextul acestei retrospective asupra studiilor în domeniu, este relevant de precizat faptul că România se regăsește printre cele 21 de state europene care nu au desfășurat, până în prezent, un studiu epidemiologic național dedicat jocului de noroc patologic [24]. Cu toate acestea, în ultima perioadă se observă o creștere a activității de cercetare în acest domeniu la nivel local. Studiile coordonate de Rizeanu (2013), Ciobotaru și Clinciu (2022) au atestat o serie de simptome și trăsături specifice, printre care se numără stările depresive [24], impulsivitatea ridicată, utilizarea unor mecanisme de apărare imature și un nivel redus al conștiinciozității [58].

În ceea ce privește prevalența jocurilor de noroc în România, au fost identificate studii care au evaluat fenomenul în rândul tinerilor și adolescenților la nivel regional [11, 12, 13]. Aceste cercetări abordează subiecte precum eficiența monitorizării pieței, respectarea cadrului legislativ, impactul proiectelor educaționale.

Cu referire la profilul psihosocial al jucătorilor de noroc patologic, studiile semnate de

Lupu și Todirița (2013), Lupu și Lupu (2018), propun o diferențiere a tinerilor afectați de jocul de noroc patologic: 1) tineri care utilizează jocul de noroc ca mecanism de coping în contextual unor circumstanțe familiale și sociale dificile; 2) tineri proveniți din medii înstărite, dar care cresc într-un context familial marcat de neglijare parentală și pentru care jocul reprezintă o modalitate de a atrage atenția sau de a-și organiza timpul liber [11; 12; 13].

În pofida restricțiilor legale privind accesul minorilor, implicarea copiilor și adolescenților în jocurile de noroc înregistrează tendințe îngrijorătoare. Cea mai recentă cercetare sociologică din România, realizată de *Salvați Copiii* (2023) relevă faptul că, deși doar 14% dintre copii recunosc participarea la jocuri de noroc, impactul social pare a fi mai mare, întrucât 40% dintre copiii chestionați invocă prezența prietenilor implicați în astfel de activități [1; 44].

În Republica Moldova, nu au fost realizate studii ample referitoare la fenomenul jocului de noroc patologic și la profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic. Literatura de specialitate dedicată acestei problematici însumează articole semnate de Deliv, Coșciug și Sinița (2010), Rizeanu și Mitiloagă (2021), Tatomir (2023), Miu (2019; 2020; 2021; 2022; 2025) [6, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 27, 28, 145]. Studiile menționate subliniază rolul distorsiunilor cognitive, al proceselor decizionale disfuncționale, al factorilor de risc și al mecanismelor neurobiologice în apariția și menținerea jocului de noroc patologic. De asemenea, sunt abordate tipurile de atașament ca factor relevant în înțelegerea vulnerabilității față de dependența de jocuri de noroc, aspectele depresive și anxioase în personalitatea jucătorului de noroc patologic, precum și specificul intervenției psihologice în cazul acestei problematici.

Din punct de vedere juridic, Republica Moldova reglementează domeniul jocurilor de noroc prin Legea nr. 291/2016 privind organizarea și desfășurarea jocurilor de noroc, care stabilește condițiile de autorizare, licențiere, supraveghere și sancționare a activităților de joc de noroc. Legislația instituie un control strict al statului, inclusiv prin regimul monopolului de stat asupra unor forme de joc, și prevede măsuri de protecție a minorilor și a persoanelor vulnerabile, accesul fiind permis, în majoritatea cazurilor, doar persoanelor care au împlinit vârsta de 21 de ani.

Analizând aceste evidențe științifice și legislative, constatăm că situația jocurilor de noroc în Republica Moldova reflectă necesitatea integrării reglementării juridice cu strategiile de prevenție, evaluare clinică și intervenție psihoterapeutică, precum și extinderea spațiului de cercetare pe această tematică. În acest context, considerăm că cercetarea noastră va contribui la dezvoltarea proiectelor științifice și de consiliere psihologică în Republica Moldova.

Având în vedere cele expuse, considerăm că **problema de cercetare** a demersului nostru rezidă în contradicția dintre incidența în creștere în România a persoanelor afectate de jocul de noroc patologic și carența cercetărilor care să clarifice profilul psihologic al acestora. Această

insuficiență de cercetări și de date limitează cadrul științific necesar elaborării și implementării unor programe de asistență psihologică adaptate beneficiarilor din această categorie.

Scopul lucrării constă în stabilirea profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic pe dimensiunile cognitivă, afectivă și comportamentală, precum și în elaborarea, implementarea și validarea unui program de consiliere psihologică de sorginte cognitiv-comportamentală în vederea reducerii componentelor afectivă, cognitivă și comportamentală disfuncționale în personalitatea jucătorului de noroc patologic.

Obiectivele specifice ale cercetării sunt următoarele:

1. Analiza cadrului teoretic și empiric privind caracteristicile psihologice ale jucătorului de noroc patologic și factorii de risc asociați acestei patologii.
2. Stabilirea incidenței și a nivelului tulburărilor afective (depresie, anxietate) în cazul jucătorului de noroc patologic.
3. Identificarea și analiza gândurilor iraționale specifice jucătorului de noroc patologic.
4. Identificarea și analiza comportamentelor de risc la jucătorul de noroc patologic.
5. Evaluarea relației dintre severitatea jocului de noroc patologic și intensitatea distorsiunilor cognitive, nivelul tulburărilor afective și comportamentele de risc.
6. Elaborarea, implementarea și validarea unui program de consiliere psihologică de sorginte cognitiv-comportamentală în vederea reducerii componentelor afectivă, cognitivă și comportamentală disfuncționale în personalitatea jucătorului de noroc patologic.

Ipotezele cercetării:

- jucătorii de noroc patologic prezintă un nivel ridicat al gândurilor iraționale asociate comportamentului de joc, o incidență crescută a simptomatologiei depresive și anxioase, precum și o prevalență marcată a comportamentelor de risc;
- presupunem existența unei corelații pozitive semnificative între severitatea jocului de noroc patologic și intensitatea gândurilor iraționale, nivelul depresiei, nivelul anxietății și frecvența comportamentelor de risc;
- implementarea unui program de consiliere psihologică de sorginte cognitiv-comportamentală va determina diminuarea semnificativă a componentelor psihologice disfuncționale (gânduri iraționale, depresie, anxietate, comportamente de risc) și reducerea gradului de severitate a jocului de noroc patologic.

Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare alese

În cadrul cercetării doctorale, am desfășurat un studiu analitic, transversal, prin care am evaluat trăsăturile profilului psihologic specific jucătorului de noroc patologic. Documentarea teoretică a presupus revizuirea și sinteza literaturii de specialitate relevante pentru problematica

investigată.

Culegerea datelor s-a realizat prin tehnici de testare psihologică și prin interviu clinic structurat. Selecția participanților în programul de cercetare a fost precedată de o examinare preliminară de screening, fiind utilizat *Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic – South Oaks Gambling Screen (SOGS)*, care a permis delimitarea respondenților cu dependență de jocuri de noroc.

Cercetarea empirică a fost structurată în trei etape principale:

1. Evaluarea clinică inițială a tuturor subiecților eligibili, prin aplicarea unor instrumente specifice de testare, în vederea identificării caracteristicilor afective, cognitive și comportamentale individuale.
2. Elaborarea programului de consiliere psihologică, de sorginte cognitiv-comportamentală, pornind de la rezultatele analizei literaturii de specialitate și rezultatele testării respondenților în cadrul experimentului constatativ.
3. Implementarea și validarea programului de consiliere psihologică, prin evaluarea pre- și posttestare a respondenților incluși în programul formativ.

Metodele teoretice utilizate în cercetare cuprind: analiza și sinteza literaturii științifice din domeniu cu privire la problema cercetării, sinteza teoretică, metoda generalizării teoretice, metoda descriptivă, metoda comparativă, metoda ipotetico-deductivă de interpretare a rezultatelor obținute.

Metodele empirice utilizate în cadrul cercetării cuprind următoarele instrumente de evaluare:

- *Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic – South Oaks Gambling Screen (SOGS)*, (Lesieur și Blume, 1987, adaptat Rizeanu, 2013);
- *Indicele de severitate a jocului de noroc patologic – Problem Gambling Severity Index (PGSI)* (Ferris și Wynne, 2001, adaptat Rizeanu, 2013);
- *Scala de evaluare a gândurilor iraționale – Gambling Related Cognitions Scale (GRCS)*, (Raylu și Oei, 2004, adaptat Rizeanu, 2013);
- *Inventarul situațiilor de risc – Inventory of Gambling Situations (IGS)* (elaborat Centrul de Adicții și Sănătate Mintală (CAMH), adaptat Rizeanu, 2013);
- *Inventarul de Depresie Beck – ediția a doua (BDI-II)* (Beck, 1988, adaptat David și Dobrea, 2012);
- *Inventarul Beck de Anxietate (Beck Anxiety Inventory – BAI)* (Beck, 1993, adaptat Radu Vraști, 2018).

Noutatea și originalitatea științifică a lucrării rezidă în oferirea unei perspective

complexe asupra profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic, precum și în elaborarea, implementarea și validarea unui program de intervenție de factură cognitiv-comportamentală, în vederea asistenței psihologice a persoanelor dependente de jocurile de noroc. Cercetarea se distinge prin analiza tridimensională a personalității beneficiarilor, vizând componentele cognitivă, afectivă și comportamentală. Totodată, lucrarea fundamentează și prezintă un program de asistență psihologică adaptat riguros necesităților și specificului persoanelor dependente de jocuri de noroc, valorificând mecanismele abordării cognitiv-comportamentale în contextul acestor particularități de personalitate.

Semnificația teoretică a lucrării rezidă în fundamentarea riguroasă privind specificul profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic, fiind valorificate perspective multidisciplinare din domeniul psihologiei generale, a psihologiei clinice și științelor comportamentale. Conceptul de joc de noroc patologic este clarificat prin raportare la criteriile nosologice actuale și la delimitările conceptuale dintre comportamentul recreativ și comportamentul patologic. Sunt analizate sistematic dimensiunile fenomenologice, etiologice, epidemiologice și taxonomice ale acestui fenomen, evidențiindu-se în același timp complexitatea interacțiunii dintre factorii biologici, cognitivi, emoționali și sociali. De asemenea, lucrarea include o sinteză a literaturii de specialitate referitoare la trăsăturile de personalitate asociate – precum impulsivitatea, căutarea de senzații și vulnerabilitatea la stres – și la modelele explicative propuse de abordarea cognitiv-comportamentală. Integrarea teoretică realizată în cercetare contribuie la consolidarea cadrului conceptual necesar înțelegerii mecanismelor de menținere și perpetuare a comportamentului adictiv în cazul jucătorului de noroc patologic.

Valoarea aplicativă a cercetării rezidă în elaborarea, implementarea și validarea unui program de intervenție cognitiv-comportamentală, conceput ca un instrument teoretico-metodologic esențial pentru practica consilierii psihologice și a psihoterapiei. Programul vizează diminuarea componentelor disfuncționale de natură cognitivă, afectivă și comportamentală specifice personalității jucătorului de noroc patologic. Datorită structurii sale modulare, intervenția permite o adaptare flexibilă la particularitățile psihologice și sociale ale respondenților, facilitând individualizarea intervenției psihologice și optimizarea rezultatelor clinice. Totodată, rezultatele cercetării contribuie la elaborarea politicilor de prevenție și a strategiilor de asistență psihologică, fiind aplicabile în medii educaționale (școli, licee, universități), în instituții specializate și în practica privată. Integrarea acestor date în programe multidisciplinare de tratament psihologic al adicțiilor contribuie la creșterea eficienței intervențiilor și la îmbunătățirea prognosticului pe termen lung pentru persoanele afectate de dependența de jocuri de noroc.

Rezultatele obținute, care contribuie la soluționarea problemei științifice constau în

fundamentarea unui cadru teoretico-științific complex privind profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic. A fost stabilit profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic pe dimensiunile cognitivă, afectivă, comportamentală. Sub aspect aplicativ, a fost elaborat și validat un program de intervenție psihologică de orientare cognitiv-comportamentală în vederea reducerii componentelor cognitivă, afectivă și comportamentală disfuncționale în personalitatea jucătorului de noroc patologic.

Implementarea rezultatelor științifice: rezultatele cercetării au fost prezentate, discutate și validate în cadrul ședințelor Departamentului Psihologie al Universității de Stat din Moldova, a Departamentului Psihologie din cadrul Universității Danubius din Galați, a Centrului pentru tratarea dependentelor PROSALVITA, precum și în cadrul conferințelor științifice de nivel național și internațional, în reviste științifice de specialitate.

Sumarul tezei

Structura tezei: lucrarea conține adnotări în limbile română, rusă și engleză, introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 207 titluri, 16 anexe, 10 figuri, 19 tabele, CV-ul autorului și declarația privind asumarea răspunderii.

În **Introducere** sunt expuse date privind importanța temei de cercetare, prin evidențierea gradului de actualitate, prin prezentarea contextualizării temei la nivel internațional și prin argumentarea relevanței temei de cercetare în cadrul mediului autohton și internațional. În același timp, este delimitat cadrul metodologic al studiului, fiind subliniată corespondența acestuia atât cu rezultatele existente în literatura de specialitate referitoare la problematica vizată, cât și cu caracteristicile contextului psihologic și social în care a fost realizată cercetarea.

În **Capitolul 1, „Fundamente teoretice privind profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic”**, sunt prezentate clarificările conceptuale și etiologice privind jocul de noroc patologic, în concordanță cu cele mai recente direcții ale literaturii de specialitate internațională. Sunt prezentate date ce derivă din analiza factorilor etiologici și de risc în patologia jocului de noroc, la fel și datele epidemiologice privind problematica jocului de noroc. De asemenea, au fost analizate și sintetizate abordările teoretice și empirice actuale privind trăsăturile de personalitate ale jucătorului de noroc patologic, fiind scoase în evidență studii internaționale ce vizează componentele afective, cognitive și comportamentale în personalitatea jucătorului de noroc patologic.

În **Capitolul 2, „Studiu empiric privind profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic”**, sunt prezentate rezultatele studiului empiric constatativ în contextul căruia au fost cercetate componentele profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic pe un lot de studiu din România. Datele obținute evidențiază necesitatea abordării integrate a jocului de noroc patologic ca tulburare complexă, situată la intersecția dimensiunilor cognitive, afective și

comportamentale, iar validarea multiplelor corelații semnificative statistic între severitatea adicției și indicatorii psihologici evaluați argumentează importanța adoptării unor modele multidimensionale și personalizate în practica psihologică. În capitol sunt prezentate rezultatele studiului care susțin recomandarea ca intervențiile destinate jucătorilor patologici să includă, pe lângă reducerea comportamentului de joc, strategii de întărire a resurselor emoționale, dezvoltarea abilităților de gestionare a anxietății și depresiei, restructurarea gândurilor iraționale și implementarea unor modalități alternative, funcționale și sigure de petrecere a timpului liber și de gestionare a resurselor financiare.

În **Capitolul 3**, cu genericul „**Program de consiliere psihologică de sorginte cognitiv-comportamentală a jucătorului de noroc patologic**”, este prezentat programul de intervenție psihologică de sorginte cognitive-comportamentală, care să asigure realizarea obiectivelor formative propuse în lucrare. Sunt prezentate premisele teoretice și metodologice ce au stat la baza elaborării programului de intervenție și sunt analizate etapele în elaborarea și realizarea programului. Rezultatele prezentate în acest capitol sunt ilustrate prin elaborarea studiilor de caz, care scot în evidență anamneza biografică și clinică, intervenția psihologică și rezultatele intervenției psihologice. De asemenea, eficiența programului a fost evaluată printr-o metodologie pre-test și post-test, aplicată pe un grup de subiecți, fapt ce a permis validarea programului formativ privind reducerea componentelor afectivă, cognitivă și comportamentală asociate cu gradul înalt de severitate a jocului de noroc patologic.

Concluziile generale și recomandările înglobează o sinteză a principalelor idei dezvoltate în fiecare capitol al cercetării și a rezultatelor obținute în urma desfășurării cercetării. Sunt formulate sugestii și recomandări privind implementarea optimă a programului de intervenție psihologică, acestea vizând reducerea componentelor disfuncționale de natură afectivă, cognitivă și comportamentală asociate cu severitatea jocului de noroc patologic. În același timp, sunt evidențiate limitele studiului, fiind formulate direcții noi de cercetare, menite să contribuie la aprofundarea cunoașterii în acest domeniu al psihologiei.

1. FUNDAMENTE TEORETICE PRIVIND PROFILUL PSIHOLOGIC AL JUCĂTORULUI DE NOROC PATOLOGIC

1.1. Clarificări conceptuale și definiții privind jocul de noroc patologic

Istoric și clarificări conceptuale privind jocul de noroc patologic

Jocul de noroc constituie o formă de divertisment acceptată din punct de vedere social, fiind perceput ca o formă de divertisment sau ca un mijloc de obținere a unor venituri financiare suplimentare. Totuși, atât realitatea socială aferentă jocului, cât și studiile psihologice dedicate acestui fenomen, relevă că jocul de noroc prezintă un potențial dezorganizant, putându-se transforma, în timp, într-o conduită distructivă care afectează sănătatea psihică și calitatea vieții individului.

Atracția socială pentru jocurile de noroc este documentată încă din antichitate, acestea constituind dintotdeauna o sursă de relaxare, divertisment sau o modalitate de obținere a unor câștiguri financiare. Preocuparea pentru înțelegerea acestui fenomen are, de asemenea, o istorie îndelungată, una dintre primele contribuții în acest sens fiind lucrarea lui Galileo Galilei „Considerazione sopra il Giuoco dei Dadi” (*Considerații privind jocul de zaruri*) [10; 67]. Odată cu evoluția interesului științific pentru această temă, personalități marcante precum Blaise Pascal, Pierre de Fermat și Christiaan Huygens și-au concentrat atenția asupra mecanismelor jocurilor de noroc. Altă contribuție notabilă în acest domeniu îi aparține lui Jacob Bernoulli, care, prin intermediul experimentelor bazate pe jocurile de noroc, a elaborat teoria matematică a probabilităților. Cercetările sale au fost ulterior dezvoltate de Oskar Morgenstern și John von Neumann, care au pus bazele teoriei jocurilor, aceștia fiind preocupați de analiza strategiilor și a procesului decizional al jucătorilor și contribuind la definitivarea unei perspective de management decizional în domenii precum cel politic, economic sau social [23].

În același timp, jocurile de noroc au constituit întotdeauna o problemă cu valențe sociale, impunând reglementări încă din perioada Evului Mediu. În acest sens, în anumite state s-a recurs la interzicerea acestor practici în rândul ostașilor, din cauza riscului de neglijare a responsabilităților militare pe fondul pasiunii pentru jocurile de noroc. Un exemplu istoric reprezentativ este ordinul emis de Regele Richard I al Angliei, care a interzis militarilor săi jocul de zaruri în timpul cruciadelor, de teama pierderii controlului asupra disciplinei trupelor [147]. La începutul epocii medievale, jocurile de noroc includeau jocurile de cărți și loteriile. Originile jocurilor de cărți sunt identificate în China secolului al XII-lea, acestea extinzându-se ulterior în

Europa, pentru prima oară fiind atestate în Spania, în jurul anului 1300. Configurația actuală a pachetului de cărți a fost definitivată în bazinul mediteraneean, grafica cărților de joc având inițial rolul de a reflecta ierarhiile nobiliare; ulterior, francezii au completând setul prin introducerea figurii Reginei [26]. Jocurile de loterie au fost atestate pentru prima dată în spațiul european în perioada Imperiului Roman. Cu referire la validarea socială a jocului de loterie, se cunoaște că, în anul 1569, Regina Elisabeta I a organizat prima loterie oficială în Anglia, cu scopul de a colecta fondurile necesare finanțării proiectelor publice destinate păturilor sociale defavorizate, iar ulterior și în Franța, Napoleon Bonaparte a utilizat jocul de loterie pentru susținerea campaniilor militare. În Statele Unite, fenomenul a fost popularizat de George Washington în timpul Războiului de Independență, acesta achiziționând primul bilet al unei loterii menite să asigure suport financiar conflictului militar [26].

Astăzi, constatăm că dezvoltarea acestui domeniu în diferite zone ale lumii a determinat o varietate a jocurilor de noroc. În prezent, cele mai utilizate clasificări a jocurilor de noroc au la bază criteriul mizei, literatura de specialitate diferențiind următoarele categorii principale:

- a) jocuri de noroc specifice cazinourilor;
- b) jocuri de noroc operate prin intermediul terminalelor electronice sau mecanice;
- c) loterii;
- d) pariuri cu scop caritabil (de tip bingo etc.);
- e) alte forme de pariere, inclusiv cursele hipice [22].

În aceeași ordine de idei, Blaszczyński (2002) clasifică jocurile de noroc în patru arii fundamentale:

- a) jocuri la aparate electronice cu câștiguri: includ slot-machines (aparate cu fructe), poker electronic, ruletă și alte terminale specifice cazinourilor;
- b) pariuri sportive: vizează predicții asupra rezultatelor unor evenimente viitoare, precum cursele hipice sau meciurile de fotbal;
- c) loterii: categorie în care sunt integrate și jocurile de tip bingo;
- d) speculații bursiere [48].

În a doua jumătate a secolului trecut, jocurile de noroc au devenit subiect de interes major pentru psihologie și psihopatologie, definirea fenomenului constituind o preocupare importantă a cercetătorilor. Una dintre primele definiții comprehensive, frecvent citată în literatura de specialitate, este cea oferită de Dicționarul Internațional Cambridge (1996), care caracterizează jocurile de noroc drept acele jocuri ce vizează obținerea de sume de bani sau alte recompense. Ulterior, asociația Gamblers Anonymous [Jucătorii Anonimi] (1998) definește jocul de noroc ca fiind orice formă de pariu, indiferent de miza implicată, în care rezultatul este incert, fiind

determinat de hazard sau de abilitățile celui care pariază [141].

Dacă ne referim la conceptualizările psihologice și psihiatrice, atunci ultimele au avut întâietate, dat fiind comorbiditatea psihiatrică aferentă jocului de noroc patologic. Conform DSM-IV-TR (APA, 2000), jocul de noroc patologic este clasificat în categoria „tulburărilor de control al impulsurilor neclasificate în altă parte”. Caracteristica centrală a acestei entități nosologice constă în eșecul recurent de a rezista unui impuls sau unei tentații de a întreprinde o acțiune prejudiciabilă propriei persoane ori celorlalți. De asemenea, subiectul resimte o stare de tensiune sau excitație progresivă anterior declanșării actului, urmată de o experiență de plăcere, gratificație ori descărcare tensională în momentul execuției. Ulterior, pot surveni sau nu sentimente de regret, autoreproș ori culpabilitate [33].

Conform DSM-IV-TR, diagnosticul de joc de noroc patologic necesită întrunirea a cel puțin cinci dintre următoarele criterii clinice: [33]

- subiectul este absorbit de experiențe trecute de joc, planificarea viitoarelor sesiuni sau identificarea surselor de finanțare a jocului;
- necesitatea de a miza sume progresiv mai mari pentru a atinge starea de excitație psihică dorită;
- tentative repetate și eșuate de a monitoriza, reduce sau sista comportamentul de joc;
- apariția stărilor de neliniște sau iritabilitate la încercarea de a întrerupe jocul;
- utilizarea jocului drept singura modalitate pentru a evita problemele sau pentru ameliorarea unei dispoziții disforice (neajutorare, vinovăție, anxietate);
- revenirea frecventă la joc după pierderi financiare în încercarea de a recupera pierderile;
- ascunderea gradului real de implicare față de familie;
- comiterea de fraude, furturi sau delapidări pentru a obține fondurile necesare jocului;
- periclitatea relațiilor interpersonale, a locului de muncă sau a oportunităților de carieră din cauza jocului;
- apelarea la terți pentru a rezolva problemele financiare generate de pierderile la joc.

În DSM-5, jocul de noroc patologic a fost inclus ca entitate unică în categoria „tulburărilor adictive fără legătură cu consumul de substanță”. Pentru stabilirea diagnosticului, este necesară întrunirea a minimum 4 din cele 9 criterii clinice, pragul fiind astfel redus. O modificare semnificativă este eliminarea criteriului referitor la „comiterea de acte ilegale” pentru finanțarea activității de joc, acesta nemaifiind considerat esențial pentru identificarea tulburării, conform noilor standarde nosologice [34].

Grupul de lucru al Organizației Mondiale a Sănătății pentru tulburările obsesiv-compulsive a propus o viziune alternativă privind clasificarea comportamentelor adictive. Astfel, spre deosebire

de perspectiva utilizată în DSM-5, în ICD-11 aceste manifestări se includ în categoria „tulburări de control al impulsurilor”. Acestea sunt definite ca un eșec recurent de a rezista unui impuls ce oferă beneficii imediate, în ciuda consecințelor negative pe termen lung asupra individului sau anturajului. Conform ICD-11, jocul de noroc patologic aparține acestei clase nosologice, nefiind asimilat patologiei dependenței [88].

Tabelul 1.1. Criteriile de diagnostic pentru jocul de noroc patologic, conform DSM-V și ICD-11

Criteriile de diagnostic pentru jocul de noroc patologic	
DSM-V	ICD-11
- subiectul este absorbit de experiențe trecute de joc, planificarea viitoarelor sesiuni sau identificarea surselor de finanțare a jocului; - necesitatea de a miza sume progresiv mai mari pentru a atinge starea de excitație psihică dorită; - tentative repetate și eșuate de a monitoriza, reduce sau sista comportamentul de joc; - apariția stărilor de neliniște sau iritabilitate la încercarea de a întrerupe jocul; - utilizarea jocului drept singura modalitate pentru a evita problemele sau pentru ameliorarea unei dispoziții disforice (neajutorare, vinovăție, anxietate); - revenirea frecventă la joc după pierderi financiare în încercarea de a recupera pierderile; - ascunderea gradului real de implicare față de familie; - comiterea de fraude, furturi sau delapidări pentru a obține fondurile necesare jocului; - periclitarea relațiilor interpersonale, a locului de muncă sau a oportunităților de carieră din cauza jocului; - apelarea la terți pentru a rezolva problemele financiare generate de pierderile la joc.	- persoana manifestă o dorință intensă de a practica jocuri de noroc, greu de controlat, acompaniată de preocupări persistente, ideații și reprezentări mentale ale actului de a juca; - trăsătura fundamentală este continuitatea activității de joc, care escaladează în timp, în ciuda consecințelor sociale adverse precum sărăcirea, alterarea relațiilor familiale și deteriorarea calității vieții personale; - episoadele frecvente și recurente de joc domină existența subiectului, fiind prioritizate în detrimentul valorilor și obligațiilor sociale, profesionale, financiare și familiale; - tiparul comportamentului de joc de noroc poate fi continuu sau episodic și recurent, dar se manifestă pe parcursul unei perioade îndelungate; - comportamentul de joc de noroc nu este explicat mai bine de o altă tulburare mintală, precum un episod maniacal, și nu este determinat de efectele unei substanțe sau ale unui medicament.

În pofida controverselor conceptuale, consensul academic actual înclină spre clasificarea jocului de noroc patologic în sfera adicțiilor, argumentată prin similitudini neurobiologice și cognitive fundamentale [165]. O distincție esențială față de tulburările de control al impulsurilor rezidă în natura mecanismului de condiționare: în timp ce impulsivitatea pură (ex. piromania) este mediată de o întărire negativă post-factum (reducerea tensiunii), jocul de noroc și consumul de substanțe se bazează, inițial, pe o întărire pozitivă (exaltarea și euforia). Ulterior, pe măsură ce tulburarea progresează spre compulsivitate, predomină întărirea negativă, manifestată prin nevoia obsesivă de a recupera pierderile. Sub aspect neurofiziologic, ambele patologii prezintă o disfuncție a circuitului de recompensă, caracterizată printr-o hiposensibilitate a sistemului

dopaminergic, ceea ce confirmă existența unui substrat biologic comun între adicțiile chimice și cele comportamentale [122]. Divergențele de perspectivă între DSM-5 și ICD-11 generează sciziuni în abordarea directă și pragmatică necesară înțelegerii și tratamentului jocului de noroc patologic, această neconcordanță conceptuală făcând dificilă atingerea unui consens privind stabilirea unor protocoale terapeutice, părerile specialiștilor oscilând între modelul adicției și cel al controlului impulsurilor [88].

În contextul polemicilor conceptuale și nosologice referitoare la jocurile de noroc patologic, în ultima perioadă s-a acordat o atenție tot mai mare noțiunii de „harm” (nocivitate) în jocul de noroc patologic, întrucât acest fenomen implică consecințe negative nu numai asupra individului, ci și asupra familiei, grupului social și întregii societăți [56]. În acest context, Marionneau et al. (2023) a analizat principalele cadre conceptuale privind consecințele negative ale jocurilor de noroc, le-a comparat aria de răspândire și conținutul și a urmărit elaborarea unei sinteze a principalelor dimensiuni ale nocivității. Pe baza analizei efectuate, autorii definesc consecințele negative asociate jocurilor de noroc astfel: acestea acoperă un spectru larg de probleme de ordin somatic, psihologic, relațional, financiar, cultural, ocupațional și infracțional. O parte dintre aceste consecințe preced comportamentul de joc, dar sunt agravate de acesta; altele apar direct ca rezultat al jocului de noroc. Astfel, jocul de noroc patologic este conceptualizat atât ca factor de risc, cât și ca efect al unor factori nocivi. Această suprapunere diferențiază jocurile de noroc de alte probleme de sănătate publică, în care factorii de risc sunt clar separați de consecințele ce pot fi diagnosticate (de ex., fumatul și cancerul pulmonar). Dat fiind comorbiditățile complexe descrise în literatura de specialitate, autorii sugerează că este mai adecvat ca harm-ul să fie abordat ca un continuum de influențe negative asupra calității vieții, decât ca un set de entități distincte [182]. Problema cauzalității și a temporalității pare a fi, în acest context, mai degrabă una conceptuală; din perspectiva măsurării harm-ului, devine mai important ca anumiți factori de harm să fie recunoscuți ca fiind conectați cu jocurile de noroc, indiferent de direcția cauzalității [133].

Pe parcursul istoriei, jocurile de noroc au evoluat de la divertisment social la un fenomen studiat matematic, în același timp solicitând întotdeauna reglementări stricte datorită potențialului lor distructiv asupra stabilității psiho-sociale. Sub aspect științific, preocuparea principală a vizat clarificarea conceptuală și nosologică a fenomenului. Analiza evoluției conceptualizărilor de ordin nosologic asupra jocului de noroc patologic evidențiază tranziția de la tulburarea controlului impulsurilor (DSM-IV, ICD-11) către spectrul adicțiilor comportamentale (DSM-5), această reîncadrare bazându-se pe argumente ce invocă mecanismele neurobiologice comune, precum disfuncția sistemului dopaminergic de recompensă.

1.2. Premise etiologice, factori de risc și indicatori epidemiologici în jocul de noroc patologic

Numeroase cercetări au vizat definirea și determinarea mecanismelor de acțiune ale factorilor de risc în jocul de noroc patologic. Totuși, se subliniază necesitatea unor studii empirice riguroase care să stabilească o corelație clară între factorii de risc și etiologia acestei tulburări. Într-un studiu de meta-analiză, Johansson et al. (2009) propun o clasificare ce cuprinde: [100]

- *factori de risc stabiliți* – factori a căror implicare este atestată prin cel puțin trei studii empirice validate;
- *factori de risc probabili* – factori menționați în mai puțin de trei studii empirice validate;
- *factori de risc posibili* – factori a căror legătură cu patologia este sugerată, aceasta nefiind suficient demonstrată.

Factorii de risc stabiliți includ următoarele categorii: variabile demografice (vârstă, sex), distorsiuni cognitive (percepții eronate, iluzia controlului), stimuli senzoriali induși în timpul sesiunilor de joc, mecanisme de întărire comportamentală, comorbidități (tulburarea obsesiv-compulsivă, consumul de substanțe) și comportamentul delincvent. În plan demografic, vârsta sub 29 de ani și apartenența la sexul masculin, de asemenea, reprezintă factori de risc validați.

Din categoria factorilor probabili fac parte absența unui loc de muncă, mediul urban, nivelul de educație scăzut și statutul de minoritate, în timp ce venitul și starea civilă prezintă rezultate contradictorii în literatura de specialitate, reprezentând categoria factorilor posibili.

În același timp, unii factori prezintă modificări, care presupun încadrarea în altă categorie. În acest sens, studiile relevă că ultima perioadă se constată o incidență crescută a jocului de noroc patologic la populația vârstnică. Schimbările ocupaționale, emoționale, financiare și de sănătate specifice acestui segment de vârstă determină o disponibilitate sporită a timpului liber și o reconfigurare a raportului cu resursele materiale și viitorul, transformând vârstnicii într-un segment de piață important pentru operatorii din industria jocurilor de noroc. Prin urmare, vârstnicii sunt vizați de campanii de marketing agresiv, care promovează jocurile de noroc drept soluții optime pentru nevoile lor (facilități de transport către cazinouri, bonusuri de „bun venit”, promisiunea interacțiunii sociale), oferindu-le ca posibilități de depășire a izolării [46; 47; 135; 153]. În plus, se sugerează că modificările neurocognitive asociate procesului de îmbătrânire afectează mecanismele decizionale, constituind un factor de vulnerabilitate ce determină asumarea de către vârstnici a unor riscuri crescute în condiții de incertitudine. În același timp, este important a menționa că izolarea socială a vârstnicilor nu reprezintă doar un factor de risc etiologic, ci poate compromite inclusiv eficiența intervențiilor terapeutice. În acest context, suportul familial și social

devine o condiție centrală pentru succesul demersului de consiliere psihologică [82; 123; 192].

Studiile de specialitate relevă că distorsiunile cognitive prezintă o corelație semnificativă cu jocul de noroc patologic. Percepțiile eronate privind probabilitățile de câștig, superstițiile (cognitive, talismanice sau ritualice) și iluzia controlului – convingerea subiectului că abilitățile personale pot influența rezultate aleatorii – reprezintă factori de risc confirmați în jocul de noroc patologic. Studii internaționale demonstrează că persistența și exacerbarea adicției în jocul de noroc sunt corelate cu manipularea senzorială specifică jocurilor (stimuli auditivi, vizuali, cromatici și viteză de răspuns), precum și cu diversele scheme de recompensare, unde dimensiunea și frecvența câștigurilor condiționează direct conduita jucătorului [91; 124; 197].

Dintre comorbiditățile psihice, sunt clasificate drept factori de risc probabili tulburarea obsesiv-compulsivă, depresia, anxietatea și tulburările de personalitate. În ceea ce privește trăsăturile de personalitate, cercetările scot în evidență corelații semnificative între mecanismele deficitare de coping, nivelul ridicat de impulsivitate, hiperactivitate și tabloul clinic al jocului de noroc patologic [102].

Literatura de specialitate identifică, de asemenea, factori de risc timpurii pentru jocul de noroc patologic, specifici etapelor de dezvoltare precum copilăria, adolescența și perioada adultului tânăr. Aceștia includ variabile individuale (frecvența consumului de alcool, conduite antisociale, depresie, consum de cannabis, impulsivitate, sexul masculin, frecvența sesiunilor de joc, tabagismul, violența și temperamentul dezinhibat), un factor relațional (interacțiuni antisociale în cadrul categoriei de vârstă) și un factor comunitar (respingerea socială din cauza performanței academice scăzute) [128].

În ultimii ani, se acordă o atenție sporită în mediul academic și impactului stilului de atașament în etiologia și mecanismele patologice ale adicției de jocuri de noroc. Într-un studiu de metanaliză, Ghinassi și colab. (2022) au concluzionat că literatura de specialitate indică un consens privind rolul stilului de atașament în comportamentul de joc la adolescenți și adulți tineri; în schimb, în cazul populației adulte, rezultatele cercetărilor nu converg către concluzii de acest fel [85].

În această ordine de idei, Pace și colab. (2013) au evidențiat faptul că subiecții cu risc pentru jocul de noroc și jucătorii patologici prezintă un nivel ridicat de atașament temător în comparație cu grupul de control, cei din prima categorie raportând totodată niveluri deficitare de atașament securizant. Autorii au demonstrat că distincția dintre non-jucători și jucătorii cu risc este mediată de funcția „self-in-relation”, definită prin simptomatologie internalizantă, atașament temător, absența securității afective și suport social perceput redus. În contrast, diferențierea dintre jucătorii cu risc și cei patologici este explicată prin funcția „self-definition”, caracterizată de prevalența

problemelor de tip externalizant și a stilului de atașament preocupat [152].

Terrone și colab. (2021) au demonstrat că implicarea în jocurile de noroc prezintă o corelație negativă cu atașamentul securizant-autonom și una pozitivă cu stilul nesecurizant-respingător, nefiind identificate asocieri semnificative cu atașamentul nesecurizant-preocupat sau cel dezorganizat-dezorientat. În plus, autorii au evidențiat un efect direct exercitat de atașamentul nesecurizant asupra conduitei de joc [190]. În aceeași ordine de idei, Kamrani și colab. (2023) specifică că atașamentul securizant constituie un factor de protecție împotriva debutului comportamentului de joc, în timp ce atașamentul nesecurizant reprezintă un factor de vulnerabilitate prin două mecanisme distincte. Pe de o parte, acesta favorizează direct angajarea în activități de joc; pe de altă parte, mediază deficitar strategiile de coping și capacitatea de reglare emoțională, variabile care, la rândul lor, anticipează implicarea în jocurile de noroc [104].

Analiza literaturii de specialitate evidențiază faptul că etiologia jocului de noroc patologic rezidă în convergența unei interacțiuni complexe între factori demografici, cognitivi, de personalitate, comorbidități psihiatrice și variabile relaționale, susținute de mecanisme biologice ce necesită investigații suplimentare. Deși au fost delimitați factori de risc stabiliți – precum vârsta tânără, sexul masculin, distorsiunile cognitive (iluzia controlului), stimulii senzoriali și trăsăturile de personalitate –, numeroase determinante neurochimice și genetice rămân insuficient explorate. Integrarea datelor privind riscurile timpurii și rolul stilurilor de atașament sugerează că vulnerabilitatea pentru jocul de noroc patologic se structurează precoce, fiind mediată de capacitatea de reglare emoțională și de modelele relaționale internalizate. Astfel, atașamentul securizant funcționează ca factor protector, în timp ce formele nesecurizante – în special cele temătoare și respingătoare – constituie factori de risc ce afectează strategiile de coping. Aceste evidențe subliniază necesitatea unor modele etiologice integrative și a unor studii empirice riguroase, menite să fundamenteze intervenții terapeutice adaptate profilului de risc individual.

Indicatori epidemiologici în adicția jocurilor de noroc

Expansiunea constantă a jocurilor de noroc ca divertisment acceptat social, dublată de impactul nociv al adicției asupra jucătorului și asupra anturajului, impune realizarea unor cercetări epidemiologice riguroase. Analizele indicatorilor epidemiologici sunt fundamentale pentru fundamentarea strategiilor de prevenție și a protocoalelor terapeutice necesare gestionării fenomenului [176].

La nivel global, cercetările indică o prevalență a jocului de noroc patologic cuprinsă între 0,1% și 5,8% pentru ultimul an, respectiv între 0,7% și 6,5% raportat la întreaga viață. În context european, incidența anuală a acestui comportament variază între 0,12% și 3,4%, cele mai ridicate ponderi fiind raportate în regiunile francofone și germanofone ale Elveției, precum și în Estonia

[102].

Studiile realizate în spațiul european au evidențiat determinanți socio-economici recurenți în profilul jucătorului de noroc patologic: probabilitatea de apariție este superioară în rândul bărbaților, al tinerilor, al persoanelor necăsătorite sau divorțate și al celor cu nivel scăzut de instruire. De asemenea, vulnerabilitatea este accentuată în cazul membrilor minorităților, al imigranților, al persoanelor cu venituri reduse sau al celor aflate în stare de șomaj [102].

Un studiu realizat de cercetătorii germani Erbas și Buchner (2012), care a identificat o prevalență de 0,2 – 0,6% a persoanelor tratate pentru joc de noroc patologic, relevă o rată de comorbiditate extrem de ridicată pentru populația evaluată (93%). Cele mai frecvente patologii asociate sunt afecțiunile psihice (81%), urmate de boli metabolice, digestive, musculo-scheletale și respiratorii. Prevalența tulburărilor afective, de anxietate, de personalitate și a adicțiilor de substanțe determină recomandarea de a evalua comportamentul de joc la toți subiecții cu astfel de diagnostice [77].

În același timp, jocurile online înregistrează o ascensiune rapidă, piața fiind estimată la 6,1 miliarde de euro în 2013, cu o prognoză de creștere anuală de 10,1%. În acest context, datele unui studiu realizat în Australia indică o rată a jocului de noroc patologic de trei ori mai mare în rândul jucătorilor interactivi față de cei tradiționali [84].

Calado & Griffiths (2016) menționează că analiza statisticilor globale privind dezvoltarea jocurilor de noroc și a costurilor sociale ridicate indică faptul că această activitate reprezintă o criză socială în numeroase state, fiind clasificată drept o prioritate critică de sănătate publică [55]. Studiile demonstrează impactul nociv asupra stării fiziologice, integrării profesionale, dinamicii interpersonale și capitalului social, alături de alte repercusiuni asociate [155]. Allami și colab. (2021) relatează că dintre diferitele tipuri de jocuri de noroc, terminalele electronice tip slot, structurate pe algoritmi de joc continuu, manifestă corelația cea mai semnificativă cu jocul de noroc patologic [32]. Infrastructura tehnologică, numărul de pariuri disponibile, recurența câștigurilor și cotele de redistribuire specifice acestor dispozitive configurează cea mai adictivă formă a jocurilor de noroc, unii cercetători comparând efectul cu cel al cocainei [71]. În același timp, repercusiunile fenomenului transcend individul, generând efecte negative asupra microgrupului social (familie, prieteni), precum violență domestică, insomnii, tulburări pediatrice, somatizări și stres cronic [109].

Referitor la prevalența jocurilor de noroc patologic în România, literatura de specialitate indică studii ce cuantifică fenomenul în rândul adolescenților și tineri din diverse județe [11; 12]. Aceste date prezintă jocurile de noroc drept o patologie majoră de sănătate publică națională, chestionând subiecte precum rigoarea monitorizării pieței, conformitatea față de cadrul legislativ,

accesibilitatea serviciilor și eficacitatea programelor psihoeducaționale preventive. Sub aspect psihosocial, tinerii implicați în jocuri de noroc patologic pot fi delimitați în două categorii distincte: (1) subiecți ce reprezintă medii familiale și sociale disfuncționale și care utilizează jocul de noroc drept mecanism maladaptativ de coping, și (2) subiecți proveniți din medii socio-economice privilegiate, dar marcați de carențe ale implicării parentale, pentru care activitatea de joc devine un instrument de căutare a stimulării sau de structurare a timpului liber. În pofida restricțiilor juridice privind accesul minorilor, datele empirice din România atestă tendințe alarmante în rândul populației juvenile [44].

Un raport sociologic din 2023, elaborat de organizația *Salvați Copiii*, relevă că, deși incidența raportată direct este de 14%, impactul fenomenului este mult mai extins, în acest sens aproximativ 40% dintre respondenți confirmând prezența prietenilor implicați în astfel de activități. [44].

Este important a menționa că România se numără printre cele 21 de state europene care au ratat implementarea unui studiu epidemiologic național privind prevalența jocurilor de noroc, deși un sondaj *Insomar* din 2000 a relevat că 63% dintre cetățeni au accesat produse ce vizează jocul de noroc patologic, iar 23% dintre non-jucători și-au manifestat intenția de participare viitoare [24].

Ca urmare a analizei literaturii de specialitate, deducem că, dat fiind perspectiva unei dinamici în creștere a cazuisticii jocurilor de noroc, se impune necesitatea implementării unui studiu epidemiologic național vizând comportamentul adictiv, acesta constituind o resursă fundamentală pentru elaborarea unor strategii optimizate de prevenție și programe de intervenție psihologică specializată.

1.3. Dimensiuni afective, cognitive și comportamentale în personalitatea jucătorului de noroc patologic: sinteze ale studiilor internaționale

Trăsături de personalitate specifice jucătorului de noroc patologic

Odată cu dezvoltarea cercetărilor dedicate adicției de jocuri de noroc, multiple demersuri științifice au analizat trăsăturile de personalitate specifice protagoniștilor acestui fenomen clinic. Deși în literatura de specialitate nu s-a atestat un profil psihologic universal aplicabil tuturor subiecților diagnosticați, datele relevă frecvența ridicată a simptomatologiei depresive, anxioase și a toleranței scăzute la plictiseală, aceste caracteristici fiind adesea asociate cu personalitățile dependente sau antisociale. În același timp, rămâne incert faptul dacă aceste trăsături de personalitate constituie factori etiologici sau reprezintă consecințe psihologice ale prejudiciilor

acumulate prin practicarea jocului de noroc patologic și a stresului derivat [25].

Numeroase cercetări au evidențiat o legătură semnificativă între căutarea de senzații și adicția de jocuri de noroc, cu toate că această interdependență nu reflectă direct gradul de severitate al afecțiunii. Totodată, impulsivitatea reprezintă un atribut psihologic strâns corelat cu practicarea compulsivă a jocurilor de noroc [66, 94].

Un demers metaanalitic recent (W. H. Dudfield și colab., 2023), bazat pe 19 studii, a examinat caracteristicile psihologice ale personalității jucătorului de noroc patologic prin prisma modelului „Big Five”. Cercetarea atestă legătura strânsă între adicția de jocuri și scoruri ridicate la nevrotism, respectiv valori diminuate pentru conștiinciozitate și agreabilitate. În același timp, rezultatele au indicat că jocul de noroc patologic corelează semnificativ cu scoruri reduse la dimensiunile deschidere și extraversiune [73]. Într-o altă cercetare, Mackinnon și colab. (2016) subliniază că indivizii cu scoruri ridicate la nevrotism manifestă frecvent neliniște, anxietate și stări depresive, respectiv aceștia utilizând jocurile de noroc ca strategie adaptativă deficitară pentru diminuarea afectelor negative [128]. Un alt studiu de dată recentă realizat de Ioannidis și colab. (2019) relevă că un nivel scăzut de conștiinciozitate observat la persoanele dependente a fost asociat cu apatie, impulsivitate și nerespectarea regulilor sociale. Aceeași autori menționează că impulsivitatea favorizează comportamentul adictiv prin focalizarea pe obținerea unor câștiguri imediate și majore, jucătorul impulsiv ignorând consecințele negative pe termen lung [99].

Un studiu semnat de Widinghoff și colab. (2019) demonstrează că valorile scăzute ale agreabilității specifice jucătorilor patologici sunt corelate cu tendințe antisociale, absența empatiei și un spirit competitiv accentuat, elemente care preced dificultățile profesionale și interpersonale [201]. De asemenea, Parke și colab. (2004) susțin că competitivitatea ridicată poate determina indivizii să persiste în activitatea de joc în ciuda eșecurilor financiare.

Cercetarea realizată de Myrseth și colab. (2009) relevă că subiecții care prezintă o deschidere redusă către ceilalți manifestă adesea rezistență la schimbare și predilecție pentru rutină, trăsătură ce poate favoriza cronicizarea adicției de jocul de noroc ca un rezultat al atașamentul față de comportamentele disfuncționale [146]. În același timp, Baranczuk (2019) susține că interdependența dintre extraversiune și patologia jocului sugerează cea mai mică intensitate dintre toți factorii de personalitate analizați [42]. În acest sens, studiile constată că o extraversiune redusă presupune o interacțiune socială deficitară și este, în general, corelată cu mecanisme ineficiente de gestionare a emoțiilor. Acest nivel scăzut poate susține comportamentul adictiv pe fondul nevoii de stimulare externă sau al unei stări afective precare, care găsește o ameliorare de scurtă durată în excitarea indusă de jocurile de noroc.

Un alt studiu amplu, de dată recentă, care a inclus 12.500 de subiecți (Von der Heiden și

Egloff, 2021) a stabilit că principalii predictorii ai comportamentului adictiv în jocurile de noroc sunt instabilitatea emoțională, locusul de control extern și nivelul scăzut de conștiinciozitate. În același timp, studiul relevă că profilul psihologic al jucătorilor poate varia considerabil în funcție de mediul cultural, autorii pledând pentru analiza specifică a trăsăturilor dominante în diverse contexte socioculturale [199].

În aceeași ordine de idei, Savage și colab. (2014) susțin că absența unui consens privind tipologia personalității jucătorului de noroc patologic derivă din tendința de a identifica un singur profil de personalitate pentru categorii diferite de jucători. Prin urmare, autorii citați diferențiază trei profiluri distincte:

- *jucătorii versatili*, caracterizați prin deficit de autocontrol (impulsivitate, căutare a senzațiilor) și afectivitate negativă accentuată;
- *jucătorii non-strategici*, caracterizați prin control comportamental moderat, gândire magică accentuată și care optează pentru jocuri non-strategice;
- *jucătorii strategici*, caracterizați prin abilități interpersonale ridicate, ambiție, control comportamental scăzut, gândire magică diminuată, acești jucători preferând jocurile strategice [61; 175].

Cu referire la noile realități tehnologice, este important a menționa că, datorită ascensiunii rapide a platformelor de joc de noroc virtual, cercetarea trăsăturilor psihologice specifice acestui segment de utilizatori devine esențială. În acest sens, o sinteză realizată de Ateș și Batmaz (2025) indică faptul că practicanții jocurilor online prezintă trăsături similare celor din mediul fizic, precum impulsivitatea ridicată, nevrotismul, căutarea de senzații și un grad scăzut de cooperare și de auto-direcționare. Totuși, o diferență semnificativă constă în tendința spre introversiune mult mai accentuată a jucătorilor digitali față de cei fizici. Astfel, având în vedere accesibilitatea facilă a mediului online din spațiul privat, introversiunea poate fi considerată un factor de vulnerabilitate specific pentru această modalitate de joc. Un alt aspect important este reprezentat de faptul că utilizatorii platformelor online sunt expuși unui risc sporit de a acumula datorii financiare mari și de a resimți consecințe negative mult mai severe în comparație cu persoanele care frecventează locațiile fizice de joc [37].

Cercetarea relației dintre dimensiunile maladaptive ale personalității, conform modelului DSM-5, și adicția de jocuri de noroc a evidențiat că înșelăciunea, distorsiunile perceptivă și căutarea atenției sunt predictorii relevanți pentru adicția de jocul de noroc la toate categoriile de vârstă. În acest context, înșelăciunea – trăsătură centrală în patologii antisociale, narcisice sau borderline (Anderson și colab., 2014; Hopwood și colab., 2012) ce presupune utilizarea comportamentului lipsit de onestitate pentru satisfacerea dorințelor proprii – prezintă o corelație

directă cu severitatea adicției [35; 96]. În acest sens, studiul semnat de Rogier și colab. (2020) confirmă că nivelul ridicat de duplicitate este în relație cu intensitatea adicției de jocul de noroc [173].

Un studiu semnat de Valachová (2025) avertizează că expansiunea individualismului a amplificat narcisismul global, acest fapt determinând o degradare a mediului social, grandiozitatea narcisică fiind strâns legată de conduitele riscante în plan financiar, etic sau de jocurile de noroc [195]. Totodată, Lakey și colab. (2008) indică faptul că trăsăturile narcisice corelează cu jocul de noroc patologic prin încredere exagerată în sine, asumarea riscurilor și orientarea spre recompense imediate. Se observă, de asemenea, o legătură între narcisism și formarea distorsiunilor cognitive, fenomen mai evident în cazul jucătorilor care preferă variantele strategice de pariere [114].

Analiza literaturii de specialitate relevă că nu există un profil psihologic unic al jucătorului de noroc patologic, ci mai degrabă o constelație de trăsături maladaptive care predispun la dependență. Analiza prin modelul „Big Five” și DSM-V evidențiază o corelație constantă între jocul de noroc patologic și nivelurile ridicate de nevrotism, impulsivitate și narcisism, în paralel cu un deficit de conștiinciozitate și agreabilitate [184]. Dinamica acestor trăsături variază semnificativ în funcție de tipul de joc (online versus fizic, strategic versus non-strategic) și de contextul cultural [140]. În același timp, studiile relevă că trăsături precum înșelăciunea și grandiozitatea narcisică alimentează distorsiunile cognitive și asumarea riscurilor, iar factori precum introversiunea devin vulnerabilități specifice pentru jocul de noroc patologic în mediul digital. Dificultatea în stabilirea unei evaluări comprehensive a trăsăturilor de personalitate a jucătorului de noroc patologic denotă complexitatea și heterogenitatea fenomenului de joc de noroc patologic și sugerează necesitatea unor abordări terapeutice personalizate [39; 53; 127].

Dimensiuni afective în personalitatea jucătorului de noroc patologic

Datele relevate de demersurile epidemiologice confirmă faptul că tulburările afective au o contribuție fundamentală în apariția și persistența jocului de noroc patologic, fiind atestate vulnerabilități afective accentuate, în special manifestări specifice stărilor depresive și/sau stărilor anxioase. În urma unui studiu amplu, semnat de Blaszczynski și Nower (2002), a fost elaborat un model etiologic teoretic ce distinge trei profiluri: jucătorul de noroc condiționat prin mecanisme comportamentale, jucătorul de noroc vulnerabil din punct de vedere emoțional și jucătorul de noroc antisocial-impulsiv, clasificare ce permite elaborarea unor prognoze și scheme terapeutice specifice. Aceeași lucrare subliniază că persoanele vulnerabile afectiv utilizează conduita adictivă ca instrument de reglare a propriilor emoții. Acești subiecți posedă mecanisme de adaptare emoțională precare și manifestă simptomatologie depresivă ori anxioasă, pe care încearcă să o

atenueze prin intermediul jocului. Procesele considerate fundamentale pentru interdependența dintre tulburările afective și jocul de noroc patologic includ vulnerabilități de ordin biologic legate de funcționarea sistemelor serotonergice și noradrenergice [48].

Alte studii dedicate dimensiunilor afective în personalitatea jucătorului de noroc patologic (Shaffer și Korn, 2002) evidențiază manifestări specifice depresiei, precum irascibilitatea, deficitul de atenție, lipsa interesului față de interacțiunile sociale, letargia și insomnia, în rândul persoanelor dependente de jocuri de noroc. Totodată, s-a observat o interdependență între subiecții care optează pentru variante de joc bazate pe competențe (de pildă, pariurile hipice) și existența unei simptomatologii depresive acute. Cu referire la tratamentul psihologic, comorbiditățile afective sunt corelate cu un interval temporal mai extins pentru atingerea unei abstinence de durată, fiind asociate cu o rezistență pronunțată față de schimbarea comportamentală, fapt ce impune o abordare terapeutică integrată a ambelor afecțiuni. În același timp, din spectrul tulburărilor afective, incidența manifestărilor anxioase și a diagnosticelor ce vizează anxietatea este raportată prin ponderi considerabil mai ridicate la jucătorii patologici față de populația generală [95; 142; 177].

Deși manifestările anxioase sunt frecvente în cadrul adicției de jocuri de noroc, iar incidența lor este ridicată în rândul jucătorilor este stabilită, mecanismul prin care aceste simptome modelează tabloul clinic al afecțiunii rămâne insuficient studiat. Totuși, anumite studii indică faptul că anxietatea constituie un factor determinant în dinamica activității de joc. Cercetări care se referă la alte forme de dependență demonstrează că comportamentul de consum reprezintă o strategie adaptativă deficitară pentru gestionarea stărilor de anxietate. Diminuarea anxietății este însă de scurtă durată, simptomatologia revenind adesea cu o intensitate sporită, generându-se astfel un mecanism circular în care persoana anxioasă dezvoltă o formă mult mai acută a conduitei adictive. Din altă perspectivă, focalizarea atenției către stimulii receptați ca amenințatori este un proces bine stabilit, în timp ce elementele neutre, non-amenințătoare tind să fie ignorate de către subiecții anxioși. Respectiv, unii specialiști propun ipoteza conform căreia jucătorii patologici manifestă o concentrare diminuată asupra parametrilor jocului (spre exemplu, sumele implicate în joc), iar acest deficit de monitorizare reprezentând uneori un factor adițional ce favorizează creșterea severității adicției de jocuri de noroc [41, 178, 181]. Un studiu recent a identificat o interdependență directă între stările anxioase, deficitul de atenție și intensitatea dependenței de jocuri de noroc. Totodată, s-a constatat că persoanele cu adicție care manifestă un grad ridicat de anxietate sunt expuse mult mai frecvent riscului de comportament suicidar [129].

Cu referire la pericolul comportamentului suicidar la această categorie de persoane, Kristensen și colab. (2024) au realizat o meta-analiză care a demonstrat că în cazul subiecților afectați de jocul de noroc patologic se constată o predispoziție crescută de a semnaliza ideea

suicidară pe durata vieții, comparativ cu subiecți diagnosticați cu diverse afecțiuni de natură psihică (pacienți cu dependențe de substanțe psihoactive, tulburări bipolare ori depresii majore) [111]. De exemplu, la persoanele cu adicții de pariuri sportive, s-a constatat o incidență totală pe parcursul vieții de 31% privind gândurile suicidare, 17% privind planurile suicidare, cât și pentru actele de suicid [36]. Ideile suicidare la jucătorii de noroc patologic au fost corelate cu deținerea datoriilor bănești și cu existența unor maladii somatice cronice, alături de depresii, tulburări afective și afecțiuni derivate din consumul de alcool [1; 98]. De asemenea, tentativele de suicid au fost corelate cu vârsta mai înaintată și cu un trecut marcat de abuz sexual în copilărie, alături de tulburări afective și afecțiuni derivate din consumul de alcool [63; 125; 179].

Ca urmare a analizei cercetărilor din spațiul românesc, am identificat o cercetare semnată de Huțul (2022), ce investighează rolul tulburărilor afective drept indicatori de persistență și agravare a jocului de noroc patologic. Lucrarea relevă că 31.5% din grupul analizat prezintă stări anxioase, în timp ce 26.3 5% dintre respondenți prezintă stări depresive. Aceste date confirmă rezultatele studiilor internaționale care indică o legătură mult mai intensă între stările anxioase și adicția de jocuri de noroc, în comparație cu stările depresive [97].

Din analiza literaturii internaționale de specialitate deducem că datele statistice și medicale indică faptul că tulburările afective – mai ales stările depresive și stările anxioase – dețin o funcție crucială, atât în etiologia, cât și în persistența jocurilor de noroc patologic, fiind legate de profuluri specifice de vulnerabilitate psihică și mecanisme defectuoase de adaptare ce încurajează folosirea jocului de noroc ca instrument de autoreglare afectivă. Paradigmele contemporane asupra jocului de noroc patologic subliniază faptul că jucătorii de noroc vulnerabili din punct de vedere afectiv manifestă capacități scăzute de gestionare a stresului și a stărilor psihice neplăcute, recurând la jocul de noroc ca strategie disfuncțională de ameliorare a stărilor psihice, pe baza unor posibile fragilități organice (serotoninerge și noradrenergice). Frecvența mare a dificultăților în atingerea și păstrarea abstenenței, precum și legătura cu gândurile și comportamentele suicidare, conturează un profil clinic complicat, ce implică riscuri psihosociale și suicidare ridicate. Atât rezultatele studiilor internaționale, cât și cele derivate din cercetările efectuate pe populația românească indică faptul că anxietatea constituie un indicator mai evidențiat al dependenței de jocurile de noroc decât depresia, argumentând necesitatea testării și tratamentului psihologic al tulburărilor afective în intervențiile dedicate ludomaniei, pentru a îmbunătăți evoluția, a diminua pericolul de recidivă și a preveni consecințele grave.

Dimensiuni cognitive în personalitatea jucătorului de noroc patologic

Abordarea cognitivă constituie, actualmente, una dintre perspectivele prioritare în

interpretarea conduitei umane, bazându-se pe asumptia că procesele cognitive dețin o funcție decisivă în configurarea ideilor, sentimentelor și a acțiunilor. Cu referire la jocul de noroc patologic, această perspectivă susține că jucătorii problematici sunt ghidați de convingeri iraționale, eronate referitoare la noroc, probabilitate și esența evenimentelor. Studiile cognitiviste clasice au subliniat faptul că persoanele dependente de jocurile de noroc manifestă dificultăți în înțelegerea principiului independenței evenimentelor și în interpretarea pertinentă a rezultatelor arbitrare, mai ales în situații în care figurează o recompensă bănească. Prezența și relevanța erorilor de gândire în rândul jucătorilor de noroc patologic sunt clar atestate, iar amploarea acestor distorsiuni cognitive se află în legătură directă cu gravitatea afecțiunii [49; 59; 113].

Într-un studiu dedicat cognițiilor specifice jocului de noroc, Toneatto (1999) a identificat 13 tipuri de distorsiuni cognitive, grupate în cinci categorii: controlul predicțiilor, controlul activ iluzoriu, controlul pasiv iluzoriu, controlul probabilităților și controlul interpretativ [194]. Toți participanții la jocuri, inclusiv cei cu comportament de joc non-patologic, pot dezvolta asemenea distorsiuni de gândire, însă perspectiva cognitivă asupra ludomaniei pune accent pe luarea în considerare a unei arii vaste de percepții greșite. O trăsătură de bază a gândirii jucătorului de noroc patologic este tendința de a supraestima șansa de reușită, printr-o succesiune de distorsiuni în evaluarea oportunităților, competențelor și a probabilităților. Printre aceste distorsiuni se regăsesc: iluzia controlului (convingerea că abilitățile personale pot influența un rezultat determinat de hazard), fenomenul rezultatelor de tip „aproape câștig” (eșecuri percepute ca fiind extrem de apropiate de marele premiu, fapt ce sporește impulsul de a continua) și eroarea jucătorului privind caracterul aleatoriu (ideea că repetarea unui anumit rezultat scade posibilitatea reîntâlnirii lui – spre exemplu, după mai multe extrageri roșii, jucătorul crede că „urmează obligatoriu” una neagră) [116]. Cercetările au demonstrat că jucătorii cronici exprimă mai des aceste viziuni eronate, iar rata de insucces în grupurile de tip „jucători anonimi” este direct legată de intensitatea distorsiunilor cognitive [117]. Totodată, s-a observat o scădere semnificativă a erorilor de gândire la persoanele care au urmat programe de psihoterapie cognitiv-comportamentală [150].

Cercetări neuropsihologice ce au examinat legătura dintre traumatismele cerebrale localizate, erorile de gândire și conduita de joc au comparat subiecți cu leziuni în zona cortexului prefrontal ventromedial, a insulei ori a amigdalei cu persoane sănătoase și cu pacienți suferind de alte forme de leziuni, ce excludeau aceste zone ale creierului. Rezultatele au arătat că subiecții cu traumatisme în zonele cerebrale menționate nu manifestă de regulă distorsiuni cognitive corelate cu jocurile de noroc, indicând importanța vitală a acestor sisteme cortico-subcorticeale în formarea și păstrarea convingerilor iraționale [83, 95].

Gândirea mistică este considerată a avea un rol major în menținerea comportamentului de

joc de noroc patologic. Cercetările relevă că superstițiile pot îmbrăca o variantă preponderent intelectuală (ideea că o anumită stare psihică sporește șansa de reușită), fetișistă (conferirea unor forțe aparte unui obiect care ar modifica rezultatul jocului de noroc) ori comportamentală (certitudinea că anumite practici pot asigura câștigul). Aceste forme de gândire superstițioasă sunt semnificativ mai frecvente în rândul jucătorilor patologici decât la jucătorii recreaționali, iar nivelurile mai ridicate de gândire mistică au fost asociate cu un pattern de joc mai sever – sesiuni mai frecvente și mai îndelungate, implicarea unor sume mai mari, recursul mai frecvent la împrumuturi și comportamente cu risc crescut. Deși nu este încă pe deplin evident dacă gândirea mistică funcționează preponderent ca factor de risc inițial pentru dezvoltarea jocului patologic sau apare preponderent ca efect secundar al implicării prelungite în joc, literatura de specialitate susține rolul său clar în întreținerea și agravarea comportamentului disfuncțional [103].

O altă dimensiune cognitivă de relevanță majoră în etiologia și menținerea tulburării de joc de noroc este cea metacognitivă. În acest sens, în literatura de specialitate a fost promovat un model metacognitiv trifazic al comportamentelor adictiv, care include: părtinirea atenției, gândirea extinsă și perturbarea monitorizării metacognitive, fiecare componentă fiind asociată cu consecințe maladaptative, precum creșterea craving-ului și intensificarea angajării în comportamentul de joc [180].

Părtinirea atenției este conceptualizată ca un proces influențat de stilurile individuale de coping, la rândul lor modelate de credințele metacognitive, proces ce determină menținerea sau întreruperea procesării anumitor stimuli. În cazul dependențelor comportamentale, părtinirea atenției contribuie la inițierea și menținerea comportamentului adictiv, crescând riscul de recădere și consolidând experiența subiectivă de craving [106].

Gândirea extinsă se referă la stiluri cognitive recurente, rigide și disfuncționale, care includ orientarea repetitivă a gândurilor spre dorința de a juca, ruminații și îngrijorări. Gândirea orientată spre dorința de joc este descrisă ca un proces voluntar de elaborare mentală, verbală sau imagistică, a scopului de a iniția o nouă sesiune de joc [81]. Ruminațiile și neliniștea, frecvente la jucătorii patologici, se manifestă printr-o focalizare crescută și persistentă asupra unor dileme interne și asupra unor experiențe subiective negative recurente [103]. Cercetările asupra metacognițiilor au scos în evidență faptul că jucătorii patologici elaborează atât credințe metacognitive pozitive (de exemplu, convingerea că focalizarea asupra jocului sau „analizarea” șanselor îi ajută să câștige), cât și negative (de exemplu, percepția că nu-și pot controla gândurile referitoare la joc) înainte, în timpul și după sesiunile de joc. [180].

Studii de dată recentă semnate de Cleeremans și colab. (2014) relevă că analiza capacităților metacognitive, înțelese ca abilitate de introspecție asupra propriei performanțe, a arătat

că jucătorii patologici prezintă o deteriorare semnificativă a percepției și autoevaluării propriului succes, comparativ cu jucătorii non-patologici. Această deteriorare se manifestă prin dificultăți în recunoașterea impactului negativ al jocului asupra calității vieții și contribuie la întârzierea recunoașterii problemei și accesării tratamentului. De asemenea, studiile indică faptul că deficitul metacognitiv se exprimă clinic printr-o supraîncredere în șansele de câștig, ceea ce susține implicarea în comportamente cu risc crescut (mize mai mari, persistență în joc în ciuda pierderilor) [60; 180].

În decursul ultimilor ani, modelarea computațională a fost implementată drept metodă inovatoare în investigația neurobiologică și clinică, furnizând un sistem riguros pentru înțelegerea mecanismelor cognitive ce fundamentează conduita sănătoasă și cea malativă. Drept urmare, două sisteme de simulare – „reinforcement learning” (învățarea prin recompensare) și „drift diffusion modeling” (modelarea prin difuziune derivativă) – au fost concepute în disciplinele cognitive și au fost utilizate inclusiv în cercetarea jocului de noroc patologic [31; 92; 93]. Modelele din categoria „reinforcement learning” descriu modul în care un subiect utilizează informația despre recompense pentru a învăța proprietățile mediului și pentru a adapta deciziile în funcție de rezultatele anterioare, captând mecanisme de actualizare a valorii acțiunilor. În același timp, „drift diffusion modeling” reprezintă un cadru formal pentru analiza deciziilor binare, fragmentând actul deliberativ în componente psihologic semnificative (de exemplu, bias decizional, viteza de acumulare a informațiilor, pragul de decizie) pe baza analizei timpului de reacție. Ambele modele au reușit să elucideze aspecte ale cogniției relevante pentru tulburările de joc de noroc, contribuind la identificarea și analiza mecanismelor prin care procesele decizionale disfuncționale susțin apariția, menținerea și recidiva comportamentelor de joc patologic [31; 92; 93].

Analiza literaturii de specialitate relevă că înțelegerea și interpretarea aspectelor cognitive implicate în patologia jocului de noroc – de la distorsiuni cognitive și gândire mistică, la metacogniții disfuncționale și modele decizionale modificate – prezintă o importanță majoră atât pentru clarificarea strategiilor de prevenție și identificarea factorilor protectivi, cât și pentru optimizarea proceselor de diagnostic și intervenție psihologică. Integrarea acestor contribuții într-un sistem conceptual și aplicativ poate sprijini elaborarea unor programe de intervenție psihologică mai nuanțate, adaptate profilului cognitiv specific jucătorului de noroc patologic.

Dimensiuni comportamentale în personalitatea jucătorului de noroc patologic

Studierea jocului de noroc patologic din perspectivă comportamentală constituie o preocupare relativ recentă, în acest sens fiind important a menționa că prima revistă academică de profil – „Analysis of Gambling Behavior” – a fost lansată în 2007. În același timp, cercetările

științifice asupra acestui subiect au înregistrat o dezvoltare importantă, fapt ce a determinat reîncadrarea afecțiunii în categoria tulburărilor adictive în manualul DSM-V, în anul 2013. În această ordine de idei, vom menționa că numeroși cercetători definesc jocul de noroc patologic drept o dependență de tip comportamental. Acesta, înțeles ca o conduită ce presupune expunerea unor bunuri prețioase (precum resursele financiare) pentru implicarea directă ori indirectă într-o acțiune sau circumstanță care oferă oportunități de profit, devine tot mai răspândit [130; 164].

Într-un studiu de dată recentă, Pizini și colab. (2025) susțin că principiile și conceptele teoriei comportamentale se pliază pe patologia jocului de noroc într-o manieră „izometrică”. Autorii invocă faptul că multe dintre principiile cognitiviste se regăsesc în fenomenologia jocului de noroc patologic, și anume: rolul central al consecințelor în afectarea ratei și tiparului de răspuns comportamental, controlul discriminativ al stimulilor, schemele programate de reîntărire a unui comportament, reîntărirea condiționată a comportamentului [164; 166].

De remarcat faptul că jocul de noroc este înțeles, în accepțiune comportamentală, în termeni de prevalență a contingentei reîntăririi comportamentului, care este amplificată de ideea falsă în cadrul căreia o probabilitate mică de câștig este prezentată ca fiind o posibilitate eficientă de câștig. O însemnătate o are și contextul de joc, în care tehnicile de reîntărire a comportamentului de joc patologic sunt multiple, întregul sistem de afaceri în industria jocului de noroc promovând ideea unui câștig rapid [202].

În ceea ce privește fenomenul de reîntărire a comportamentului de joc, Tabri și colab. (2021) au propus că reîntărirea comportamentală poate fi esențială pentru înțelegerea menținerii comportamentului de joc patologic. Ei au prezentat trei ipoteze în acest sens: (a) întărire pozitivă prin recompense comportamentale, (b) întărire negativă prin evitarea stărilor aversive sau (c) o interacțiune sinergică între întărirea pozitivă și cea negativă [188]. Astfel, plecând de la teoria și cercetările din domeniul jocului de noroc patologic, care arată că această patologie este caracterizată de un tip de comportament în care întărirea reprezintă un mecanism etiologic și de menținere, autorii au aplicat modelul traiectoriilor („pathways model”) al jocului de noroc patologic [48]. Mathewson & Volberg (2013) sugerează că jocul de noroc patologic, dezvoltat prin comportamentul de urmărire a pierderilor („loss chasing”), poate conduce la pierderi financiare, cu implicații negative asupra stării psihice a subiectului. În general, practicarea intensă a jocurilor de noroc poate duce la pierderea economiilor și la acumularea de datorii [137].

Studiul semnat de McComb și colab. (2009) relevă că jocul de noroc patologic este corelat, de asemenea, cu diverse modificări de mod de viață care pot constitui cauze de tensiune și de diminuare a bunăstării personale, cum ar fi scăderea condițiilor de trai, extinderea timpului de muncă pentru a obține câștiguri suplimentare, implementarea unor tactici de diminuare a

cheltuielilor și chiar concedierea, pe baza dificultăților psihice corelate dependenței de jocurile de noroc [139]. Xu & Harvey (2014) menționează că motivațiile financiare pentru implicarea în jocuri de noroc pot conduce la iluzii de control asupra rezultatelor jocului și la concepția eronată că probabilitatea de câștig este ridicată, favorizând astfel comportamente de joc patologic [204]. Drept urmare, problemele financiare pot determina unele persoane să joace, atunci când acestea se ancorează irațional în iluzia controlului și percep jocul de noroc ca pe o oportunitate de a obține un profit considerabil, deși, în realitate acest lucru este improbabil, având în vedere șansele relativ reduse ale unor câștiguri mari [185].

Rutinizarea comportamentului asociat jocului de noroc patologic

În modelele teoretice privind jocul de noroc patologic, formarea unei rutine (obișnuință) constituie în prezent un subiect insuficient studiat, în comparație cu rolul său central în modelele contemporane, orientate neuroștiințific, ale adicției de substanță. De exemplu, Everitt și Robbins (2005) au emis ipoteza conform căreia formarea obișnuinței constituie un proces esențial în pierderea treptată a controlului asupra comportamentelor de căutare consumului, în care un consum inițial „dirijat de scop” evoluează progresiv către un comportament automat și determinat de stimuli [78]. Utilizat în acest sens, termenul de „obișnuință” este operaționalizat în termeni neurocognitivi, care converg asupra a două trăsături definitorii (Robbins & Costa, 2017): 1) o tranziție graduală și învățată către un comportament involuntar și determinat de indicii („cue-driven”), și 2) o decuplare progresivă a comportamentului de la reprezentarea mentală a consecințelor sale, ceea ce permite persistența comportamentului în pofida modificării (de exemplu eliminării) factorului inițial ce întărește comportamentul indezirabil [171].

Dat fiind că jocul de noroc implică atât rezultate de câștig, cât și de pierdere, conceptualizările neurocognitive ale obișnuinței pot fi interpretate și aplicate etiologiei jocului de noroc patologic în multiple moduri. De exemplu, Wyckmans et al., 2019 susțin că, având în vedere că avantajul caselor de pariuri generează în medie pierderi pe termen lung, un joc mai rapid sau mai persistent (de exemplu, urmărirea pierderilor) poate reflecta o sensibilitate redusă la consecințele negative și, prin urmare, un proces de tip obișnuință [203].

Altfel, formarea obișnuinței se poate exprima în jocul de noroc ca o decuplare graduală a actului de pariere de la caracterul aversiv al pierderilor. În plus, experiența de joc poate fi însoțită de o devalorizare a rezultatelor de câștig, astfel încât comportamentul este controlat într-o măsură mai mică de valoarea câștigurilor și într-o măsură mai mare de indiciile asociate jocului și de asocierile lor învățate. În această ordine de idei, Brevers și colab. (2019) demonstrează că indicii precum imaginile și sunetele produselor de joc de noroc pot determina stări de craving și pot genera

activare neuronală concomitentă la persoanele cu joc de noroc problematic [50]. Mai mult, produsele de joc de noroc includ o gamă largă de stimuli audiovizuali care pot condiționa formarea de obișnuințe prin repetiție în timpul sesiunilor de joc, precum animațiile de celebrare, muzica și efectele sonore generate de câștigurile la aparatele electronice de joc. Rezultatele de pierdere, în comparație, nu dispun în mod evident de aceste caracteristici, dar pot furniza totuși indicii clare ce semnalează încheierea unei runde (de exemplu, imaginea roletelor care se opresc) sau pot declanșa indicii afective, precum frustrarea sau plictiseala, pe măsură ce pierderile se acumulează succesiv [52].

Un cadru experimental necesar pentru studiul obișnuinței este reprezentat de efectele practicii repetate sau ale familiarizării cu dispozitivele de joc de noroc. Efecte ale practicii în joc au fost observate ca creșteri ale asumării riscului (de exemplu, cheltuieli) atât intra-, cât și inter-sesiune [43]. În această ordine de idei, aparatele electronice de jocuri de noroc ("slot machines" sau păcănele) sunt recunoscute pe scară largă drept unul dintre cele mai nocive tipuri de jocuri de noroc, considerându-se că efectele nocive sunt susținute de diverse condiții, precum viteza mare a jocului și feedback-ul audiovizual, care pot facilita formarea de obișnuințe [45].

Yücel și colab. (2018) sunt interesați de studierea rolului condiționării operante în formarea obișnuințelor de tip stimul-răspuns în jocul de noroc, pe care le plasează specific în contextul acestor aparate [206]. În aceeași logică epistemică, într-un studiu de imagistică cerebrală realizat pe 43 de participanți sănătoși, Shao și colab. (2013) au examinat răspunsurile la nivelul de RMN funcțional la fazele anticipatorie (adică rotirea roletelor) și de rezultat ale unui simulator simplu de slot machine cu trei role. Participanții au fost repartizați aleator – fie să exerseze sarcina înainte de scanare, fie să o efectueze pentru prima dată în timpul scanării. Comparativ cu participanții fără practică anterioară, cei cu experiență prealabilă au prezentat semnale neuronale modificate în circuitele cerebrale de recompensă, astfel încât semnalizarea anticipatorie a fost amplificată, iar activitatea legată de câștig a fost atenuată.[178] Astfel, studiile din domeniu relevă că modelele de învățare prin întărire se bazează pe o schimbare similară a modelului de descărcare a neuronilor dopaminergici de la stimulul necondiționat (de exemplu, hrana) la stimulul condiționat (de exemplu, sunetul clopoțelului) [79].

În jocul de noroc patologic, se întâlnesc comportamente dezadaptative persistente și recurente: [164]

- *Preocupări față de jocul de noroc* (de exemplu, persoana este preocupată să re trăiască emoțiile unei noi sesiuni de joc sau cum să-și planifice resursele pentru a avea suficienți bani, în vederea atingerii obiectivului – în situația de față, o nouă sesiune de joc). Repetiția crează necesitatea de a juca din nou: cu cât persoana repetă un comportament, cu atât se fortifică nevoia

de a fi perpetuat.

- *Necesitatea de a juca sume din ce în ce mai mari pentru a obține starea de excitație dorită.* La fel ca în consumul de droguri, în cazul căruia în timp crește toleranța, și această formă de mărire a dozajului pentru a obține satisfacția dorită se regăsește și în jocul de noroc patologic. Dacă prima dată satisfacția este atinsă jucând sume mici, jocul progresiv crește toleranța la atingerea stimulilor de satisfacție și astfel miza jucată se mărește. Sensibilitatea la miza jucată în trecut se diminuează și este nevoie de un surplus, iar situația devine problematică atunci când sumele nu mai pot fi controlate. Jocul de noroc începe de la un stimul masiv pe mize mici și ajunge a se juca pe mize foarte mari pentru a atinge aceeași satisfacție ca prima dată, astfel nu se mai pot asimila riscurile.

- *Eforturi repetate, nereușite de a controla jocul de noroc.* Eforturile de a opri jocul de noroc la un jucător patologic sunt deseori multiple. În etapele schimbării se pot identifica numeroase tentative de a opri jocul de noroc, dar multe dintre ele nu au sustenabilitate, iar lipsa înțelegerii fenomenului, coroborat cu incapacitatea de a distinge stimuli activatori asupra jocului determină persoana să se întoarcă la același comportament de joc compulsiv.

- *Agresivitate fizică și verbală asupra aparatelor și personalului din sălile de joc.* Există o legătură între gradul de agresivitate și miza jucată, în sensul în care agresivitatea crește exponențial cu miza jucată.

- *Tendința de a ascunde jocul sau de a minți.* De obicei, jucătorul minte membrii familiei sau prietenii în legătură cu pierderile sau în legătură cu sesiunile de joc. Miza psihologică a acestui comportament este că jucătorul patologic nu dorește, de regulă, să se expună unor critici la care a mai fost supus în trecut.

Comportamentul antisocial asociat jocului de noroc patologic

Joc de noroc patologic este caracterizat prin tipare persistente și recurente de comportament dezadaptativ și prin afectare funcțională, iar faptele ilegale sunt recunoscute de mult timp ca fiind asociate cu această afecțiune. Studiile sugerează că între 27% și 60% dintre persoanele care suferă de această tulburare raportează cel puțin o activitate ilegală legată de jocurile de noroc patologic. Astfel, jocul de noroc patologic poate fi considerat un factor de risc criminogen (adică un factor care crește probabilitatea ca un individ să comită acte ilegale) [143; 174].

Termenul de „comportamente ilegale” este utilizat aici pentru a desemna o varietate de fapte care, în general, generează probleme legale sau au drept consecință atragerea răspunderii juridice. Printre acestea se numără: falsul, emiterea de cecuri fără acoperire (inclusiv plăți digitale prin cec pe care persoana le anulează ulterior sau despre care știe dinainte că nu vor fi onorate),

plata unor facturi din conturi lipsite de fonduri, prostituția, diferite tipuri de fraudă (de exemplu, delapidarea), furtul, înșelăciunea și evaziunea fiscală [143; 174].

În evoluția jocului de noroc patologic, unii jucători ajung să recurgă la acte ilegale pentru a-și finanța activitatea sau pentru a achita datoriile acumulate din cauza jocurilor de noroc. Unii autori argumentează că natura adictivă a jocurilor de noroc poate reprezenta un factor de risc criminogen, în timp ce alții sugerează că aceste infracțiuni sunt comise frecvent pentru a acoperi prejudiciile financiare rezultate din pierderi. Date mai recente indică faptul că o a treia variabilă (de exemplu, impulsivitatea) ar putea media relația dintre jocul de noroc și comportamentul infracțional [118; 138]. Deși aceste infracțiuni par să aibă un impact social redus, cercetările indică faptul că o proporție ridicată de jucători patologici comit fapte cu violență. Totuși, incidența reală a acestor agresiuni poate fi mascată de subraportarea – deliberată sau neintenționată – a contextului legat de jocurile de noroc. De altfel, un studiu efectuat în rândul deținuților australieni a relevat că 18% dintre aceștia erau încarcerați pentru infracțiuni asociate jocurilor de noroc [30; 170; 118].

Studiile relevă că jucătorii cu un istoric de comportamente antisociale tind să fie mai tineri și să prezinte simptome mai severe ale jocului de noroc patologic. Comparativ cu cei care nu manifestă un comportament infracțional asociat jocurilor de noroc, aceștia înregistrează datorii mai mari, venituri mai reduse, antecedente de abuz în copilărie, probleme de sănătate mintală și prejudicii familiale cauzate de jocurile de noroc. De asemenea, jucătorii cu un istoric de comportamente ilegale prezintă o probabilitate mai mare de a îndeplini criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială. Totodată, comportamentele antisociale asociate jocurilor de noroc par a fi corelate cu un risc crescut de ideeație suicidară, dificultăți financiare severe și consum de alcool sau substanțe psihoactive [64; 167].

Deși datele privind comportamentele antisociale asociate jocurilor de noroc sunt limitate, studiile existente sugerează că aceste acțiuni sunt strâns corelate atât cu severitatea simptomelor patologice, cât și cu nivelul de afectare psihosocială. Acest aspect indică necesitatea diversificării serviciilor de asistență și a adaptării intensității intervențiilor pentru persoanele cu tulburare de joc de noroc care raportează antecedente penale sau infracționale asociate acestei adicții [172]. Grant & Chamberlain au condus un studiu în 2023, în care au sugerat că deși adulții cu tulburare de joc de noroc care prezintă comportamente antisociale împărtășesc mai multe similitudini decât diferențe la nivelul simptomatologiei de bază, existența comportamentelor antisociale secundare jocului de noroc delimitează un subgrup clinic particular, caracterizat prin debut mai precoce al comportamentului de joc, instalare timpurie a jocului problematic, calitate a vieții semnificativ mai scăzută, niveluri mai ridicate de simptomatologie depresivă și impulsivitate [89]. Asocierea acestor comportamente cu o impresie clinică globală de severitate mai mare, în absența diferențelor

sistematice la nivelul măsurilor ale severității jocului de noroc, subliniază importanța integrării evaluării „prejudiciilor asociate jocului” (inclusiv a faptelor ilegale) în formularea clinică și în planificarea intervenției, dincolo de simpla cuantificare a simptomelor de joc. Rezultatele privind răspunsul similar la tratament pentru simptomele de bază ale tulburării, indiferent de prezența comportamentelor antisociale, sugerează că nu intensificarea intervențiilor asupra nucleului adictiv este neapărat necesară, ci mai degrabă extinderea abordării terapeutice către consecințele legale și psihosociale specifice acestui subgrup [89].

Datele analizate susțin ideea că procesele de formare a obișnuinței, mecanismele de întărire comportamentală și consecințele criminogene se articulează într-un model integrat de vulnerabilitate și menținere a jocului de noroc patologic. Caracteristicile structurale ale aparatelor electronice de joc, asociate cu condiționarea operantă și cu modificările progresive în circuitele cerebrale de recompensă, facilitează tranziția de la comportamente de joc controlate la tipare automate, insensibile la consecințele negative și susțin persistența acestora în pofida pierderilor. În același timp, comiterea comportamentelor antisociale – frecvent utilizate pentru finanțarea jocului sau acoperirea datoriilor – nu reprezintă doar un epifenomen al severității adicției, ci indică existența unui subgrup de jucători cu profil clinic particular, caracterizat prin debut precoce al jocului, severitate crescută a prejudiciilor psihosociale, vulnerabilități psihopatologice (de exemplu, impulsivitate, simptomatologie depresivă, tulburări de personalitate) și risc major pentru consecințe negative suplimentare, precum ideea suicidară sau victimizarea socială. Acest ansamblu de dovezi argumentează necesitatea unor modele explicative și intervenționale care să depășească evaluarea tradițională centrată exclusiv pe simptomatologia de joc și să includă în mod sistematic analiza mecanismelor de însușire comportamentală, a factorilor criminogeni și a prejudiciilor legale și psihosociale, precum și dezvoltarea unor servicii diferențiate, adaptate nevoilor specifice ale persoanelor cu tulburare de joc de noroc și comportamente antisociale asociate.

În concluzie, specificăm că analiza patologiei jocului de noroc din perspectivă comportamentală și neurocognitivă evidențiază faptul că jocul de noroc patologic poate fi înțeles ca rezultatul interacțiunii dintre mecanisme complexe de întărire (pozitivă și negativă), formarea obișnuințelor, distorsiuni cognitive și vulnerabilități psihopatologice și de personalitate, toate integrate în contexte sociale și de mediu profund facilitatoare. Modelele comportamentale și modelul traiectoriilor descriu tranziția de la un comportament inițial dirijat de scop, motivat de câștiguri și activare emoțională, către un comportament automatizat, stimul – răspuns, tot mai puțin sensibil la consecințele negative și puternic susținut de stimuli condiționați (audiovizuali, contextuali, afectivi). În acest cadru, întărirea pozitivă (câștigul, excitarea, validarea socială) și

întărirea negativă (reducerea afectului negativ, evadarea din stări aversive) contribuie sinergic la instalarea și menținerea unui pattern dezadaptativ, în care creșterea mizei, dificultatea controlului comportamentului, comportamentele agresive, mințirea și, uneori, conduitele antisociale devin manifestări recurente ale tulburării. Formarea obișnuințelor, facilitată de structura jocurilor (în special a aparatelor electronice) și de repetiția comportamentală, conduce la o disociere progresivă între comportament și reprezentarea mentală a riscului, în timp ce influențele sociale active și pasive consolidează normativitatea și acceptabilitatea jocului. Acest ansamblu de date susține reîncadrarea jocului de noroc patologic în sfera adicțiilor comportamentale și subliniază necesitatea unor modele explicative și intervenționale care să integreze simultan principiile analizei comportamentului, teoriile învățării prin întărire, mecanismele neurocognitive ale obișnuinței și determinanții psihosociali ai comportamentului de joc.

1.4 Concluzii la capitolul 1

1. Analiza literaturii de specialitate referitoare la jocul de noroc patologic evidențiază perspective divergente asupra acestei afecțiuni, persistând încă dezbateri conceptuale privind încadrarea sa nosologică. În prezent, se pot delimita două direcții teoretice majore: prima definește jocul de noroc patologic ca fiind o adicție non-farmacologică (comportamentală), în timp ce a doua o integrează în spectrul tulburărilor de control al impulsurilor. Totuși, cercetările psihologice contemporane tind să demonstreze că această patologie reunește trăsături clinice specifice ambelor categorii menționate.

2. Etiologia și factorii de risc asociați jocului de noroc patologic prezintă o realitate multifactorială și o interactivitate complexă. În literatura de specialitate aceștia sunt clasificați în funcție de nivelul de certitudine în: factori bine stabiliți, factori probabili și factori posibili. Din prima categorie fac parte variabilele demografice (vârsta sub 29 de ani, sexul masculin), distorsiunile cognitive (iluzia controlului, superstițiile, procesarea eronată a șanselor), proprietățile senzoriale ale mediului de joc (stimuli auditivi, vizuali, cromatici și viteza de desfășurare) și mecanismele de reîntărire, alături de comorbiditățile psihiatrice și comportamentul delinquent. Factorii probabili includ șomajul, rezidența în mediul urban, statutul de imigrant și rezultatele academice precare, în timp ce nivelul venitului și statutul marital sunt considerați factori posibili, având în vedere datele empirice încă neconcludente.

3. În planul personalității, impulsivitatea, strategiile deficitare de coping, hiperactivitatea și diversele tulburări de personalitate constituie predictorii semnificativi pentru vulnerabilitatea la adicția de jocuri de noroc. Cercetările evidențiază, de asemenea, o serie de factori de risc timpurii, manifestați în copilărie și adolescență, precum consumul de substanțe (alcool, tutun, canabis),

conduitele antisociale, depresia, temperamentul dezinhibat și performanțele academice scăzute.

4. Studiile care utilizează modelul „Big Five” indică o corelație între jocul de noroc problematic și niveluri ridicate de nevroticism, suținute de scoruri scăzute la dimensiunile conștiinciozitate, agreabilitate și deschidere spre experiență. Acest profil psihologic reflectă o predispoziție către impulsivitate, nerespectarea normelor sociale și utilizarea jocului ca mecanism disfuncțional de reglare afectivă. Meta-analizele recente scot în evidență stabilitatea emoțională redusă, locusul de control extern și conștiinciozitatea scăzută drept predictorii unici ai patologiei. Cercetările asupra trăsăturilor maladaptive evidențiază caracteristici precum tendința spre înșelăciune, distorsiunile perceptivă și nevoia de atenție, specifice tulburărilor de personalitate de tip antisocial, narcisic sau borderline. Deși rolul factorilor genetici, neurofiziologici și al neurotransmițătorilor este recunoscut, mecanismele biologice subiacente necesită investigații suplimentare pentru o clarificare deplină.

5. Profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic se manifestă la convergența a trei dimensiuni fundamentale – afectivă, cognitivă și comportamentală – care interacționează continuu în perpetuarea și exacerbară tabloului clinic. Vulnerabilitățile afective, reprezentate cu precădere de depresie și anxietate, fundamentează recurgerea la joc ca mecanism disfuncțional de autoreglare emoțională; acestea sunt corelate cu o severitate sporită a simptomatologiei, o rezistență crescută la efortul terapeutic, un risc suicidar ridicat și impun necesitatea unei abordări clinice integrate a adicției și a comorbidităților afective.

6. Sub aspect cognitiv, distorsiunile referitoare la hazard, control și probabilitate, alături de gândirea mistică și metacognițiile dezadaptative (precum biasul atențional sau ruminația), condiționează atât debutul, cât și persistența conduitei adictive, fiind direct proporționale cu severitatea dependenței și cu lipsa de introspecție privind nevoia de tratament. Din perspectivă comportamentală, jocul de noroc patologic este întreținut prin mecanisme complexe de reîntărire, dezvoltarea toleranței (necesitatea creșterii mizelor), preocuparea obsesivă, eșecurile repetate în controlul impulsului și utilizarea disimulării, sub influența contextului social și de mediu. Aceste dimensiuni subliniază că abordarea psihologică și terapeutică a ludomaniei necesită un model de intervenție integrativ, care să vizeze reglarea afectivă, restructurarea sistemului de convingeri și modificarea tiparelor acționale, atât la nivel individual, cât și sistemic (familial și social).

7. Cercetările internaționale referitoare la jucătorul de noroc patologic demonstrează absența unui profil psihologic singular, reliefând, în schimb, un ansamblu de trăsături maladaptive care interacționează, fapt ce reflectă complexitatea fenomenului. Acest domeniu de studiu, aflat într-o dezvoltare continuă, se situează la intersecția a numeroși factori etiologici și de risc, influențați la rândul lor de particularitățile contextului social, economic și cultural. Prin urmare,

având în vedere insuficiența cercetărilor autohtone pe această tematică, demersul nostru științific urmărește determinarea profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic și proiectarea unui program de consiliere psihologică fundamentat pe principiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale.

2. STUDIU EMPIRIC PRIVIND PROFILUL PSIHOLOGIC AL JUCĂTORULUI DE NOROC PATOLOGIC

2.1. Design-ul demersului constatativ

În cadrul demersului constatativ am integrat metode riguroase de psihodiagnostic și evaluare clinică pentru a fundamenta configurația multidimensională a profilului psihologic specific jucătorului patologic autohton. Capitolul vizează particularizarea caracteristicilor jucătorului de noroc patologic în contextul socio-cultural românesc, printr-o analiză cantitativă exhaustivă a componentelor afectivă, cognitivă și comportamentală evidențiate la persoanele cu această tulburare.

Scopul demersului empiric constă în stabilirea profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic pe dimensiunile cognitivă, afectivă și comportamentală.

Obiectivele specifice ale cercetării de constatare sunt următoarele:

1. Analiza cadrului teoretic și empiric privind caracteristicile psihologice ale jucătorului de noroc patologic și factorii de risc asociați.
2. Stabilirea incidenței și a nivelului tulburărilor afective (depresie, anxietate) în cazul jucătorului de noroc patologic.
3. Identificarea și analiza gândurilor iraționale specifice jucătorului de noroc patologic.
4. Identificarea și analiza comportamentelor de risc la jucătorul de noroc patologic.
5. Evaluarea relației dintre nivelul distorsiunilor cognitive, nivelul tulburărilor afective, comportamentele de risc și severitatea jocului de noroc patologic.

Ipotezele cercetării:

- jucătorii de noroc patologic prezintă un nivel ridicat al gândurilor iraționale asociate comportamentului de joc, o incidență crescută a simptomatologiei depresive și anxioase, precum și o prevalență marcată a comportamentelor de risc.
- presupunem existența unei corelații pozitive semnificative între severitatea jocului de noroc patologic, nivelul gândurilor iraționale, nivelul depresiei, nivelul anxietății și frecvența comportamentelor de risc.

Caracteristicile eșantionului cercetării:

Subiecții studiului au fost recrutați din rândul beneficiarilor programului de asistență multidisciplinară (medicală, psihologică și socială) a adicțiilor, PROSALVITA, din cadrul Asociației „Se poate și altfel” (or. Galați, România). Selecția s-a derulat între ianuarie și octombrie 2023, fundamentându-se pe criterii riguroase de eligibilitate.

Criterii de includere în studiu:

- obținerea unui scor de minimum 5 puncte la testul *Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic – South Oaks Gambling Screen (SOGS)*.

Criterii de excludere:

- vârsta sub 18 ani;
- refuzul semnării consimțământului informat;
- implicare în alte programe de consiliere psihologică sau în demersuri psihoterapeutice de orice factură;

Inițial, în cercetare au fost înrolate 153 persoane, iar în primele săptămâni ale studiului 38 de subiecți au abandonat cercetarea. În final, eșantionul studiului a cuprins un număr de 115 respondenți.

Tabelul 2.1. Caracteristicile eșantionului în funcție de mediul de proveniență

Mediu de proveniență	Număr	Procente
Urban	78	67,8%
Rural	37	32,2%

Tabelul 2.2. Caracteristicile eșantionului în funcție de genul respondenților

Genul respondenților	Număr	Procente
Bărbați	103	89,6%
Femei	12	10,4%

Tabelul 2.3. Caracteristicile eșantionului în funcție de nivelul de studii al respondenților

Nivel	Număr	Procente
Școală generală	25	21,7%
Liceu	70	60,9%
Studii superioare	20	17,4 %

Etapele cercetării empirice:

Includerea subiecților în programul cercetării a succedat unei examinări preliminare de screening pentru diagnosticarea dependenței de jocuri de noroc, în acest scop fiind utilizat instrumentul *Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic – South Oaks Gambling Screen (SOGS)*.

Studiul doctoral s-a desfășurat în deplin acord cu principiile etice cuprinse în Declarația de la Helsinki (2008). Toți participanții au fost informați despre specificul cercetării, obiectivele cercetării, confidențialitatea datelor, semnând consimțământul informat.

Studiul cantitativ integrează dimensiuni deontologice, dimensiuni epistemice descriptive și analitice, asigurate și instrumentalizate prin:

- formularul de consimțământ (*Anexa 16*);
- indici rezultați în urma aplicării testelor psihologice;
- analiza statistică a datelor;
- reprezentări grafice ale rezultatelor analizei statistice a datelor;
- interpretări ale rezultatelor analizei statistice a datelor relevate de testele psihometrice.

Colectarea datelor necesare studiului s-a realizat prin interviu clinic standartizat testare psihologică.

Protocolul de examinare a inclus:

- 1) ***Consimțământul informat***, asumat prin semnătură de către fiecare participant la studiu.
- 2) ***Interviul clinic structurat pentru jocurile de noroc***, utilizat pentru colectarea datelor referitoare la:

- severitatea dependenței;
- impactul psiho-social și consecințele;
- vulnerabilitatea emoțională și declanșatorii;
- reziliența și motivația de schimbare;
- evaluarea reprezentării respondentului privind starea actuală de sănătate.

- 3) ***Înregistrarea scorurilor obținute la instrumentele psihometrice*** în fișele individuale de evaluare.

Interviul clinic structurat

Interviu clinic structurat pentru jocurile de noroc, utilizat în cercetare, reprezintă un instrument elaborate în baza criteriilor DSM-5 (*Anexa 1*). Itemii interviului vizează următoarele categorii tematice:

- severitatea dependenței și pierderea controlului;
- impactul psiho-social și consecințele;
- vulnerabilitatea emoțională și declanșatorii;
- reziliența și motivația de schimbare.

Structura interviului include:

- date de bază (vârsta, ocupația, starea civilă, motivul prezentării la Centrul de asistență medicală, psihologică și socială);
- problema principală (care este problema exactă?; de cât timp există?; cine consideră că este o problemă?);
- pattern de joc (tipul jocului, frecvența, intensitatea, pierderile financiare);
- controlul comportamentului;
- criterii clinic (DSM – short screen);

- factori declanșatori;
- consecințe;
- impact financiar;
- control și motivație;
- risc clinic;
- concluzie clinică.

Metode psihometrice utilizate:

În cadrul cercetării doctorale au fost utilizate următoarele instrumente de screening și psihodiagnostic:

a. **Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic South Oaks Gambling Screen (SOGS)** constituie instrumentul de screening cu cea mai largă aplicabilitate în diagnosticarea și determinarea severității jocului de noroc patologic (Lesieur și Blume, 1987, adaptat de Rizeanu, 2013) [26]. Un beneficiu major al utilizării acestui inventar rezidă în facilitatea administrării și coterării, dovedindu-se eficient în diagnosticul adicției față de jocurile de noroc atât la adulți, cât și la adolescenți. Inventarul include 16 itemi corelați cu criteriile de diagnostic din DSM-IV și patru itemi suplimentari, neincluși în scorare [26]. Ca instrument de screening, SOGS prezintă niveluri standardizate: scorul 0-2 indică un comportament non-problematic, 3-4 semnalează „posibile probleme”, iar o valoare ≥ 5 indică „Joc patologic”, acesta reprezentând criteriul oficial pentru screening pozitiv [26]. (Anexa 10, model completat).

b. **Indicele de severitate a jocului de noroc patologic (Problem Gambling Severity Index – PGSI)** este un instrument de autoevaluare compus din 9 itemi, dezvoltat în 2001 de către Ferris și Wynne (adaptat de Rizeanu, 2013). Acesta este utilizat frecvent și nominalizat în literatura de specialitate (Azmier, 2005; Cox și colab., 2005; Disley și colab., 2011; Kairouz și colab., 2006) [26; 76]. Scala standardizată, derivată din *Canadian Problem Gambling Index*, evaluează severitatea problemelor asociate jocurilor de noroc în populația generală. Scorul total se obține prin însumarea valorilor itemilor, plafonul maxim fiind 27. Interpretarea scorurilor este următoarea: 0–2 (risc scăzut), 3–7 (severitate moderată) și ≥ 8 (severitate ridicată a jocului de noroc problematic) [80]. (Anexa 11, model completat).

c. **Scala de evaluare a gândurilor iraționale (Gambling Related Cognitions Scale – GRCS)** este un chestionar utilizat pentru evidențierea distorsiunilor cognitive specifice și care este utilizată și în cazul jocurilor de noroc [26; 76]. Elaborat în 2004 de Raylu și Oei (adaptat de Rizeanu, 2013), instrumentul cuprinde 23 de itemi evaluați pe o scală Likert în 7 trepte, distribuiți în cinci subscale: 1) biasuri interpretative privind controlul jocului (ex.: „Pierderile vor fi urmate de câștiguri”); 2) iluzia controlului (ex.: „Rugăciunile mă ajută să câștig”); 3) predicția controlului (ex.: „Pot prezice

câștigul viitor”); 4) așteptări nerealiste (ex.: „Jocurile de noroc mă fac fericit”); 5) incapacitatea de a stopa jocul (ex.: „Nu sunt suficient de puternic să mă opresc”). Interpretarea se poate realiza pe subscale sau prin scorul total, valorile ridicate indicând prezența unor cogniții iraționale accentuate referitoare la activitatea aferentă jocurilor de noroc [26; 76]. (Anexa 12, model completat).

d. Inventarul situațiilor de risc (Inventory of Gambling Situations – IGS) este utilizat pentru identificarea contextelor ce expun individul riscului de comportament compulsiv asociat jocului de noroc. Chestionarul fundamentează abordarea pe pattern-ul cognitiv-comportamental învățat. Dezvoltat de cercetătorii Centrului de Adicții și Sănătate Mentală (CAMH) ca parte a psihoterapiei cognitiv-comportamentale, acesta cuprinde 63 de itemi ce descriu situații de joc excesiv. Instrumentul a fost prezentat și adaptat în limba română în anul 2013 de către prof. dr. Steliana Rizeanu, fiind utilizat ca instrument de lucru în identificarea comportamentelor de risc specifice jocului de noroc patologic [26; 76]. Răspunsurile sunt esențiale în formularea unui plan de intervenție psihologică individualizată. Instrumentul permite decelarea antecedentelor de joc patologic, anticiparea riscurilor viitoare și stabilirea strategiilor de menținere a abstenenței. Inventarul este structurat în 10 subscale: 1) afectivitate negativă (10 itemi); 2) conflicte interpersonale (7 itemi); 3) testarea controlului personal (7 itemi); 4) presiune socială (7 itemi); 5) îngrijorări datorate pierderilor financiare (5 itemi); 6) autoeficacitate percepută (5 itemi); 7) afectivitate pozitivă (5 itemi); 8) tentații (9 itemi); 9) obsesia recuperării pierderilor (6 itemi); 10) căutarea senzațiilor (6 itemi). (Anexa 5).

e. Inventarul de Depresie Beck, ediția a doua (BDI-II) este un instrument de autoevaluare cu 21 de itemi, destinat măsurării severității depresiei la adulți și adolescenți (peste 13 ani), elaborate de Beck, 1988, adaptat David și Dobrean, 2012). Această versiune a fost optimizată pentru evaluarea simptomatologiei conform criteriilor de diagnostic din DSM-IV (APA, 1994) [26; 76].. (Anexa 14, model completat).

f. Inventarul Beck de Anxietate (Beck Anxiety Inventory – BAI), adaptat de Radu Vărăști (2018), a fost conceput de Beck și colaboratorii (1988) pentru a depăși dificultățile de diferențiere între anxietate și depresie, caracteristice scalelor anterioare cu validitate discriminativă scăzută. Suprapunerea era cauzată de includerea simptomelor depresive în scalele de anxietate. Pentru remediere, autorii au efectuat o analiză secvențială a 86 de itemi candidați, eliminând inițial 20 de itemi care generau confuzie între patologii. După analize ulterioare, au fost înlăturați încă 19 itemi, versiunea preliminară de 37 de itemi fiind testată pe 116 subiecți. În final, au fost reținuți 21 de itemi cu proprietăți psihometrice optime. Scorul total variază între 0 și 63, cu următoarele praguri de severitate (Beck et al., 2000): 0-9 (anxietate minimă); 10-18 (anxietate ușoară-moderată); 19-29 (anxietate moderată-severă); 30-63 (anxietate severă). BAI prezintă proprietăți psihometrice

robuste, corelând pozitiv cu *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) sau Scala Hamilton, oferind o discriminare superioară față de depresie (Enns et al., 1998) [26; 76].. (Anexa 13, model completat).

2.2. Prezentarea și interpretarea rezultatelor demersului constatativ al cercetării

În acest subcapitol al lucrării este prezentată analiza și interpretarea rezultatelor cantitative obținute în urma aplicării instrumentelor psihometrice pe eșantionul cercetat. În deplină concordanță cu obiectivele cercetării, rezultatele prezentate vor viza incidența și severitatea cazurilor de joc de noroc patologic, intensitatea distorsiunilor cognitive, aspectele comportamentelor specifice jucătorului de noroc patologic, aspectele afective specifice jucătorului de noroc patologic, relația dintre gradul de severitate a jocului de noroc patologic și nivelul gândurilor raționale, nivelul tulburărilor afective, comportamentele de risc.

Rezultate privind incidența și severitatea cazurilor de joc de noroc patologic

În urma administrării *Inventarului de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic South Oaks Gambling Screen* (SOGS), s-a înregistrat un scor mediu de 13,66, cu valori cuprinse între un minim de 7 și un maxim de 19 puncte. Frecvența cea mai ridicată a fost raportată pentru scorul 14, identificat la 22 de participanți (Fig. 2.1).

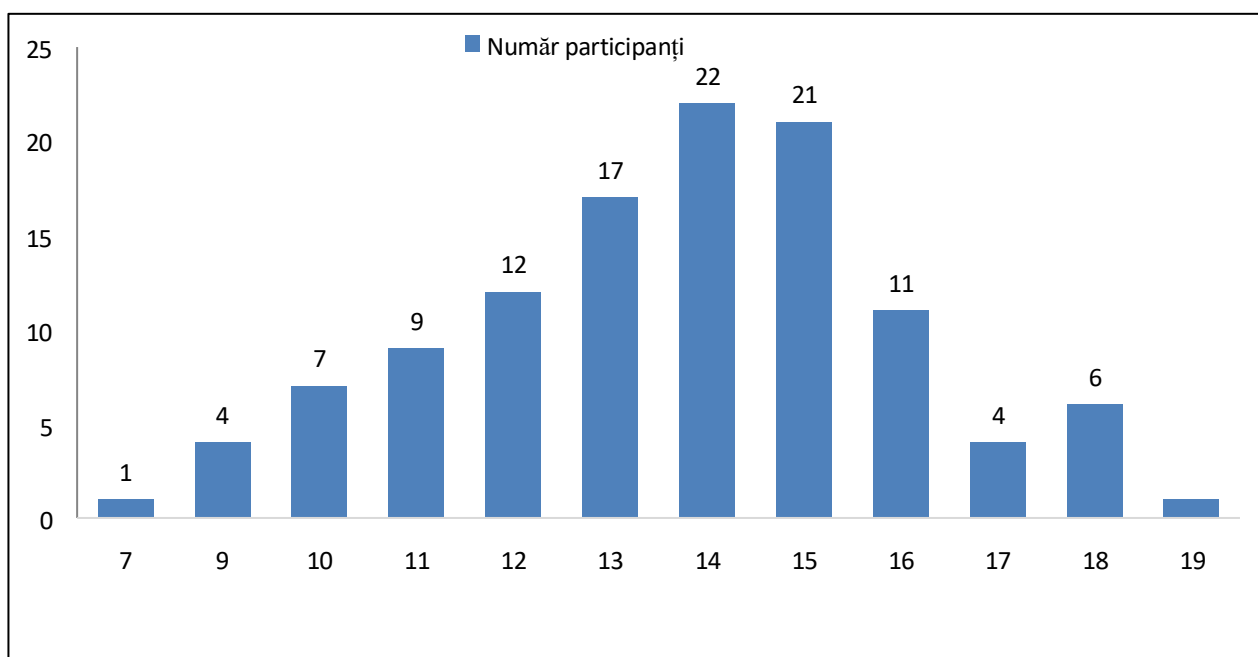


Fig. 2.1. Distribuția lotului în funcție de rezultatul la „Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic - South Oaks Gambling Screen” (SOGS)

În urma administrării *Indicelui de severitate a jocului de noroc patologic* (PGSI), s-a

înregistrat un scor mediu de 16,2 la nivelul lotului studiat, cu o valoare minimă de 4 și o valoare maximă de 22 (Fig. 2.2).

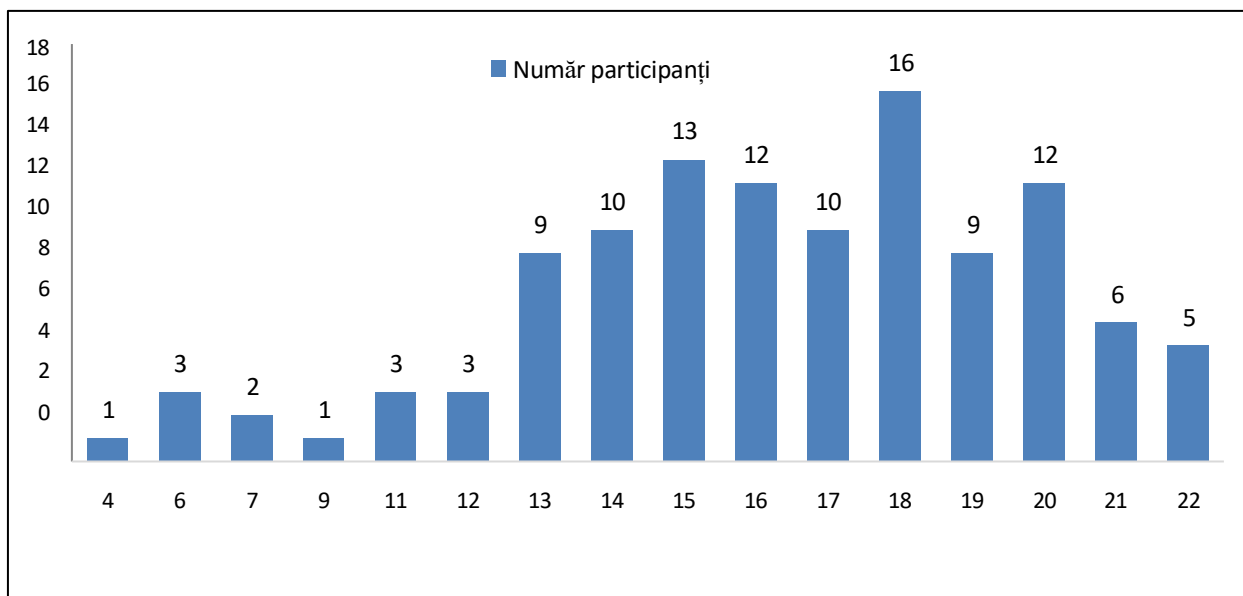


Fig. 2.2. Distribuția lotului în funcție de rezultatul la „Indexului de severitate a jocului de noroc patologic”

Conform interpretării *Indicelui de severitate a jocului de noroc patologic (PGSI)*, scorurile 1-2 indică un nivel scăzut al dependenței, cu consecințe negative minime, punctajele 3-7 reflectă un nivel moderat, iar valorile ≥ 8 caracterizează subiecții cu severitate ridicată a patologiei.

În cadrul cercetării prezente, distribuția eșantionului în funcție de gradul de severitate prezintă următoarea configurație: niciun participant nu a prezentat un nivel redus, 6 subiecți (5,22%) au fost identificați cu nivel moderat, în timp ce 109 subiecți (94,78%) se confruntau cu o severitate ridicată a patologiei.

Rezultatele obținute ne permit să formulăm presupuziția că absența respondenților în categoria „nivel scăzut”, numărul redus al respondenților în categoria „nivel moderat” și încadrarea celor mai mulți subiecți în categoria „nivel ridicat” sugerează că, în fazele incipiente, respondenții nu conștientizează prezența adicției și nu se adresează unui serviciu de asistență psihologică. Rezultatele relevate de *Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic* și de *Indicele de severitate a jocului de noroc patologic* sugerează că cei mai mulți dintre jucătorii de noroc patologic trăiesc perioade îndelungate cu această formă de patologie, demersul de recunoaștere și adresare către serviciile specializate fiind, de regulă, anevoios și tardiv.

De asemenea, rezultatele sugerează că la momentul adresării la un centru specializat în asistența psihologică a jucătorului de noroc patologic, componentele cognitive, emoționale și comportamentale a personalității jucătorului de noroc patologic se vor regăsi în parametrii disfuncționalității, în primul rând ca urmare a perioadei de lungă durată subscrise dependenței de

jocurile de noroc. Factorului temporal i se vor alătura și alți factori psihologici și sociali, care vor conlucra la accentuarea disfuncționalității respondenților. Aceste presupoziii vor fi confirmate de rezultatele derivate din aplicarea celorlalte intrumente psihometrice în cadrul cercetării noastre.

Rezultate privind intensitatea distorsiunilor cognitive

Din perspectiva dimensiunilor cognitive ale adicției de jocurile de noroc, literatura de specialitate indică faptul că jucătorii patologici prezintă dificultăți în aplicarea principiului independenței evenimentelor și în asimilarea caracterului aleatoriu al rezultatelor în prezența stimulilor financiari, acest fenomen favorizând persistența gândurilor iraționale [113].

În urma aplicării *Scalei de evaluare a gândurilor iraționale (GRCS)* în contextul cercetării noastre, s-a obținut un scor mediu de 20,32 (maxim 35), cu un interval al valorilor între 13,4 și 25,9 și o densitate maximă între 19,05 și 22,2 (Fig. 2.3).

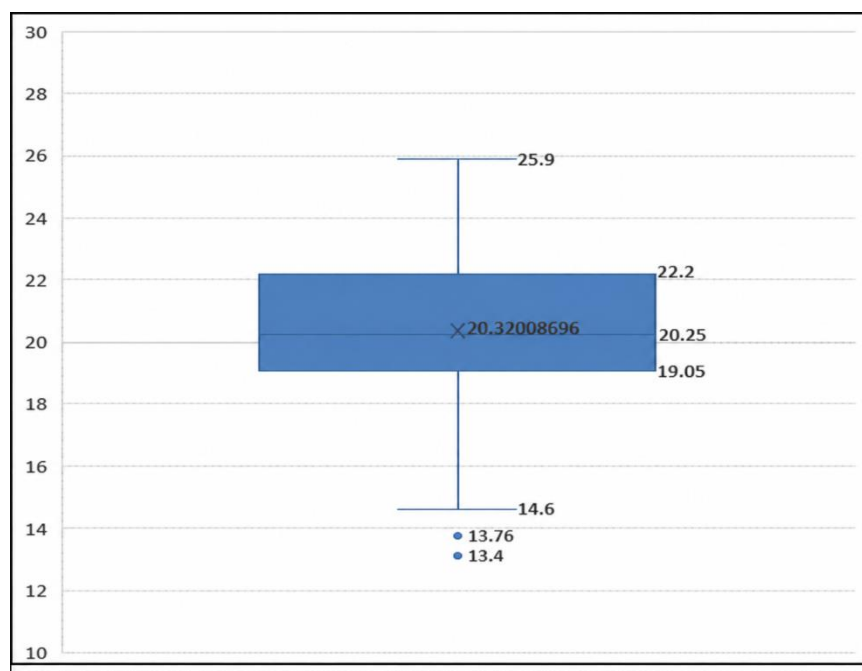


Fig. 2.3. Distribuția rezultatelor la "Scala de evaluare a gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc" în cadrul lotului de studiu

Analiza pe subscale a relevat următoarele medii:

- biasuri interpretative privind controlul jocului – 3,96, ab. st. - 1,23;
- **iluzia controlului – 4,23, ab. st. – 2,01;**
- predicția controlului – 3,76, ab. st. – 1,04;
- **așteptări nerealiste asociate cu jocurile de noroc – 4,22, ab. st. – 2,15;**

- ***incapacitatea de a stopa jocul – 4,09, ab. st. – 2,03.***

Astfel, în urma administrării *Scalei de evaluare a gândurilor iraționale (GRCS)*, se constată că ponderile cele mai ridicate aparțin dimensiunilor „iluzia controlului”, „așteptări nerealiste” și „incapacitatea de a stopa jocul”.

„Iluzia controlului” reprezintă o distorsiune cognitivă definită prin supraestimarea probabilității succesului personal față de probabilitatea obiectivă. Prin introducerea unor factori asociați abilităților (competiția, libertatea de alegere, familiaritatea sau implicarea activă), subiecții manifestă o încredere nejustificată în obținerea unor rezultate favorabile, ignorând caracterul aleatoriu al jocului. Într-un studiu realizat de Langer, s-a constatat că practici precum „tăiatul cărților”, selecția biletelor familiare și feedback-ul periodic privind încrederea în succes amplifică semnificativ iluzia controlului [116]. De asemenea, cercetări recente (Marques Mourato și colab., 2025) indică faptul că iluzia controlului corelează direct cu dimensiunile controlului primar (abilitate, strategie) și este asociată cu o severitate crescută în cazul jocurilor de noroc „strategice”, precum pariurile sportive, cursele hipice sau pokerul [134].

Subscala „așteptări nerealiste legate de jocurile de noroc” vizează convingerea irațională conform căreia participarea la joc va genera beneficii precum starea de fericire, excitarea psihică sau evadarea din fața dificultăților cotidiene. În literatura de specialitate, această distorsiune cognitivă este corelată cu o implicare sporită în comportamentul adictiv. În cazul pacienților cu simptomatologie depresivă, care manifestă așteptări de atenuare a problemelor prin intermediul jocului, se observă o potențare reciprocă a tulburărilor depresive și a adicției [196].

Subscala dedicată cogniției iraționale privind „incapacitatea de a stopa jocul” descrie percepția subiectivă a pierderii controlului volițional sau a imposibilității funcționării în absența comportamentului adictiv. Studiile în domeniu relevă că această distorsiune cognitivă prezintă o corelație invers semnificativă cu succesul intervenției terapeutice pe termen lung [107].

Atunci când vom prezenta studiile de caz din Capitolul 3 al lucrării, vom expune într-o manieră detaliată ideea asociată iluziei controlului și așteptărilor nerealiste în cazul jucătorului de noroc patologic. Ambele tipuri de gânduri iraționale fac referință directă la realități precum contactul insuficient cu realitatea obiectivă, replierea pe fantezii infantile despre succes și despre posibilitatea de a câștiga bani, probleme de adaptare socială și profesională.

Cu referire la incapacitatea de a stopa jocul, considerăm că această particularitate psihologică are tangențe semnificative atât cu trăsăturile neurobiologice ale jucătorului de noroc patologic (de exemplu, impulsivitatea), cât și cu stările psihice derivate din cronicizarea jocului de noroc. În acest sens, avem în vedere, în primul rând, stările anxioase și stările depresive amplificate de consecințele pierderilor și ale datoriilor financiare, ca urmare a jocului.

Rezultate privind aspectele comportamentale asociate cu jocul de noroc patologic

Pentru evaluarea profilului comportamental al subiecților implicați în cercetare, s-a aplicat *Inventarul Situațiilor de Risc*, datele obținute pentru subscalele analizate (Fig. 2.4) indicând:

- afectivitate negativă ($m=53.13$; ab. st.=3,24);
- conflicte interpersonale ($m=40.99$; ab. st.=4,15);
- tentații ($m=53.91$; ab. st.=5, 02);
- verificarea autocontrolului ($m=42.48$; ab. st.=3,12);
- afectivitate pozitivă ($m=41.97$; ab. st.=4,25);
- **presiune socială ($m=61.49$; ab. st.=2,15);**
- căutarea senzațiilor ($m=48.55$; ab. st.=5,07);
- **îngrijorări datorate pierderilor ($m=63.83$; ab. st.=3,17);**
- **obsesia recuperării pierderilor ($m=67.92$; ab. st.=8,16);**
- autoeficacitate percepută ($m=42.43$; ab. st.=4,13).

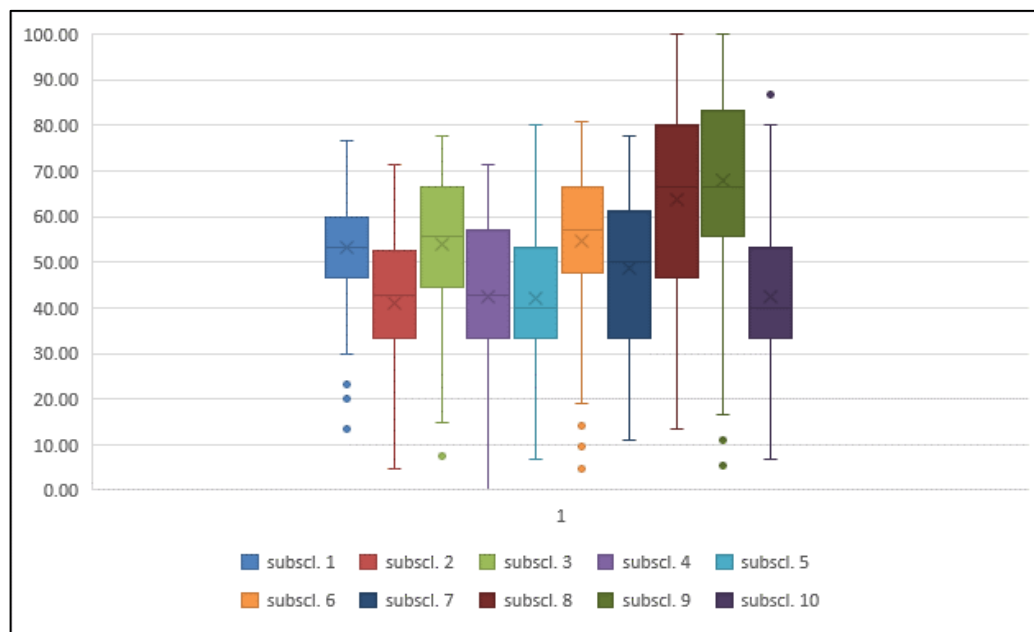


Fig. 2.4. Distribuția rezultatelor în cadrul lotului de studiu în urma aplicării „Inventarului Situațiilor de Risc” – evidențiere comparativă pentru subscalele testului

(Subcl. 1 - afectivitate negativă; Subcl. 2 - conflicte interpersonale; Subcl. 3 - testarea controlului personal; Subcl. 4 - presiune socială; Subcl. 5 - îngrijorări datorate pierderilor financiare; Subcl. 6 - autoeficacitate percepută; Subcl. 7 - afectivitate pozitivă; Subcl. 8 - tentații; Subcl. 9 - obsesia recuperării pierderilor; subcl. 10 - căutarea senzațiilor)

Constatăm că analiza lotului investigat evidențiază valori maxime pentru subscalele „îngrijorări datorate pierderilor” ($m=63,83$), „obsesia recuperării pierderilor” ($m=67,92$) și „presiunea socială” ($m=61,49$).

„Obsesia recuperării pierderilor” vizează persistența sau escaladarea activității de joc după pierderi repetate, constituind un marker clinic fundamental al jocului de noroc patologic și o trăsătură definitorie a comportamentului jucătorilor patologici. Banerjee et al. (2023) categorizează acest fenomen în „urmărirea pierderilor intra-sesiune” sau „urmărirea pierderilor inter-sesiuni”. Manifestarea inter-sesiuni este obiectivată prin restrângerea intervalelor temporale dintre episoadele succesive și/sau suplimentarea mizelor ulterioare. Concomitent, dinamica intra-sesiune se reflectă prin menținerea ori intensificarea conduitei de joc, proces facilitat de creșterea asumării riscului, a cuantumului mizei și a vitezei de joc [38; 40].

Studiile în domeniu relevă că stresul financiar corelat cu îndatorarea, evaluat prin subscala „obsesia recuperării pierderilor”, constituie un predictor robust al precarității financiare, semnalând prezența jocului de noroc patologic și a comorbidităților de sănătate mintală. Astfel, acesta devine un indicator de risc critic. Subiecții care se confruntă cu probleme de joc pot accesa credite de consum pentru acoperirea costurilor sau pentru ași asigura persistența în joc, fapt ce exacerbează datoriile și distresul psihologic; acești factori pot fi preexistenți, acționând ca elemente motivaționale în agravarea severității jocului de noroc [151; 186].

Astfel, constatăm că și în cazul cercetării noastre, situațiile de risc cu cea mai înaltă pondere vizează aspectul financiar. Reieșind din aceste rezultate, deducem că dorința obținerii rapide a unui câștig financiar reprezintă unul dintre factorii principali care determină intrarea în zona jocurilor de noroc (industria jocurilor de noroc asigură seducerea subiectului prin promisiuni explicite sau implicite referitoare la câștiguri rapide și/sau fabuloase), cât și un factor de menținere în spațiul jocurilor de noroc (jucătorii nu mai pot identifica alte modalități de redresare a situației financiare decât revenirea la acest tip de activitate).

Rezultatele referitoare la aceste două situații de risc care ies în evidență – „îngrijorări datorate pierderilor” și „obsesia recuperării pierderilor” –, alături de „presiunea socială”, regăsită pe a treia poziție, ne permit să formulăm modele interpretative care scot în evidență insuficiența educației financiare, precaritatea socială și financiară, imunitatea redusă la presiunea socială – atât în momentul aderării la fenomenul jocurilor de noroc, cât și ulterior, în perioada de instalare a adicției și de precaritate financiară cronică datorată jocului de noroc.

Rezultate privind aspectele afective ale profilului jucătorului de noroc patologic

În cazul cercetării noastre, analiza aspectelor afective ale profilului jucătorului de noroc patologic a fost realizată prin administrarea *Inventarului de Anxietate Beck (BAI)* și a *Inventarului de Depresie Beck (BDI)*.

Rezultatele obținute prin aplicarea BAI relevă un scor mediu de 43,21, cu o amplitudine a

valorilor cuprinsă între un minim de 32 și un maxim de 49 (*Fig. 2.5*). Interpretarea descriptiv-clinică a datelor evidențiază faptul că, din eșantionul investigat, 7 subiecți (6,1%) prezintă o simptomatologie anxioasă moderată, în timp ce restul – 108 participanți (93,9%) – manifestă un nivel sever de anxietate.

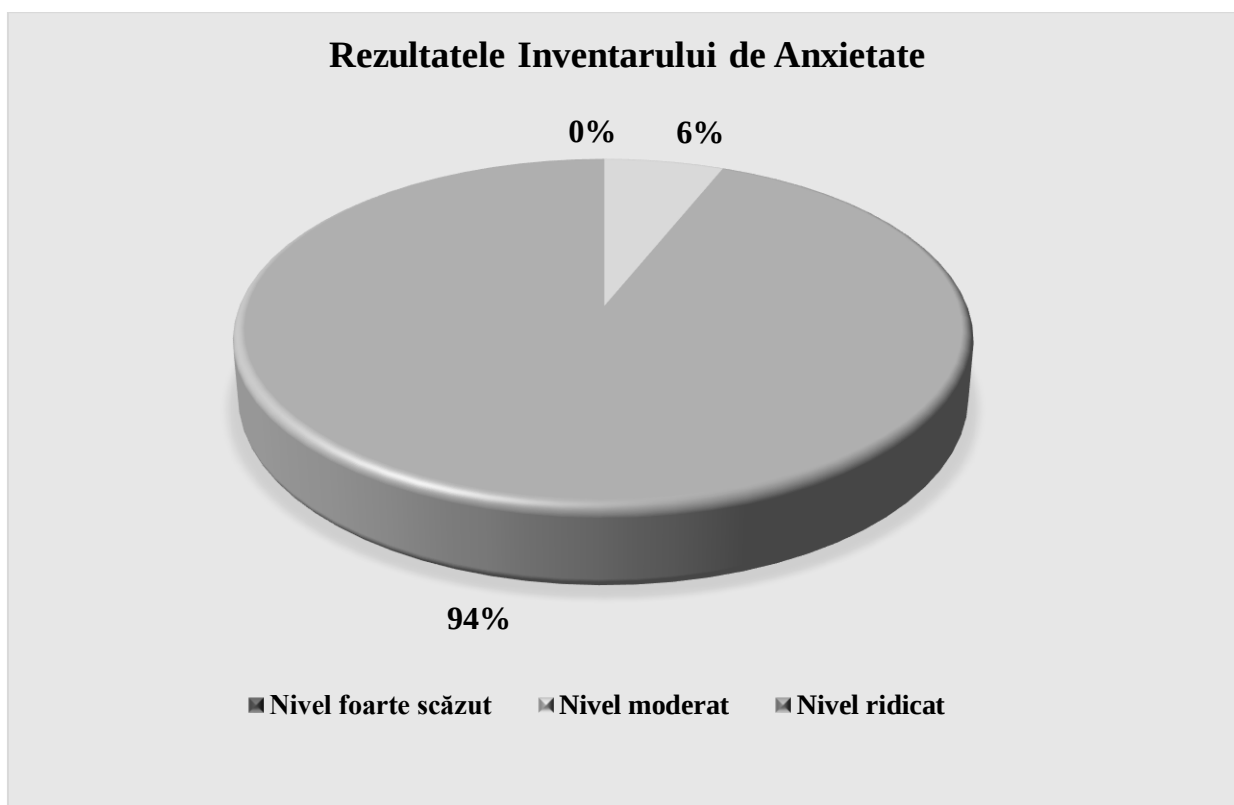


Fig. 2.5. Evidențierea categoriilor rezultate în lotul de studiu în urma aplicării „Inventarului Beck de Anxietate”

Analiza aspectelor ce vizează depresia în lotul studiat, evaluată prin *Inventarul de Depresie Beck (BDI)*, a evidențiat un scor mediu de 40,14, cu o dispersie a datelor între valoarea minimă de 13 și cea maximă de 66 (*Fig. 2.6*). Distribuția subiecților reflectă o prevalență crescută a trăirilor depressive: 6 subiecți (5% dintre respondenți) – prezintă simptomatologie depresivă ușoară, 17 subiecți (15 % dintre respondenți) – se încadrează în pragul moderat, iar marea majoritate – 92 de subiecți, respectiv 80 % dintre respondenți – manifestă o formă severă de depresie.

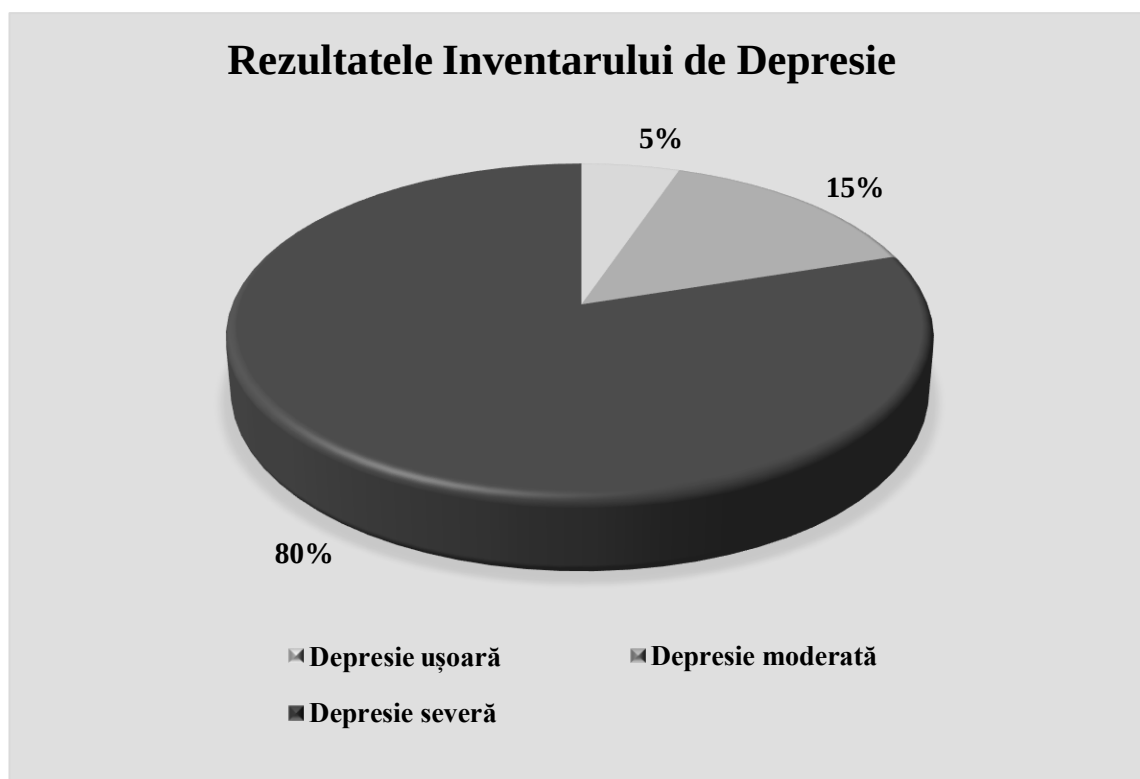


Fig. 2.6. Evidențierea categoriilor rezultate în lotul de studiu în urma aplicării „Inventarului de Depresie Beck”

Nivelul ridicat al anxietății și depresiei în cazul respondenților noștri evidențiază limitele intervenției psihologice și impune colaborarea dintre psiholog și medicul psihiatru în asistarea jucătorilor de noroc patologic. Cunoaștem, grație studiilor empirice, că nivelul ridicat al anxietății și depresiei poate influența negativ procesele cognitive și poate îngreuna abandonarea de către respondent a schemelor cognitive rigidizate. În acest sens, este important a menționa că circa 40 % dintre respondenți au luat medicație psihiatrică, antidepresivă și anxiolitică, înainte de implicarea în programul de consiliere psihologică sau în timpul consilierii psihologice. În legătură cu aceasta, considerăm necesar să clarificăm că, din punctul nostru de vedere, tratamentul psihiatric nu diminuează din importanța intervenției psihologice, ci asigură o anumită stabilitate emoțională a subiectului, fapt ce facilitează configurarea alianței terapeutice și crește receptivitatea respondentului față de alternativele oferite de consilierea psihologică.

Rezultate referitoare la relația dintre gradul de severitate a jocului și tulburările afective

Unul dintre obiectivele cercetării noastre vizează stabilirea felului în care relaționează variabilele ce definesc profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic, pornind de la conceptul demersului nostru epistemic, care înglobează în termenul „profil” componentele afectivă, cognitivă și comportamentală ale personalității. În această ordine de idei, am fost interesați să

stabilim corelația statistică dintre severitatea jocului de noroc patologic și frecvența și intensitatea tulburărilor afective, nivelul distorsiunilor cognitive, frecvența și intensitatea comportamentelor de risc.

Cu referire la relația dintre gradul de severitate al jocului de noroc și intensitatea tulburărilor afective, aplicarea testului statistic de corelație a relevat existența unei corelații pozitive substanțială ($r=0,887$) între severitatea adicției de jocuri de noroc și scorurile obținute la Inventarul de Anxietate Beck (Tabelul 2.4).

Tabelul 2.4. Corelația între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și nivelul de anxietate

Variabile	Coeficient de corelație	Prag de semnificație
<i>Grad de severitate a jocului de noroc patologic/Nivel al anxietății</i>	$r=0,887$	$p<0,001$

Această valoare confirmă existența unei corelații pozitive, semnificative statistic, între progresia patologiei jocului de noroc și intensificarea simptomatologiei anxioase. Din perspectivă psihodinamică, interdependența constatată aduce în prim-planul reflecțiilor funcția compensatorie a comportamentului adictiv. Avem în vedere faptul că inițial jocul de noroc acționează ca instrument de activitate recreativă și reglare emoțională, inclusiv de diminuare a stărilor afective neplăcute. Subiectul apelează la acest mecanism pentru atenuarea temporară a tensiunii psihice, unde anticiparea câștigului și activarea sistemului dopaminergic generează o iluzie a controlului și o descărcare tranzitorie a anxietății. Prin urmare, prin mecanisme de întărire comportamentală, jocul de noroc se consolidează astfel ca un mecanism de coping maladaptativ.

Reportându-ne la rezultatele cercetării noastre, considerăm că corelația pozitivă dintre severitatea adicției și scorurile BAI reflectă un cerc vicios patologic: deși oferă o detensionare imediată, comportamentul compulsiv de joc de noroc generează consecințe negative care, în timp, inevitabil amplifică nivelul de anxietate. Pe de altă parte, creșterea nivelului de anxietate, de regulă ca urmare a datoriilor financiare provocate de activitatea de joc, afectează negativ capacitatea jucătorului de a analiza obiectiv realitatea și de a găsi alte oportunități de rezolvare a problemelor pecuniare decât revenirea la activitățile de joc de noroc. Constatăm că, în cazul cercetării noastre, aceste presupoziii care derivă din observarea materialului empiric din spațiul consilierii psihologice, au fost confirmate și de analiza statistică a datelor.

Acest fenomen bidirecțional fundamentează necesitatea unei abordări psihoterapeutice cognitiv-comportamentale integrate, care să vizeze simultan managementul anxietății și remisia jocului de noroc patologic, având în vedere interdependența lor structurală.

Cu referire la relația dintre gradul de severitate al jocului de noroc patologic și intensitatea stărilor depresive, analiza statistică a datelor relevă o corelație Pearson pozitivă semnificativă ($r=0,859$), (Tabelul 2.5). Această valoare validează statistic interdependența directă între agravarea severității jocului de noroc patologic și accentuarea simptomatologiei depresive.

Tabel 2.5. Corelația între gradul de severitate al jocului de noroc patologic și nivelul de depresie

Variabile	Coeficient de corelație	Prag de semnificație
<i>Grad de severitate a jocului de noroc patologic/ Nivel al depresiei</i>	$r=0,859$	$p<0,001$

În privința acestui rezultat, vom menționa că odată cu creșterea severității jocului, consecințele negative devin multidimensionale și dificil de gestionat, stresul cronic fiind alimentat primordial de problemele financiare: îndatorare excesivă, instabilitate economică și presiunea creditelor bancare sau nebancare. Aceste realități nu doar potențează spectrul anxios, ci fundamentează o stare depresivă persistentă, definită clinic prin lipsa speranței, neputință și sentimentul abandonului.

Chiar dacă jucătorul de noroc patologic se regăsește deseori în paradigme interpretative ale realității marcate de iluzia controlului, totuși, întrucât nu ne referim la respondenți cu stări psihotice, revenirea din stările de agitație subscrise sesiunilor de joc de noroc, pune subiectul în contact cu problemele derivate din acest tip de activitate. Aceste episoade de contact cu realitatea sunt caracterizate de stări de neputință în cazul sumelor mari de bani datorate. În acest context, sentimentul abandonului este o trăire intrapsihică, care derivă din izolarea jucătorului de noroc, ca urmare a sentimentului de rușine provocat de situația în care s-a regăsit.

Iată de ce, atunci când ne referim la intensitatea înaltă a stărilor depresive la jucătorul de noroc patologic, trebuie să luăm în considerare faptul că deteriorarea planului interpersonal în adicția de jocuri de noroc determină deteriorarea legăturilor sociale prin conflicte familiale, subminarea încrederii și izolare, elemente ce catalizează sentimentele de alienare și singurătate. Izolarea socială, frecvent atestată în tabloul clinic al dependenței de jocuri de noroc, constituie un factor predictiv major al depresiei; aceasta, suprapusă peste stările de remușcare și ascunderea problemelor financiare, induce o dinamică de retragere ce privează subiectul de suportul emoțional necesar. Comportamental, se înregistrează o restrângere a implicării în activități gratifiante – profesionale sau recreative – proces ce fundamentează instalarea anhedoniei și persistența episodului depresiv. Intervențiile psihoterapeutice de orientare cognitiv-comportamentală impun o abordare integrată, vizând simultan extincția comportamentului adictiv și restructurarea

mecanismelor de menținere a depresiei.

Validarea ipotezei privind corelația dintre severitatea adicției față de jocurile de noroc și intensitatea tulburărilor afective este susținută de datele prezentat în tabelele 2.4 și 2.5, care confirmă o legătură pozitivă, semnificativă statistic, între jocul de noroc patologic, anxietate și depresie. Am menționat anterior că analiza profilului afectiv al eșantionului investigat relevă o prevalență critică a stărilor afective precare: 93,9% dintre respondenți manifestă anxietate ridicată, în timp ce 80% prezintă un tablou clinic de depresie severă. Aceste constatări ale cercetării noastre converg cu literatura de specialitate, consolidând premisa unei rate ridicate de comorbiditate între adicția de jocurile de noroc și tulburările din spectrul afectiv [160, 191].

Demersul nostru epistemic a demonstrat existența unor corelații substanțiale între severitatea adicției de jocuri de noroc și intensitatea tulburărilor din spectrul afectiv, în același timp evidențiindu-se o asociere mai pronunțată cu simptomatologia anxioasă comparativ cu cea depresivă. Această ușoară diferențiere ar putea sta la baza unor discuții referitoare la fenomenologia stărilor anxioase și a stărilor depresive în cazul dependenței de jocuri de noroc. În acest sens, întrebările care ar putea fi formulate, ar fi următoarele: Într-o dinamică temporală subscrise jocului de noroc patologic, primele apar stările anxioase urmate de stările depresive sau invers? Cum interacționează între ele aceste două variabile în contextul mult mai extins al fenomenului adicției de jocurile de noroc? Aceste reflecții sunt importante atât pentru configurarea unui plan corect al intervenției psihologice, cât și pentru intervențiile psihiatrice, atunci când este necesar. Oricum, incidența ridicată a vulnerabilităților emoționale în rândul subiecților investigați confirmă ipoteza conform căreia manifestările clinice ale anxietății și depresiei constituie piloni centrali în dinamica acestui tip de dependență.

Analiza aspectelor afective relevă faptul că fenomenul adictiv nu este întreținut exclusiv de stimularea senzorială intrinsecă jocului, ci, în mod determinant, de un spectru larg de trăiri negative. Printre acestea, simptomatologia anxioasă este omniprezentă, fiind declanșată de anticiparea consecințelor financiare, ruminarea asupra datoriilor, a incertitudinii viitorului și a stigmatului social ce generează o stare de tensiune psihică persistentă. Așa cum am menționat mai sus, considerăm că tabloul clinic depresiv se instalează ca epifenomen al eșecurilor recurente și al pierderii percepției controlului. Această dinamică induce o devalorizare a sinelui, subiectul percepuându-se ca fiind inefficient, proces ce conduce inevitabil la prăbușirea stimei de sine.

Cu referire la fenomenologia stărilor afective patologice, caracteristice jucătorului de noroc patologic, este important a menționa că vinovăția și rușinea constituie pilonii afectivi centrali ai acestui profil psihologic. După fiecare episod de joc, în special în contextul pierderilor financiare, subiectul experimentează o autoevaluare negativă severă, manifestată prin chestionarea propriei

integrități și capacități decizionale. Paradoxal, aceste emoții nu catalizează modificarea comportamentală, ci alimentează mecanismele de evitare și negare. Rușinea, în mod specific, induce izolarea socială, reducând complianța la tratament și probabilitatea solicitării sprijinului extern, consolidând dependența ca formă de evadare [142]. Odată cu accentuarea adicției, se instalează un sentiment de neputință și deznădejde, jucătorul percepend situația ca fiind iremediabilă. Această lipsă a speranței generează un mecanism de intensificare a comportamentului adictiv, bazat pe o logică de tip „totul sau nimic”, corelată cu un deficit sever de autoreglare emoțională. În absența unor strategii adaptative de gestionare a stresului și frustrării, jocul de noroc subzistă ca unică soluție facilă, deși profund disfuncțională.

Rezultatele cercetării noastre sunt similare rezultatelor ce au derivat din cercetarea coordonată de Thomsen (2009), care a evidențiat o exacerbare a conduitei de joc – atât auto-raportată, cât și observabilă – în rândul subiecților cu simptomatologie depresivă accentuată. Această intensificare se manifestă printr-o nevoie crescută de joc, un nivel superior de excitație („arousal”), prelungirea duratei sesiunilor și o frecvență ridicată a episoadelor de joc. Studiul citat relevă o corelație semnificativă între severitatea patologiei și simptomele depresive comorbide, ridicând întrebări privind contribuția specifică a fiecărei variabile la menținerea adicției. Analizând un eșantion de 20 de jucători prin instrumente similare (SOGS și BDI), autorii au raportat un coeficient de corelație de $r=0,60$, valoare care, deși moderat-mare, este depășită de corelația de $r=0,850$ identificată în eșantionul nostru [191].

În context național, cercetarea realizată de Rizeanu (2013) pe un eșantion de 119 adulți cu diagnostic de joc de noroc patologic a confirmat aceeași tendință, raportând un coeficient de corelație de $r = 0,78$ între severitatea adicției și intensitatea simptomatologiei depresive. Autoarea subliniază importanța extinderii investigațiilor asupra acestei problematice de sănătate publică și evidențiază imperativul clinic al abordării terapeutice integrate a comorbidității depresive în tratamentul dependenței de jocuri de noroc. Această valoare (0,78) se apropie considerabil de rezultatul obținut în studiul nostru (0,850), consolidând validitatea externă a datelor pe populația din România [22, 24; 25].

Rezultatele cercetării noastre, coroborate cu rezultatele altor studii internaționale și naționale, subliniază imperativul implementării unor intervenții terapeutice multidimensionale în gestionarea jocului de noroc patologic, evidențiind necesitatea tratamentului concomitent al comorbidităților de ordin afectiv. Prevalența ridicată a simptomatologiei anxioase și depresive în rândul acestui segment de beneficiari relevă un mecanism de perpetuare a adicției într-un cerc vicios, unde vulnerabilitatea emoțională potențează conduita problematică, iar aceasta, subsecvent, exacerbează tulburările afective. Prin urmare, se preconizează că intervențiile clinice ar fi optim

să vizeze nu doar diminuarea și stoparea jocului, ci și fortificarea resurselor psihice prin dezvoltarea unor strategii adaptative de gestionare a anxietății și depresiei. În concluzie, abordarea integrată a componentelor afective și a comportamentului adictiv asociat jocului de noroc poate ameliora semnificativ calitatea vieții, facilitând structurarea unui sistem de suport optimizat pentru nevoile specifice ale acestei categorii vulnerabile.

Rezultate referitoare la relația dintre gradul de severitate a jocului de noroc și comportamentele de risc

Mai jos vom expune rezultatele referitoare la relația dintre severitatea adicției de jocurile de noroc și comportamentele de risc. Comportamentele de risc au fost evaluate prin aplicarea *Inventarului situațiilor de risc (Inventory of Gambling Situations – IGS)*, care subsumează următoarele zece subscale: afectivitate negativă; conflicte interpersonale; tentații; testarea controlului personal; afectivitate pozitivă; presiune socială; căutarea senzațiilor; îngrijorări datorate pierderilor; autoeficacitate percepută.

Tabel 2.6. Corelația dintre indicele de severitate a jocului de noroc și situațiile de risc

<i>Variabile</i>	<i>Coeficientul de Corelație</i>	<i>Pragul de Semnificație</i>
<i>Indicele de Severitate a Jocului de Noroc/ Subscala „Afectivitate negativă”</i>	0,759	p<0.001
<i>Indicele de Severitate a Jocului de Noroc/ Subscala „Conflicte interpersonale”</i>	0,668	p<0.001
<i>Indicele de Severitate a Jocului de Noroc/ Subscala „Tentații”</i>	0,869	p<0.001
<i>Indicele de Severitate a Jocului de Noroc/ Subscala „Testarea controlului personal”</i>	0,689	p<0.001
<i>Indicele de Severitate a Jocului de Noroc/ Subscala Subscala „Afectivitate pozitivă”</i>	0,609	p<0.001
<i>Indicele de Severitate a Jocului de Noroc/ Subscala „Presiune socială”</i>	0,863	p<0.001
<i>Indicele de Severitate a Jocului de Noroc/ Subscala „Căutarea senzațiilor”</i>	0,750	p<0.001
<i>Indicele de Severitate a Jocului de Noroc/ Subscala „Îngrijorări datorate pierderilor”</i>	0,780	p<0.001
<i>Indicele de Severitate a Jocului de Noroc/ Subscala „Obsesia recuperării pierderilor”</i>	0,891	p<0.001
<i>Indicele de Severitate a Jocului de Noroc/Subscala „Autoeficacitate percepută”</i>	0,670	p<0.001

Conform datelor din tabelul 2.6, se observă o corelație Pearson pozitivă ($r=0,759$) între gradul de severitate a adicției de jocul de noroc și subscala „*afectivitate negativă*”, fapt ce confirmă interdependența puternică dintre aceste variabile. Astfel, se poate susține că diminuarea capacității

de autoreglare a afectelor negative (ilustrată prin itemi precum jocul sub incidența depresiei, furiei sau singurătății) constituie un factor determinant în menținerea și agravarea adicției de jocul de noroc. În același timp, nivelul ridicat de severitate al comportamentului adictiv corelează direct cu un deficit marcat al strategiilor de coping necesare gestionării stărilor emoționale aversive.

Corelația pozitivă, semnificativă statistic, dintre severitatea adicției de jocuri de noroc și intensitatea conflictelor interpersonale este demonstrată de coeficientul Pearson de $r=0,668$, calculat pentru relația dintre gradul de severitate al patologiei și subscala „*conflicte interpersonale*” (Tabelul 2.6). Această valoare extrem de ridicată indică o interdependență certă între accentuarea comportamentului adictiv și deteriorarea progresivă a calității relațiilor sociale ale subiectului. Astfel, constatăm că respondenții cu o severitate accentuată a dependenței de jocuri de noroc au manifestat o incidență crescută a comportamentului adictiv în contexte conflictuale (e.g., dispute cu prietenii sau tensiuni în mediul familial; exemplu itemi: „Când m-am certat cu un prieten”, „Când au fost scandaluri acasă”), fapt ce indică deficiențe majore în gestionarea crizelor interpersonale.

Analiza statistică a interdependenței dintre severitatea adicției și expunerea la stimuli externi declanșatori a relevat o corelație Pearson pozitivă de $r=0,869$ în raport cu subscala „*tentații*” (Tabelul 2.6). Se poate concluziona că, în cadrul eșantionului investigat, subiecții cu o adicție avansată prezintă o vulnerabilitate sporită la factorii de tip „trigger” (e.g., contexte sociale favorabile jocului, disponibilitatea imediată a acestuia sau posesia de lichidități; exemplu itemi: „Când eram într-o situație socială în care alte persoane din jurul meu jucau”, „Când jocurile de noroc erau ușor disponibile”, „Când aveam bani în buzunar”). În acest sens, se impune dezvoltarea unor strategii de intervenție focusate pe managementul stărilor de „craving” și pe implementarea unor metode alternative de inhibare a răspunsului la stimulii declanșatori ai impulsului de a juca.

Rezultatele cercetării noastre indică faptul că o severitate accentuată a jocului de noroc patologic corelează pozitiv cu adoptarea unor conduite de testare a autocontrolului. Datele statistice relevă un coeficient Pearson de $r=0,689$ între gradul de severitate al adicției și subscala „*testarea controlului personal*” (Tabelul 2.6), confirmând astfel că subiecții cu o patologie de joc avansată prezintă o incidență ridicată a tendinței de a testa auto-controlul față de jocul de noroc, cu efecte de agravare a comportamentului de joc. Această tendință ilustrată prin itemi ce vizează percepția falsă a controlului asupra adicției, încercările de limitare voluntară a jocului sau expunerea deliberată la mediul de joc (exemplu itemi: „Când am început să cred că jocurile de noroc nu mai erau o problemă pentru mine”, „Când am decis să încerc să-mi limitez jocurile de noroc”, „Când m-am simțit sigur că aș putea petrece timpul în sala de jocuri fără să joc”) determină un efect de exacerbare a adicției de jocurile de noroc. În acest context, se impune implementarea

unor strategii de psihoeducație centrate pe mecanismele neurobiologice și psihologice ale abstenenței, pentru a preveni și gestiona expunerea la situații cu risc ridicat.

Este important a menționa că corelația dintre severitatea adicției de jocuri de noroc și subscala „testarea controlului personal” evidențiază contradicția dintre pierderea efectivă a controlului și eforturile compensatorii de a-l redobândi. Acest lucru semnifică că pe măsură ce capacitatea de autoreglare a jucătorului se diminuează, crește imperativul psihologic de a infirma vulnerabilitatea. Rezultatele cercetării noastre indică faptul că testarea controlului induce frecvențe crescute ale episoadelor de joc; astfel, mecanismul se manifestă prin refuzul acceptării dependenței de joc și inițierea unor sesiuni de joc „controlate” pentru a demonstra o autonomie iluzorie.

Acest rezultat poate fi explicat prin faptul că întărirea intermitentă constituie un mecanism central în menținerea adicției, succesul sporadic al tentativelor de autocontrol – oprirea după un interval prestabilit sau în urma unui câștig – consolidând iluzia controlului voluntar. Această inconsistență subminează stabilitatea comportamentală, deoarece reușitele punctuale fundamentează convingerea eronată a unei autonomii permanente. Procesul este marcat de o escaladare progresivă: dacă inițial testarea controlului are un caracter exploratoriu, pe măsura agravării patologiei, aceasta devine o justificare disfuncțională pentru continuarea jocului. Dinamica respectivă explică asocierea statistică directă între severitatea adicției și scorurile ridicate la subscala analizată.

În contextual celor menționate, vom specifica faptul că în literatura de specialitate se disting două forme predominante de testare: 1) „testul abstenenței temporare”: sistarea deliberată a jocului pentru o perioadă scurtă, urmată de reluarea acestuia pentru a evalua intensitatea nevoii. Această verificare reactivează impulsul și crește exponențial riscul de recădere; 2) „testul opririi după câștig”: impunerea limitei de a retrage banii în momentul obținerii unui profit. În pofida atingerii obiectivului financiar, dorința de a valida controlul impulsului conduce la prelungirea sesiunii de joc („încă puțin”), finalizată adesea prin pierderea repetată a banilor și declanșarea pierderii totale a controlului [158].

O altă dimensiune psihologică asociată cu jocul de noroc patologic se referă la afectivitate, iar în cazul cercetării noastre aceasta a fost operaționalizată inclusiv prin subscala „afectivitate pozitivă” din *Inventarul situațiilor de risc (Inventory of Gambling Situations – IGS)*. În cazul studiului nostru, relația dintre severitatea dependenței de jocuri de noroc și trăirile emoționale pozitive este confirmată de un coeficient de corelație Pearson de **$r=0,609$** , subscala „afectivitate pozitivă” fiind alcătuită din itemi ce vizează celebrarea sau starea de fericire: („Când am vrut să sărbătoresc”, „Când am fost fericit”).

Acest rezultat comportă o valență contradictorie și implică unele neclarități care pot fi

concretizate prin întrebarea: De ce ar trebui o stare emoțională plăcută să sporească severitatea adicției de jocurile de noroc? Acest rezultat îl putem înțelege dacă îl includem în tabloul fenomenologic general al adicției de jocul de noroc și al profilului psihologic al jucătorului. În acest sens, vom menționa că impulsivitatea specifică acestuia influențează negativ atât funcționarea în situațiile de distres (pierderea banilor, certuri cu persoane semnificative), cât și funcționarea în situații de eustres (trăirea unei situații marcate de emoții puternice). De regulă, jucătorul nu poate trăi într-o manieră calmă situația încărcată cu emoții pozitive. Acesta, în virtutea impulsivității, dar și a gândirii cu accente extreme, vrea să intensifice și mai mult emoția pozitivă și conotația pozitivă a momentului, să intensifice beneficiile ce sunt asociate cu emoțiile plăcute. Acest fapt ne duce cu gândul la dificultatea cu care jucătorul de noroc patologic menține relația cu realitatea obiectivă.

Cu referire la intervenția socialului asupra severității jocului de noroc, identificăm ca urmare a studiului constativ, o corelație semnificativă ($r=0,863$) între severitatea jocului de noroc patologic și *presiunea socială* (Tabelul 2.6). Astfel, contextul social devine un factor critic de risc în agravarea adicției, manifestându-se prin încurajări directe, așteptări ale grupului de apartenență sau expunerea la comportamente de joc în mediul proxim (exemplu itemi: „Când cineva m-a încurajat să joc”, „Când oamenii din jurul meu se așteptau să joc”, „Când eram într-o situație socială în care alte persoane din jurul meu jucau”).

În acest context, vom menționa că presiunea socială în mod special vizează jucătorii de noroc mai tineri, care, în virtutea specificului vârstei, resimt intens nevoia integrării într-un grup și a aprobării propriiei identități de către grup. Studiile în domeniu relevă că, foarte des, jucătorii tineri se implică în comportamentul de joc de noroc ca urmare a îndemnului venit din partea celorlalți [132; 200]. În același timp, și în cazul altor categorii de vârstă putem invoca această trăsătură, întrucât personalitatea jucătorului de noroc patologic se caracterizează prin infantilism, indiferent de vârsta cronologică.

Nevoia de stimulare continuă constituie o altă dimensiune psihologică care înscrie subiectul în zona riscului pentru jocul de noroc patologic. Cu referire la acest aspect, rezultatele cercetării noastre indică o corelație Pearson semnificativă ($r=0,750$) între severitatea adicției de jocuri de noroc și subscala „*căutarea senzațiilor*” (Tabelul 2.6). Acest rezultat aduce în prim-plan predispoziția persoanelor cu o adicție avansată de a recurge la jocul de noroc în stări de apatie, plictiseală sau hipostimulare („nevoia de activitate”, „monotonia cotidiană” sau „anticiparea euforiei/relaxării”: exemplu de itemi: „Când am avut nevoie de activitate”, „Când viața de zi cu zi părea plictisitoare”, „Când am început să mă gândesc cât de incitant sau relaxant ar fi dacă aş juca puțin”). Acest rezultat face inevitabil referință la rezultatele menționate anterior în cercetarea noastră referitoare la frecvența foarte ridicată a depresiei severe printre jucătorii de noroc

patologic. În acest sens, este important a menționa că apatia, plictiseala, incapacitatea de a fi singur invocă realități psihice depressive, care vor fi hipercompensate comportamental prin hiperstimulare [154]. De asemenea, nu poate fi neglijat aspectul educativ, întrucât nivelul de cultură și mediul social influențează felul în care persoana își organizează modul de viață. Această asociere subliniază imperativul clinic de a identifica alternative funcționale și adaptative pentru gestionarea timpului liber și a modalităților sănătoase de stimulare psihologică.

Prejudiciile financiare provocate de jocul de noroc patologic constituie un factor patogenetic care reprezintă spațiul realității externe, dar care determină perturbări majore în spațiul psihic intern al jucătorului de noroc. Cu referire la acest aspect, rezultatele cercetării noastre relevă existența unei corelații semnificative între severitatea patologiei și anxietatea generată de prejudiciile financiare, confirmată printr-o corelație Pearson puternic pozitivă ($r=0,780$) între gradul de severitate și subscala „îngrijorări datorate pierderilor” (vezi Tabelul 2.6). Datele empirice relevă că în faza de pierdere la jocurile de noroc, presiunea datoriilor poate declanșa un comportament de joc agresiv, caracterizat prin creșterea mizelor și a vitezei de joc. Sunt relevante următoarele situații critice: iminența demascării lipsei banilor, teama de creditori sau preocuparea obsesivă față de datoriile financiare acumulate (exemplu itemi: „Când eram pe punctul de a fi prins, dacă nu făceam rapid rost de niste bani să acopăr pierderea (să îi pun la loc)”, „Când mi-a fost frică de oamenii cărora le datoram bani”, „Când eram îngrijorat din cauza datoriilor mele”).

Din perspectivă cognitiv-comportamentală, corelația dintre severitatea adicției și subscala „îngrijorări datorate pierderilor” este explicabilă și prin prisma modelului cognitiv-comportamental, reflectând interdependența dintre consecințele obiective ale jocului și răspunsul cognitiv-emoțional aferent. Evidențele clinice relevă că pe măsură ce patologia se agravează, îngrijorările legate de deficitul financiar se intensifică, generând un mecanism de menținere de tip feedback pozitiv, astfel instituindu-se un cerc vicios. Sub aspect cognitiv, e de menționat faptul că severitatea adicției induce pierderi financiare recurente, acumularea datoriilor, conflicte interpersonale și degradarea funcționării zilnice, factori care catalizează anxietatea anticipatorie și ruminația („ce se va întâmpla dacă nu recuperez banii?”). Astfel, se stabilește o cauzalitate liniară: multiplicarea pierderilor exacerbează starea de îngrijorare mai multe pierderi – mai multă îngrijorare.

Deși îngrijorarea survine ca reacție la pierderile financiare, aceasta translează progresiv într-un factor declanșator pentru noi episoade de joc. Tranziția este una cauzală și întărită, conform modelului cognitiv-comportamental ABC: *A (Antecedent)* – anxietate generată de pierderile bănești; *B (Comportament/Behavior)* – recurgerea la joc pentru recuperarea banilor și restabilirea echilibrului; *C (Consecință)* – acumularea de pierderi suplimentare și exacerbarea stării de

anxietate. Acest fenomen poate fi conceptualizat ca o formă de impulsivitate orientată spre recuperarea pierderilor. Astfel, severitatea adicției exacerbează îngrijorarea, care la rândul ei crește probabilitatea inițierii unor noi sesiuni de joc, alimentând în final severitatea adicției de joc. Se constituie astfel un cerc vicios care, prin repetiție, conduce la cronicizarea adicției.

Problematica financiară, derivată din jocul de noroc patologic, este asociată în plan cognitiv și comportamental, obsesiei recuperării banilor pierduți ca urmare a activității de joc. În acest sens, rezultatele cercetării noastre indică o corelația puternică între severitatea patologiei „*obsesia recuperării banilor*”, aspect confirmat printr-un coeficient Pearson de $r=0,891$ (vezi Tabelul 2.6). Această asociere puternică subliniază prevalența impulsului de recuperare a banilor în faza de pierdere, exercitând o influență critică asupra agravării comportamentului adictiv. Subscala evidențiază itemi ce vizează sentimentul depășirii unui punct fără întoarcere, imperativul financiar de a redobândi sumele pierdute sau convingerea că o succesiune de victorii poate remedia integral situația (exemplu itemi: „Când am simțit că am mers prea departe ca să mă întorc”, „Când am avut nevoie să câștig înapoi banii pierduți la jocuri”, „Când am simțit că mai am nevoie de încă o serie de victorii să repare totul”).

Corelația dintre gradul de severitate al jocului de noroc patologic și subscala „obsesia recuperării banilor” (*loss chasing*) este una dintre cele mai robuste și complicate relații în fenomenologia jocului de noroc patologic din perspectiva abordării cognitiv-comportamentale, întrucât această corelație reflectă un mecanism central de menținere și agravare a dependenței. Se are în vedere faptul că cu cât un individ este mai sever afectat de jocul de noroc, cu atât tendința de a recupera pierderile devine mai intensă, mai frecventă și mai rigidă în sensul identificării altor căi de soluționare a problemei. Din perspectivă cognitiv-comportamentală, obsesia recuperării banilor reprezintă o combinație între cogniții disfuncționale, presiune emoțională și comportamente compulsive. Aceasta nu este doar o reacție la pierdere, ci o reinterpretare activă a acesteia: pierderea nu este văzută ca final, ci ca o situație „incompletă” care trebuie corectată. Astfel, pierderea nu este acceptată.

Un prim mecanism care explică această corelație este distorsiunea cognitivă legată de recuperabilitatea pierderilor. Jucătorul patologic dezvoltă convingerea că pierderile pot și trebuie recuperate dacă continuă să joace suficient de mult sau suficient de „inteligent”. Această credință este alimentată de erori precum *gambler's fallacy* (după o serie de pierderi urmează un câștig) sau iluzia controlului [185; 134]. Cu cât severitatea crește, cu atât aceste convingeri devin mai rigide și mai automatizate, ceea ce duce la creșterea scorului la subscala obsesiei recuperării.

Al doilea mecanism implicat în constituirea obsesiei privind recuperarea banilor este legat de intoleranța la pierdere a subiectului. Pentru jucătorul de noroc patologic, pierderea nu este doar un

eveniment financiar, ci are o încărcătură emoțională puternică: este percepută ca eșec personal, pierdere de statut sau dovadă a incompetenței, invocând o semnificativă rană narcisică. Această interpretare amplifică disconfortul emoțional și generează nevoia urgentă de a „repara” situația. Recuperarea banilor devine astfel o strategie de reglare emoțională și de recuperare a integrității narcisice. Cu cât severitatea este mai mare, cu atât reacția emoțională la pierdere este mai intensă, iar comportamentul de recuperare devine mai compulsive [119].

Din perspectiva teoriei disonanței cognitive, obsesia recuperării banilor apare ca un mecanism de reducere a tensiunii interne, jucătorul trăind un conflict între „am pierdut bani” și „sunt o persoană capabilă/competentă”. Pentru a reduce această disonanță, jucătorul nu acceptă pierderea, ci continuă să joace pentru a demonstra că poate câștiga înapoi banii, implicit statutul și încrederea în sine. În acest sens, comportamentul de recuperare nu este doar financiar, ci și identitar. Cu cât pierderile sunt mai mari (și, implicit, severitatea mai ridicată), cu atât nevoia de a reduce disonanța este mai puternică, ceea ce explică corelația directă.

Un alt mecanism esențial, subscris obsesiei privind recuperarea banilor, este întărirea intermitentă. Chiar dacă majoritatea încercărilor de recuperare duc la pierderi suplimentare, există momente în care jucătorul reușește parțial sau total să recupereze o sumă. Aceste episoade au un impact psihologic disproporționat și devin dovezi că strategia „funcționează”. Astfel, comportamentul de recuperare este întărit, chiar dacă pe termen lung acesta se dovedește a fi dezadaptativ. Totodată, cu cât severitatea este mai mare, cu atât numărul acestor încercări crește, iar probabilitatea de a experimenta astfel de „pseudo-succese” se mărește, consolidând obsesia. La nivel comportamental, obsesia recuperării banilor duce la o serie de tipare care cresc direct severitatea:

- creșterea frecvenței jocului după pierderi;
- creșterea mizelor pentru a recupera mai rapid;
- prelungirea episoadelor de joc peste limitele inițiale;
- utilizarea de resurse suplimentare (împrumuturi, bani destinați altor scopuri).

Aceste comportamente amplifică pierderile și, implicit, severitatea, ceea ce generează noi episoade de recuperare. Astfel, se formează un cerc vicios clar: pierdere → obsesie de recuperare → joc intensificat → pierderi mai mari → obsesie și mai puternică.

Un element important este și rolul îngrijorării legate de pierderi. În mod adaptativ, îngrijorarea ar trebui să inhibe comportamentul de risc. În cazul jucătorului patologic, ea are efect invers. Gândurile de tipul „am pierdut prea mult”, „trebuie să recuperez”, „nu pot rămâne așa” cresc tensiunea internă și impulsul de a juca. Astfel, îngrijorarea devine un factor declanșator, nu unul protector. Cu cât severitatea este mai mare, cu atât aceste gânduri sunt mai frecvente și mai intense,

ceea ce crește scorul la obsesia recuperării. Din perspectiva schemelor cognitive, pot fi identificate teme profunde precum:

- „nu pot accepta pierderea”;
- „valoarea mea depinde de succesul financiar”;
- „trebuie să repar greșelile imediat”.

Aceste scheme determină o reacție rigidă la pierdere și susțin comportamentul de recuperare a banilor. În formele severe, aceste convingeri devin aproape inflexibile, ceea ce explică de ce corelația este atât de puternică [137].

Un alt aspect relevant pentru înțelegerea obsesiei de recuperare a banilor este escaladarea angajamentului („*sunk cost fallacy*”). De această dată, jucătorul consideră că, deoarece a investit deja mulți bani, trebuie să continue pentru a justifica investiția financiară inițială. Renunțarea ar însemna acceptarea pierderii, ceea ce este dificil din punct de vedere psihologic. Astfel, cu cât severitatea este mai mare (și investiția financiară cumulată este mai mare), cu atât presiunea de a continua și de a recupera bani crește [40].

Analiza evidențelor clinice, conturează următorul scenariu:

- 1) jucătorul pierde o sumă semnificativă;
- 2) desi initial jucătorul intenționa să joace doar o oră, după pierdere își spune „mai joc puțin ca să recuperez”;
- 3) jucătorul pierde din nou, iar gândul predominant este „nu pot să mă opresc acum, trebuie să ies măcar pe zero”;
- 4) în orele următoare, jucătorul crește miza și continuă să joace, acumulând pierderi și mai mari;
- 5) în zilele următoare, îngrijorarea legată de bani determină jucătorul să revină pentru a încerca din nou recuperarea.

Acest scenariu relevă felul în care obsesia recuperării devine o dominantă cognitivă, iar sub aspect comportamental, nu doar menține activitatea de joc, ci și o amplifică.

Din punct de vedere psihologic, corelația dintre severitate și obsesia recuperării poate fi explicată printr-un model bidirecțional și prin existența unui factor latent comun, precum impulsivitatea sau sensibilitatea la recompense [87]. Obsesia recuperării crește severitatea prin comportamentele asociate, iar severitatea (prin creșterea pierderilor) intensifică obsesia. Astfel, cele două variabile se amplifică reciproc.

Corelația dintre gradul de severitate al jocului de noroc patologic și obsesia recuperării banilor reflectă un mecanism central al dependenței. Recuperarea nu este doar o reacție la pierdere, ci devine un scop în sine, susținut de distorsiuni cognitive, disconfort emoțional și întărire

comportamentală. Cu cât severitatea crește, cu atât pierderile sunt mai mari, presiunea emoțională mai intensă și convingerile mai rigide, ceea ce duce inevitabil la intensificarea obsesiei recuperării. Din perspectivă cognitiv-comportamentală, această relație reprezintă una dintre cele mai importante ținte de intervenție, deoarece întreruperea ciclului de *loss chasing* poate reduce semnificativ severitatea comportamentului de joc.

Ultima scală din *Inventarul situațiilor de risc (Inventory of Gambling Situations)* se referă la dimensiunea cognitivă, la modul concret vizând încrederea jucătorului în abilitățile proprii. Rezultatele analizei statistice a datelor relevă o corelație Pearson pozitivă cu valoarea de **0.670** între gradul de severitate a jocului de noroc și subscala „*autoeficiență percepută*” (vezi Tabelul 2.6). În această subscală se inventariează o serie de situații de risc asociate cu false credințe cu privire la jocul de noroc, precum: „Când aproape am câștigat și am simțit că voi câștiga foarte curând”, „Când am decis că de data asta aș putea folosi strategii bune de joc”, „Când câștigam și am vrut să câștig în continuare”.

Un prim mecanism care explică această corelație este iluzia competenței în contexte de incertitudine și șansă. Jucătorii de noroc dezvoltă frecvent convingerea că experiența acumulată în joc îi face „mai buni” decât alții. Ei cred că pot identifica tipare, pot anticipa rezultate sau pot lua decizii mai „inspirate”, considerând că au anumite abilități de a influența rezultatul jocului de noroc. Această încredere crește odată cu implicarea în joc, deoarece expunerea repetată la situații de risc creează o falsă familiaritate cu contextul. Din punct de vedere cognitiv, familiaritatea este interpretată eronat ca abilitate. Astfel, cu cât severitatea crește, cu atât individul are mai multe „date acumulate” pe baza cărora își construiește această iluzie de competență.

Un al doilea mecanism asociat cu încrederea eronată în abilitățile proprii este consolidarea discontinuă a succeselor percepute. În jocul de noroc, câștigurile apar imprevizibil, dar au un impact psihologic disproporționat de mare. Într-o logică continuă autovalidantă, jucătorul tinde să își amintească selectiv momentele în care „a știut”, „a simțit corect” sau „a intuit momentul potrivit”, aceste episoade fiind internalizate ca dovadă a abilității personale. Datele empirice sugerează că cu cât severitatea este mai mare, cu atât numărul acestor episoade este mai mare, ceea ce consolidează în mod artificial încrederea în propriile abilități.

Din perspectiva procesării cognitive, intervine și biasul de atribuire self-serving (eroare de autoconfirmare). Conform acestei logici, atunci când câștigă, jucătorul atribuie rezultatul propriilor abilități („am știut”, „am avut strategie”), iar când pierde, atribuie extern situația („a fost ghinion”, „nu a fost să fie astăzi”). Acest tipar de atribuire devine mai rigid pe măsură ce severitatea crește, deoarece jucătorul are o nevoie tot mai mare de a-și proteja imaginea de sine. Astfel, în loc să își reducă încrederea în abilități în fața pierderilor, o menține sau chiar o amplifică prin reinterpretări

cognitive („dacă eram un pic mai atent, știam ce va urma”).

Un alt mecanism relevant este cel al compensării psihologice în contextul pierderii controlului real. Pe măsură ce comportamentul devine problematic, apar tot mai frecvent episoade de pierdere a controlului: joc prelungit, pierderi financiare și incapacitatea de a se opri. În mod paradoxal, pentru a reduce disonanța cognitivă dintre „nu mă pot opri” și „sunt o persoană cu abilități”, jucătorul își poate amplifica nivelul declarat de încredere în propriile abilități. Această încredere funcționează ca un mecanism defensiv: „dacă sunt bun, atunci pierderile sunt temporare sau explicabile, nu un semn de lipsă de control”.

Din perspectiva teoriei disonanței cognitive, acest proces este esențial. Cu cât severitatea crește, cu atât se intensifică și tensiunea internă dintre comportament și autoimagine. În loc să reducă comportamentul, jucătorul își ajustează cognițiile: își menține sau chiar își crește încrederea în propriile abilități pentru a justifica continuarea jocului. În acest sens, încrederea nu reprezintă un indicator al adaptării, ci un mecanism de menținere a comportamentului problematic. Pentru o mai bună înțelegere, putem oferi un exemplu clinic: un jucător pierde în mod repetat sume importante, dar afirmă că „știe exact cum funcționează aparatul” sau că „are o strategie care a funcționat”. De fiecare dată când obține un câștig, acesta este interpretat ca dovadă a abilităților sale, iar pierderile sunt percepute ca excepții temporare. Pe măsură ce continuă să joace, atât pierderile, cât și încrederea în propria „strategie” cresc simultan.

În concluzie, vom menționa că corelația dintre severitatea jocului de noroc și încrederea în abilitățile proprii nu reflectă o competență reală crescută, ci o combinație de distorsiuni cognitive, mecanisme de apărare psihologică și întărire intermitentă. Din perspectivă cognitiv-comportamentală, această „încredere” este mai degrabă un simptom al menținerii dependenței decât un factor protector. Cu cât comportamentul devine mai sever, cu atât sistemul cognitiv are nevoie să se autovalideze mai puternic, ceea ce duce la creșterea artificială a încrederii în abilități, în pofida dovezilor contrare din realitate.

Conform rezultatelor prezentate mai sus, se confirmă ipoteză conform căreia există o corelație pozitivă semnificativă statistic între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și mai multe situații de risc: incapacitatea de a gestiona emoțiile negative, conflicte cu alte persoane, diverse tentații, testarea eronată a controlului personal, incapacitatea de gestionare a emoțiilor plăcute, presiunea socială, nevoia de psihostimulare, îngrijorări datorate pierderilor financiare, încrederea exagerată în abilitățile proprii în contextul jocului de noroc.

Din punct de vedere comportamental, toate aceste procese interne se concretizează într-o serie de tipare repetate. Jucătorul se implică frecvent în situații de risc, căutând activ contexte în care poate juca. Expunerea la stimuli asociați jocului – cazinouri, aplicații, grupuri sociale – devine

constantă și contribuie la menținerea comportamentului.

Toate aceste dimensiuni nu funcționează independent, ci se organizează într-un sistem circular. Cognațiile disfuncționale generează emoții negative, emoțiile cresc probabilitatea comportamentului de joc, iar consecințele comportamentului întăresc cognițiile inițiale. Este un sistem de autoreglare disfuncțional, în care fiecare încercare de rezolvare devine, de fapt, parte din problemă.

Corelația dintre indicele de severitate a jocului de noroc și inventarul situațiilor de risc reflectă o relație structurală între vulnerabilitate, context și comportament. Considerăm că această corelație este explicată prin mecanisme de învățare deficitare, distorsiuni cognitive, reglare emoțională precară și factori latenți comuni. Din acest motiv, evaluarea integrată a celor două dimensiuni oferă o imagine mult mai fidelă asupra jocului de noroc patologic și asupra punctelor optime de intervenție terapeutică.

Inventarierea situațiilor de risc ce pot agrava comportamentul de joc, a arătat că „obsesia recuperării pierderilor”, „îngrijorările datorate pierderilor”, „presiunea socială” și „tentațiile” sunt cei mai importanți factori favorizanți pentru întărirea comportamentului de joc de noroc patologic.

În cazul subiecților cu scoruri ridicate la aceste subscale, se recomandă intervenții de psihoeeducație privind probabilitatea reală de câștig și strategii de gestionare a emoțiilor pentru a evita comportamentul de obsesie pentru recuperarea banilor, precum și abordarea unor metode alternative de gestionare a resurselor financiare și de reducere a datoriei, în vederea întreruperii ciclului vicios al jocului patologic. În special, pentru „obsesia recuperării pierderilor”, este esențială conștientizarea că repetarea jocului pentru recuperarea pierderilor poate agrava situația financiară și psihologică, în timp ce pentru „îngrijorările datorate pierderilor”, „presiunea socială” și „tentațiile”, se recomandă dezvoltarea abilităților de autocontrol și management al influențelor externe, precum și implementarea unor strategii alternative de gestionare a banilor, în scopul reducerii riscului de comportament de joc și de aprofundare a problemelor asociate.

Rezultate referitoare la relația dintre gradul de severitate a jocului și nivelul gândurilor iraționale

Tabelul 2.7. Corelația dintre gradul de severitate al jocului de noroc patologic și nivelul gândurilor iraționale

<i>Variabilele</i>	<i>Coeficientul de corelație</i>	<i>Pragul de semnificație</i>
<i>Indicele de severitate al jocului de noroc patologic/biasuri interpretative privind controlul jocului</i>	$r = 0,425$	$p = 0,05$
<i>Indicele de severitate al jocului de noroc patologic/iluzia controlului</i>	$r = 0,613$	$p = 0,05$

<i>Indicele de severitate al jocului de noroc patologic/predicția controlului</i>	$r = 0,539$	$p = 0,05$
<i>Indicele de severitate al jocului de noroc patologic/așteptări nerealiste asociate cu jocurile de noroc</i>	$r = 0,702$	$p = 0,05$
<i>Indicele de severitate al jocului de noroc patologic/incapacitatea de a stopa jocul</i>	$r = 0,649$	$p = 0,05$

În tabelul de mai sus sunt prezentate corelațiile dintre *Indicele de severitate al jocului de noroc patologic* și *categoriile gândurilor iraționale*, ultimele corespunzătoare subscalelor din Scala de evaluare a gândurilor iraționale (GRCS). Rezultatele obținute ca urmare a calculării coeficienților de corelație relevă o interdependență fermă între severitatea jocului de noroc patologic și aprofundarea distorsiunilor cognitive la jucătorul de noroc patologic.

Un alt obiectiv al cercetării noastre a vizat stabilirea calității relației dintre gradul de severitate al jocului de noroc patologic și categoriile gândurilor iraționale, iar una dintre ipotezele cercetării a presupus existența unei relații direct proporționale între aceste variabile. Identificarea și evaluarea distorsiunilor cognitive a avut loc prin aplicarea Scalei de evaluare a gândurilor iraționale (*Gambling Related Cognition Scale*), care include cinci subscale, corespundente următoarele categorii de gânduri iraționale: 1) biasuri interpretative privind controlul jocului; 2) iluzia controlului; 3) predicția controlului; 4) așteptări nerealiste; 5) gânduri privind incapacitatea de a stopa jocul. Interpretarea se poate realiza pe subscale sau prin scorul total, valorile ridicate indicând prezența unor cogniții iraționale accentuate referitoare la activitatea aferentă jocurilor de noroc.

În Tabelul 2.7 sunt indicate corelațiile Pearson pentru subscalele care reprezintă gândurile iraționale. Constatăm că în cazul subscalelor „așteptări nerealiste asociate cu jocurile de noroc” ($r=0,702$), „incapacitatea de a stopa jocul” ($r=0,649$) și „iluzia controlului” ($r=0,613$) s-au obținut cei mai mari indici ai corelației.

Totodată, la toate subscalele evaluate a fost constată o corelație semnificativă direct proporțională. Astfel, se confirmă ipoteza conform exista o corelație pozitivă semnificativă statistic între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și nivelul gândurilor iraționale. În cadrul jocului de noroc patologic, distorsiunile cognitive reprezintă un set de credințe de bază false sau exagerate care modelează gândurile automate și comportamentele jucătorului, contribuind la inițierea și menținerea adicției. O trăsătură centrală este tendința de supraestimare a șanselor de câștig, reflectată prin iluzia controlului, interpretarea eronată a rezultatelor „near-miss” și eroarea jucătorului în procesarea aleatorului.

În studiul prezent, cele mai pronunțate cogniții iraționale au vizat „iluzia controlului”,

„așteptările nerealiste legate de jocurile de noroc” și „incapacitatea de a stopa jocul”. Iluzia controlului, amplificată de elemente de pseudo-abilitate (alegere, familiaritate, implicare activă), este asociată mai ales cu jocurile „strategice” și cu severitatea crescută a comportamentului de joc. Așteptările nerealiste privind obținerea de fericire, excitație sau „uitare a problemelor” prin joc favorizează implicarea excesivă și interacționează negativ cu simptomatologia depresivă, potențând atât depresia, cât și dependența. Percepția incapacității de a opri jocul – sentimentul că persoana nu poate funcționa fără a juca – este puternic corelată cu prognosticul negativ și cu un succes terapeutic redus pe termen lung.

Jucătorul de noroc patologic nu este, în esență, un individ care „joacă prea mult”, ci o persoană prinsă într-un sistem psihologic complex, în care modul cognitiv, emoțional și comportamental se organizează în jurul unei iluzii persistente: aceea că poate controla ceea ce, în realitate, este incontrollabil. Din perspectiva terapiei cognitiv-comportamentale, acest profil nu poate fi redus la o listă de simptome, ci trebuie înțeles ca o dinamica vie, în care fiecare componentă – cognitivă, afectivă și comportamentală – o alimentează pe cealaltă într-un cerc vicios. La nivel cognitiv, jucătorul patologic trăiește într-o realitate distorsionată, dar coerentă pentru el. Gândurile sale nu sunt aleatorii, ci organizate în jurul unor convingeri iraționale care îi structurează deciziile. El nu joacă „la întâmplare”, ci ghidat de ideea că, într-un fel sau altul, poate câștiga. Această credință nu este întotdeauna explicită; uneori apare sub forma unor așteptări mai subtile: că va veni „momentul lui”, că experiența acumulată îl face mai priceput sau că pierderile actuale sunt doar o etapă necesară înaintea unui câștig inevitabil. Iluzia controlului este nucleul acestor procese cognitive. Jucătorul ajunge să creadă că poate influența rezultatele prin strategii, intuiție sau chiar printr-o formă de „simț” al momentului potrivit. De aici derivă și predicția controlului: convingerea că poate anticipa când este momentul optim să joace. Aceste mecanisme creează o senzație falsă de competență și reduc percepția riscului real. În același timp, se dezvoltă biasuri cognitive asupra modului de interpretare a rezultatelor. Câștigurile sunt văzute ca dovadă a abilității, în timp ce pierderile sunt atribuite ghinionului temporar sau unor factori externi. Astfel, sistemul cognitiv devine autovalidant: orice rezultat poate fi integrat într-o naratiune care justifică continuarea jocului. Corelația dintre gradul de severitate a jocului de noroc patologic și nivelul gândurilor iraționale este una dintre cele mai solide și coerente relații explicate de modelul cognitiv-comportamental al dependențelor. Aceasta reflectă o legătură profundă între modul în care jucătorul de noroc patologic interpretează realitatea și modul în care se angajează în comportamentul de joc de noroc. Considerăm că un mecanism central explicativ este legat de rolul distorsiunilor cognitive în decizia de a iniția un nou episod de joc. Jucătorul de noroc patologic prezintă distorsiuni cognitive precum iluzia controlului (pot influența rezultatul jocului), erori de

judecată (după o serie de pierderi sigur urmează un câștig mare), interpretarea selectivă a câștigurilor și minimizarea pierderilor. Aceste convingeri nu sunt doar opinii, ci funcționează ca reguli decizionale. Cu cât acestea sunt mai frecvente și mai inflexibile, cu atât crește probabilitatea de inițiere și repetare a comportamentului de joc de noroc.

Din punct de vedere statistic, acest fenomen se interpretează printr-o relație directă: scoruri ridicate la gândurile iraționale sunt asociate cu scoruri mai mari la gradul de severitate al jocului de noroc. De asemenea, observăm că gândurile iraționale joacă un rol esențial în menținerea comportamentului de joc de noroc în fața pierderilor, ceea ce este un factor definitoriu pentru severitate.

Dacă un jucător de noroc care nu este patologic se oprește, în general, din a juca atunci când pierde, jucătorul de noroc patologic continuă. Această continuare este justificată la nivel cognitiv (trebuie să recuperez banii pierduți, am fost atât de aproape să câștig, nu pot să mă opresc acum). Acest fenomen este cunoscut ca „obsesia recuperării banilor” și este direct alimentat de distorsiuni cognitive. Astfel, severitatea crește nu doar prin frecvența comportamentului de joc, ci și prin incapacitatea de a opri comportamentul. Iar această incapacitate este susținută de gândurile iraționale.

Distorsiunile cognitive joacă un rol esențial în procesarea probabilităților. Jucătorul nu înțelege sau nu acceptă caracterul aleator al jocului. În schimb, dezvoltă reguli intuitive, dar eronate, precum credința că, după o serie de pierderi, urmează un câștig sau că anumite tipare pot fi anticipate. Aceste erori nu sunt simple greșeli de calcul, ci devin parte dintr-un sistem de credințe mai larg, susținut de scheme cognitive disfuncționale. În profunzime, pot exista convingeri legate de valoarea personală („trebuie să reușesc”), de intoleranța la pierdere („nu pot accepta să pierd”) sau de nevoia de control („trebuie să dețin controlul asupra situației”). Toate acestea transformă jocul de noroc dintr-o activitate recreativă într-un spațiu în care se pierde identitatea de sine.

Particularitățile profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic în lotul studiat

Pe baza rezultatelor obținute în cadrul studiului realizat pe un lot de 115 participanți, profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic se conturează ca o structură psihoclinică complexă, caracterizată prin interdependența dintre vulnerabilități cognitive, afective și comportamentale. Rezultatele obținute sugerează că severitatea jocului de noroc patologic nu poate fi explicată exclusiv prin frecvența sau intensitatea comportamentului de joc, ci trebuie înțeleasă în relație cu o rețea de mecanisme psihologice care susțin inițierea, repetarea și agravarea conduitei adictive.

Un prim aspect relevant este asocierea dintre indicele de severitate al jocului de noroc și

diverse situații de risc, relație care evidențiază existența unei conexiuni structurale între vulnerabilitate, context și comportament. Această corelație sugerează că implicarea în jocul de noroc patologic nu apare izolat, ci în cadrul unui sistem psihologic și social în care expunerea la situații de risc interacționează cu mecanisme de învățare deficitare, distorsiuni cognitive, dificultăți de reglare emoțională și posibili factori latenți. În acest sens, evaluarea integrată a severității comportamentului de joc și a situațiilor de risc oferă o perspectivă clinică mai clară asupra organizării patologiei și asupra momentelor optime de intervenție psihologică.

Sub aspect cognitiv, profilul jucătorului de noroc patologic este caracterizat de prezența gândurilor iraționale persistente și a distorsiunilor cognitive sistematice, care întrețin relația dintre interpretarea realității și angajarea efectivă în comportamentul de joc. Corelația dintre severitatea jocului de noroc și nivelul gândurilor iraționale se dovedește a fi una dintre cele mai stabile și coerente relații explicative în cadrul modelului cognitiv-comportamental al dependenței de jocul de noroc. Rezultatele cercetării noastre relevă că jucătorul patologic nu se implică în joc într-un mod întâmplător, ci pe baza unor convingeri distorsionate referitoare la șansă, control, probabilitate și recuperarea pierderilor. Printre aceste distorsiuni se numără iluzia controlului, erorile de judecată privind alternanța rezultatelor, interpretarea selectivă a câștigurilor și minimizarea pierderilor. Aceste convingeri nu au statutul unor simple opinii eronate, ci funcționează ca reguli cognitive de organizare a deciziei și comportamentului, gândirea jucătorului de noroc fiind dominată de aceste scheme. Urmând această logică epistemică, putem presupune că cu cât acestea sunt mai frecvente și mai rigide, cu atât crește riscul inițierii și repetării comportamentelor de joc.

De asemenea, datele cercetării sugerează că gândurile iraționale joacă un rol esențial în menținerea comportamentului de joc în fața pierderilor, aspect definitoriu pentru severitatea clinică a dependenței de jocurile de noroc. Dacă un jucător recreațional are tendința să reducă sau să oprească jocul în urma pierderilor, jucătorul patologic continuă să joace, argumentând insistența sa prin idei de tipul recuperării banilor, proximității față de câștig sau incapacității de a se opri într-un anumit moment. În acest sens, severitatea comportamentului nu este determinată doar de frecvența jocului, ci mai ales de incapacitatea de întrerupere a acestuia, incapacitate susținută de un sistem cognitiv disfuncțional.

Un alt element central al profilului psihologic identificat este tensiunea dintre pierderea controlului și eforturile repetate de a demonstra sau recâștiga controlul. Corelația dintre severitatea jocului de noroc și subscala „testarea controlului personal” reflectă ferm această dinamică paradoxală. Pe măsură ce individul experimentează tot mai frecvent pierderea controlului asupra jocului, apare o nevoie psihologică tot mai accentuată de a demonstra contrariul. Această nevoie

se concretizează în comportamente de testare a controlului, precum reluarea deliberată a jocului pentru a verifica dacă impulsul mai este prezent sau încercarea de a se opri după un câștig pentru a demonstra autocontrolul. Așa cum deducem din datele empirice, aceste conduite nu reduc comportamentul problematic, ci cresc probabilitatea reapariției lui, funcționând ca mecanisme de menținere, nu de reglare, fiind susținute inclusiv prin procese de întărire intermitentă. Important a menționa că reușitele ocazionale de autocontrol sunt internalizate de către jucător ca dovezi ale capacității de control, chiar dacă ele nu implică un control achiziționat și asimilat. Astfel, testarea controlului nu mai reprezintă o verificare autentică a limitelor personale, ci o formă de justificare a continuării jocului.

În aceeași logică se înscrie și relația dintre severitatea jocului și subscala „îngrijorări datorate pierderilor”. Această corelație reflectă raportul direct dintre consecințele negative ale jocului și reacțiile cognitiv-emoționale generate de acestea. Pierderile financiare repetate, acumularea de datorii, afectarea relațiilor interpersonale și deteriorarea funcționării cotidiene generează îngrijorare, anxietate anticipatorie și ruminații recurente. Totuși, aceste reacții nu funcționează inhibitor, ci devin, treptat, factori declanșatori pentru noi episoade de joc. Astfel, îngrijorarea nu reduce comportamentul de risc, ci îl reactivează, pe fondul nevoii de a restabili echilibrul financiar și psihologic printr-o nouă tentativă de recuperare. Se configurează, astfel, un cerc vicios în care severitatea generează pierderi, pierderile generează îngrijorare, îngrijorarea favorizează o nouă sesiune de joc, iar aceasta intensifică severitatea. Din această perspectivă, îngrijorarea legată de pierderi trebuie înțeleasă nu doar ca efect al dependenței, ci și ca mecanism activ de menținere a acesteia.

Analiza datelor permite, de asemenea, conturarea unui profil cognitiv mai profund al jucătorului de noroc patologic. Datele obținute indică că acesta trăiește într-o realitate distorsionată, dar intern coerentă, organizată în jurul unor credințe iraționale persistente. Conform logicii jucătorului, acesta nu joacă „la întâmplare”, ci este ghidat de convingerea că, într-o formă sau alta, poate câștiga. Această credință poate lua forma unor anticipări, precum ideea că neapărat va câștiga într-o zi, că experiența acumulată îl face mai competent sau că pierderile actuale reprezintă doar o etapă tranzitorie înaintea unui câștig inevitabil. Iluzia controlului apare ca element-cheie al acestor procese cognitive, determinând accentuarea falsei convingeri că rezultatele pot fi influențate prin strategie, intuiție sau experiență.

Distorsiunile cognitive privind probabilitatea joacă, la rândul lor, un rol fundamental în constituirea profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic. Jucătorul patologic nu acceptă caracterul aleator al jocului și dezvoltă reguli intuitive, dar eronate, referitoare la succesiunea rezultatelor și la posibilitatea anticipării acestora. Aceste erori nu reprezintă simple deficite de

calcul, ci componente ale unui sistem de credințe mai larg, susținut de scheme cognitive disfuncționale privind valoarea personală, intoleranța la pierdere și nevoia de control. Din această perspectivă, jocul de noroc încetează să mai fie o activitate recreativă și devine un spațiu psihologic în care individul încearcă să-și regleze identitatea, valoarea de sine și raportarea la eșec.

Dimensiunea afectivă a profilului jucătorului de noroc patologic este la fel de importantă și, așa cum ne indică datele demersului nostru constatativ, se constă în valențe clinice. În acest sens, este important să specificăm că jucătorul de noroc patologic nu este motivat exclusiv de stimularea produsă de joc, ci și de o gamă largă de emoții negative. Datele cercetării noastre indică că depresia și anxietatea, de regulă, de intensitate maximă caracterizează dimensiunea afectivă din personalitatea jucătorului de noroc patologic. Anxietatea apare frecvent în legătură cu pierderile financiare, cu consecințele acestora și cu reacțiile anticipate ale celor din jur. În același timp, depresia se conturează ca efect al eșecurilor repetate și al percepției tot mai accentuate a propriei incapacități, pe acest fond stima de sine diminuându-se progresiv. Vinovăția și rușinea ocupă, de asemenea, un loc central în organizarea afectivă a profilului. Cu toate acestea, aceste trăiri nu aduc cu sine schimbări benefice, ci tind să mărească evitarea, negarea și izolarea. Rușinea, în special, contribuie la retragerea socială și la scăderea probabilității solicitării ajutorului, crescând, în schimb, dependența de joc ca modalitate de evadare din disconfortul psihic.

Pe măsură ce dependența evoluează, se instalează tot mai accentuat neputința și lipsa de speranță. În mod paradoxal, aceste stări nu reduc comportamentul problematic, ci îl pot intensifica. În lipsa unor strategii eficiente de reglare emoțională, jocul devine o soluție rapidă, deși profund disfuncțională, pentru gestionarea stresului, anxietății și frustrării. În acest sens, comportamentul de joc îndeplinește nu doar o funcție de căutare a recompensei, ci și una de autoreglare emoțională compensatorie.

Din perspectivă comportamentală, toate aceste procese cognitive și afective se concretizează în tipare repetitive de conduită. Jucătorul se expune frecvent la situații de risc, caută activ contexte de joc și menține o proximitate constantă față de stimulii asociați acestuia. Un element definitoriu este obsesia recuperării banilor, unul dintre cei mai puternici predictorii ai severității adicției de jocurile de noroc. Conform scenariului comportamental al jucătorului, pierderea nu este acceptată, ci transformată într-un obiectiv de reparat, iar comportamentul de joc capătă funcția compulsivă de recuperare a unei stări anterioare, atât financiare, cât și identitare. În acest context, comportamentele tipice includ creșterea frecvenței jocului după pierderi, creșterea mizelor, prelungirea episoadelor de joc și utilizarea unor resurse suplimentare pentru a continua. Toate aceste conduite amplifică pierderile și întrețin ciclul dependenței.

În concluzie, vom menționa că profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic este

acela al unui individ prins într-un sistem disfuncțional de autoreglare, în care cognițiile distorsionate, afectele negative și comportamentele disfuncționale se susțin reciproc. În centrul acestui sistem se află iluzia controlului, intoleranța la pierdere, nevoia de recuperare a banilor și dificultatea reglării emoționale. Relevanța acestui profil depășește nivelul descriptiv, având implicații directe pentru interpretări clinice și pentru intervenții psihoterapeutice și psihologic-formative. O abordare cognitiv-comportamentală orientată nu doar spre reducerea simptomelor, ci mai ales spre identificarea și restructurarea mecanismelor de menținere, apare ca o resursă fundamentală pentru înțelegerea funcționării psihice a jucătorului de noroc patologic și pentru organizarea unui cadru pertinent de consiliere psihologică a acestei categorii de beneficiari.

Studiu comparativ: rezultate ale studiilor din România și alte studii internaționale

Din punct de vedere afectiv, în cadrul lotului studiat a fost atestat un grad ridicat de anxietate (93.9% dintre subiecți) și o incidență ridicată a depresiei severe (80% dintre participanți) [145]. Aceste rezultate sunt în concordanță cu datele din literatura de specialitate care indică o rată mare de comorbiditate între tulburările afective și adicția de jocuri de noroc [97].

De asemenea, în studiul nostru am demonstrat corelații puternice între nivelul de severitate al jocurilor de noroc și tulburările afective, cu valori mai mari pentru anxietate în comparație cu nivelul de depresie. Și în acest caz, rezultatele noastre sunt în concordanță cu datele din cercetările de specialitate care s-au referit la rolul important al tulburărilor afective în dezvoltarea și menținerea jocului de noroc patologic, fiind observate vulnerabilități emoționale în proporții mari, în principal simptomatologie caracteristică anxietății și/sau depresiei [191].

Astfel, un studiu condus de Thomsen în 2009 a arătat, în mod similar cu studiul nostru, o exacerbare a comportamentului de joc de noroc, atât la nivel auto-raportat, cât și observabil, în rândul jucătorilor care prezintă un nivel ridicat al simptomelor depresive, în comparație cu cei cu un nivel scăzut al depresiei. Această exacerbare se manifestă printr-o intensitate crescută a nevoii de a juca, un nivel mai mare al excitării auto-raportate asociate activității de joc, o durată prelungită a sesiunilor de joc și, corelativ, un număr total mai mare de jocuri efectuate. De asemenea, a fost evidențiată o corelație puternică între severitatea simptomelor de joc patologic și nivelul simptomelor depresive comorbide, fapt care generează o întrebare de natură etiologică referitoare la contribuția specifică a fiecărei categorii de simptome la exacerbarea comportamentului de joc de noroc [191]. Autorii au analizat 20 de jucători patologici, utilizând aceleași scale ca în studiul nostru (SOGS și BDI), și au raportat o corelație moderat-mare între cele două variabile de $r = 0.60$, apropiată celei obținute de noi (0,850).

În România, un studiu similar a fost realizat de Rizeanu și Savoiu în 2012, în cadrul căruia

au fost incluși 119 adulți cu patologie de jocuri de noroc, demonstrând o corelație de $r=0.78$ între severitatea jocului de noroc patologic și intensitatea simptomelor depresive. Autoarele ridică problema necesității unor studii mai ample care să adreseze această problemă de sănătate publică, și totodată remarcă necesitatea abordării patologiei comorbide depresive în demersurile psihoterapeutice realizate cu jucătorul de noroc patologic [22].

Aceste rezultate evidențiază importanța unor intervenții terapeutice multidimensionale în gestionarea problemelor legate de comportamentul patologic de jocuri de noroc, accentuând necesitatea abordării concomitente a comorbidităților afective. Prevalența frecventă a simptomatologiei anxioase și depresive în rândul acestei populații indică un posibil mecanism de menținere și evoluție a comportamentului de joc patologic, într-un ciclu vicios în care vulnerabilitățile emoționale amplifică comportamentul problematic, iar acesta din urmă intensifică manifestările afective. Prin urmare, autorii citați sugerează că intervențiile terapeutice și psihologic-formative ar fi benefic să fie centrate nu doar pe reducerea simptomelor de joc, ci și pe consolidarea resurselor emoționale și dezvoltarea strategiilor eficiente de management al anxietății și depresiei. În concluzie, abordarea integrată a tulburărilor afective și a comportamentelor problematice de joc de noroc poate contribui semnificativ la reducerea impactului negativ asupra calității vieții și la facilitarea unui sistem de sprijin adaptat nevoilor populației vulnerabile la această patologie.

Literatura de specialitate arată o corelație pozitivă între gradul de severitate a dependenței de jocuri de noroc și experimentarea de emoții pozitive. În cadrul studiului nostru, acest aspect este confirmat printr-o corelație Pearson pozitivă cu valoarea de 0.609 între *gradul de severitate a jocului de noroc* și subscala „afectivitate pozitivă” (exemplu itemi: „Când am vrut să sărbătoresc”, „Când am fost fericit”).

Într-un studiu similar cu al nostru, care a fost realizat pe un lot de cercetare alcătuit din 283 de persoane identificate drept jucători patologic în Statele Unite ale Americii, a fost utilizat instrumentul *Indicele situațiilor de risc (Inventory of Gambings Situations – IGS)* [158]. Corelația pe scorurile totale la acest indice și severitatea patologiei de joc de noroc a prezentat valori pozitive semnificative statistic, incluzând frecvența și intensitatea comportamentului de joc, corelații similare cu cele identificate în eșantionul nostru.

Analiza principalelor componente a evidențiat că cele mai mari valori de corelație s-au identificat pentru subscalele „afectivitate negativă”, „afectivitate pozitivă”, „tentații” și „presiune socială”. Diferențele la nivel de subscale pot fi asociate cu particularitățile cultural-sociale și de rasă diferite între cele două studii [158].

Din perspectiva componentei cognitive, poate fi invocat un studiu realizat de Michalczuk

și colab. (2011) în Marea Britanie și care relevă că cele mai puternice corelații între severitatea jocului de noroc patologic și nivelul gândurilor raționale s-au stabilit pentru subscale „iluzia controlului”, iar cele mai slabe corelații au fost stabilite pentru subscalele „biasuri interpretative referitoare la capacitatea de a controla jocul” și „predicția controlului”, rezultat care este apropiat celui obținut în cadrul cercetării noastre [144]. Astfel, în cadrul demersului nostru constatativ, cea mai puternică corelație a fost găsită între subscala „așteptări nerealiste asociate cu jocurile de noroc” și severitatea jocului de noroc patologic ($r=0,702$). Deși corelațiile pozitive pentru subscalele „biasuri interpretative referitoare la capacitatea de a controla jocul” și „predicția controlului” sunt semnificative din punct de vedere statistic, acestea au avut și în studiul nostru valorile cele mai mici ($r=0,425$ și $r=0,539$).

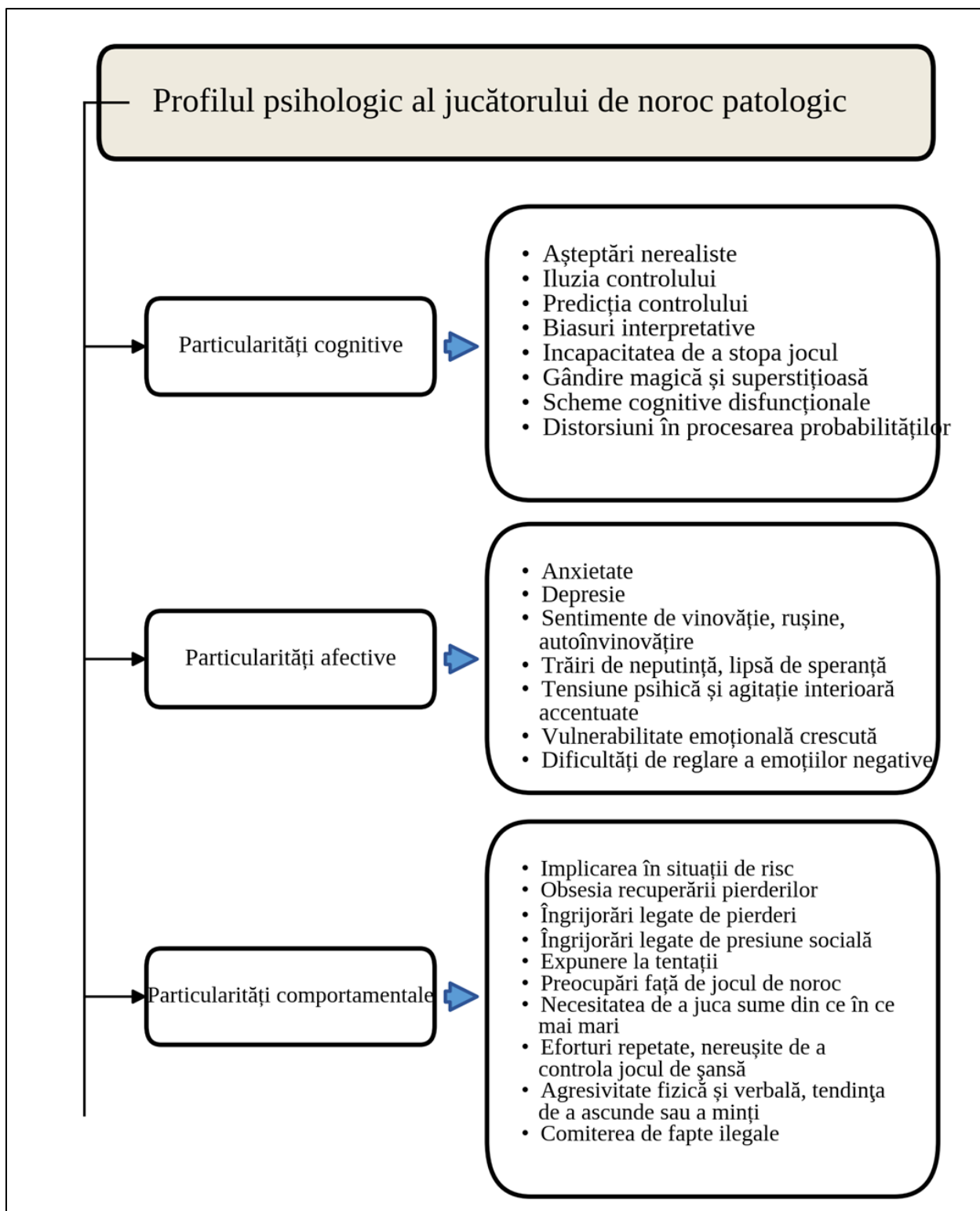


Fig. 2.7. Reprezentarea schematică al profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic în lotul studiat

Concluzii la capitolul 2

1. În urma aplicării *Inventarului de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic* și a *Indexului de severitate a jocului de noroc patologic*, a fost identificat un nivel foarte ridicat de severitate a adicției, peste 94% dintre participanți înregistrând scoruri corespunzătoare unui grad sever al patologiei. Întrucât respondenții implicați în cercetare sunt beneficiarii unui centru specializat de asistență psihologică a persoanelor cu dependență de jocul de noroc, putem afirma cu certitudine că persoanele care accesează servicii de evaluare și consiliere psihologică se află, de regulă, în stadii avansate ale dependenței.

2. Evaluarea dimensiunilor cognitive evidențiază un nivel înalt al gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc, media scorurilor la *Scala de evaluare a gândurilor iraționale* fiind ridicată, cu valori maxime pentru „iluzia controlului”, „așteptările nerealiste legate de jocurile de noroc” și „incapacitatea de a stopa jocul”, ceea ce indică rolul central al distorsiunilor cognitive în menținerea și agravarea comportamentului adictiv. În același timp, constatăm o corelație pozitivă semnificativă între gradul de severitate al jocului de noroc patologic și nivelul gândurilor iraționale, fapt care susține ipoteza unei relații interdependente între distorsiunile cognitive și agravarea adicției în fenomenologia subscrisă jocului de noroc patologic.

3. Analiza componentelor afective relevă niveluri foarte ridicate de anxietate și o prevalență crescută a depresiei severe, iar corelațiile dintre severitatea jocului de noroc și scorurile la *Inventarul Beck de Anxietate* și *Inventarul de Depresie Beck* confirmă existența unor legături puternice între tulburările afective și intensitatea comportamentului de joc patologic. Rezultatele cercetării susțin ipoteza conform căreia tulburările afective (anxietate și depresie) funcționează ca factori de menținere și amplificare a patologiei jocului de noroc, jucătorii utilizând frecvent comportamentul de joc ca modalitate disfuncțională de reglare emoțională, ceea ce impune includerea sistematică a evaluării și tratamentului comorbidităților afective în programele terapeutice adresate dependenței de jocuri de noroc.

4. Analiza situațiilor de risc relevă corelații pozitive ridicate între severitatea jocului de noroc și multiple situații de risc, inclusiv afectivitatea negativă, conflictele interpersonale, tentațiile externe, testarea controlului personal, emoțiile pozitive, presiunea socială, căutarea senzațiilor, îngrijorările datorate pierderilor, obsesia recuperării pierderilor și încrederea excesivă în abilitățile proprii, toate acestea conturând un profil complex de vulnerabilitate situațională. Dintre situațiile de risc invocate, „obsesia recuperării pierderilor”, „îngrijorările datorate pierderilor”, „presiunea socială” și „tentațiile” prezintă cele mai ridicate corelații cu severitatea patologiei, ceea ce indică faptul că urmărirea pierderilor (*loss-chasing*) și stresul financiar asociat datoriilor reprezintă mecanisme-cheie în cronificarea și agravarea dependenței. Corelația ridicată dintre severitatea

jocului de noroc și „obsesia recuperării pierderilor” subliniază rolul central al stresului financiar și al comportamentelor de urmărire a pierderilor în evoluția patologiei, sugerând necesitatea integrării în intervențiile terapeutice a componentelor de consiliere financiară, management al datoriilor și restructurare a credințelor legate de recuperarea banilor pierduți.

5. Convergența datelor privind severitatea adicției, distorsiunile cognitive, tulburările afective și comportamentele de risc confirmă ipoteza unei dinamici circulare între vulnerabilitățile emoționale, cognițiile iraționale și situațiile declanșatoare, ceea ce justifică necesitatea unor intervenții multimodale, care să integreze componente cognitive, emoționale, comportamentale și psiho-sociale.

6. Rezultatele studiului susțin recomandarea ca intervențiile psihologice destinate jucătorului de noroc patologic să includă, pe lângă reducerea comportamentului de joc, strategii de întărire a resurselor emoționale, dezvoltarea abilităților de coping pentru gestionarea anxietății și depresiei, restructurarea gândurilor iraționale și implementarea unor modalități alternative, funcționale și sigure de petrecere a timpului liber și de gestionare a resurselor financiare. Datele obținute evidențiază necesitatea abordării integrate a jocului de noroc patologic ca tulburare complexă, situată la intersecția dimensiunilor cognitive, afective și comportamentale, iar validarea multiplelor corelații semnificative statistic între severitatea adicției și indicatorii psihologici evaluați argumentează importanța adoptării unor modele de intervenție psihologică multidimensionale și personalizate.

3. PROGRAM DE CONSILIERE PSIHOLOGICĂ DE SORGINTE COGNITIV- COMPORTAMENTALĂ A JUCĂTORULUI DE NOROC PATOLOGIC

3.1. Preliminarii teoretice privind intervenția cognitiv-comportamentală în cazul dependenței de jocuri de noroc

Psihoterapia cognitiv-comportamentală este una dintre cele mai noi metode de tratament psihologic, elaborată teoretic, fundamentată și validată, cu o abordare largă în rândul psihologilor clinicieni [49]. Aaron T. Beck, considerat părintele psihoterapiei cognitiv-comportamentale, a construit bazele unei metode empirice de evaluare, testare și tratare a diferitelor afecțiuni psihice. Din perspectiva teoriei cognitiv-comportamentale se consideră că individul se dezvoltă prin explorarea lumii înconjurătoare, prin confruntarea cu problemele care apar și prin analiza soluțiilor care sunt disponibile [121].

Psihoterapia cognitiv-comportamentală vizează trei elemente centrale: triada cognitivă, schemele cognitive și distorsiunile cognitive. Triada cognitivă constă în anumite tipare de gândire față de sine, de lume și de viitor, concretizate într-un ansamblu de atitudini și concepții negative:

- *Cogniții negative față de sine*, respectiv autoevaluarea negativă, concretizate prin gânduri de autodeprecieri, inadecvare și inadaptabilitate: „Nu sunt bun de nimic; „Toată lumea mă urăște”; „Nimic nu o să-mi iasă în viață”.
- *Cogniții negative față de lume*, concretizate într-o perspectivă negativă asupra realității, alături de sentimente de neputință și de perceperea lumii înconjurătoare ca fiind suprasolicitantă, un loc predisus eșecului și înfrângerilor: „Lumea este periculoasă și rea”, „Toată lumea este împotriva mea”.
- *Cogniții negative față de viitor*, concretizate în evaluarea negativă a viitorului prin prisma neputinței, cu prevalența expectanțelor anxiogene, negative și punitive: „O să fie teribil de rău”; „Nu am cum să reușesc oricât aș încerca” [168].

Schemele cognitive

Schemele cognitive sunt reprezentări stabile, organizate în cursul vieții, care oferă o bază pentru „screening-ul”, diferențierea și codificarea stimulilor din mediu care acționează asupra persoanei. Din perspectiva subiectului, schemele cognitive sunt noțiuni sau valori care derivă din experiențele proprii și care stau la baza tiparelor de gândire din fiecare moment [101].

Distorsiunile cognitive

Distorsiunile cognitive constau într-un mod particular de interpretare a realității, în funcție de schemele cognitive și, respectiv, ipotezele cognitive subiacente. Sunt denumite și erori sistematice ale procesului de gândire [189]. Menționăm erorile de cogniție ce contribuie la interpretarea eronată a informațiilor și la perturbarea procesului decizional: [101]

- *Abstracția selectivă* – se referă la extragerea și selectarea unui detaliu, cu ignorarea aspectului general. Persoana se focusează pe un aspect negativ, chiar dacă întregul spectru este pozitiv.
- *Inferența arbitrară* – constă în elaborarea unui răspuns pe baza unor date inadecvate, fapt ce semnifică că pe baza unor informații improprie se generează o structurare negativă a răspunsurilor.
- *Gândire dihotomică* – principiu absolutist de evaluare a realității în termeni clivați de „alb sau negru”, „totul sau nimic”: „Joc până când câștig sau pierd toți banii”.
- *Amplificarea și minimalizarea* – subevaluarea sau supraevaluarea unui eveniment:
- „Dacă am câștigat acum, sigur voi câștiga în continuare; Am pierdut, nu este nicio problemă, mâine iau salariul și îi pun la loc”.
- *Suprageneralizarea* – concluzionarea asupra unei situații pe baza unor experiențe insuficiente sau bazate pe un singur incident: „Prima oară când joc și am câștigat, voi mai juca și cu siguranță voi mai câștiga”.
- *Atitudinea disfuncțională* – convingerea persoanei că valoarea sa depinde de opinia celorlalți. „Dacă nu câștig și ceilalți văd asta, înseamnă că eu ca persoană sunt zero”.
- *Personalizarea* – tendința atribuirii de semnificații unor evenimente sau situații care nu au legătură cauzală cu propria persoană: „Dacă am șapcă roșie, cu siguranță voi câștiga, asta s-a întâmplat și în trecut”.

Principiul psihoterapiei cognitiv-comportamentale vizează evidențierea distorsiunilor cognitive, a schemelor și a comportamentelor maladaptative. În esență, psihoterapia cognitiv-comportamentală este preocupată de modificarea stilului particular de gândire al persoanei, pe care o orientează asupra erorilor cognitive, prin confruntare cu realitatea.

Studii cognitiv-comportamentale dedicate psihoterapiei realizată cu jucătorii de noroc patologic

Abordarea cognitiv-comportamentală reprezintă, în prezent, una dintre perspectivele dominante în explicarea comportamentului uman, fundamentându-se pe premisa că procesele mentale sunt direct legate de calitatea gândurilor, emoțiilor și a comportamentelor. În sfera jocului de noroc patologic, această perspectivă postulează că jucătorii de noroc patologic sunt ghidați de credințe iraționale, eronate sau distorsionate privind șansa, probabilitatea și natura evenimentelor

aleatorii [49].

Cercetările cognitive clasice au evidențiat faptul că jucătorii cu tulburare de joc de noroc prezintă dificultăți în aplicarea principiului independenței evenimentelor și în interpretarea corectă a rezultatelor aleatorii, în special în contexte în care este implicat un stimulent financiar [113]. Existența și relevanța distorsiunilor cognitive în rândul jucătorilor de noroc patologic sunt bine documentate, iar intensitatea acestor distorsiuni se corelează strâns cu severitatea tulburării; dovezile obținute prin investigații de neuroimagistică funcțională (RMNf) au contribuit substanțial la încadrarea tulburării de joc de noroc în spectrul adicțiilor [59].

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în patologia jocului de noroc se axează pe următoarele aspecte: [194]

Cognitive:

- identificarea gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc;
- evaluarea gradului de implicare a acestora în menținerea comportamentului de joc de noroc patologic;
- identificarea unor modalități alternative de viziune asupra acelorași situații;
- testarea acestor moduri alternative de gândire;
- evaluarea răspunsurilor.

Comportamentale:

- identificarea stimulilor ce provoacă situații de joc;
- monitorizarea comportamentului de joc;
- învățarea comportamentelor alternative;
- reîntărirea comportamentelor alternative;
- implementarea strategiilor de prevenire a recăderilor.

Acest model de lucru se poate realiza prin evocarea directă a gândurilor iraționale ale jucătorului patologic. Alternativ, psihologul și jucătorul patologic pot conveni asupra unui experiment sau a unei sarcini comportamentale, efectuate după sesiune. În ambele cazuri, într-o etapă inițială se recurge la controlul stimulilor, incluzând inclusiv restricționarea banilor și accesul la jocuri de noroc. Aceasta este o metodă de a obține un controlul imediat al comportamentului care, în timp, este returnat jucătorului de noroc [193].

Pentru lucrul cu jucătorii de noroc patologic, psihologul american Petry (2005) propune o abordare care vizează reîntărirea activităților care nu includ jocurile de noroc. Subiecții sunt încurajați să folosească un jurnal de activități pentru a-și monitoriza zilele de jocuri de noroc și zilele fără jocuri de noroc. Atunci când clientul nu a pariat, este încurajat să aleagă dintr-o gamă de opțiuni de recompensă, direct proporțională cu perioade mai lungi de abținere. Dacă se identifică un

pattern al comportamentului de jocuri de noroc, este încurajată evitarea acestuia și creșterea activităților plăcute care nu sunt legate de jocurile de noroc. În acest context, tehnicile de relaxare sunt încurajate ca mecanism de reducere a nevoii de a juca [29]. În studiile sale, Petry indică o rată de succes de peste 60 de procente pentru acest tip de psihoterapie [160]. O altă strategie utilizată în psihoterapia cognitiv-comportamentală include tehnici de terapie motivațională care are la bază interviul motivational, menit să crească gradul de implicare activă a clientului în procesul psihoterapeutic [193; 205].

Prevenirea recăderilor este o componentă importantă a psihoterapiei cognitiv-comportamentale, care include identificare situațiilor de risc care pot conduce către un nou episod de joc. Odată identificate situațiile de risc, se construiesc strategii de gestionare a acestora pe viitor. Un alt element important în abordarea cognitiv-comportamentală este reprezentat de „mecanismul schimbării” care are loc prin formarea și reîntărirea învățării unor noi comportamente, identificarea erorilor de gândire și conștientizarea impulsurilor ce pot conduce către o nouă sesiune de joc de noroc [75].

Persoanele cu probleme ce vizează jocul de noroc patologic, prezintă adesea distorsiuni cognitive, impulsivitate și capacitate redusă de a lua decizii funcționale. Diminuarea acestora reprezintă o modalitate eficientă de a minimiza sau stopa jocul de noroc problematic. Psihoterapia cognitiv-comportamentală abordează înțelegerea eronată asupra elementelor cruciale ale jocului de noroc, care conduc spre supraevaluarea posibilității câștigului, credințe legate de controlul jocului, abilități de influențare a rezultatului și distorsiuni cognitive în raport cu randomizarea jocului [193].

Chiar dacă abordarea psihoterapeutică principală în tratamentul ludomaniei este terapia cognitiv-comportamentală, aceasta are limite ce derivă din rigiditatea diferitelor instrumente de lucru. Gradul de implicare în actul terapeutic și motivația intrinsecă a beneficiarilor sunt aspecte cheie în eșecul sau bunul demers al terapiei [160].

În demersul nostru formativ, pornim de la premisa conform căreia psihoterapia cognitiv-comportamentală reprezintă cadrul psihoterapeutic de referință în înțelegerea și tratamentul jucătorului de noroc patologic, prin integrarea conceptuală a triadei cognitive, a schemelor și distorsiunilor cognitive, respectiv a metacognițiilor disfuncționale, într-un model coerent al vulnerabilității și menținerii comportamentului adictiv. Fundamentată pe identificarea și restructurarea credințelor iraționale privind șansa, controlul și probabilitatea, pe modificarea tiparelor de gândire dihotomică, suprageneralizărilor și personalizărilor, precum și pe corectarea erorilor de apreciere a riscului, psihoterapia cognitiv-comportamentală își propune nu doar reducerea frecvenței comportamentului de joc, ci și ameliorarea funcționării psihosociale și a

calității vieții. Intervențiile specifice – de la controlul stimulilor și monitorizarea comportamentului de joc, la reîntărirea activităților alternative, utilizarea tehnicilor motivaționale și elaborarea strategiilor de prevenire a recăderilor – vizează dezvoltarea unor abilități de autoreglare cognitivă și emoțională și consolidarea unor noi repertorii comportamentale adaptative. Totodată, literatura de specialitate subliniază că eficiența terapiei este condiționată de nivelul motivației pentru schimbare, de gradul de implicare activă în procesul terapeutic și de flexibilitatea utilizării tehnicilor, ceea ce atrage atenția asupra necesității personalizării intervențiilor, pentru a răspunde adecvat heterogenității clinice a persoanelor cu tulburare de joc de noroc.

3.2. Descrierea programului de consiliere psihologică de sorginte cognitiv-comportamentală a jucătorului de noroc patologic

În etapa a doua a cercetării, am elaborat un program de consiliere psihologică de sorginte cognitiv-comportamentală, alcătuit din 12 ședințe, cu frecvență săptămânală. La o săptămână după finalizarea programului, subiecții au fost reevaluați prin aplicarea acelorași instrumente de lucru folosite la momentul încadrării în studiu, în vederea evaluării eficienței programului de intervenție psihologică.

Ipoteze de lucru pentru etapa a II-a a cercetării:

În urma parcurgerii programului de consiliere psihologică, am analizat eficiența programului prin verificarea următoarelor ipoteze:

1. Presupunem că există diferențe semnificative statistic între nivelul gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc înainte și după parcurgerea unei intervenții psihologice de sorginte cognitiv-comportamentală.
2. Presupunem că există diferențe semnificative statistic în ceea ce privește nivelul situațiilor de risc înainte și după parcurgerea unei intervenții psihologice de sorginte cognitiv-comportamentală.
3. Presupunem că există diferențe semnificative statistic în ceea ce privește nivelul de depresie înainte și după parcurgerea unei intervenții psihologice de sorginte cognitiv-comportamentală.
4. Presupunem că există diferențe semnificative statistic în ceea ce privește nivelul de anxietate măsurat înainte și după parcurgerea unei intervenții psihologice de sorginte cognitiv-comportamentală.

Descrierea grupului de lucru

În programul de consiliere psihologică au fost incluse 35 de persoane. Vârsta beneficiarilor variază între 18-45 ani, dintre care 33 bărbați și 2 femei. Cu referire la nivelul de

studii, specificăm că 21 de participanți au studii liceale și 14 au studii superioare. Programul de consiliere psihologică de sorginte cognitiv-comportamentală prezentat în lucrare a fost realizat în perioada 2023- 2024, într-un format de consiliere individuală.

Structura și conținutul programului de consiliere psihologică: strategii și tehnici de intervenție

Interviul motivațional

În prima ședință al programului de consiliere s-a pus accent pe instrumentul terapeutic „Balanța decizională” (Prochaska și DiClemente, 1983). Scopul acestui instrument de lucru este de a crește conștientizarea beneficiarului în ceea ce privește efectele pozitive și negative ale consumului, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung. Interviul motivațional a fost aplicat în vederea identificării distorsiunilor cognitive ce conturează și amplifică jocul de noroc, cât și pentru identificarea gradului de motivație pentru abținere sau reducere a consumului de jocuri [205].

Subiecții au fost antrenați în procesul de consiliere prin alcătuirea unui jurnal de monitorizare a impulsurilor. Acesta are rolul de auto-monitorizare a impulsurilor de joc și a intensității acestora. Astfel, beneficiarului i s-a cerut să-și monitorizeze stările de craving, sau dorința de joc, pe o scală de la 1 la 10. Nivelul 1 reprezintă valența cea mai mică (cum ar fi un gând fugitiv de joc, dar fără implicații emoționale sau comportamentale), nivelul 5 – un impuls mediu, cu implicații emoționale, cognitive și comportamentale medii. Pe acest principiu *crescendo* al scalei, subiectul este responsabilizat în ași măsura impulsurile de joc până la gradul 10, ultimul semnificând lipsa controlului, care se concretizează printr-un nou episod de joc [105; 110; 112].

Scopul acestei auto-monitorizări este de a crește gradul de conștientizare a subiectului în ceea ce privește pierderea controlului și conștientizarea impulsurilor de joc, aducând în discuție și noi modalități de a face față impulsului.

Tabelul 3.1. Balanța decizională (după Prochaska și DiClemente, 1983)

<i>Beneficii pe termen scurt</i>	<i>Efecte adverse pe termen scurt</i>
-	-
-	-
<i>Beneficii pe termen lung</i>	<i>Efecte adverse pe termen lung</i>
-	-
-	-

Intervenția psihoeducativă: sistemul dopaminergic și formarea comportamentelor

Altă strategie de lucru s-a referit la psiho-educație, respectiv fiind valorificate informațiile referitoare la funcționalitatea creierului din punct de vedere al neurotransmițătorilor responsabili pentru crearea plăcerii și formarea de comportamente, cât și modul în care se formează întărirea unor comportamente disfuncționale. Subiecților li s-au explicat mecanismele neurobiologice ale dependenței, în special rolul sistemului dopaminergic, modul în care se formează și se consolidează comportamentele disfuncționale [108]. De asemenea, au fost utilizate două instrumente psihoterapeutice fundamentale – *modelul transteoretic al schimbării* (Prochaska & DiClemente, 1983) și *modelul ABC* (Ellis, 1962; Beck, 1979) –, utilizate pentru autoanaliza gândurilor, emoțiilor și comportamentelor [115].

Aceste intervenții s-au dovedit a fi esențiale pentru stabilirea unui cadru teoretic și practic necesar restructurărilor cognitive și pentru punerea bazelor mecanismelor funcționale de autoreglare și autocontrol.

Din această perspectivă, s-au abordat, într-o manieră adaptată fiecărui subiect, următoarele aspecte relevante pentru înțelegerea mecanismelor care determină și mențin jocul de noroc patologic:

- Sistemul dopaminergic și rolul său în dependența de jocuri de noroc

Studiile din domeniul neuroștiințelor au demonstrat că dependența, indiferent de natura sa (substanțe sau comportamente), implică hiperactivarea sistemului dopaminergic mezolimbic. Dopamina este eliberată în special în nucleul accumbens și joacă un rol central în procesul de învățare prin recompensă (Volkow & Morales, 2015) [198].

În cazul jocului de noroc patologic, cele mai frecvente mecanisme vizează:

- *recompensa imprevizibilă* – nivelul de dopamină este crescut în corelație cu gradul mare de incertitudine a rezultatului și cu mărimea câștigului.
- *fenomenul de „near miss”/„aproape câștigul”* – produce un răspuns neuronal similar cu cel al unui câștig real, conducând la întărirea comportamentului disfuncțional.
- *reducerea sensibilității la recompense naturale* – pe termen lung, persoanele dependente prezintă hipofuncționalitate în răspunsul dopaminergic la stimuli non-gambling, ceea ce explică pierderea interesului pentru activități cotidiene [108].

Beneficiarului îi sunt explicate aceste mecanisme biopsihologice, într-un limbaj accesibil și prin exemple din funcționarea jucătorului de noroc patologic.

Întărirea comportamentelor disfuncționale și distorsiunile cognitive

Din perspectivă comportamentală, jucătorul de noroc patologic utilizează principiul

întăririi variabile intermitente – cel mai rezistent tip de întărire, care face ca persoana să continue comportamentul chiar și în condițiile unor pierderi repetate. Beneficiarului i se prezintă cele mai frecvente tipuri de distorsiuni cognitive specifice jocului de noroc patologic (Ladouceur & Walker, 1996): [113]

- *Iluzia controlului* – credința că, prin anumite ritualuri sau strategii, persoana poate influența rezultatul.
- *Eroarea jucătorului în procesarea aleatoriului* – jucătorul consideră că rezultate consecutive recente sunt mai puțin probabil să se repete (dacă au fost extrase mai multe cărți de culoare roșie, majoritatea jucătorilor au tendința să creadă că va urma sau că „trebuie să vină” o carte de culoare neagră).
- *Selectivitatea memoriei* – tendința de a reaminti cu precădere câștigurile și de a minimaliza pierderile.

Aceste distorsiuni cognitive sunt alimentate de descărcările dopaminergice și, la rândul lor, întrețin comportamentul de joc, creând un cerc vicios: impuls → gând irațional → emoție → comportament de joc → consecințe → intensificarea impulsului.

Pentru a explica aceste mecanisme cognitive, este utilizată tehnica „Etapale schimbării”, instrument utilizat în scopul conștientizării formării și schimbării unor comportamente cronicizate. În cadrul intervenției psihologice, instrumentul „Etapale schimbării” (Prochaska & DiClemente, 1983) este utilizat pentru a conștientiza progresul pacientului în procesul de modificare a comportamentelor disfuncționale. Această metodă se bazează pe teoria tranziției prin diferite faze: precontemplare, contemplare, decizie, acțiune, menținere, alunecare și recădere [110].

- *Precontemplare*: aceasta poate fi „luna de miere” în contextul adicției. Subiectul nu observă nimic negativ în comportamentul de joc, ba din contră, percepe doar beneficiile (se relaxează, socializează etc.).
- *Contemplare*: această etapă este caracterizată de ambivalență. Subiectul observă elemente negative ale jocului de noroc, dar nu le consideră suficient de importante (ex.: „am pierdut astăzi, dar nu este nicio problemă, mâine iau salariul”).
- *Decizie*: subiectul observă din ce în ce mai mult elementele negative asociate cu jocul de noroc și începe să caute soluții reale, se angajează în schimbare și începe să facă planuri.
- *Acțiune*: etapa este caracterizată de implementarea modificărilor concrete. Cere ajutor specializat sau realizează pași concreți către abținere.
- *Menținere*: subiectul menține achizițiile dobândite în etapa de acțiune și susține noul comportament pe termen lung.
- *Alunecare*: poate apărea în urma unor evenimente sau din cauza faptului că nu s-au

menținut demersurile de consolidare a unui nou pattern funcțional, creându-se posibilitatea revenirii la un episod de consum.

- *Recădere*: în această etapă, care poate apărea în unele cazuri, are loc reluarea comportamentului de joc de noroc patologic.

Cele două etape, alunecarea și recăderea, se diferențiază prin modul abuziv de consum și prin intensitatea acestuia. În etapa de alunecare, subiectul experimentează un nou episod de joc, dar pe o perioadă scurtă de timp, cu un impact relativ limitat. Recăderea, sau reîntoarcerea în stadiul compulsivității jocului de noroc, are efecte negative mult mai mari asupra individului și asupra calității vieții acestuia. Pe termen lung, recăderea necesită mult mai multe eforturi pentru reîntoarcerea individului în stadiul de acțiune și ulterior de menținere a abstenenței [110].

Prin aceste intervenții se analizează potențialul de auto-analiză a impulsurilor de joc pentru a observa anumite tipare comportamentale și cognitive. Subiectul este ghidat să continue procesul de auto-analiză și este centrat pe documentarea gândurilor și emoțiilor care îi creează un impuls de joc, pentru operaționalizarea acestui obiectiv fiind invitat să completeze un jurnal pe *modelul ABC (Gând – Emoție – Comportament)*[115].

Lucrul cu *craving*-ul și cu mecanismele de întoarcere în consum

În analiza stărilor de craving și a factorilor de risc ce pot crea sau amplifica un impuls de joc, se pune accent pe diminuarea obsesiei recuperării banilor pierduți și impactul presiunii sociale. Se analizează comportamentele care în trecut întăreau nevoia de joc, cât și emoțiile, gândurile și comportamentele care pot favoriza o nouă sesiune de joc. Subiectul este antrenat și mai mult în auto-analiza impulsurilor favorizante jocului de noroc, fiind susținut de către psiholog să continue procesul terapeutic și de auto-monitorizare.

La această etapă de lucru, obiectivul central este analiza fenomenului de obsesie a recuperării banilor pierduți la joc, identificarea factorilor de risc și a condiționărilor asociate. De asemenea, se construiesc strategii de consolidare a capacității subiectului de a recunoaște și de a interveni în mod activ asupra mecanismelor interne și externe care au potențial de generare sau amplificare a impulsului de joc. În plus, se promovează dezvoltarea strategiilor de autoreglare, centrate pe auto- monitorizare și restructurare cognitivă, în vederea reducerii vulnerabilității la revenirea în comportamentul de joc patologic.

Beneficiarul este încurajat să continue jurnalul de auto-analiză, utilizând modelul cognitiv-comportamental *Gând – Emoție – Comportament (ABC)*. Se propune ca temă pentru acasă monitorizarea impulsurilor de a practica jocuri de noroc, conform *Tabelului 3.2.*:

Tabelul 3.2. Monitorizarea impulsului de a practica jocuri de noroc

Data, ora	Ce făceam?	La ce mă gândeam?	Intensitate 1...5 10	Ce am făcut?	Ce aş fi putut face diferit?

Prevenirea recăderilor

Din perspectiva prevenirii recăderilor, recidiva nu este privită ca un indicator al eşecului intervenţiei psihologice. În această ordine de idei, episoadele de joc, potenţiale sau reale, sunt privite ca mecanisme-cheie pentru dezvoltarea strategiilor de intervenţie. Procedurile de intervenţie psihoterapeutică în prevenirea recăderilor sunt concepute ca oportunitate de anticipare şi abordare eficientă a situaţiilor posibile de recădere. Respectiv, se pune accent pe identificarea mecanismelor de coping pentru gestionarea situaţiilor de risc şi stimularea unui nou stil de viaţă în lipsa consumului de jocuri de noroc. Se clarifică diferenţa dintre alunecare şi recădere, fapt extrem de important pentru desfăşurarea eficientă a consilierii psihologice.

Identificarea triggerilor şi a situaţiilor de risc

Prin această abordare, se urmăreşte crearea premiselor pentru dezvoltarea unor strategii eficiente de autocontrol şi prevenire a recăderii, consolidând procesul de auto-monitorizare şi conştientizare a pattern-urilor de comportament. Sunt identificate şi aprofundate cunoştinţele privind factorii declanşatori - atât cei interni (gânduri, emoţii), cât şi cei externi (situaţii şi evenimente) care pot declanşa impulsul de a juca.

Conform modelului cognitiv-comportamental, declansatorii (triggerii), acţionează ca factori precursori ai gândurilor disfuncţionale, care, la rândul lor, generează emoţii negative şi comportamente automatizate (Young, 2004). [105] Şi în acest caz se pune accent pe jurnalul de auto-monitorizare completat de subiect în afara şedinţelor. Această tehnică include identificarea situaţiilor, emoţiilor şi gândurilor care au precedat şi însoţit recente episoade de joc sau impulsurile de a juca. În acest context de lucru, se analizează în detaliu:

- *Localizarea declanşatorilor:* locaţii, persoane, stimuli vizuali sau auditivi.
- *Stările emoţionale adiacente:* anxietate, frustrare, tristeţe, agitaţie.
- *Gândurile automate:* convingeri precum „trebuie să îmi iau banii înapoi”, „astăzi sunt norocos”, „nu am control, nu mă pot opri”.

Explorarea factorilor declanşatori interni

La nivel intern, *triggerii* pot fi emoționali, cognitivi sau fiziologici. În timpul discuției, subiectul este ghidat să recunoască:

- *Stări emoționale*: tristețe, stres, anxietate, frustrare, singurătate.
- *Afecte fiziologice*: creșterea ritmului cardiac, senzație de tensiune, agitație în corp.
- *Gânduri automate*: auto-justificări, iluzii de control, iluzii de mărire a șanselor, credințe iraționale.

Investigarea factorilor declanșatori externi

Subiectul este ghidat să recunoască stimuli din mediul exterior care pot activa impulsul de joc, precum și situații sociale în care vulnerabilitatea este mai mare. Se pot identifica:

a. Stimuli vizuali și auditivi

- *reclame și publicitate*: spoturi publicitare, bannere, reclame TV, anunțuri online, care pot declanșa automatizat starea de craving;
- *materiale promoționale*: benzi, gadget-uri, puncte de joc sau simboluri asociate cu pariurile și cazinourile;
- *mediul în care se joacă*: săli de joc, baruri, cluburi, locuri publice sau private unde jocul de noroc este frecvent.

b. Situații sociale și contexte

- *după salariu sau plăți financiare*: momentul în care banii proaspăt primiți pot activa impulsul de a juca pentru a „întări” câștigul sau pentru a recupera pierderile;
- *singurătate și plictiseală*: momente de izolare, când timpul liber sau „timpul mort” este utilizat ca pretext pentru o nouă sesiune de joc;
- *presiunea socială sau influența prietenilor*: relațiile cu colegii, partenerii sau familia, în care anumite persoane pot încuraja sau chiar impulsiona la o nouă sesiune de joc de noroc;
- *timpul din weekend sau seara*: perioade în care pacientul obișnuia să joace și perioada de vulnerabilitate crescută sau de relaxare.

c. Gânduri și convingeri asociate

Se identifică credințe iraționale precum: „*Trebuie să recuperez tot*”, „*Am noroc, pot câștiga acum*”, „*Dacă nu joc acum, pierd șansa*”, „*Este doar o distracție, nu se întâmplă nimic grav*”.

În același timp, se utilizează tehnici de relaxare și atenție conștientă pentru a crește conștientizarea trăirilor: relaxarea musculară progresivă (RMP), respirația diafragmatică, meditația și activitățile fizice. De asemenea, un model de exercițiu util în acest scop este completarea unui tabel care conține următoarele rubrici: *situațiile de risc identificate*; *gândurile automate asociate*; *emoțiile resimțite*; *răspunsurile adaptive propuse*.

Asigurarea continuității și a finalității procesului curativ: obiectivele S.M.A.R.T.

Pe lângă aplicarea corectă a tehnicilor de lucru, un obiectiv implicit, constant al procesului de consiliere psihologică în cazul jucătorului de noroc patologic este asigurarea continuității demersului, construirea unei strategii de a facilita accesul subiectului la instrumente prin care să-și poată duce la bun sfârșit obiectivele propuse. Ca instrument terapeutic s-a folosit modelul de atingere a obiectivelor S.M.A.R.T. [136].

S.M.A.R.T. este un acronim al caracteristicilor:

- *Specific* – un obiectiv precis, în scopul identificării precise a resurselor pentru a atinge rezultatul scontat (*De ce este important acest obiectiv?*).
- *Măsurabil* – obiectivul trebuie să fie observabil și cuantificabil (*Cum voi ști când se va realiza?*).
- *Accesibil* – dacă obiectivul poate fi într-adevăr atins cu resursele și capacitatea disponibile (*Cât de realist este acest obiectiv, ținând cont de situația financiară?*).
- *Realist* – este important ca obiectivul propus să fie în parametri în care poate fi dus la bun sfârșit (*Merită să-mi propun acest țel?*).
- *Timp* – un obiectiv are nevoie de componenta preconizării în timp. Acest aspect ajută la centrarea tuturor resurselor în vederea focalizării pe concret (*În cât timp pot realiza acest lucru?*).

Această tehnică de lucru permite evaluarea continuă a potențialului beneficiarului și adaptarea corespunzătoare a metodelor și a ritmului de lucru.

Valorificarea resurselor interioare și dezvoltarea unei strategii de abținere

După primele ședințe în care suntem axați pe consolidarea relației terapeutice, pe psihoeducație și deprinderea tehnicilor cognitiv-comportamentale, inclusiv a celor ce pot fi realizate independent, urmează etapa de lucru în care psihologul este preocupat de identificarea resurselor interioare ale subiectului pentru întărirea comportamentului de abținere. Totodată, intervenția psihologică este axată pe dezvoltarea unei rețele de suport în scopul angrenării în mecanisme de coping funcționale, menținerii abținerei și dezvoltării unui nou stil de viață.

Subiectului i se cere să alcătuiască o listă cu persoanele care îl pot ajuta în momente-cheie și să noteze resursele interioare de care dispune pentru a întări comportamentul de abținere. Ca temă pentru acasă, subiectul este solicitat să interacționeze mai mult cu persoanele de suport și să încerce să-și împărtășească emoțiile negative. În acest context, scopul temei pentru acasă este de a diminua din ideile catastrofale ce se instalează în jocul de noroc patologic și de a crea o rețea de suport funcțională. Aceste tehnici se bazează pe principiile psihoterapiei cognitiv-

comportamentale, care se concentrează pe identificarea și modificarea gândurilor și comportamentelor maladaptive. De asemenea, integrează elemente ale teoriei sprijinului social, care subliniază rolul relațiilor interpersonale în promovarea bunăstării și rezilienței [159].

Este important a menționa că construirea unui sistem de suport este un element esențial în tratamentul jucătorului de noroc patologic. Sub acest aspect, oferim subiectului o abordare structurată pentru a-l ajuta să-și consolideze rețelele sociale și să-și îmbunătățească abilitățile de comunicare. Procesul de lucru trebuie să fie adaptat la nevoile și circumstanțele unice ale fiecărui beneficiar, specialistul asigurându-se că tehnicile sunt relevante și eficiente. Un sistem de suport puternic ajută beneficiarii să facă față situațiilor stresante sau factorilor declanșatori care pot duce la alunecare sau recădere. Persoanele din rețeaua de suport pot oferi încurajare și ajutor practic în momente critice [159].

Identificarea schemelor cognitive și crearea unui nou raport de percepție

Am menționat mai sus că schemele cognitive sunt structuri mintale stabile prin care se organizează și interpretează informațiile despre lume și despre sine, se formează pe baza experiențelor timpurii și pot fi adaptative sau maladaptive. În cazul jucătorului de noroc patologic, schemele cognitive maladaptive generează gânduri disfuncționale („eu de mic am fost norocos”, „simt că norocul mă însoțește mereu”), distorsionează percepția și duc la comportamente disfuncționale: [101; 107]

- *Menținerea iluziilor* – schemele cognitive distorsionează percepția realității, făcând ca jucătorii să creadă că au control sau că vor câștiga în cele din urmă.
- *Alimentarea ciclului de joc* – credințele maladaptive îi determină pe jucători să continue să joace, chiar și atunci când înțeleg riscurile.
- *Reducerea autocontrolului* – pot submina capacitatea de a lua decizii raționale, ducând la comportamente impulsive.
- *Creșterea stresului și anxietății* – pot duce la frustrare, anxietate și sentimente de vinovăție, acestea, la rândul lor, exacerband comportamentul de joc.

Respectiv, o serie de tehnici cognitiv-comportamentale sunt utilizate pentru a interveni asupra schemelor cognitive maladaptative.

- *Identificarea și evaluarea schemelor.* Psihologul ajută beneficiarul să-și identifice schemele cognitive maladaptive și să înțeleagă cum acestea influențează comportamentul.
- *Înlocuirea gândirii distorsionate.* Beneficiarii învață să-și conteste și să-și înlocuiască gândirile distorsionate cu gânduri mai raționale și adaptative.
- *Educație despre probabilități și riscuri.* Psihologul oferă informații despre

probabilitățile matematice ale jocurilor de noroc și despre riscurile asociate.

- *Dezvoltarea abilităților de coping.* Beneficiarii învață strategii pentru a face față situațiilor stresante fără a recurge la jocuri de noroc.

Intervenția formativă la nivelul distorsiunilor cognitive și a comportamentelor dezadaptative

Studiile în domeniu, semnate de Toneatto (1999) și Ramos-Grille (2013), relevă că toți jucătorii de noroc, inclusiv cei non-patologici, sunt susceptibili la dezvoltarea distorsiunilor cognitive [194; 169]. Abordarea cognitivă explică comportamentul de joc de noroc prin raportarea la o varietate de distorsiuni cognitive care au la bază diferite percepții eronate. Una dintre caracteristicile de bază ale cognițiilor jucătorilor este tendința de supraestimare a posibilității de câștig printr-o varietate de distorsiuni cognitive în procesarea șanselor, abilităților și a probabilităților. Printre acestea se regăsesc: iluzia controlului (crența individului că poate influența prin abilități personale rezultatul unei situații legate de noroc); rezultate – „near- miss” (rezultate necâștigătoare foarte aproape de câștigul cel mare – jackpot) mărește motivația individului pentru joc; eroarea jucătorului în procesarea aleatorului (jucătorul consideră că rezultate consecutive recente sunt mai puțin probabil să se repete) [113].

Prin urmare, în procesul de consiliere se pune accent pe identificarea distorsiunilor cognitive care creează impresia greșită de normalitate a jocului de noroc patologic în percepția subiectului. Beneficiarul este indemn să-și recunoască gândurile distorsionate ce îi creează o realitate disfuncțională și favorizează jocul de noroc, astfel fiind ajutat să-și identifice cât mai multe distorsiuni cognitive prezente în sfera lui de gândire: de la gândirea dihotomică, cea de tip „alb-negru” („ori câștig și sunt un învingător, ori pierd și sunt un ratat”), la suprageneralizare („am câștigat seara trecută, înseamnă că sunt pe un val bun de câștig”), punându-se accent pe identificarea și destructurarea acestor tipare de gândire disfuncționale.

Intervenția formativă la nivelul credințelor irrationale

Gândirea magică, definită ca o credință puternică bazată pe percepția eronată asupra asocierii cauză-efect între două evenimente independente joacă un rol instrumental considerabil în menținerea comportamentului de joc. Superstițiile pot fi cognitive (crența că o anumită stare mentală poate crește șansele de câștig), talismanice (crența că un obiect poate influența rezultatul) sau comportamentale (convingerea că un ritual poate influența succesul unei activități). Acestea sunt semnificativ mai frecvent întâlnite la jucătorii de noroc patologic comparativ cu cei non-patologici. S-a observat, de asemenea, că jucătorii cu gândire magică mai accentuată manifestă

un comportament de joc mai sever (se angajează în sesiuni de joc mai frecvente, cu o durată de timp mai mare, prezintă comportamente riscante mai accentuate în privința sumelor pariate și a împrumuturilor) în comparație cu jucătorii cu un nivel redus al superstițiilor [103].

Sub aspect tehnic, credințele iraționale sunt identificate prin monitorizarea gândurilor automate ale beneficiarului, sunt puse sub semnul întrebării prin metoda dialogului socratic și sunt înlocuite cu credințe raționale și realiste. Subiectul este ghidat să dezvolte o nouă abordare a întregului aspect al credințelor sale și să-și construiască un sistem de gândire adaptativ funcțional.

Intervenția formativă la nivelul stimei de sine și al identității personale

În cazul jucătorului de noroc patologic, stima de sine și identitatea personală sunt puternic afectate, subiectul autodefinindu-se prin pierderi, eșecuri și sentimentul de neputință, iar comportamentul de joc de noroc patologic ajunge să fie parte centrală din identitatea acestuia.

De aceea, revizuirea identității vechi și impactul jocului de noroc asupra stimei de sine constituie un obiectiv important al consilierii psihologice.

Tehnicile utilizate în acest sens sunt următoarele:

- *Evaluarea evoluției imaginii de sine.* Psihologul invită beneficiarul să descrie cum se percepea pe sine înainte de debutul jocului de noroc patologic și cum se vede în prezent, după experiența dependenței.
- *Normalizarea emoțiilor și diferențierea identității.* Se normalizează rușinea și vinovăția ca părți firești ale procesului terapeutic, însă se delimitează clar identitatea persoanei de comportamentul adictiv: „Ai avut un comportament problematic, dar tu ești mai mult decât jocul de noroc”.
- *Identificarea resurselor și a reușitelor.* Se evidențiază resursele și progresele pacientului, valorizându-se chiar și pașii mici (zilele de abținere, inițiativa de a căuta ajutor, curajul de a recunoaște problema).
- *Restructurarea dialogului interior.* Se lucrează la nivelul dialogului interior și a formulărilor disfuncționale, trecându-se de la gânduri distorsionate („Nu reprezint nimic pentru familia mea, i-am dezamăgit pe toți”) la reîncadrare cognitivă („Am greșit, dar acum depun eforturi pentru a repara situația, iar acest lucru demonstrează implicare și responsabilitate”).
- *Cultivarea autocompasiunii.* Se introduc tehnici de autocompasiune pentru a diminua autocritica excesivă.
- *Utilizarea scrisorilor terapeutice.* Beneficiarul este îndemnat să redacteze o scrisoare către „Sinele viitor”, ghidat de întrebări precum: „Cine sunt eu acum?”, „Ce am învățat din această experiență?”, „Cum vreau să mă privesc în viitor?”. Scrisoarea poate fi păstrată și recită în

momentele de vulnerabilitate, având rolul de a-i reaminti direcția și identitatea pe care le construiește.

Consolidarea stimei de sine și a identității beneficiarului presupune delimitarea comportamentului de identitatea personală, reconstrucția identității bazate pe valori și roluri sănătoase, validarea acestei identități prin experiențe concrete și cultivarea sentimentului de auto-eficacitate.

Revizuirea procesului de consiliere și a obiectivelor atinse

Finalul procesului de consiliere psihologică prevede revizuirea parcursului terapeutic. Beneficiarul este invitat să analizeze modul în care s-a prezentat la începutul intervenției (sub aspectul gândurilor, emoțiilor, comportamentelor, credințelor și consecințelor negative) și care au fost schimbările realizate pe parcursul acesteia (reducerea sau eliminarea comportamentului de joc, creșterea autocontrolului, optimizarea gestionării emoțiilor), identificând totodată ce obiective au fost atinse și care dintre obiective urmează a fi definitive. În acest sens, se utilizează o scală de evaluare de la 1 la 10 pentru a măsura percepția beneficiarului asupra propriului progres. În încheiere, psihologul validează reușitele și normalizează dificultățile apărute pe parcursul procesului de consiliere psihologică, clarifică felul în care beneficiarul poate continua procesul de schimbare. În acest context, se clarifică ce tehnici cognitiv-comportamentale au fost cele mai utile pentru beneficiar și se concretizează jurnalul de gânduri și emoții legate de impulsul de joc. Beneficiarul este îndemnat să continue să scrie în jurnal și după terminarea ședințelor, la fel să utilizeze unele dintre tehnicile învățate.

În același timp, se creează un plan de urgență și se consolidează sentimentul de autoeficacitate. De asemenea, se discută despre procesul de încheiere a consilierii psihologice, în contextul în care beneficiarul a învățat să își gestioneze independent dificultățile. Se clarifică ideea că apariția unor momente de vulnerabilitate constituie un fenomen firesc și nu reprezintă un eșec. În final, se stabilește posibilitatea unor ședințe de monitorizare (*follow-up*), de exemplu la o lună, la trei sau la șase luni, pentru a preveni izolarea și pentru a asigura menținerea progresului

3.3. Prezentarea și interpretarea rezultatelor programului de intervenție psihologică

Diferențe referitoare la gândurile iraționale legate de jocurile de noroc, înainte și după parcurgerea intervenției psihologice

Tabelul 3.3. Statistici pentru eșantioane pereche – Scala de evaluare a gândurilor iraționale

Test/Retest	Media	Număr participanți	Deviația standard	standard a mediei
GIJS1	20.32	35	2.32	.21
GIJS2	10.43	35	2.66	.24

(GIJS1 – scor inițial *Scala de evaluare a gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc*; GIJS2- scor post-intervenție *Scala de evaluare a gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc*)

În Tabelul 3.3. se poate observa o diferență între media inițială și media ulterioară intervenției. $M_1=20.32$, $M_2=10.43$ pentru o abatere standard $SD=2.32$, respectiv $SD=2.66$ și o eroare standard a mediei de 0.21, respectiv 0.24 pentru situația de retest.

Tabel 3.4. Test pentru eșantioane pereche – Scala de evaluare a gândurilor iraționale

Test/Retest	Media	Deviația standard	t	df	p
GIJS1 GIJS2	9.88	2.67	39.6	34	<0.001

(GIJS1 – scor inițial *Scala de evaluare a gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc*; GIJS2- scor post-intervenție *Scala de evaluare a gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc*)

Conform datelor din Tabelul 3.4., având în vedere că $p<0.001\leq 0.05$, se validează ipoteza cercetării, conform căreia nivelul gândurilor iraționale se va reduce ca urmare a programului de consiliere psihologică de sorginte cognitiv-comportamentală (pe un eșantion de 35 subiecți, $M_1=20.32$, $M_2=10.43$ pentru $t=39.66$ și $p<0.001$).

Diferențe referitoare la situațiile de risc ce pot determina un nou episod de joc, înainte și după intervenția formativă

Tabelul 3.5. . Diferențe statistice la variabila Situații de risc, pre-și posttestare

Test/Retest	Media	Numărul de participanți	Deviația standart	ția standar a mediei
ISR1*	50.99	35	15.51	1.44
ISR2**	26.15	35	7.95	0.74

(ISR1 – scor inițial *Indicele situațiilor de risc*; ISR2- scor post-intervenție *Indicele situațiilor de risc*)

În Tabelul 3.5 se poate observa o diferență între media inițială și media ulterioară intervenției. $M_1=50.99$, $M_2=26.15$ pentru o abatere standard $SD=15.51$, $SD=7.95$ și o eroare standard a mediei de 1.44, respectiv 0.74 pentru situația de retest.

Tabelul 3.6. Test pentru eșantioane pereche – Indicele Situațiilor de risc

Test/Retest	Media	Deviația standard	t	df	P
ISR1 ISR2	24.84	7.56	35.2	34	<0.001

(ISR1 – scor inițial *Indicele situațiilor de risc*; ISR2- scor post-intervenție *Indicele situațiilor de risc*)

Conform Tabelului 3.6., având în vedere că $p<0.001\leq 0.05$ se validează ipoteza cercetării,

conform căreia implicarea comportamentelor de risc în inițierea unei noi sesiuni de joc se va reduce ca urmare a programului de intervenție de sorginte cognitiv-comportamentală, pe un eșantion de 35 subiecți ($M1=50.99$, $M2=26.15$ pentru $t=35.24$ și $p<0.001$). Limitele de încredere restrânse duc la concluzia unei bune precizii în măsurare.

Diferențe referitoare la nivelul de depresie, înainte și după parcurgerea intervenției psihologice

Tabelul 3.7. Diferențe statistice la variabila Depresie pre- și posttestare

Test/Retest	Media	Numărul de participanți	Deviația standard
Beck1	40.14	35	14.24
Beck2	27.19	35	7,42

(Beck1 – scor inițial *Inventarul Beck*; ISR2- scor post-intervenție *Inventarul Beck*)

În Tabelul 3.7. se poate observa o diferență între media inițială și media ulterioară intervenției. $M1=40.14$, $M2=27.19$ pentru o abatere standard $SD=14.24$, $SD=44.42$ și o eroare standard a mediei de 1.32, respectiv 4.14 pentru situația de retest.

Tabelul 3.8. Test pentru eșantioane pereche – Inventarul de Depresie Beck

Test/Retest	Media	Deviația standard	t	df	P
Beck1 Beck2	12.95	4, 21	3.296	34	<0.001

Conform Tabelului 3.8., având în vedere că $p=0.001 \leq 0.05$ se validează ipoteza cercetării, conform căreia nivelul depresiei se va reduce ca urmare a programului de intervenție de sorginte cognitiv-comportamentală (pe un eșantion de 35 subiecți, $M1=40.14$, $M2=27.19$ pentru $t=3.29$ și $p=0.001$). Limitele de încredere restrânse duc la concluzia unei bune precizii în măsurare.

Diferențe referitoare la nivelul de depresie, înainte și după parcurgerea intervenției psihologice

Tabelul 3.9. Diferențe statistice la variabila Anxietate pre- și posttestare

Test/Retest	Media	Numărul de participanți	Deviația standard
BAI1	43.20	35	3.68
BAI2	33.96	35	3.13

În Tabelul 3.9. se poate observa o diferență între media inițială și media ulterioară intervenției: $M1=43.2$, $M2=33.96$ pentru o abatere standard $SD=3.68$, $SD=3.13$ și o eroare

standard a mediei de 0.34, respectiv 0.29 pentru situația de retest.

Tabelul 3.10. Test pentru eșantioane pereche – Inventarul de Anxietate Beck

Test/Retest	Media	Deviația standard	t	df	P
BAI BAI2	9.24	1.46	7,86	34	<.001

Conform Tabel 3.10., având în vedere că $p=0.001 \leq 0.05$, se validează ipoteza cercetării, conform căreia nivelul de anxietate se va reduce ca urmare a programului de intervenție psihologică de sorginte cognitiv-comportamentală pentru comportamentul de joc de noroc patologic (pe un eșantion de 35 subiecți, $M1=43.2$, $M2=33.96$ pentru $t=67.86$ și $p=0.001$). Limitele de încredere restrânse duc la concluzia unei bune precizii în măsurare.

3.4. Clarificări conceptuale și metodologice privind studiul de caz

Studiul de caz reprezintă o metodă de cercetare nonexperimentală, utilizată în principal pentru descrierea și ilustrarea teoriilor, dar și cu potențial inductiv, prin generarea de teorii pe baza unor observații particulare. Sigmund Freud, prin analiza tulburărilor nevrotice, Jean Piaget, prin observarea și teoretizarea cogniției la copii, Ivan Pavlov, prin cercetarea condiționării clasice, se regăsesc printre cercetătorii consacrați care au introdus studiul de caz ca metodă de cercetare. Deși a cunoscut un declin odată cu ascensiunea cercetării cantitative la mijlocul secolului XX, metoda și-a recâștigat ulterior relevanța, în special în psihologia generală, psihologia copilului, psihologia personalității, psihoterapie, consilierea psihologică, psihologia clinică, unde descrierile detaliate ale cazurilor au stat la baza multor clasificări nosologice și a consacrării abordării ideografice. În ultimele decenii, studiile de caz au integrat tot mai frecvent și tehnici cantitative, oferind o analiză mai complexă a datelor. Cercetătorul român D. David (2006) evidențiază două funcții principale ale studiului de caz: (1) elaborarea de noi teorii, dezvoltate pornind de la observații clinice sau modele existente și ulterior supuse testării riguroase, și (2) exemplificarea teoriilor deja validate, prin ilustrarea aplicării lor în situații reale [5; 162].

Reușita în elaborarea conceptualizării de caz reprezintă un obiectiv central de competență clinică, precum și un obiectiv de dezvoltare profesională pe tot parcursul carierei, inclusiv pentru clinicienii experți. Gilboa-Schechtman arată, într-o lucrare publicată în 2024, că o conceptualizare de caz realizată cu succes îndeplinește următoarele criterii [86]:

- prezintă un model dinamic, sensibil la context și la funcționarea subiectului;
- oferă repere de intervenție relevante și proceduri de evaluare asociate;
- prezintă un plan de tratament care include etape de intervenție și potențiale limite.

Conceptualizarea de caz poate funcționa ca element de conexiune între evaluarea clinică inițială, elaborarea unui intervenții personalizate și evaluarea eficienței intervenției. Gilboa-Schechtman (2024) menționează că o conceptualizare cuprinzătoare, bine fundamentată teoretic și bazată pe surse multiple de informații are o probabilitate crescută de a susține construirea unui plan de tratament eficient și flexibil [86]. În schimb, o evaluare insuficient de detaliată sau distorsionată riscă să conducă la o conceptualizare eronată, care, la rândul ei, generează un plan de tratament inadecvat. Aceeași autoare subliniază că un aspect esențial este faptul că conceptualizarea de caz reprezintă un proces evolutiv: pe parcursul intervenției psihologice, aceasta este permanent rafinată și actualizată pentru a integra informațiile noi, perspectivele emergente și particularitățile răspunsului beneficiarului la anumiți factori declanșatori și la intervențiile aplicate.

Totodată, o conceptualizare de caz adecvată trebuie să integreze informații diverse și complexe. În primul rând, este necesar să includă atât date de natură universal-teoretică sau nomotetică, cât și individualizată sau idiografică. Unul dintre obiectivele majore ale conceptualizării de caz constă în conectarea patternurilor specifice de stres care determină persoana să solicite tratament (preocupările idiografice) cu baza bogată de informații nomotetice existente. De exemplu, este important să fie identificate acele simptome care sunt deosebit de semnificative pentru acest client anume [86].

Astfel, Gilboa-Schechtman (2024) clarifică că o conceptualizare de caz trebuie să integreze informații provenind din mai multe zone temporale [86]:

- *un macronivel temporal* (decenii, ani) poate include date referitoare la istoria personală a subiectului, din copilăria timpurie până în prezent, precum și la aspirațiile și preocupările acestuia pentru viitor. Capacitatea clientului de a atinge reperele dezvoltării (de exemplu, trecerea la o viață independentă) și de a gestiona stresorii obișnuiți (cum ar fi pierderea unei relații sau a locului de muncă) sunt competențe importante pentru înțelegerea vulnerabilităților și a ariilor de reziliență;
- *un mesonivel temporal* (săptămâni, zile) poate integra date privind afectul, comportamentul, cognițiile și reacțiile fiziologice în perioada premergătoare solicitării tratamentului;
- *informațiile la micronivel temporal* (ore, minute) pot include date multimodale referitoare la răspunsul subiectului la interacțiunile din cadrul ședințelor. Aceste informații pot fi utilizate pentru a examina modul în care beneficiarii își trăiesc relația cu psihologii/terapeuții și modul în care aceștia reacționează la beneficiarii lor.

Conceptualizarea de caz trebuie să ia în considerare și modul în care cultura (de exemplu, cea comunitară sau cea individualistă), dar și contextul social (cum ar fi clasa socială sau orientarea

sexuală) influențează viața persoanelor. Kitayama și colab. (2006) arată că mediul cultural afectează nu doar valorile personale (de exemplu, respectul pentru persoanele decedate, obediența), credințele (de tipul „comunicarea directă este importantă”, „timpul avansează liniar”) și strategiile de *coping* (de exemplu, solicitarea de ajutor din partea familiei și prietenilor, rugăciunea, practicile spirituale), ci și emoțiile pe care le valorizăm. De exemplu, valoarea atribuită mândriei individualiste este mai ridicată în culturile occidentale decât în cele non-occidentale [106]. Alți autori, precum Manstead (2018) și Stephens și colab. (2014), evidențiază că gândurile, emoțiile și comportamentele sunt influențate și de factori structurali precum clasa socială. Înțelegerea modului în care identitățile noastre, modelate de cultură și context, se intersectează oferă o profunzime sporită în interpretarea istoricului și a dificultăților beneficiarului [132; 183].

Elaborarea unei conceptualizări de caz cuprinzătoare poate implica, atunci când este posibil, integrarea informațiilor derivate din mai multe perspective, incluzând experiențele subiective ale individului, contribuțiile membrilor familiei, informațiile oferite de alți profesioniști din domeniul sănătății, precum și evaluarea realizată de psiholog asupra comportamentului beneficiarului în timpul procesului de evaluare și al intervenției terapeutice [156].

Într-un studiu de dată recentă, Słysz și Soroko (2021) au descris conceptualizarea de caz ca reprezentând un ansamblu ordonat de ipoteze care explică problemele psihologice, comportamentale și interpersonale ale unui individ, incluzând factorii etiologici, predispozanți și de menținere, precum și mecanismele cauzale, formulate în limbaj psihologic, justificate în lumina teoriilor și a datelor empirice colectate și constituind baza pentru demersurile terapeutice [187]. În aceeași ordine de idei, Losh (2003) afirma că conceptualizarea de caz cuprinde o analiză a diverselor circumstanțe care contribuie la apariția unor dificultăți specifice la subiect și a fundalului acestora, precum și o descriere detaliată a simptomelor. Diferitele elemente sunt integrate de către psiholog sau terapeut, generând astfel o structură explicativă pentru înțelegerea apariției și persistenței problemelor clientului [126].

Philippot et al. (2019) afirmă că conceptualizarea de caz nu indică doar factorii care determină tulburările, ci și relevanța factorilor bio-psiho-sociali și modul în care aceștia se corelează atât între ei, cât și cu problema clinică [162]. Astfel, prin intermediul conceptualizării de caz, Cierpialkowska (2017) identifică patomecanismele și patogeneza problemelor specifice construind conexiuni între aspectele intrapsihice și cele interpersonale ale funcționării. Structura explicativă utilizată pentru înțelegerea problemelor clientului este dinamică, ipotetică și ajustabilă, și nu statică, definitivă sau fixată [57].

În plus, în literatura de specialitate este adesea subliniată specificitatea conceptualizării de caz în funcție de orientarea teoretică principală (de ex., psihodinamică, cognitiv-comportamentală), în

contrast cu abordările transteoretice sau cu modelele de integrare a datelor bazate pe dovezi [187].

O atenție aparte este acordată și demersurilor care conduc la formularea conceptualizării de caz. În acest sens, Zubernis și Snyder (2016) disting trei procese intercorelate: [207]

- evaluarea comportamentului observabil al subiectului, a simptomelor asociate problemei prezentate și a contextului situațional (familie, muncă etc.);
- organizarea observațiilor și evaluărilor diagnostice și formularea de ipoteze privind etiologia și patomecanismul problemei fundamentale a subiectului;
- elaborarea presupuzițiilor specifice pentru interpretarea informațiilor obținute de la beneficiar și integrarea acestora într-o conceptualizare relevantă. Focalizarea atenției psihologului și categoriile conceptuale utilizate depind, în principal, de orientarea teoretică asumată.

La nivel general, putem concluziona că studiul de caz se conturează ca instrument central atât pentru progresul cunoașterii științifice, cât și pentru optimizarea intervențiilor psihologice. De la utilizarea sa inițială, predominant descriptivă și ilustrativă, până la integrarea actuală a datelor calitative și cantitative, studiul de caz a evoluat spre un demers complex, capabil să genereze și să exemplifice teorii psihologice relevante. În acest cadru, conceptualizarea de caz devine articularea teoretico-aplicativă care transformă datele clinice brute în înțelegere psihologică coerentă și operaționalizabilă. Această metodă integrează informații nomotetice și idiografice, multiple zone temporale, influențe culturale și contextuale, precum și perspective provenite din diferite surse (client, familie, alți profesioniști, evaluarea terapeutului), oferind un model dinamic al funcționării psihice și al mecanismelor de menținere a problemelor. Prin urmare, calitatea conceptualizării de caz condiționează în mod direct adecvarea și eficiența planului intervenției psihologice, iar procesul său evolutiv – prin actualizarea continuă în funcție de noile date și de răspunsul beneficiarului – conferă intervenției psihologice atât rigoare științifică, cât și flexibilitate și personalizare clinică.

Studiul de caz din perspectivă cognitiv-comportamentală

Procesul de conceptualizare a cazurilor ocupă un rol central cazului în cadrul intervenției cognitiv-comportamentale, care are ca obiectiv principal elaborarea a unei scheme explicative coerente asupra problemelor subiectului, care să orienteze întregul demers al intervenției psihologice. Această schemă este construită inițial pe baza interviului clinic și a modelului cognitiv a lui Beck, fiind ulterior adaptată în funcție de parcursul terapeutic al beneficiarului. Conceptualizarea este, astfel, un model de lucru dinamic, ce conține ipoteze interdependente ce necesită validare continuă [7].

Modelul lui Beck are la bază conceptul că reacțiile emoționale și comportamentale sunt determinate de procese și conținuturi cognitive organizate ierarhic: de la gândurile automate negative, situate la nivel situațional, până la convingerile intermediare și convingerile de bază, cu caracter central, stabil și general. Convingerile de bază, formate în copilărie și activate în situații relevante, structurează modul în care individul se evaluează pe sine, interpretează lumea și își proiectează viitorul. Acestea pot viza autoevaluarea („trebuie să fiu perfect ca să fiu valoros”), siguranța personală, sănătatea, acceptabilitatea socială sau valorizarea socială. Literatura de specialitate descrie triada cognitivă – convingeri negative despre sine, lume și viitor – ca nucleu al multor tulburări emoționale. Un obstacol ce poate fi întâlnit este cauzat de faptul că o parte dintre convingerile de bază disfuncționale influențează direct relația cu procesul terapeutic: neîncrederea în ceilalți, lipsa de speranță, stima de sine scăzută sau teama de pierdere a libertății interioare pot bloca implicarea în procesul terapeutic [7].

O altă categorie de conținut cognitiv este reprezentat de convingerile intermediare (reguli, atitudini), care mediază între convingerile de bază și gândurile automate, organizând sistemul de valori, regulile implicite de funcționare și așteptările legate de schimbare. În acest cadru este integrat și modelul transteoretic al schimbării (Prochaska și DiClemente, 1983 *apud* Holdevici, 2009), care descrie stadiile prin care trece clientul – precontemplare, contemplare, pregătire, acțiune, menținere, respectiv (după unii autori) prerenunțare și recădere – și sugerează adecvarea intervențiilor la stadiul în care se află subiectul [7].

Un alt element esențial al conceptualizării cognitive îl reprezintă identificarea strategiilor compensatorii, interne sau externe, utilizate de subiect pentru a face față schemelor dezadaptative și solicitărilor exterioare. Aceste strategii pot include: evitarea situațiilor, retragerea socială, sacrificiul de sine și conformismul, manipularea, hiperactivitatea sau comportamentele adictive – când sunt maladaptative, întrețin tulburările emoționale și necesită o atentă abordare în cadrul progresului terapeutic [7].

Kellogg și Young (2008) descriu trei modalități rigide de relaționare cu schemele dezadaptative:

- activarea directă a acestora (alegerea unor contexte și persoane care confirmă schema);
- evitarea (inclusiv prin disociere sau abuz de substanțe);
- supracompensarea (comportamente de superioritate, control sau dominanță pentru a masca convingeri de inferioritate sau incapacitate).

Aceste moduri diferite de a răspunde la aceleași convingeri de bază explică variabilitatea expresiei clinice și a comportamentului la indivizi cu profile cognitive similare [105].

Pentru a putea construi o strategie terapeutică eficientă din perspectivă cognitiv-

comportamentală, Holdevici (2009) propune integrarea în formularea de caz a unei serii de factori de menținere a problematicei clinice, printre care enumeră:

- evaluarea selectivă a situațiilor în acord cu schemele;
- lipsa unor abilități de coping adaptativ;
- niveluri crescute de activare fiziologică ce interferează cu rezolvarea de probleme;
- întărirea repetată a unor modele comportamentale dezadaptative;
- recompense imediate ce depășesc, ca valoare subiectivă, consecințele negative pe termen lung;
- evitarea care împiedică înfirmarea convingerilor catastrofizante;
- neîncrederea în propriile capacități;
- profețiile autoîmplinite;
- anxietatea față de schimbare;
- sentimentul lipsei de speranță sau mediul social care întărește comportamentele problematice [7].

În același timp, și teoreticienii abordării cognitiv-comportamentale menționează că miza centrală în conceptualizarea cazului este selecția și adaptarea celor mai adecvate metode de intervenție la particularitățile fiecărui subiect, ținând cont de gravitatea simptomelor, factorii etiologici și de risc, caracterul primar sau secundar al diverselor probleme, accesibilitatea ținutelor de intervenție și particularitățile beneficiarului. Chiar și în cazul tulburărilor pentru care există protocoale standardizate (depresie, tulburare bipolară, tulburări de personalitate, abuz de substanțe, fobie socială), conceptualizarea individuală rămâne esențială pentru eficientizarea intervenției terapeutice [3; 7].

În concluzie, modelul de conceptualizare a cazului utilizat în prezenta cercetare, derivat din perspectiva cognitiv-comportamentală a lui Beck și operaționalizat în structura propusă de Irina Holdevici, oferă un cadru riguros și integrativ pentru înțelegerea și intervenția asupra problematicei clinice. Ancorarea în ierarhia conținuturilor cognitive (gânduri automate, convingeri intermediare și convingeri de bază), corelată cu analiza strategiilor compensatorii și a factorilor de menținere, permite articularea unei viziuni coerente asupra modului în care vulnerabilitățile cognitive și emoționale se traduc în patternuri comportamentale dezadaptative. Integrarea modelului transteoretic al schimbării și a diferențelor individuale în modul de relaționare cu schemele dezadaptative (activare, evitare, supracompensare) conferă suplimentar finețe clinică procesului de formulare a cazului, facilitând adecvarea intervențiilor la stadiul motivațional și la profilul specific al subiectului implicat într-un program de consiliere psihologică. Astfel, conceptualizarea de caz nu se reduce la o descriere statică a simptomelor, ci devine un instrument dinamic de lucru,

orientat atât spre identificarea mecanismelor psihopatologice centrale, cât și spre ghidarea selectării și personalizării strategiilor terapeutice. În acest sens, ea reprezintă veriga esențială între teoria psihopatologică, evaluarea clinică comprehensivă și planificarea intervenției, condiționând în mod direct eficiența și relevanța tratamentului psihoterapeutic [7].

Studiile de caz din acest studiu au fost elaborate în baza perspectivei prezentate de Irina Holdevici în lucrarea „Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală” (2009) [7] care propune conceptualizarea unui caz bazându-se pe teoria psihopatologică a lui Beck (Beck și colab., 1979) și pe perspectiva structurală prezentată de Daniel David (2006). Aceștia postulează faptul că schemele cognitive pot fi activate în urma integrării unor situații externe care, la rândul lor, generează simptome. Astfel, conceptualizarea individualizată la nivel de caz ajută psihologul în planificarea eficientă a intervenției terapeutice, plecând de la formularea cazului în ansamblu și focusându-se pe relațiile dintre problemele clientului (Haynes, 1992) [87]. Holdevici (2009) preia și perspectiva lui Persons (1993) care oferă un model de prezentare de caz, de factură cognitiv-comportamentală, cu următoarele secțiuni structurale: lista problemelor, diagnosticul, ipoteza de lucru, resursele și planul de tratament [148].

STUDII DE CAZ

Studiu de caz I

Date generale

Maria are 24 de ani, este prostituată și locuiește împreună cu prietenul ei într-o garsonieră.

Acuze principale

În 2019, Maria a avut două tentative de suicid prin îngerare de pastile ce s-au soldat cu o internare la spitalul de psihiatrie. Cele două tentative de suicid au survenit pe fondul unor pierderi substanțiale de bani la cazino. Maria este o jucătoare de noroc patologic de ruletă și aparate (păcănele) și, ocazional, de pariuri sportive. Obiectivul principal anunțat la momentul adresării după ajutor psihologic este de a opri jocul de noroc pentru a nu mai ajunge să fie internată: „Nu mai vreau sa ajung niciodată acolo”, „Din cauza jocurilor am ajuns rău”.

Istoricul tulburărilor prezente

În 2018, a intrat prima dată în cazino cu actualul ei prieten, acesta fiind un jucător problematic. Obișnuia să meargă în cazino de cel puțin 4 ori pe săptămână. Maria descrie că s-a simțit bine atunci când a intrat în cazino, personalul era foarte amiabil și i-a oferit un pahar cu cocktail: „Ce tare, aici poți să bei gratis”, acest fapt oferindu-i o stare de bine psihologic la moment. A decis să joace 30 de lei. În scurt timp a câștigat 1000 de lei. Prietenul ei a fost extrem de bucuros și a felicitat-o. Maria a jucat în continuare și a mai câștigat 2000 de lei (*activarea sistemului*

dopaminergic și satisfacerea nevoii de stimă și apreciere).

Era fascinată de cât de ușor și într-un timp atât de scurt a putut să aibă 3000 de lei: „Eu muncesc aproape o săptămână pentru banii ăștia”, „Eu stau cu toți nesimțiții pentru banii ăștia”; „Dacă vin în fiecare zi câte două ore, nu trebuie să mai fac nimic” (*formarea de credințe maladaptative*). Împreună cu prietenul au colectat banii și au plecat într-o excursie la Bușteni. O săptămână mai târziu, Maria a decis să renunțe la prostituție și să câștige bani de la casino: „Stau două ore acolo și după aia mă duc la shopping”. Cu banii pe care îi mai avea a mers în cazino și a jucat. Și de data aceasta a câștigat 2000 de lei (*bazele formării unui comportament problematic*).

În următoarele săptămâni a început să frecventeze mai mult cazinoul și să acumuleze pierderi: „Lasă că tot o să-mi dea, joc până o să-mi dea ceva mare” (*întărirea comportamentului de joc*). Săptămânile s-au transformat în luni și Maria a acumulat datorii de peste 9000 de lei. Se împrumuta de la orice persoană pe care o cunoștea. Nemaiavând bani să joace, s-a întors să facă prostituție, atât pentru a avea bani să joace în continuare, cât și pentru a susține jocul de noroc, la insistențele prietenului ei. Banii pe care îi câștiga într-o zi, nu-i ajungeau să-și satisfacă dorința de joc. Începuse să joace pe sume din ce în ce mai mari și nu putea să joace cât voia. O stresa faptul că banii se terminau foarte repede.

În acest timp, a acumulat datorii la întreținere și restante la plata chiriei. Începe să dezvolte stări de anxietate și atacuri de panică la gândul că nu își poate plăti datoriile și va trebui să se întoarcă în casa părintească. Părinții Mariei nu știau că aceasta practica prostituția, ei crezând că ea lucrează la un *call centru*. La presiunile prietenului de a o determina să întrețină relații sexuale cu mai mulți bărbați simultan, clachează și se închide în baie, unde îngerează 30 de pastile de aspirină. I se face rău, dar nu ajunge la spital. După două săptămâni merge în cazino și după o pierdere, încearcă să își racoleze clienți din rândul celorlalți jucători. Unul este de acord și merg la apartamentul acestuia. Acolo traiește o umilință de nedescris, iar ajunsă acasă, a luat toate pastilele pe care le avea: „Nu știu câte pastile, cred că le-am luat pe toate”. Acest eveniment s-a soldat cu o internare la spitalul de psihiatrie. La externare decide să caute ajutor de specialitate și apelează la un program de prevenire și asistență psihologică, medicală și socială pentru adicții, în cadrul unui centru specializat.

Istoricul social și personal

Maria este de origine dintr-un sat din apropiere de Brăila. Singurul copil la părinți, povestește că viața la țară a fost foarte grea: „Tot timpul era ceva de făcut, nu aveai timp să stai deloc”. Tatăl era tot timpul plecat să lucreze zilier, iar ea rămânea acasă cu mama sa pentru a o ajuta în gospodărie. La școala generală a excelat, luând premiul I până în clasa a 8-a. Liceul l-a făcut în Brăila și a stat la un internat pe toată durata studiilor. În vacanțe mergea acasă la părinți.

În clasa a X-a a cunoscut-o pe Ioana, care, după cum descrie Maria, a impresionat-o prin hainele scumpe și telefonul pe care le avea: „Avea doar haine de firmă și eu aveam doar două perechi de blugi”. Maria dezvoltă o prietenie cu Ioana, care o introduce în cercuri de proxeneți. Maria este fascinată de atenția primită și de cadourile pe care le primea, de la parfumuri la haine de firmă. După o perioadă scurtă de timp i se propune să se prostitueze pentru a menține acest stil de viață. După prima experiență simte dezgust și repulsie. O atrage totuși partea financiară și continuă. Situația școlară se înrăutățește și în clasa a XII-a rămâne corigentă și nu poate susține bacalaureatul în prima sesiune. Îl întâlnește pe Robert, actualul prieten care avea să-i devină proxenet.

Promovează bacalaureatul și se mută într-o garsonieră cu prietenul ei, acesta promițându-i că nu o va mai lăsa să se prostitueze pentru mult timp. Le spune părinților că este la facultate și lucrează în același timp. După o perioadă, îi spune prietenului ei că nu ar vrea să mai practice prostituția și că ar vrea să se angajeze ca frizeriță. A primit un răspuns categoric dezaprobat: „Când mi-a spus că trebuie să fac asta în continuare, am simțit că nu mă iubește”. Simte că nu este valorizată și prețuită de către partener.

În 2018, la rugămintea concubinului, merge prima dată într-un cazino. Maria nu mai fusese niciodată într-un asemenea loc. A fost impresionată de ospitalitatea locului. I s-a oferit o băutură gratuit și a fost întrebată dacă se simte confortabil. A decis să joace la un aparat și a câștigat 3000 de lei. Elaborează gânduri iraționale în ceea ce privește ușurința câștigului de bani: „Cât de repede am făcut banii ăștia”. Începe să frecventeze cazinoul din ce în ce mai mult și acumulează datorii. Joacă în continuare pe sume din ce în ce mai mari. În urma unor pierderi și sub presiunea socială, Maria are prima tentativă de suicid cu pastile. Iși revine, dar continuă în jocul de noroc. Ca urmare a datoriilor și presiunii partenerului recurge la a doua tentativă de suicid care se soldează cu internarea la spitalul de psihiatrie din Galați. La externare, decide să apeleze la ajutor de specialitate.

Istoric medical

Maria se prezintă la Centrul de asistență psihologică și socială a jucătorilor de noroc cu un diagnostic de tulburare anxioasă și cu medicație - Rivotril și Anxiar (tranchilizante), prescrisă de medicul psihiatru.

Status mental

Maria era bine orientată temporo-spațial cu o dispoziție depresivă.

Diagnostic

Maria întrunește 7 din cele 9 criterii de diagnosticare a ***dependenței de jocuri de noroc***, conform DSM - V.

În urma aplicării testelor psihologice s-au obținut următoarele rezultate:

- La testul *Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic „South Oaks Gambling Screen – SOGS”* (Lesieur & Blume, 1987) a obținut un scor de 18, care corespunde rezultatului „probabil jucător patologic”;
- În urma completării chestionarului *„Indexul de severitate a jocului de noroc patologic”* (Ferris & Wynne, 2001) a obținut un scor de 19, încadrându-se în gradul maxim de severitate – joc de noroc patologic cu consecințe negative și posibil pierderea controlului.
- La *„Scala de evaluare a gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc”* (Raylu și Oei, 2004) a obținut scorul de 105, relevant pentru un nivel înalt de gânduri iraționale.
- Completând *„Inventarul situațiilor de risc”* (Littman, Turner & Toneatto 2009), s-a obținut un scor de 84, ce reprezintă un risc de joc patologic.
- La *„Inventarul de Depresie Beck”* (Beck, 1996) obține un scor de 35, relevându-se prezența depresiei severe.
- La *„Inventarul Beck de Anxietate”* (Beck, 1993) a obținut un scor de 27, relevant pentru un grad moderat spre sever de anxietate.

Conceptualizarea cazului: abordare din perspectiva psihoterapiei cognitiv-comportamentale

Factori etiologici

Cu referire la factorii care au determinat apariția și menținerea jocului de noroc patologic, în cazul respondentului analizat, vom formula următoarele presupoziii:

1) primul câștig al Mariei la casino (*factor declanșator*) coroborat cu un stil de viață disfuncțional în gestionarea situației financiare, au condus la formarea distorsiunilor cognitive legate de jocul de noroc: „Ce repede se pot câștiga banii”, „Chiar dacă am pierdut, la un moment dat tot voi câștiga” (*iluzia controlului*) și întărirea comportamentului de joc;

2) nevoia financiară și nevoia de apartenență și validare din punct de vedere psihologic, social și economic au condus către comportamente maladaptative și au dus la incapacitatea de a gestiona anumite aspecte ale vieții.

Evaluarea cognițiilor și comportamentelor actuale

Beneficiara se adresează serviciilor de asistență psihologică cu dorința de a stopa jocul de noroc și de a înțelege incapacitatea de a opri acest comportament nociv. Își amintește că în timp ce juca, își spunea că iar a pierdut banii și că trebuie să se prostitueze din nou pentru a avea bani. Când câștiga, își spunea că va renunța la prostituție. În ultima perioadă, analiza posibilitatea de a se angaja legal și de a renunța la practicarea prostituției. Atunci când pierdea, deseori urmau atacuri de panică

derivate din îngrijorările legate de situația financiară: „Iar trebuie să mă duc la unul și altul, și pentru ce, că tot la aparate se duc bani” (*incapacitatea de a opri jocul*). Se constată apelarea la comportamente maladaptative în scopul îmbunătățirii situației financiare, factor de duce la întărirea comportamentului de joc patologic.

În acest caz, identificăm următoarele etape tipice pentru jucătorii de noroc patologici:

- idee de câștig înainte de inițierea sesiunii de joc;
- anticipare pozitivă în timpul jocului;
- stări anxioase, tensionate pe măsură ce se acumulează pierderi;
- stări depresive după pierdere.

Evaluarea longitudinală a cognițiilor și comportamentelor

Maria a crescut într-o familie modestă. Faptul că într-un timp foarte scurt și la o vârstă destul de fragilă pentru a lua decizii funcționale a fost expusă unor posibilități financiare suspecte, a condus către trei credințe centrale:

- prima credință centrală se referă la ușurința de a avea o situație financiară optimă: „Ești frumoasă, faci bani repede”, credință care este parte dintr-o inferență generală „Nu este necesar să ai competențe și să te implici pentru a reuși în viață”.
- a doua credință centrală se referă la relația dintre control și confort: „Trebuie să recapăt banii pierduți, altfel ajung acasă la mama”, credință care este parte dintr-o inferență generală „Trebuie să dețin controlul pentru că altfel mi se va întâmpla o tragedie”.
- a treia credință centrală se referă la neputința de a alege: „Trebuie să mă prostituez pentru a avea bani de jocuri”, credință care este parte dintr-o inferență generală „Nu există nicio altă soluție în afară de asta”.

Aspecte pozitive în funcționarea beneficiarei – resurse psihoterapeutice ale beneficiarei

Maria este o persoană inteligentă și activă. Își dorește să oprească jocul de noroc, să renunțe la prostituție, să se angajeze și să urmeze o facultate.

Planul de intervenție psihologică: o abordare din perspectiva psihoterapiei cognitiv-comportamentale

Lista de probleme identificate:

- incapacitate de a opri jocul de noroc;
- sentimente de panică și vinovăție induse de datoriile acumulate;
- sentimente de vinovăție accentuate induse de serviciile sexuale oferite;
- stimă de sine și asertivitate scăzute.

Scopuri psihoterapeutice:

- oprirea jocului de noroc și înțelegerea mecanismelor bio-chimice ale creierului care crează impulsul de joc de noroc;
- reducerea gândirii distorsionate cu un impact asupra unei noi sesiuni de joc;
- diminuarea stărilor de anxietate și depresie;
- dezvoltarea abilităților sociale;
- creșterea stimei de sine;
- stimularea dezvoltării personale.

Desfășurarea intervenției psihologice de sorginte cognitiv-comportamentală

Planul intervenției psihologice a vizat, în primă fază, oprirea comportamentului de joc și psihoeducația privind sistemul de recompensă al creierului (în care este implicat mecanismul dopaminergic). Ulterior, demersul a urmărit diminuarea distorsiunilor cognitive corelate cu jocurile de noroc și gestionarea stărilor afective negative, ca posibili factori declanșatori ai unui nou episod de joc. De asemenea, în planul terapeutic a fost inclusă o componentă solidă de prevenire a recăderilor

Pentru oprirea jocului de noroc, a fost folosită tehnica „Balanța decizională” (Velicer, W. F., DiClemente, 1985), în vederea creșterii gradului de conștientizare a efectelor jocului de noroc pe termen scurt și lung. De asemenea, a fost utilizat „modelul etapelor schimbării” (adaptat după Prochaska și DiClemente, 1984) ca instrument de conștientizare a stadiilor procesului terapeutic, facilitând astfel o mai bună înțelegere și implementare a noilor comportamente funcționale.

Pentru reducerea gândurilor automatizate, au fost implementate tehnici de restructurare cognitivă (Clark, 1995). Ulterior, intervenția s-a axat pe diminuarea anxietății și depresiei, constând în tehnici de restructurare cognitivă (Beck 1976 și Clark, 1995) pentru modificarea gândurilor automate și a credințelor centrale. Totodată, s-a lucrat prin identificarea stărilor de „craving” și decodificarea acestora prin analiza gândurilor automate, ajungând la o mai bună înțelegere de către beneficiar a *modelului ABC (Gând – Emoție – Comportament)*. Ne-am concentrat și pe dezvoltarea unor noi mecanisme funcționale și adaptative de coping, pentru menținerea abstenenței.

De asemenea, s-a lucrat pentru conștientizarea fenomenului traficului sexual și pentru explorarea unor noi posibilități de dezvoltare financiară. Intervențiile care au vizat dezvoltarea abilităților sociale și creșterea stimei de sine au fost utilizate cu scopul de a ajuta beneficiara să devină mai încrezătoare în forțele proprii și de a diminua riscul de recădere.

Obstacole în procesul de consiliere psihologică

Maria a fost deschisă procesului de consiliere psihologică, cu o implicare atentă în ducerea

la bun sfârșit a obiectivelor psihoterapeutice. Medicația a creat, inițial, o barieră prin diminuarea capacității de concentrare în timpul terapiei, dar Maria a reușit să depășească această stare.

Rezultate și urmărirea rezultatelor beneficiarei

Procesul de consiliere psihologică în cazul Mariei a cuprins 12 ședințe, desfășurate cu o frecvență săptămânală. Deși la începutul intervenției au fost semnalate dificultăți de concentrare cauzate de medicație, obiectivele terapeutice formulate inițial au fost atinse cu succes ca urmare a parcursului formativ. Maria a asimilat mecanismele de funcționare ale sistemului biochimic al creierului și a învățat să gestioneze eficient stările de *craving*. Totodată, pacienta a devenit capabilă să dezvolte noi comportamente funcționale și să diminueze constant conduitele maladaptative. Este important de menționat că beneficiara nu a înregistrat recăderi. În acest sens, monitorizarea dinamicii acesteia pe o perioadă de trei luni a evidențiat rezultate constructive: Maria a reușit să se angajeze ca patiser, a renunțat definitiv la practicarea prostituției și intenționează să își continue studiile prin înscrierea la facultate.

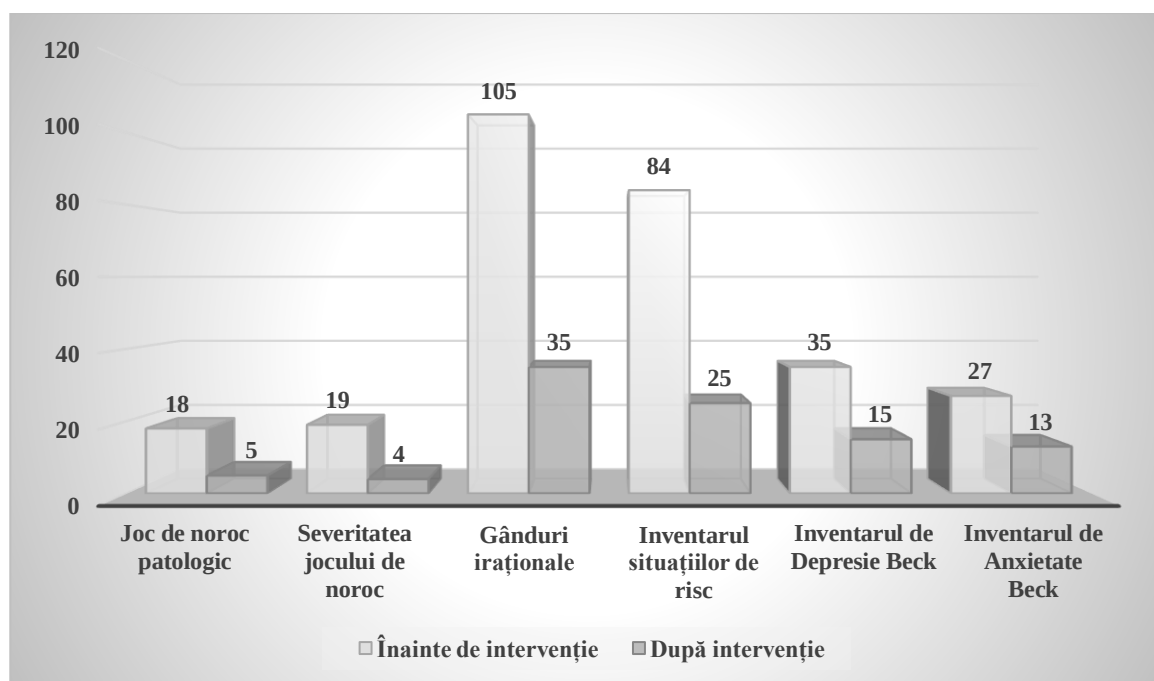


Fig. 3.1. Rezultatele pre- și posttestare pentru cazul I

Studiu de caz II

Date generale

Daniel, un bărbat de 54 de ani, divorțat cu doi copii (o fiică de 16 ani și un fiu de 18 ani). La momentul adresării după ajutor psihologic, era în concubinaj cu partenera sa în vârstă de 47 de ani. Daniel lucrează ca inginer într-un combinat din Galați.

Acuze principale

Daniel este un jucător de peste 20 de ani. Își amintește ca atunci când era în facultate obișnuia să joace whist pe bani cu colegii din cămin. Ulterior, un prieten l-a convins să meargă în cazino să joace o suma mică de bani, pentru distracție. În urma unui câștig fabulos, Daniel și-a cumpărat o mașină cu banii castigați. Jocul de noroc a continuat în timp, Daniel găsindu-se în imposibilitatea de a se opri. Nu sunt semnalate probleme de natura psihiatrică. Daniel este un jucător patologic de „păcănele”, ruletă și pariuri sportive. Principalul obiectiv al său, în legătură cu procesul de consiliere psihologică, este de a diminua jocul de noroc: „Vreau să joc și eu ca un om normal, nu să-mi bag toți banii”.

Istoricul tulburării

Prima dată, Daniel a intrat în contact cu jocurile de noroc în facultate, când un prieten l-a condus în camera unor fete și au jucat whist pe bani. Faptul că era înconjurat de persoane cu o atitudine pozitivă față de jocul pe bani, i-a creat un sentiment de normalitate. Având o fire competitivă, se enerva de fiecare dată când pierdea. Atunci când pierdea, obișnuia să-și spună: „De data asta nu s-au aliniat planetele” (*ganduri irrationale legate de controlul asupra rezultatului jocului*).

Ulterior, Daniel a mers într-un cazino cu un prieten de-al său. A fost impulsionat să joace 50 de lei la ruletă. Necunoscând regulile jocului, din greșeală a pariat toți banii pe 19 roșu, el considerând ca este numărul lui norocos. A fost surprins când a realizat că ruleta se opri exact pe 19 roșu, aducându-i un câștig de 1800 de lei: „Atunci parcă știam ce numere să joc pentru a castiga”, așa își spune Daniel în prima ședință de consiliere psihologică, fapt ce subliniază o *percepție distorsionată asupra abilității de control asupra jocului*.

În acea seară, Daniel a câștigat 20 de mii de lei. Își amintește cum era aclamat de alți jucători din sală: „Îmi spuneau oamenii ca sunt cel mai norocos om pe care l-au văzut”; „O barmăniță m-a întrebat dacă vreau să o aștept după ce termină programul să o conduc acasă” (*satisfacerea unor pseudo-nevoi de apartenență și validare*).

În următoarele zile, Daniel și-a cumpărat o mașină din banii câștigați. Își spunea că nu înțelege cum se pot câștiga bani atât de ușor. În următoarele două luni a frecventat același cazino de opt ori. Juca la aceeași ruletă și se așeza pe același scaun. Dacă scaunul era ocupat, nu juca deloc (*credințe pe tentă de superstiții*).

Fiecare sesiune de joc s-a soldat cu pierderi din ce în ce mai mari. În urma pierderilor, face o pauză de la jocurile de noroc (de un an). După un an joacă din nou și intră într-un episod de joc prelungit ce durează 6 luni, episod ce se soldează cu datorii atât la persoane fizice, cât și la banci (*reactivarea rețelei neuronale legată de jocul de noroc*). De-a lungul anilor, Daniel joacă

constant, doar cu întreruperi de maxim o lună de zile. Acumulează în prezent o datorie la instituții și persoane ce se ridică la 150 000 de euro. Solicită consiliere psihologică la insistențele concubinei care află de suma de bani pierdută.

Istoricul personal și social

Daniel este cel mai mic copil al familiei. Are o soră cu 3 ani mai mare și un frate cu 5 ani mai în vârstă decât el. Povestește că a fost copilul rasfățat al familiei: „Nu-mi lipsea niciodată nimic”. Este singurul din familie care a urmat o facultate, familia făcând sacrificii financiare pentru a-i susține studiile.

În anul doi de facultate o întâlnește pe Mioara, femeia care avea să-i devină soție și cu care are doi copii. Timp de 10 ani, Daniel reușește să-și ascundă jocul de noroc problematic față de familie. Având o firmă de consultanță, are resurse financiare ce susțin noi sesiuni de joc. În 2014, se împrumută de la asociatul său cu 40 000 de euro. Pierde toți banii într-un weekend la un cazino din București. În acel moment realizează pierderea controlului în fața impulsului de joc: „Atunci am simțit prima dată ca s-ar putea să fie o problemă”. Discută în familie despre jocul de noroc, cât și despre datoriile acumulate. Soția nu poate gestiona întreaga situație și căsnicia se soldează cu un divorț.

La inițiativa unui prieten, Daniel este îndrumat să ceară ajutor de specialitate, atât psihologic, cât și din perspectiva planing-ului financiar. Merge la două ședințe de psihoterapie și renunță: „Doamna psiholog nici nu mă înțelegea, nici nu știa despre ce este vorba”. Are multiple recăderi care se soldează cu o un episod anxios legat de incapacitatea de a plăti datoriile. Își administrează automedicație – Valium –, pe care l-a procurat printr-o cunoștință.

Timp de 6 luni se izolează social, singurile ieșiri fiind la serviciu și la cazino. La insistențele prietenilor, vine la o petrecere de Crăciun unde o întâlnește pe Mădălina, actuala concubină. Pentru o scurtă perioadă renunță la jocuri și se concentrează pe relație și pe activități profesionale: „Atunci a fost o perioadă când gândeam lucid, nici nu mă gândeam să joc”.

Își amintește că după o perioadă de timp a ieșit cu un amic de serviciu în oraș, o persoană cu antecedente în jocul de noroc. La rugămințile acestuia, intră în cazino și joacă. Câștigă o sumă importantă de bani (*reactualizarea tuturor mecanismelor ce întăresc comportamentul de joc*).

În următoarele săptămâni joacă din ce în ce mai agresiv, fapt ce se soldează cu alte pierderi semnificative. Conștientizează faptul că poate pierde și relația actuală și alege să fie transparent. Concubina se implică în găsirea unei soluții și apelează la Centrul pentru prevenire și asistență psihologică, medicală și socială a adicțiilor.

Istoric medical

Daniel nu avea probleme medicale care să influențeze funcționarea psihică sau programul

de intervenție psihologică.

Status mental

Daniel era bine orientat temporo-spațial, cu o dispoziție anxioasă.

Diagnostic

Daniel întrunește 7 din cele 9 criterii de diagnosticare a ***dependenței de jocuri de noroc*** conform DSM - V.

În urma aplicării testelor psihologice s-au obținut următoarele rezultate:

- La testul *Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic South Oaks Gambling Screen – SOGS* a obținut un scor de 16 care corespunde rezultatului
- „probabil jucător patologic”.
- În urma completării chestionarului *Indexul de severitate a jocului de noroc patologic* a obținut un scor de 20, încadrându-se în gradul maxim de severitate – joc de noroc patologic cu consecințe negative și posibil pierderea controlului.
- La *Scala de evaluare a gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc* a obținut scorul de 121, relevant pentru un nivel înalt de gânduri iraționale.
- Completarea *Inventarului situațiilor de risc*, a relevat un scor de 82, scor ce reprezintă un risc de joc patologic.
- La *Inventarul de Depresie Beck*, a obținut un scor de 22, fapt ce indică prezența depresiei moderate.
- La *Inventarul Beck de Anxietate*, a obținut un scor de 35, reprezentând un grad sever de anxietate.

Conceptualizarea cazului: o abordare din perspectiva psihoterapiei cognitiv-comportamentale

Factori etiologici

Sub aspect contextual-comportamental, considerăm că jocul de *whist* pe bani într-o conjunctură în care acest fapt era privit cu normalitate și coroborarea acestui moment cu primul castig mare din cazino, a determinat dezvoltarea de către Daniel a unui comportament de joc compulsiv.

Sub aspect longitudinal-educational, considerăm că statutul lui Daniel în familie și în fratrie, care presupunea că acesta primea orice lucru din partea părinților, întreaga familie făcând sacrificii pentru ca lui Daniel să nu-i lipsească nimic, a determinat dezvoltarea unei toleranțe scăzute la frustrare, a unui contact insuficient cu realitatea obiectivă și a unei capacități reduse de gestionare a situației financiare.

Evaluarea cognițiilor și comportamentelor actuale

Din punct de vedere emoțional, Daniel se simțea anxios atunci când își aducea aminte de sumele de bani pe care trebuia să le restituie: „În două vieți o să pot plăti eu datoriile astea”.

Din punct de vedere comportamental, una dintre situațiile problematice pentru Daniel era incapacitatea de a se opri din joc, în ultimele 6 luni, cea mai lungă perioadă de abținere fiind de trei zile. În același timp, a dezvoltat un comportament maladaptativ la gândurile legate de datorii, iar când nu poate gestiona aceste emoții, merge în cazino să joace: „Este singura soluție prin care pot recupera din bani”. De fiecare dată trece prin aceleași etape – entuziasm înainte și în timpul jocului și stări anxioase după pierdere.

Evaluarea longitudinală a cognițiilor și comportamentelor

Daniel a crescut într-o familie unde toate nevoile îi erau satisfăcute, fiecare membru al familiei plasând pe primul plan starea de bine și succesul mezinului familiei. Faptul că a primit totul fără să depună efort a dezvoltat două credințe centrale:

- Prima credință centrală se refera la pretenții infantile și poziție privilegiată: „Sunt copilul lor și trebuie să mă întrețină”. Aceasta credință este parte dintr-o inferență generală: „Dacă părinții nu mă susțin, înseamnă că nu mă iubesc”.
- Cea de-a doua credință centrală se refera la responsabilitate și control: „Trebuie să recuperez măcar jumătate din bani, am pierdut prea mult”, credință care este parte din următoarea inferență generală: „Dacă îmi recuperez banii, toate problemele vor dispărea”.

Aspecte pozitive în funcționarea beneficiarului – resurse psihoterapeutice

Daniel este o persoană inteligentă și sănătoasă fizic. Citește cărți de dezvoltare personală și financiară. Își dorește să limiteze jocurile de noroc.

Planul intervenției psihologice: o abordare din perspectiva psihoterapiei cognitiv-comportamentale

Lista de probleme identificate:

- incapacitate de a opri jocul de noroc;
- sentimente de vinovăție induse de datoriile acumulate;
- teama de a a-și pierde familia;
- stimă de sine și asertivitate scăzute.

Scopuri psihoterapeutice:

- diminuarea sesiunilor de joc și a banilor jucați.

- înțelegerea mecanismelor bio-chimice ale creierului ce creează impulsul de joc.
- diminuarea distorsiunilor cognitive ce determină o nouă sesiune de joc.
- gestionarea stărilor de anxietate.
- stimularea dezvoltării personale.

Planificarea intervenției psihologice

În prima fază a consilierii psihologice s-a pus accent pe diminuarea sesiunilor de joc, managerierea impulsurilor și acumularea de informații despre sistemul de recompense al creierului (sistemul dopaminergic). De asemenea, s-a discutat în contextul consilierii opțiunea de a opri jocul de noroc definitiv. Pentru diminuarea jocului de noroc a fost utilizată tehnica „Balanța decizională” (Prochaska, 1994), cu scopul creșterii gradului de conștientizare a efectelor jocului de noroc pe termen scurt și lung. De asemenea, s-a implementat tehnica „Etapile schimbării” (adaptată după Prochaska și Diclemente, 1984), ca instrument de facilitare a unei mai bune înțelegeri a implementării de noi comportamente funcționale.

Pentru reducerea gândurilor automate, au fost folosite tehnici de restructurare cognitivă (Clark, 1995). Ulterior, intervenția s-a axat pe diminuarea anxietății și depresiei, la această etapă demersul constând din tehnici de restructurare cognitivă (Beck 1976 și Clark, 1995) pentru modificarea gândurilor automate și a credințelor centrale.

Totodată, s-a lucrat pe gestionarea stărilor de *craving* și factorii anxiogeni ce pot determina o nouă sesiune de joc. Ne-am centrat pe înțelegerea *modelului ABC (Gând – Emoție – Comportament)* și dezvoltarea unor noi mecanisme de coping menite să mărească distanța dintre sesiunile de joc.

Obstacole în procesul de consiliere psihologică

Deși Daniel s-a înscris în programul de consiliere psihologică, acesta nu a manifestat o motivație intrinsecă, beneficiarul prezentându-se la ședințe impulsionat de către concubină. Un alt impediment a fost reprezentat de faptul că Daniel nu-și dorea oprirea comportamentului de joc, ci căuta o modalitate de a continua să joace, dar fără pierderi și cu eventuale câștiguri. Această atitudine a determinat apariția unor episoade de recădere înainte de fiecare ședință.

Rezultate și urmărirea evoluției beneficiarului

Tratamentul lui Daniel s-a extins pe 12 ședințe, beneficiarul având dificultăți în înțelegerea mecanismului de *craving* și a legăturii dintre impulsul de joc și o nouă sesiune de joc. Reușește să mărească perioada dintre sesiunile de joc, de la 3 zile la 5, însă nu este dispus să oprească definitiv jocul de noroc. După 12 ședințe de consiliere psihologică, beneficiarul nu s-a mai prezentat la Centrul de Asistență Psihologică, Medicală și Socială. Contactat telefonic, acesta a răspuns că va

încerca să-și gestioneze independent situația.

Concluzii și discutii asupra cazului

Studiul de caz prezentat se încadrează în categoria insuccesului psihoterapeutic. Analizând materialul și dinamica cazului, constatăm că anumiți factori au determinat insuccesul intervenției psihologice:

- absența motivației intrinseci pentru schimbare și tratament;
- incomplianță la sarcinile formulate de psiholog;
- cronicizarea tulburării;
- beneficii secundare de la modul de viață.

Faptul că jocul de șansă s-a cronicizat, beneficiarul având un istoric de joc de peste 20 de ani, a constituit un obstacol central în parcursul psihoterapeutic. În acest sens, cronicizarea și durata lungă a tulburării determină automatisme cognitive și comportamentale puternic ancorate în funcționarea pacientului, această situație solicitând, pentru asigurarea succesului terapeutic, o contrabalansare printr-o motivație intrinsecă puternică și suficiente resurse care țin de calitatea alianței terapeutice dintre beneficiar și psiholog.

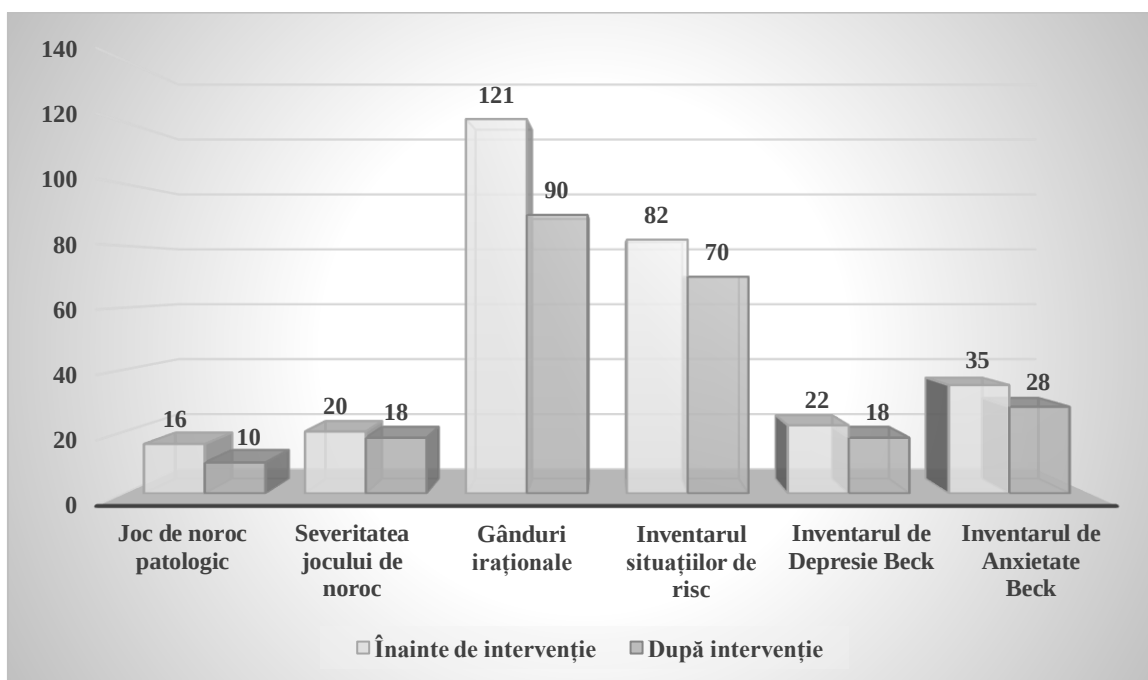


Fig. 3.2 Rezultatele pre- și posttestare pentru cazul II

Studiu de caz III

Date generale

Marian are 37 de ani, lucrează ca dealer auto, este căsătorit de 7 ani și are doi copii. Locuiește cu soția și cei doi copii într-un apartament cumpărat de părinții lui.

Acuze principale

În 2019, după un episod de joc soldat cu pierderi substanțiale, Marian îi împărtășește soției că are gânduri suicidare. Nu cere consult psihiatric, spunând că nu este nebun să ajungă la psihiatrie: „Păi ce, mă duc eu acolo cu toți nebunii?”. Marian este un jucător patologic de pariuri sportive și aparate (păcănele). Principalele obiective ale lui Marian vizează oprirea jocului de noroc și păstrarea familiei, soția dându-i un ultimatum: „Dacă mai joci, îmi iau copiii și plec”.

Istoricul tulburării

Marian a jucat prima dată în urmă cu 5 ani. A mers cu un prieten la o casă de pariuri unde a jucat 10 lei pe un bilet cu meciuri de fotbal. La acel moment, Marian s-a simțit încrezător, fiind un microbist înfocat, dar nu pariase niciodată. În ziua respectivă, biletul a ieșit câștigător, aducându-i lui Marian un câștig de 600 de lei. A fost extrem de bucuros și cu banii câștigați a ieșit cu familia la un restaurant. Foarte rapid s-au instalat gânduri iraționale legate de confort: „Dacă am un pariu de-ăsta pe săptămână, nici nu mai stau în salariu”.

În următoarele săptămâni pune bilete cu sume din ce în ce mai mari: 20 de lei pe un bilet, respectiv 50 de lei pe altul. Își spunea că dacă pariază mai mulți bani, și câștigul va fi mai mare.

Nu câștigă din banii pariați, dar nu consideră ca este un factor de risc faptul că joacă în continuare: „Mai pun un pariu, și-așa nu joc din banii mei, joc din câștig” (*minimizarea comportamentelor de risc*).

La scurt timp se întâlnește cu Robert, prietenul care l-a introdus în lumea pariurilor. Acesta îi arată pe telefon un bilet câștigat în urmă cu trei zile, cu un câștig substanțial de 17 000 de lei. Întrebat de Marian cum de a câștigat atât, acesta îi răspunde că a studiat echipele și i-a fost foarte ușor să prezică acel rezultat favorabil: „Am stat și am analizat toate echipele, trebuia să iasă la câț m-am chinuit” (*un construct al gândurilor iraționale legate de controlul asupra rezultatului jocului*).

În următoarele săptămâni, Marian petrece din ce în ce mai mult timp studiind echipele de fotbal și strategiile acestora de joc. Își amintește că stătea și câte 4 ore pe zi analizând echipele: „Uitam să și mănânc, atât de prins eram”.

Cu toate acestea, nu are decât câștiguri mici și începe să acumuleze pierderi. Intră într-o formă de competiție cu prietenul său Robert, care aparent câștiga mai mereu, și dezvoltă o invidie către Robert: „Eram supărat pe el, venea doar să se laude cu câștigurile”.

Urmările acestor comportamente de studio al echipelor de fotbal și pariurile încep să aibă repercusiuni și în viața de familie și cea profesională. La serviciu vânzările sunt slabe și în viața de familie nu se mai implică la fel de mult.

La scurt timp, soția află despre problemele legate de jocurile de noroc ale lui Marian și îl sfătuiește să ceară ajutor de specialitate. Acesta refuză, spunând că nu este o problemă și poate să se oprească singur.

Are o perioadă de abstenență de 6 luni. Reia pariurile sportive, dar cu sume mici în primele două săptămâni. După primul câștig, joacă 200 de lei la aparate (păcănele) și câștigă 1200 de lei. Se pun bazele unui *construct cognitiv cu implicatii paranoide*: „Ăștia cred că știu că n-am mai fost de mult pe aici și îmi dau să câștig, să mă agațe”.

Continuă să joace din ce în ce mai agresiv și pe mize foarte mari. Acumulează datorii la persoane fizice și face un împrumut în banca de 35 000 de lei. Odată cu pierderile dezvoltă un comportament evitant față de familie; nu vorbește cu nimeni și se retrage într-o cameră unde stă singur. Totodată are coșmaruri legate de incapacitatea de a plăti creditul și de faptul că își poate pierde familia: „Visam noaptea că vine banca și îmi ia casa”.

La scurt timp, soția găsește un plic în poștă care avertiza că nu se mai plătește dobânda de câteva luni. Confruntat, Marian recunoaște și îi spune soției că ar dori să caute ajutor de specialitate. Se documentează împreună cu soția și apelează la Centrul de prevenire, asistență medicală și psihologică a adicțiilor.

Istoricul social și personal

Marian este cel mai mic din familie, el având un frate mai mare cu 2 ani și o sora mai mare cu 4 ani. S-a înțeles mai bine cu tata care era pasionat de pescuit: „Mergeam cu taică-miu aproape în fiecare săptămână la pescuit și povesteam de toate”. Mama sa era mai mereu plecată să se ocupe de afacerea familiei.

Își amintește de unchiul său care era microbist și de fiecare dată când juca echipa lui preferată, strângea toată familia și faceau pariuri pe rezultatul jocului. A avut o relație apropiată și cu frații săi, facultatea a făcut-o la București și a stat în apartamentul surorii lui. Timp de 6 ani lucrează ca distribuitor într-o companie mare, ulterior se angajează ca dealer auto.

O cunoaște pe actuala soție la o petrecere organizată de firmă. Își amintește că a fost dragoste la prima vedere: „Când am văzut-o, am știut că ne vom căsători”. După doi ani de căsnicie, Marian începe să joace la pariuri sportive, îndrumat de un prieten. Jocul de noroc escaladează, concretizându-se în pierderi substanțiale. Are o perioadă de abstenență, după care reia pariurile sportive și joacă și la aparate (păcănele). Realizează că după fiecare perioadă de abstenență joacă din ce în ce mai agresiv și pe sume mai mari (*Iodomania este progresivă și degenerativă*).

Se izolează comportamental și începe să dezvolte elemente de depresie și anxietate. Suferă de coșmaruri, aproape de fiecare dată se repetă următorul scenariu oniric: neputința de a achita datoriile acumulate se soldează cu pierderea casei și a familiei (*coșmarurile constituie un element pozitiv în dinamica sa psihică, întrucât relevă contactul cu realitatea*).

Ca urmare a faptului că soția află de problema recurentă a jocului de noroc, decide să apeleze la ajutor de specialitate.

Istoricul medical

Marian nu avea probleme medicale ce ar putea influența tratamentul psihologic.

Status mental

Marian este bine orientat temporo-spațial, cu dispoziție anxioasă și depresivă.

Diagnostic

Marian întrunește 7 din cele 9 criterii de diagnosticare a ***dependenței de jocuri de noroc*** conform DSM - V.

În urma aplicării testelor psihologice s-au obținut următoarele rezultate:

- La testul *Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic (South Oaks Gambling Screen – SOGS)* a obținut un scor de 18, care corespunde rezultatului „probabil jucător patologic”.
- În urma completării chestionarului *Indexul de severitate a jocului de noroc patologic* a obținut un scor de 20, încadrându-se în gradul maxim de severitate – joc de noroc patologic cu consecințe negative și posibil pierderea controlului.
- La *Scala de evaluare a gândurilor iraționale* legate de jocurile de noroc a obținut scorul de 105, ceea ce indică un nivel înalt de gânduri iraționale..
- Completând *Inventarul situațiilor de risc*, s-a obținut un scor de 78, scor ce reprezintă un risc de joc patologic.
- Rezultatele la *Inventarul de Depresie Beck* au indicat un scor 42, acest fapt semnificând prezența depresiei severe.
- La *Inventarul Beck de Anxietate* a obținut un scor de 35, fapt ce indică un grad moderat spre sever de anxietate.

Conceptualizarea cazului: abordare din perspectiva psihoterapiei cognitiv-comportamentale

Factori etiologici

Având în vedere că provine dintr-o familie în care pariurile sportive erau acceptate și valorizate social, se poate considera că Marian a dezvoltat convingeri privind normalitatea acestui

fenomen, fiindu-i încurajat comportamentul de parior. Pe fondul competitivității, al capacității reduse de analiză și al unei raportări disfuncționale la cei din jur, s-a dezvoltat un comportament de joc competitiv, care a luat amploare și a devenit problematic.

Cel mai probabil, primul contact cu pariurile sportive (*factorul declanșator*) a condus la formarea unor distorsiuni cognitive, cum ar fi *iluzia influențării rezultatului jocului* („dacă studiezi echipele, nu ai cum să nu câștigi”) și *iluzia controlului* („sunt microbist și știu să pariez”).

Acest prim eveniment a contribuit, de asemenea, la întărirea comportamentului de joc prin repetiție și implicare constantă. De asemenea, este probabil ca modul competitiv de raportare la câștigurile celor din jur să fi determinat pierderea controlului asupra jocului de noroc.

Evaluarea cognițiilor și comportamentelor actuale

Sub aspect cognitiv, constatăm că una dintre situațiile problematice pentru Marian o reprezintă iluzia controlului și ideea de a putea controla rezultatul jocului de șansă.

Sub aspect emoțional, constatăm că se simțea anxios după fiecare pierdere, dezvoltând și un comportament evitant (se retrăgea într-o cameră și nu vorbea cu nimeni). O altă situație problematică pentru Marian era modul său de raportare la câștigurile celorlalți: devenea invidios atunci când afla că cineva cunoscut câștigase la jocuri. Acest fapt ar fi putut declanșa o nevoie de afirmare în fața celorlalți: „O să câștig și o să vadă ei”.

Sub aspect comportamental, constatăm că sub presiunea gândurilor de a recupera banii pierduți, recurgea la comportamente maladaptative, cum ar fi împrumuturi de bani pentru a susține o nouă sesiune de joc. În pofida tuturor aspectelor negative legate de jocul de noroc, Marian a continuat să joace.

Evaluarea longitudinală a cognițiilor și a comportamentelor

Marian a fost expus încă din copilărie comportamentului de pariere, dezvoltând un spirit competitiv disfuncțional. Atât nevoia de a deține controlul, cât și convingerea că acumularea unui volum mare de informații garantează un câștig sigur au dus la formarea a trei credințe centrale:

- Prima credință centrală se referă la competență: „Este foarte simplu să câștigi dacă te informezi corect”. Aceasta este adesea dublată de ideea: „Dacă nu câștig, înseamnă că nu sunt suficient de bun”.
- Cea de-a doua credință centrală vizează responsabilitatea și controlul: „Dacă îmi iese un pariu în fiecare săptămână, nu mai am nevoie de salariu”. Această distorsiune cognitivă se fortifică prin convingerea: „Dacă sunt atent, pot câștiga bani foarte ușor și fără efort”.

Aspecte pozitive în funcționarea beneficiarului – resurse psihoterapeutice

Marian este o persoană pasionată de tehnologie și caută să se dezvolte constant. Este

pasionat de literatură și îi place să călătorească. Astfel, în cazul lui există resurse psihologice interne care să asigure organizarea unui mod sănătos de viață, jocul de noroc reprezentând mai degrabă trăsături infantile, transpuse în credințe și comportamente ce vizează jocul de noroc. Își dorește să oprească definitiv jocul de noroc și să se centreze pe viața de familie.

Planul intervenției psihologice: o abordare din perspectiva terapiei cognitiv-comportamentale

Lista de probleme:

- incapacitate de a opri jocul de noroc;
- sentimente de vinovăție induse de datoriile acumulate;
- teama de a nu pierde locuința;
- teama de a nu fi părăsit de soție;
- stima de sine și asertivitate scăzute.

Scopuri terapeutice:

- oprirea jocului de noroc și înțelegerea mecanismelor bio-chimice ale creierului care creează impulsul de joc de noroc;
- reducerea gândirii distorsionate cu un impact asupra unei noi sesiuni de joc;
- diminuarea stărilor de anxietate și depresie;
- dezvoltarea abilităților sociale;
- creșterea stimei de sine;
- stimularea dezvoltării personale.

Planificarea intervenției psihologice

Planul de tratament a vizat, în primă fază, oprirea comportamentului de joc și psihoeducația privind sistemul de recompensă al creierului (sistemul dopaminergic). De asemenea, s-a urmărit diminuarea distorsiunilor cognitive asociate jocului, precum și gestionarea stărilor afective negative, ca posibili factori declanșatori ai unui nou episod de joc. De asemenea, ne-am propus elaborarea unui plan de prevenție a recăderilor.

Pentru oprirea jocului de noroc am utilizat tehnica „Balanței decizionale” cu scopul de a crește gradul de conștientizare a efectelor jocului pe termen scurt și lung. Totodată, s-a utilizat modelul „Etapile schimbării” (adaptat după Prochaska & DiClemente, 1984), ca instrument de conștientizare și pentru o mai bună implementare a noilor comportamente funcționale.

În vederea reducerii gândurilor automate disfuncționale, au fost aplicate tehnici de restructurare cognitivă (Clark, 1995). Ulterior, intervenția s-a axat pe diminuarea simptomatologiei

anxioase și depresive, utilizând restructurarea cognitivă (Beck, 1976; Clark, 1995) pentru modificarea gândurilor automate și a credințelor centrale.

De asemenea, ne-am centrat pe identificarea episoadelor de *craving* și pe decodificarea acestora prin intermediul gândurilor automate, facilitând o mai bună înțelegere a *modelului ABC (Gând – Emoție – Comportament)*. Un alt obiectiv a vizat dezvoltarea unor mecanisme de coping funcționale și adaptative pentru menținerea abstinentei.

Intervențiile pentru dezvoltarea abilităților sociale și creșterea stimei de sine au fost utilizate cu scopul de a ajuta beneficiarul să își dezvolte încrederea în sine și pentru a reduce riscul de recădere.

Obstacole în procesul de consiliere psihologică

Deși Marian a fost deschis față de procesul terapeutic, inițial a întâmpinat dificultăți în înțelegerea legăturii dintre fenomenul de *craving* și declanșarea unei noi sesiuni de joc. De asemenea, a manifestat reticență în a menține un jurnal pentru identificarea și monitorizarea impulsurilor de joc. Ulterior a înțeles utilitatea jurnalului, fiindu-l foarte ușor în identificarea stărilor de *craving* și monitorizarea acestora.

De asemenea, a fost reticent la prima sedință de consiliere, atunci când a fost însoțit de soția sa: nu dorea ca soția să cunoască despre toate datoriile. Sedința s-a centrat pe înțelegerea tuturor mecanismelor ce duc către dependența de joc de noroc.

Rezultate și urmărirea evoluției beneficiarului

Programul de consiliere psihologică în cazul lui Marian s-a extins pe 12 sedinte, dintre care două ședințe au fost dedicate consilierii de cuplu. Prima ședință de consiliere s-a desfășurat în prezența ambilor soți, scopul acesteia fiind înțelegerea profundă a mecanismelor cerebrale și a modului în care se instalează adicția. Cea de-a doua ședință de cuplu a vizat monitorizarea noilor comportamente funcționale și a schimbărilor aferente.

Marian a parcurs tot programul de consiliere psihologică, fără recaderi. A reușit să înțeleagă aspectele legate de pierderea controlului și posibila reactivare a sistemului dopaminergic, în cazul în care ar exista o noua sesiune de joc. S-au diminuat substanțial stările de anxietate, iar coșmarurile au dispărut. Este important a menționa că implicarea familiei a adus plus valoare intervenției psihologice.

Concluzii și discuții asupra cazului

Studiul de caz aduce în prim plan importanța implicării beneficiarului în actul terapeutic, cât și necesitatea suportului familial.

La fel, constatăm importanța factorului temporal-cronologic, în sensul în care condiții precum vârsta mai tânără a beneficiarului, respectiv, istoria de durată mai scurtă a tulburării, pot

presupune un parcurs terapeutic reușit.

Sub aspect afectiv, prezența depresiei severe are un statut paradoxal: atunci când aceasta este însoțită de sentimente de vinovăție și rușine, putem spune ferm că dispoziția depresivă constituie o resursă psihoterapeutică.

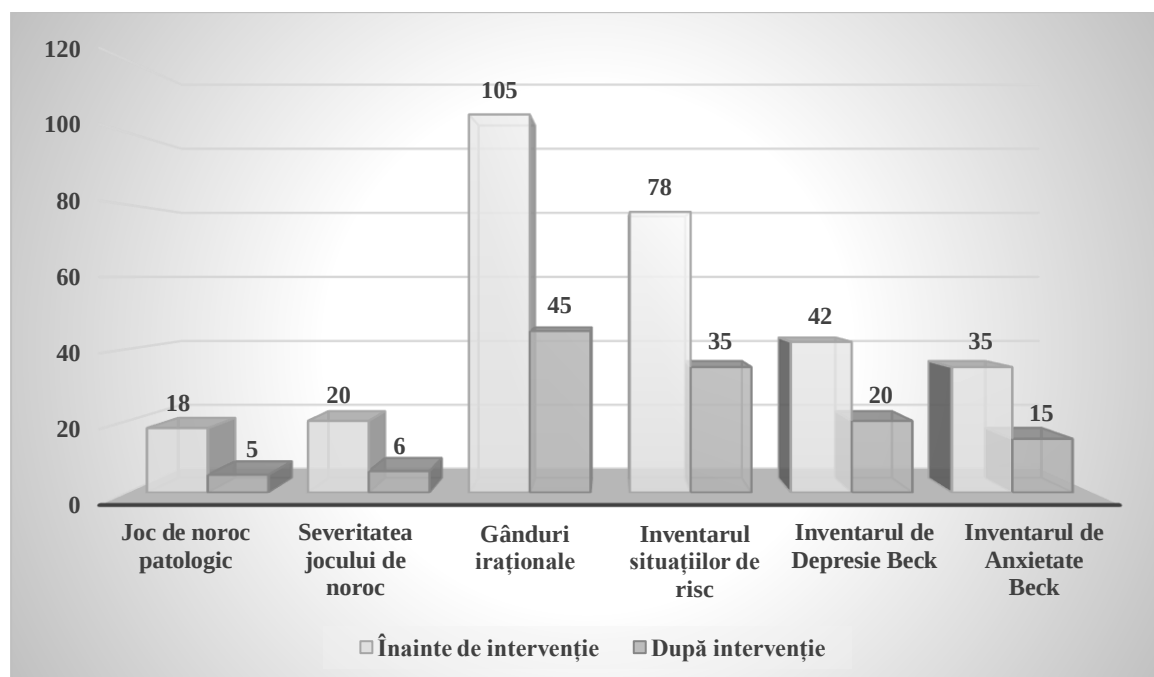


Fig. 3.3. Rezultatele pre- și post- testare pentru cazul III

Sinteze

Prezentăm mai jos o sinteză a factorilor psihologici și sociali ce au influențat intervenția psihologică în cazul respondenților incluși în programul nostru de consiliere (*Tabelul 3.11*). În realizarea acestei sinteze, am luat în considerare următoarele categorii:

- tipul motivației respondentului;
- durata implicării în jocul de noroc;
- intensitatea sentimentelor morale (vinovăție, rușine);
- calitatea stărilor depresive.

Tabel. 3.11. Factori psihologici cu impact asupra procesului de consiliere a jucătorului de noroc patologic

Consilierea psihologică cu jucătorii de noroc patologic	
<i>Factori psihosociali care influențează pozitiv eficiența consilierii psihologice a jucătorului de noroc patologic</i>	<i>Factori psihosociali care influențează negativ eficiența consilierii psihologice a jucătorului de noroc patologic</i>
• Motivația intrinsecă	• Lipsa motivației intrinseci, participarea în programul de consiliere la insistența terților
• Durata redusă a implicării în jocurile de noroc	• Durata lungă a implicării în jocurile de noroc, cronicizarea patologiei
• Sentimente de vinovăție și de rușine asociate jocului de noroc patologic	• Absența sentimentelor de vinovăție și rușine asociate jocului de noroc patologic
• Stări depresive nevrotice (însoțite de vinovăție, regret, dorință de a stopa jocul)	• Stări depresive narcisice (absența sentimentului de vinovăție, absența motivației de a nu juca, furie narcisică legată de faptul că nu poate controla jocul).

Discuții privind specificul intervenției psihologice de sorginte cognitiv-comportamentală în cazul jucătorului de noroc patologic

Screening sistematic și evaluare comprehensivă

Rezultatele cercetării noastre indică faptul că este necesară evaluarea dependenței de jocuri de noroc, a distorsiunilor cognitive specifice, a situațiilor de risc, precum și a comorbidităților afective (anxietate, depresie) încă din faza inițială a contactului cu beneficiarul, pentru a avea o reprezentare complexă asupra personalității acestuia și a demersului ce urmează a fi întreprins. Având în vedere prevalența ridicată a anxietății ($\approx 94\%$) și a depresiei severe ($\approx 80\%$) în lotul studiat, recomandăm ca evaluarea tulburărilor afective să fie considerată parte integrantă a conceptualizării de caz, nu un aspect secundar.

Conceptualizare de caz cognitiv-comportamentală standardizată versus individualizată

Rezultatele cercetării relevă că, deși urmărim un model relativ standardizat de evaluare a personalității jucătorului de noroc patologic, este totuși imperios necesar ca abordarea cazurilor să fie individualizată. Acest fapt asigură evitarea unei atitudini stereotipe în intervenția psihologică de sorginte cognitiv-comportamentală. În această ordine de idei, este important de menționat că una dintre criticile adresate psihoterapiei cognitiv-comportamentale vizează tocmai rigiditatea demersului.

În același timp, subliniem importanța elaborării cazului astfel încât să fie integrate dimensiunile cognitivă (gânduri iraționale, credințe, scheme), afectivă (anxietate, depresie), comportamentală (pattern-uri de joc, evitări, comportamente de risc) și contextuală (situații de risc, presiune socială, calitate precară a mediului familial). Astfel, prin utilizarea explicită a modelelor consacrate din terapia cognitiv-comportamentală (modelul ABC, modelul transteoretic al schimbării, conceptualizarea pe niveluri: gânduri automate – convingeri intermediare – convingeri de bază – scheme), se va obține un plan de intervenție coerent, etapizat și dinamic.

Integrarea psihoeducației ca pilon al intervenției

Am invocat în lucrare rezultate ale studiilor internaționale și rezultate ale cercetărilor naționale care indică faptul că jucătorul de noroc patologic are deseori o relație dificilă cu realitatea obiectivă, acest fapt fiind rezultatul unei lacune în educația persoanei sau rezultatul unor mecanisme de apărare ce vizează aspecte infantile de funcționare. De aceea, psihoeducația privind sistemul dopaminergic, mecanismele de recompensă, întărirea intermitentă, fenomenul de „near miss”, precum și distorsiunile cognitive specifice jocului de noroc trebuie prezentată într-un limbaj accesibil, dar științific fundamentat. Clarificarea legăturii dintre neurobiologie, gândurile iraționale și comportament are un rol esențial în reducerea autoînvinovățirii globale („sunt un ratat”) și în creșterea sentimentului de control asupra schimbării.

Utilizarea sistematică a tehnicilor de auto-monitorizare pentru reorganizarea internă a personalității

Rezultatele cercetării formative relevă că jucătorul de noroc patologic, odată cu avansarea în patologia jocului, pierde din reprezentarea de sine ca persoană ce poate gestiona situații, din încrederea în sine în sensul capacității de a asigura o rutină echilibrată a vieții. Utilizarea jurnalelor de monitorizare a craving-ului (scală 1–10), a jurnalelor ABC (Gând – Emoție – Comportament) și a registrelor de situații de risc readuc în prim-planul reprezentărilor cognitive a jucătorului de patologic propria personalitate ca entitate care organizează spațiul existențial. Aceste instrumente facilitează identificarea tiparelor situaționale și cognitive, cresc insight-ul beneficiarului și constituie bază pentru restructurarea cognitivă și intervențiile de prevenire a recăderii. La fel, sunt eficiente intervențiile explicite asupra stimei de sine și a identității personale, pentru a delimita comportamentul problematic de valoarea globală a persoanei. Instrumente precum scrisoarea către „Sinele viitor”, identificarea valorilor de viață și a rolurilor sănătoase, precum și tehnicile de auto-compasiune sunt deosebit de utile în procesul de reconfigurare identitară.

Abordarea integrată a distorsiunilor cognitive și a schemelor maladaptive

Rezultatele cercetării noastre indică faptul că, atunci când ne referim la dimensiunea cognitivă a personalității jucătorului de noroc patologic, trebuie să luăm în considerare faptul că

funcționarea cognitivă a acestei categorii de beneficiari este afectată atât la nivelul distorsiunilor cognitive specifice jocului de noroc (iluzia controlului, eroarea jucătorului, selectivitatea memoriei, gândirea magică, superstițiile), cât și la nivelul schemelor de profunzime (inadecvare, lipsă de valoare, vulnerabilitate, neajutorare). În acest sens, pornim de la premisa că schemele cognitive maladaptative de profunzime reprezintă prima achiziție maladaptativă la nivel cognitiv, pe aceasta dezvoltându-se, într-un anumit context social, distorsiunile cognitive specifice jocului de noroc patologic.

Întrebarea care derivă de aici se referă la felul în care abordăm aceste două categorii de distorsiuni cognitive: cu care vom lucra în primul rând, cu ce intensitate a intervenției psihologice? Poziția pe care o împărtășim, reieșind din rezultatele cercetării, prevede o recomandare tehnică generală: inițial intervenția noastră se focusează pe oprirea jocului, și în acest caz utilizăm prioritar tehnici ce vizează distorsiunile cognitive legate de joc. În același timp, evităm rigiditatea și stereotipiile tehnice, dacă beneficiarul manifestă disponibilitate de a aborda distorsiuni cognitive de profunzime, care vizează personalitatea jucătorului de noroc. Tehnici cognitive precum dialogul socratic, reevaluarea probabilităților, restructurarea narativă a identității („eu sunt mai mult decât jocul de noroc”) asigură intervenția psihologică pe dimensiuni cognitive profunde, iar tehnicile de automonitorizare, modelul ABC sunt eficiente în intervenția la nivelul distorsiunilor cognitive legate de jocul de noroc patologic.

Intervenție orientată pe comorbiditățile afective

Având în vedere corelațiile puternice între severitatea dependenței și tulburările afective, planul intervenției psihologice trebuie să includă intervenții specifice pentru anxietate și/sau depresie (de ex. restructurare cognitivă a gândurilor catastrofice, antrenarea abilităților de reglare emoțională, activare comportamentală). În același timp, comorbiditățile afective aduc în prim-plan subiectul limitelor intervenției psihologice. În această ordine de idei, este important să menționăm că în cazul asistenței psihologice a jucătorului de noroc patologic colaborarea interdisciplinară – psiholog, psihiatru, medic de familie – este indispensabilă, întrucât rezultatele cercetării noastre relevă că severitatea stării afective impune acest deziderat.

Prevenirea recăderilor ca dimensiune centrală, nu finală, a intervenției psihologice

Atât studiile de specialitate analizate în această lucrare, cât și cercetarea noastră confirmă faptul că jocul de noroc patologic se aliniază tendințelor infantile din structura de personalitate, tendințe care valorifică plăcerea imediată. În plus, atunci când jocul de noroc patologic durează de mult timp, acest fapt, coroborat cu unele câștiguri semnificative, conturează beneficii secundare. În această ordine de idei, vom menționa că problema recăderilor în procesul de consiliere psihologică este una centrală. Psihologul va avea întotdeauna în minte această condiție a

funcționării jucătorului de noroc patologic, păstrând față de această condiție o poziție profesionistă: întotdeauna o ia în considerare, dar nu invalidează procesul de tratament și nu devalorizează potențialul de recuperare a beneficiarului. Sub aspect tehnic, strategiile de prevenire a recăderilor trebuie introduse și exersate pe parcursul întregii intervenții psihologice (nu doar în ședințele finale): identificarea timpurie a triggerilor, planuri de acțiune pentru situații de risc, elaborarea unui „plan de urgență”. Distincția între „alunecare” și „recădere” trebuie clar explicată beneficiarului, într-o manieră non-punitivă, pentru a evita demoralizarea și abandonul consilierii psihologice.

Aspecte depresive în funcționarea jucătorului de noroc patologic

Analizând studiile de caz prezentate, constatăm că la toți cei trei protagoniști identificăm stări depresive. În același timp, este necesar să diferențiem între tipurile de depresie, delimitând depresia nevrotică și depresia narcisică. Depresia nevrotică este însoțită de o atitudine critică față de sine, sentimente de vinovăție și comportament autodistructiv (cazul Maria). Depresia narcisică este caracterizată de furie narcisică și sentimente de frustrare derivate din faptul că jocul nu oferă satisfacții financiare permanente (cazul Daniel). Rezultatele cercetării noastre indică asocierea depresiei nevrotice cu capacitatea de recuperare, iar a depresiei narcisice cu abandonul consilierii sau cu rezistența la schimbare.

Realități paradoxale subscrise succesului și insuccesului intervenției psihologice

Atunci când utilizăm sintagma „realități paradoxale”, facem referință la anumite date statistice care indică corelații între mediul social vulnerabil și dependența de jocul de noroc patologic (Jonsson J, Psykologi P, 2006), între vârsta tânără și jocul de noroc patologic (Volberg RA, 2001) [102, 197]. Studiile de caz expuse în lucrare invalidează aceste presupozitii, care, dacă sunt generalizate de către psihologi, pot deveni prejudecăți profesionale. În acest sens, ca urmare a analizei studiilor de caz, constatăm că cel mai reușit parcurs terapeutic îl identificăm în cazul I, în care beneficiarul prezintă: 1) condiții sociale nefavorabile; 2) vârstă tânără; 3) prostituție. Totuși, în pofida acestor caracteristici psihosociale, se ating rezultate semnificative. Aceste realități paradoxale scot în evidență necesitatea unei abordări individualizate în contextul intervenției psihologice și păstrarea unei atitudini profesionale protejate de prejudecăți. În caz contrar, și specialiștii ce lucrează în problematici dificile, cum sunt și cele ce vizează jocul de noroc patologic, pot fi afectați de distorsiuni cognitive.

Concluzii la capitolul 3

1. Rezultatele obținute evidențiază faptul că distorsiunile cognitive specifice jocului de noroc patologic – iluzia controlului, eroarea jucătorului, gândirea dihotomică, suprageneralizarea,

abstracția selectivă, selecția mnezică a câștigurilor și minimalizarea pierderilor, precum și gândirea mistică și superstițiile – constituie un nucleu major al tulburării. Reducerea semnificativă din punct de vedere statistic a gândurilor iraționale post-intervenție demonstrează că restructurarea cognitivă ținută asupra acestor conținuturi are un impact direct și relevant clinic asupra dinamicii adictive, în sensul diminuării adicției față de jocurile de noroc. Analiza dimensiunilor cognitive profunde sugerează că dependența de jocul de noroc patologic este susținută de scheme identitare și relaționale disfuncționale (de exemplu „sunt norocos”, „valoarea mea depinde de câștig”, „trebuie să recuperez orice pierdere”), dublate de credințe metacognitive pozitive (despre utilitatea gândirii despre joc) și negative (despre imposibilitatea controlului propriilor gânduri și emoții). Acest profil metacognitiv contribuie la supraevaluarea șanselor de câștig, la persistența în comportamente riscante și la dificultatea recunoașterii severității problemei.

2. Programul de intervenție psihologică elaborat se distinge printr-o arhitectură etapizată, care urmărește o progresie de la nivelul simptomatic-comportamental spre nivelul cognitiv profund. Succesiunea tematică – de la balanța decizională, psiho-educație neurobiologică și modelul ABC, la analiza cravingului, prevenirea recăderilor, identificarea triggerilor, formularea obiectivelor S.M.A.R.T., activarea resurselor interioare și a rețelei de suport, restructurarea schemelor și distorsiunilor cognitive, până la reconstrucția stimei de sine și revizuirea întregului proces – conferă intervenției coerență internă și acoperire pluridimensională. Acest demers structurează schimbarea într-un continuum logic, de la conștientizare la consolidare și prevenirea recăderii. Utilizarea sistematică a jurnalelor (de impuls/craving, jurnal ABC, jurnal de activități), a scalelor subiective de intensitate (1–10) și a tehnicilor de auto-observare permite trecerea subiectului din postura de agent pasiv al dependenței în postura de observator și reglator al propriilor stări interne. Aceste instrumente favorizează dezvoltarea competențelor de autoreglare emoțională și comportamentală, cresc capacitatea de conștientizare a momentelor de vulnerabilitate și facilitează detectarea precoce a antecedentelor situaționale și cognitive ale recăderii. Balanța decizională, interviul motivațional și modelul transteoretic al schimbării (precontemplare – contemplare – decizie – acțiune – menținere – alunecare – recădere) ancorează intervenția într-o perspectivă procesuală asupra schimbării, în care aspectele ambivalente sunt abordate.

3. Intervenția nu se limitează la reducerea frecvenței comportamentelor de joc, ci vizează o resemnificare profundă a imaginii de sine. Intervenția psihologică orientată pe delimitarea identității de comportamentul adictiv („ai avut un comportament problematic, dar nu ești definit de joc”) și pe valorizarea resurselor personale (perioade de abținere, capacitatea de a solicita ajutor, asumarea responsabilității) contribuie la reconstruirea unei identități coerente și funcționale. Tehnici precum scrisoarea către „Sinele viitor” susțin internalizarea unei narațiuni de sine orientate

spre recuperare, sens și auto-eficacitate. Analizele statistice pentru scala gândurilor iraționale indică o reducere substanțială și semnificativă statistic a acestor cogniții după parcurgerea programului CBT. Intervalul de încredere îngust al diferenței sugerează o precizie ridicată a estimărilor și conferă robustețe concluziei conform căreia restructurarea cognitivă sistematică are un efect puternic asupra conținutului irațional specific jocului patologic.

4. Scăderea semnificativă a scorurilor la *Indicele situațiilor de risc* reflectă eficiența componentelor de identificare a triggerilor, de restructurare a contextelor comportamentale și de dezvoltare a strategiilor alternative de coping. Rezultatele arată că respondenții nu doar își modifică cognițiile, ci își reorganizează efectiv mediul și rutina astfel încât să diminueze probabilitatea inițierii unui nou episod de joc. Diminuarea nivelului depresiv indică faptul că intervenția psihologică are efecte favorabile nu doar asupra comportamentului adictiv propriu-zis, ci și asupra comorbidităților afective frecvent asociate. Chiar în contextul unei variabilități interindividuale ridicate, reducerea simptomelor depresive reflectă beneficiile recăștigării controlului, restructurării cognitiv-afective și reactivării resurselor personale și relaționale. Rezultatele obținute în urma aplicării *Inventarului de Anxietate Beck* indică o diminuare consistentă a simptomatologiei anxioase. Această reducere poate fi interpretată ca efect cumulativ al psiho-educației, al clarificării mecanismelor dependenței, al creșterii predictibilității situațiilor de risc, precum și al consolidării strategiilor de coping și de relaxare. Pe fondul unei mai bune înțelegeri a proceselor interne și al unei creșteri a sentimentului de control, anxietatea trait se atenuază semnificativ.

5. Ipoteza formulată pentru etapa a II-a a cercetării – implementarea unui program de consiliere psihologică, de sorginte cognitiv-comportamentală, va determina diminuarea semnificativă a componentelor psihologice disfuncționale (gânduri iraționale, depresie, anxietate, comportamente de risc) și reducerea gradului de severitate a jocului de noroc patologic – a fost confirmată, fiind constatate: (a) reducerea gândurilor iraționale legate de jocul de noroc, (b) diminuarea nivelului situațiilor de risc, (c) scăderea nivelului depresiei și (d) scăderea nivelului anxietății. Convergența acestor rezultate, pe multiple dimensiuni cognitive, afective și comportamentale, validează valoarea aplicativă a programului de consiliere psihologică propus.

6. Abordarea cognitiv-comportamentală se conturează ca demers de primă importanță în tratamentul jocului de noroc patologic, producând efecte semnificative asupra mecanismelor cognitive, a pattern-urilor comportamentale și a simptomatologiei emoționale asociate. Totuși, eficiența ei este condiționată de nivelul motivației intrinseci, de gradul de implicare activă în temele pentru acasă și de flexibilitatea adaptării instrumentelor la particularitățile fiecărui beneficiar. Rigiditatea aplicării unor tehnici, lipsa de implicare sau dificultățile contextuale

(sociale, economice, familiale) pot limita beneficiile și indică necesitatea integrării terapiei cognitive-comportamentale cu alte forme de intervenție (psihoterapii complementare, intervenții psiho-sociale, medicație psihiatrică acolo unde este cazul).

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

În vederea analizei profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic, am realizat un demers epistemic teoretic și empiric amplu, care a finalizat cu formularea următoarelor concluzii:

1. Problematika referitoare la profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic vizează mai multe aspecte ce necesită clarificări, dat fiind că, din punct de vedere fenomenologic, funcționarea sa psihică este influențată de o multitudine de factori individuali, familiali, educaționali, sociali și economici. Astăzi, ca urmare a preocupărilor susținute ale specialiștilor din domeniu, au fost elucidate anumite caracteristici psihologice ale jucătorului de noroc patologic. Prin urmare, din punct de vedere nosologic, jocul de noroc patologic este inclus în categoria dependențelor (DSM-5) și în cea a tulburărilor de control al impulsului (ICD-10). În același timp, studiile psihologice de specialitate relevă trăsături de personalitate care validează ambele entități nosologice: impulsivitatea, toleranța scăzută la frustrare, nevrotismul, iar în sens biologic, specificitatea dopaminergică (Capitolul 1, Miu, 2020; 2021).

2. Studii psihologice de dată recentă, din diferite zone academico-culturale, sunt interesate de detalierea profilului de personalitate a jucătorului de noroc patologic. Acestei tendințe epistemice internaționale este circumscrisă și cercetarea noastră, în contextul căreia a fost anunțat obiectivul de a stabili și de a analiza componentele cognitivă, emoțională și comportamentală în personalitatea jucătorului de noroc patologic, extinzând rezultatele studiilor internaționale și clarificând aceste dimensiuni pentru populația românească. În cadrul studiului doctoral au fost incluse 115 persoane care au fost diagnosticate cu dependență de jocuri de noroc. Cercetarea noastră relevă că cei mai mulți dintre participanți prezintă un grad de severitate ridicat al patologiei și doar un mic procent a fost identificat cu nivel moderat al adicției. Niciuna dintre persoanele care și-au exprimat intenția de implicare în studiu nu s-a încadrat în categoria „nivel redus al adicției”. Această situație ar putea fi explicată prin faptul că, în fază incipientă a patologiei, aflându-se deseori în faza de negare, persoanele nu consideră necesar să se adresa unui serviciu de specialitate. În această ordine de idei, considerăm că un program național de informare, prevenție și screening este necesar pentru a putea ajuta la depistarea precoce a semnelor de adicție de jocuri de noroc. Cu referire la componentele cognitive specifice personalității jucătorului de noroc patologic, rezultatele cercetării relevă că participanții la studiu prezintă o frecvență crescută și un nivel ridicat al gândurilor iraționale cu privire la jocurile de noroc, dintre care cele mai ridicate scoruri obținându-se pentru gânduri iraționale încadrate în categoriile „așteptări nerealiste legate de jocurile de sansă”, „iluzia controlului” și „incapacitatea de a stopa jocul”. Sub aspect cognitiv - comportamental, cercetarea noastră a inclus inventarierea situațiilor de risc ce pot agrava comportamentul de joc, relevând că situații ce vizează „îngrijorările datorate pierderilor”, „obsesia

recuperării pierderilor”, „presiunea socială” și „tentațiile” sunt cei mai importanți factori favorizanți pentru întărirea jocului de noroc patologic. Din punct de vedere afectiv, în cadrul lotului studiat s-a constatat un grad ridicat de anxietate și o incidență ridicată a depresiei severe. Aceste rezultate sunt în concordanță cu datele din literatura de specialitate care arată o rată mare de comorbiditate între tulburările afective și adicția de jocuri de noroc (Capitolul 2, Miu, 2022; 2025).

3. În studiul nostru am demonstrat corelații puternice între nivelul de severitate al jocurilor de noroc și tulburările afective, cu valori mai mari pentru anxietate în comparație cu nivelul de depresie. Rezultatele cercetării noastre sunt în concordanță cu datele din cercetările de specialitate care s-au referit la rolul important al tulburărilor afective în dezvoltarea și menținerea patologiei jocului de noroc, fiind observate vulnerabilități emoționale în proporții mari, în principal simptomatologie caracteristică anxietății și/sau depresiei. În cadrul studiului am identificat corelații puternice între severitatea jocului de noroc și nivelul gândurilor iraționale, care confirmă faptul că distorsiunile cognitive constituie factorii de risc bine stabiliți pentru patologia jocului de noroc. De asemenea, rezultatele arată corelații pozitive semnificative între nivelul situațiilor de risc și gradul de severitate a jocului de noroc patologic. Dintre acestea, cele mai mari valori au obținut „obsesia recuperării pierderilor”, „îngrijorările datorate pierderilor”, „presiunea socială” și „tentațiile”, cele care au și incidența cea mai ridicată în lotul de studiu (Capitolul 2, Miu, 2025).

4. Demersul formativ al cercetării noastre a avut drept obiective elaborarea unui program de consiliere psihologică de sorginte cognitiv-comportamentală, adaptat jucătorului de noroc patologic, implementarea acestui program și analiza rezultatelor. Elaborarea programului formativ a presupus valorificarea rezultatelor studiilor internaționale și a rezultatelor demersului constativ al cercetării noastre, fiind incluse tehnici cognitiv-comportamentale care să asigure intervenția pe cele trei dimensiuni studiate: cognitivă, afectivă, comportamentală. Astfel, intervenția formativă a s-a axat pe psihoeducația beneficiarilor cu referire la funcționarea sistemului dopaminergic și a rolul acestuia în consolidarea comportamentului de joc patologic, identificarea și investigarea factorilor declanșatori interni și a factorilor declanșatori externi, identificarea gândurilor iraționale referitoare la jocul de noroc patologic, confruntarea gândurilor iraționale cu realitatea și elaborarea gândurilor alternative, identificarea comportamentelor disfuncționale, analiza acestora și elaborarea pattern-urilor comportamentale funcționale, prevenirea recăderilor, monitorizarea parcursului beneficiarului în perioada postintervenție. Intervenția formativă asupra dimensiunilor cognitivă și comportamentală a influențat implicit dimensiunea afectivă și imaginea de sine. Rezultatele demersului formativ pe un grup de 35 de persoane, au relevat o ameliorare a tuturor variabilelor investigate: nivelul gândurilor iraționale, situațiile de risc, depresia și anxietatea – ameliorare validată din punct de vedere statistic, ca urmare a pre- și posttestării participanților la studiu în

perioada 2023-2024. În același timp, studiile de caz elaborate au permis prezentarea și analiza rezultatelor din punct de vedere fenomenologic, oferind posibilitatea diferențierii cazurilor în funcție de următoarele aspecte: 1) motivația beneficiarului față de procesul de consiliere psihologică; 2) durata implicării în jocurile de noroc; 3) intensitatea sentimentelor morale; 4) calitatea stărilor depresive (Capitolul 3, Miu, 2025).

5. Studiile de caz elaborate au permis identificarea condițiilor care asigură rezultate formativ-terapeutice favorabile și a condițiilor care impactează negativ procesul de consiliere psihologică. În acest sens, două dintre cele trei cazuri elaborate au reprezentat categoria „succes terapeutic-formativ” și un caz a reprezentat categoria „insucces terapeutic-formativ”. Cazul de insucces terapeutic-formativ a presupus următoarele caracteristici pe dimensiunile cognitivă, afectivă și comportamentală: 1) *gânduri iraționale* care invocă pretenții infantile și pretenții de poziție privilegiată în mediile familial și social și gânduri iraționale care invocă reprezentări asupra calității vieții și soluțiilor de viață asociate exclusiv aspectelor financiare; 2) *comportamente* ce vizau incapacitatea de gestionare a resurselor financiare, implicare insuficientă în relațiile cu persoanele apropiate, consumerism exagerat cu pretenții de elitism; 3) anxietate severă și *depresie moderată*. Cazurile de succes terapeutic-formativ au fost definite prin următoarele caracteristici pe dimensiunile cognitive, afective și comportamentale: 1) gânduri iraționale infantile ce derivau din vârsta tânără (cazul I), *gânduri iraționale* derivate din normalizarea jocului de noroc în mediul familial (cazul III); 2) *comportamente proactive* în raport cu partenerul de viață (cazul III), comportamente de grijă față de familia actuală (cazul III), *comportament motivant*; 3) *depresie severă* (ambele cazuri), *anxietate severă* (ambele cazuri) (Capitolul 3, Miu, 2025).

Lucrarea de față și-a propus analiza psihologică a componentelor cognitivă, afectivă și comportamentală pentru a contura profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic. În acest studiu am analizat diferite componente ale acestui fenomen pentru a acumula suficiente date în scopul înțelegerii în profunzime a epistemologiei acestui construct complex, ce are efecte atât fiziologice și psihologice, cât și sociale. Conform rezultatelor obținute s-a identificat că jucătorul de noroc patologic din România este caracterizat de un nivel înalt de gânduri iraționale, prezintă într-o majoritate covârșitoare comorbidități afective (formele severe fiind mai frecvent asociate cu anxietatea în comparație cu depresia), iar severitatea patologiei este în strânsă legătură cu situațiile de risc. Psihoeducația, informația corectă și consilierea în legătura cu credințele iraționale și distorsiunile cognitive cu privire la jocul de noroc, sunt instrumente clare ce pot contribui la prevenția dependenței jocului de șansa. Cercetarea realizată poate reprezenta un prim pas în dezvoltarea unor cercetări ample care să configureze profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic la nivelul întregii țări. Totodată, pornind de la intervenția psihologică prezentată în

această cercetare se poate elabora un ghid național de intervenție de scurtă durată pentru persoanele cu adicție de joc de noroc.

Cercetarea propusă reprezintă un punct de reper important pentru stabilirea unui profil al jucătorului de noroc patologic în România, dar semnalăm și următoarele **limite ale cercetării**:

- Designul transversal al studiului empiric limitează posibilitatea formulării unor inferențe cauzale ferme privind relațiile dintre severitatea jocului de noroc patologic, distorsiunile cognitive, tulburările afective și comportamentele de risc, permițând totuși identificarea unor asocieri sau corelări semnificative statistic.
- Selecția eșantionului exclusiv din populația din zona județului Galați și zone învecinate restrânge aria de cercetare, cercetări ulterioare fiind necesare care să extindă lotul de studiu la toate zonele României și în Republica Moldova.
- În ceea ce privește evaluarea eficienței programului de consiliere, semnalăm necesitatea unui follow-up pe termen lung pentru a aprecia stabilitatea în timp a efectelor intervenției.

Recomandări pentru cercetări ulterioare. Având în vedere limitările menționate, propunem ca cercetările viitoare să vizeze implementarea unor designuri longitudinale, care să permită examinarea evoluției simptomatologiei și a relațiilor cauzale dintre variabilele psihologice investigate. De asemenea, ne propunem ca în cercetările viitoare să asigurăm extinderea eșantioanelor și includerea unor grupuri de control (jucători recreaționali).

Recomandări pentru specialiștii din sistemul de asistență psihologică, educațională și socială privind lucrul cu jucătorul de noroc patologic

În baza rezultatelor obținute în cadrul studiului, putem sugera formularea unor recomandări diferențiate, adresate atât profesioniștilor din domeniul sănătății mintale, aparținătorilor persoanelor dependente sau cu risc de joc de noroc patologic, cât și cadrelor didactice. Aceste recomandări vizează atât optimizarea demersului terapeutic, cât și consolidarea cadrului preventiv în raport cu adicția de jocuri de noroc.

Construirea și implicarea rețelelor de suport

- psihologul este încurajat să includă, atunci când este posibil și etic, membrii familiei sau alte persoane de suport în procesul de intervenție, pentru a consolida strategiile de menținere a abstenenței;
- se recomandă explorarea și valorificarea resurselor sociale ale beneficiarilor (prieteni, grupuri de suport, comunități), cu accent pe relații care nu sunt mediate de comportamentul de joc.

Având în vedere că nocivitatea adicției de jocuri de noroc nu impactează doar individul în

cauză, ci se exinde la nivel de familie, grup social și chiar la nivel de societate, formulăm o serie de recomandări pentru părinți și aparținători:

Creșterea nivelului de informare privind dependența de jocuri de noroc

- părinților și aparținătorilor li se recomandă să se informeze din surse științifice;
- înțelegerea mecanismelor neurobiologice și cognitive ale dependenței poate reduce tendința de culpabilizare exclusivă a persoanei dependente și poate favoriza o abordare suportivă.

Identificarea semnelor precoce de risc

Se recomandă monitorizarea unor indicatori precum:

- preocuparea excesivă pentru jocuri de noroc și „strategii de câștig”;
- modificări semnificative în comportamentul financiar (împrumuturi frecvente, datorii neexplicate, lipsa banilor pentru necesități de bază);
- izolarea socială, modificări de dispoziție, iritabilitate, insomnie;
- minciuni repetate legate de timpul sau banii consumați la joc.

Părinții/persoanele apropiate sunt încurajați să abordeze aceste semne într-o manieră empatică, non-acuzatoare, pentru a nu crește rezistența și negarea.

Promovarea unui climat relațional suportiv

- aparținătorii sunt încurajați să dezvolte un dialog deschis și respectuos, evitând etichetele globale („ești un ratat”) și concentrându-se pe comportament („comportamentul de joc îți face rău ție și nouă”);
- sprijinul emoțional (ascultare activă, validarea emoțiilor de rușine, vinovăție, frică) și încurajarea accesării serviciilor de specialitate reprezintă elemente critice în procesul de schimbare.

Stabilirea de limite clare și consecvente

- părinții și partenerii trebuie să definească limite ferme privind împrumutul de bani, acoperirea datoriilor sau tolerarea minciunilor legate de joc;
- se recomandă evitarea „salvării” repetate a persoanei dependente (plata datoriilor fără asumarea responsabilității), întrucât această atitudine poate întreține comportamentul de joc (întărire negativă și pozitivă).

Implicarea în sprijinirea procesului terapeutic

- aparținătorii pot participa, atunci când este indicat, la ședințe de consiliere de familie sau de educație privind adicțiile, în vederea înțelegerii rolului lor în prevenirea recăderilor;
- se recomandă susținerea pacientului în implementarea obiectivelor S.M.A.R.T. (de ex.,

reorganizarea timpului liber, replanificarea cheltuielilor, crearea unor activități alternative la joc).

Recomandări pentru persoanele asociate riscului (consum incipient/pattern de joc patologic)

- auto-monitorizarea timpurie a comportamentului de joc (timp, bani, context) și a motivațiilor („joc pentru relaxare”, „joc ca să uit de probleme”, „joc pentru a recupera pierderile”);
- stabilirea unor limite clare (buget fix, limită de timp, zile fără joc) și respectarea lor strictă;
- căutarea alternativelor sănătoase de reglare emoțională (activitate fizică, hobby-uri, relații sociale) și apelarea precoce la consiliere psihologică atunci când jocul începe să genereze consecințe negative.

Totodată, având în vedere datele oferite de literatura de specialitate care arată implicarea timpurie a adolescenților în diferite forme de joc de noroc, cu posibil impact negativ pe termen lung, coroborat cu posibilitatea de identificarea unor factori de risc timpurii, considerăm utilă formularea unei serii de recomandări care pot ajuta cadrele didactice în raport cu această problemă.

Recomandări pentru cadrele didactice și instituțiile educaționale

Integrarea tematicii jocurilor de noroc în programele de educație pentru sănătate

- se recomandă includerea explicită a temelor privind jocurile de noroc, mecanismele dependenței, distorsiunile cognitive (iluzia controlului, gândirea magică), precum și riscurile financiare și sociale, în cadrul orelor de educație pentru sănătate, consiliere și orientare sau psihologie;
- abordarea trebuie adaptată vârstei, utilizând exemple relevante (pariuri sportive, jocuri online, cazinouri virtuale).

Formarea cadrelor didactice pentru identificarea și recunoașterea semnelor de risc

- profesorii și consilierii școlari ar trebui să fie instruiți în vederea identificării indiciilor de comportament de joc problematic la elevi/studenți: absenteism, scăderea performanței școlare, discuții frecvente despre „pariuri”, solicitări de bani colegilor, iritabilitate sau anxietate legate de rezultate sportive sau jocuri;
- identificarea timpurie permite trimiterea către consilierii școlari sau către servicii specializate, limitând cronicizarea comportamentului.

Colaborarea cu familia și serviciile de specialitate

- în situațiile suspecte sau confirmate de comportament de joc de noroc patologic, se recomandă o comunicare structurată cu familia, cu acordul elevului/studentului, asigurând respectarea confidențialității;
- instituțiile educaționale pot dezvolta parteneriate cu centre de consiliere psihologică, cabinete de psihoterapie sau ONG-uri specializate, pentru facilitarea accesului la intervenție.

Promovarea competențelor de viață și a gândirii critice

Cadrele didactice pot contribui la prevenție prin dezvoltarea competențelor de gândire critică și de analiză a probabilităților:

- explicarea principiilor de hazard și probabilitate;
- demontarea argumentelor pseudo-logice din reclame și „strategii de câștig”;
- discutarea diferenței între divertisment și comportament de risc.

Se recomandă exerciții didactice care să stimuleze capacitatea de decizie responsabilă și managementul impulsurilor.

Crearea unui climat școlar protector și non-stigmatizant

- elevii/studentii care manifestă comportamente de risc legate de jocuri de noroc trebuie să fie abordați cu empatie și susținere, fiind evitate etichetele depreciative sau sancțiunile punitive;
- un climat educațional în care erorile devin prilej de învățare și reflecție reduce probabilitatea ca tinerii să caute refugiu în comportamente de tip adictiv.

Programe de prevenție primară la nivel comunitar și instituțional

- școlile și universitățile pot iniția campanii de informare (workshop-uri, conferințe, materiale informative) în colaborare cu psihologi, psihiatri și specialiști în adicții, în vederea sensibilizării comunității educaționale cu privire la riscurile jocurilor de noroc;
- se recomandă includerea componentelor de psihoeducație privind reglarea emoțională, suportul social și gestionarea stresului, ca factori protectivi împotriva comportamentelor adictive, inclusiv a jocului de noroc patologic.

BIBLIOGRAFIE:

1. BOLEA, Z., CUREA, I. Trăirea depresivă ca indiciu al capacității persoanei deținute de recuperare psihosocială. În: *Studia Universitatis Moldaviae, Seria Științe ale Educației*. 2019, nr. 5(125), pp. 170-174. ISSN 1857-2103.
2. BOLEA, Z., PLATON, C. Diferențe de gen în stările depresive la adolescenți. Chișinău: CEP USM, 2008. ISBN 978-9975-70-791-6.
3. BOLEA, Z. Modificări ale realităților psihopatologice: dinamici și provocări. În: *Studia Universitatis Moldaviae. Seria Științe ale Educației*. 2018, nr. 9(119), pp. 10-13. ISSN 1857-2103.
4. BUCUR, A. Românul s-a născut bingoman. În: *Libertatea*. 23 martie 2000, p.9. ISSN 1220- 4463.
5. DAVID, D.O. Metodologia cercetării clinice: fundamente. Iași: Polirom, 2006. 227p. ISBN 973-46-0342-6.
6. DELIV, I., COȘCIUG, I., SINIȚA, E. Joc de noroc patologic la adolescenți. În: *Analele Științifice ale USMF „N. Testemițanu”*. 2010, nr. 3(11), pp. 660–665. ISSN 1857-1719.
7. HOLDEVICI, I. Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală. București: Editura Trei; 2009. 714p. ISBN 978-973-707-260-3.
8. <https://jocresponsabil.ro/>
9. Impozitarea veniturilor din jocuri de noroc aplicabilă începând cu data de 1 august 2025. Disponibil: https://static.anaf.ro/static/3/Galati/20250918123436_2025%20avizat%20imp%20venituri%20jocuri%20de%20noroc.pdf
10. Jocurile de noroc, o istorie milenară. Disponibil: <https://www.casino-magazine.ro/jocurile-de-noroc-o-istorie-milenara.html>
11. LUPU, V., LUPU, I.R. Romanian National Prevalence Study – problem and pathological gambling in children and adolescents. În: *Clujul Medical*. 2018, nr. 91(4), pp. 435-439. ISSN 1222- 2119.
12. LUPU, V., ONACA, E., LUPU, D. The prevalence of pathological gambling in Romanian teenagers. În: *Minerva Medica*. 2002, nr. 5, pp. 413–418. ISSN 0026-4806.
13. LUPU, V., TODIRIȚA, I. R. Updates of the prevalence of problem gambling in Romanian teenagers. În: *Journal of Gambling Studies*. 2013, nr. 1, pp. 29–36. ISSN 1050-5350.
14. MIU, F. V. Construcții deficitare de cogniție în ludomanie. În: *Integrare prin cercetare și inovare*. 2021, pp. 64–66. ISBN 978- 9975-152-48-8.
15. MIU, F. V. Date preliminare cu privire la activitățile de joc de noroc la adolescenți în cadrul unui lot de studiu din Galați, România. În: *Dezvoltarea continuă și ciclică a curriculumului educațional*. 2025, pp. 265–274. ISBN 978-9975-62-965-2.
16. MIU, F. V. Definiții conceptuale ale jocului de noroc patologic. În: *Integrare prin cercetare și*

- inovare. 2020, pp. 93–96. ISBN 978-9975-152-53-2.
17. **MIU, F. V.** Evaluarea dimensiunilor afective în personalitatea jucătorului de noroc patologic din România. În: Psihologie. Revistă științifico-practică. 2025, nr. 2(47), pp. 314–323. ISBN 978-9975-62-687-3.
 18. **MIU, F. V.** Evaluarea factorilor de risc pentru adicția de jocul de noroc în relație cu severitatea tulburării. În: Psihologie. Revistă științifico-practică. 2025, nr. 2(47), pp. 75–85. ISSN 1857-2502.
 19. **MIU, F. V.** Intervenția psihologică de factură cognitiv-comportamentală în tratamentul jocului de noroc patologic în cazul beneficiarului cu comportament antisocial și suicidal: studiu de caz. În: *Studia Universitatis Moldaviae. Seria Științe ale Educației*. 2025, nr. 9(189), pp. 386–392. ISSN 1857-2502.
 20. **MIU, F. V.** Obsesia recuperării banilor în jocul patologic de șansă. În: *Integrare prin cercetare și inovare*. 2019, vol. 1, pp. 201–204. ISBN 978-9975-149-50-1.
 21. ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ nr. 82 din 5 octombrie 2023 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 77/2009 privind organizarea și exploatarea jocurilor de noroc, precum și pentru modificarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2013 privind înființarea, organizarea și funcționarea Oficiului Național pentru Jocuri de Noroc și pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 77/2009. Disponibil: <https://legislatie.just.ro/public/DetaliiDocument/275123>
 22. RIZEANU, S., SAVOIU, G. Some statistics of gambling activities. În: *Romanian Statistical Review*. 2012, nr. 1, pp. 282–290. ISSN 1018-046X.
 23. RIZEANU, S. Dependența de jocuri de noroc. Ghid de ajutor pentru jucătorii patologici și familiile acestora. București: Editura Universitară, 2012. 22p. ISBN 978-606-591-357-8.
 24. RIZEANU, S. Pathological gambling and depression. În: *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2013, nr. 78, pp. 501–505. ISSN 1877-0428.
 25. RIZEANU, S. Personality types of pathological gambling players. În: *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*. 2012, nr. 3(3). ISSN 2069-1939.
 26. RIZEANU, S. Psihoterapia jocului de șansă patologic. București: Editura Universitară, 2013. ISBN 978-606-591-673-9.
 27. RIZEANU, S., MITILOAGĂ, A.-M. Relația dintre tipurile de atașament și dependența jocurilor de noroc. În: Psihologie. Revista științifico-practică. 2021, nr. 1(38), pp. 3–14. ISSN 1857-2502.
 28. TATOMIR, M. B. Aspecte metodologice a testării deciziilor legate de jocurile de noroc. În: Conferința științifică națională cu participare internațională „Integrare prin cercetare și inovare”, dedicată Zilei internaționale a Științei pentru Pace și Dezvoltare, 9–10 noiembrie 2023. Științe sociale. Chișinău, 2024, pp. 365–370. ISBN 978-9975-62-688-0.

29. TURCHINĂ, T., PLATON, C., BOLEA, Z. Starea subiectivă de bine – semnificații și implicații. În: *Studia Universitatis Moldaviae. Seria Științe ale Educației*. 2012, nr. 5(55), pp. 115–119. ISSN 1857-2103.
30. ADOLPHE, A., KHATIB, L., VAN GOLDE, C. et al. Crime and gambling disorders: a systematic review. În: *Journal of Gambling Studies*. 2019, nr. 35, pp. 395–414. ISSN 1050-5350.
31. AHN, W. Y., DAI, J., VASSILEVA, J., BUSEMEYER, J. R., STOUT, J. C. Computational modeling for addiction medicine: from cognitive models to clinical applications. În: *Progress in Brain Research*. 2016, nr. 224, pp. 53–65. ISSN 0079-6123.
32. ALLAMI, Y., HODGINS, D. C., YOUNG, M., BRUNELLE, N., CURRIE, S., DUFOUR, M., FLORES-PAJOT, M. C., NADEAU, L. A meta-analysis of problem gambling risk factors in the general adult population. În: *Addiction*. 2021, nr. 11, pp. 2968–2977. ISSN 0965-2140.
33. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000, p. 463. ISBN 978-0-89042-025-6.
34. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th edition. Washington, DC; London, England, 2013, pp. 585–589.
35. ANDERSON, J., SNIDER, S., SELBOM, M., KRUEGER, R., HOPWOOD, C. A comparison of the DSM-5 Section II and Section III personality disorder structures. În: *Psychiatry Research*. 2014, nr. 3, pp. 363–372. ISSN 0165-1781.
36. ARMOON, B., GRIFFITHS, M. D., MOHAMMADI, R., AHOUNBAR, E. Suicidal behaviors and associated factors among individuals with gambling disorders: a meta-analysis. În: *Journal of Gambling Studies*. 2023, nr. 2, pp. 751–777. ISSN 1050-5350.
37. ATEȘ, B. K., BATMAZ, S. Comparative analysis of personality traits in online gambling: systematic review. În: *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*. 2025, nr. 4, pp. 633–642. ISSN 1309-0674.
38. AUER, M., GRIFFITHS, M. D. An empirical attempt to operationalize chasing losses in gambling utilizing account-based player tracking data. În: *Journal of Gambling Studies*. 2023, nr. 4, pp. 1547–1561. ISSN 1050-5350.
39. BAGBY, R. M., VACHON, D. D., BULMASH, E. L., TONEATTO, T., QUILTY, L. C., COSTA, P. T. Pathological gambling and the five-factor model of personality. În: *Personality and Individual Differences*. 2007, nr. 4, pp. 873–880. ISSN 0191-8869.
40. BANERJEE, N., CHEN, Z., CLARK, L., NOEL, X. Behavioural expressions of loss-chasing in gambling: a systematic scoping review. În: *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2023, nr. 153, art. 105377. ISSN 0149-7634.
41. BAR-HAIM, Y., LAMY, D., PERGAMIN, L., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., VAN

- IJZENDOORN, M. H. Threat-related attentional bias in anxious and non-anxious individuals: a meta-analytic study. *În: Psychological Bulletin*. 2007, nr. 1, pp. 1–24. ISSN 0033-2909.
42. BARAŃCZUK, U. The five factor model of personality and emotion regulation: a meta-analysis. *În: Personality and Individual Differences*. 2019, nr. 139, pp. 217–227. ISSN 0191-8869.
43. BEDNARZ, J., DELFABBRO, P., KING, D. Practice makes poorer: practice gambling modes and their effects on real-play in simulated roulette. *În: International Journal of Mental Health and Addiction*. 2013, nr. 3, pp. 381–395. ISSN 1557-1874.
44. BERZOVAN, A. T., NEDELCU, I., MOGOȘ, A. A. The language of luck: an exploration into media discourse on gambling in Romanian news outlets. *În: Styles of Communication*. 2024, nr. 2. ISSN 2065-7943.
45. BINDE, P., ROMILD, U., VOLBERG, R. A. Forms of gambling, gambling involvement and problem gambling: evidence from a Swedish population survey. *În: International Gambling Studies*. 2017, nr. 3, pp. 490–507. ISSN 1445-9795.
46. BJELDE, K., CHROMY, B., PANKOW, D. Casino gambling among older adults in North Dakota: a policy analysis. *În: Journal of Gambling Studies*. 2008, nr. 24, pp. 423–440. ISSN 1050-5350.
47. BLANCHET, M. Gérontocroissance et territoires: quel potentiel pour la silver économie?. *În: Populations & Avenir*. 2018, nr. 739, pp. 4–7. ISSN 0032-4663.
48. BLASZCZYNSKI, A., NOWER, L. A pathways model of problem and pathological gambling. *În: Addiction*. 2002, nr. 5, pp. 487–499. ISSN 0965-2140.
49. BLASZCZYNSKI, A., SILOVE, D. Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. *În: Journal of Gambling Studies*. 1995, nr. 2, pp. 195–220. ISSN 1050-5350.
50. BREVERS, D., SESCOUSSE, G., MAURAGE, P., BILLIEUX, J. Examining neural reactivity to gambling cues in the age of online betting. *În: Current Behavioral Neuroscience Reports*. 2019, nr. 3, pp. 59–71. ISSN 2196-2979.
51. BROOKS, G. A., CLARK, L. Associations between loot box use, problematic gaming and gambling, and gambling-related cognitions. *În: Addictive Behaviors*. 2019, nr. 96, pp. 26–34. ISSN 0306-4603.
52. BROWNE, M., LANGHAM, E., ROCKLOFF, M. J., LI, E., DONALDSON, P., GOODWIN, B. EGM jackpots and player behaviour: an in-venue shadowing study. *În: Journal of Gambling Studies*. 2015, nr. 4, pp. 1695–1714. ISSN 1050-5350.
53. BRUNBORG, G. S., HANSS, D., MENTZONI, R. A., MOLDE, H., PALLESEN, S. Problem gambling and the five-factor model of personality: a large population-based study. *În: Addiction*. 2016, nr. 8, pp. 1428–1435. ISSN 0965-2140.
54. BUCHANAN, J., SHEN, Y. Gambling and marketing: a systematic literature review using HistCite. *În: Accounting & Finance*. 2021, nr. 2, pp. 2837–2851. ISSN 0810-5391.

55. CALADO, F., GRIFFITHS, M. D. Problem gambling worldwide: an update and systematic review of empirical research (2000–2015). În: *Journal of Behavioral Addictions*. 2016, nr. 4, pp. 592–613. ISSN 2062-5871.
56. CALDERWOOD, K. A., RAJESPARAM, A. Applying the codependency concept to concerned significant others of problem gamblers: Words of caution. În: *Journal of Gambling Issues*. 2014, nr. 29. ISSN 1494-4019.
57. CIERPIAŁKOWSKA, L. Facets of integration in the theory and practice of clinical psychology. În: *Current Issues in Personality Psychology*. 2017, nr. 3, pp. 149–152. ISSN 2353-4192.
58. CIOBOTARU, C. M., CLINCIU, A. I. Impulsivity, consciousness and defense mechanisms of the ego among pathological gamblers. În: *Journal of Gambling Studies*. 2022, nr. 1, pp. 225–234. ISSN 1050-5350.
59. CLARK, L. Disordered gambling: the evolving concept of behavioral addiction. În: *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2014, nr. 1, pp. 46–61. ISSN 0077-8923.
60. . CLEEREMANS, A., TIMMERMAN, B., PASQUALI, A. Consciousness and metarepresentation: a computational sketch. În: *Neural Networks*. 2007, nr. 9, pp. 1032–1039. ISSN 0893-6080.
61. COHEN, J., HANSEL, C. E. Preferences for different combinations of chance and skill in gambling. În: *Nature*. 1959, nr. 4664, pp. 841–842. ISSN 0028-0836.
62. CONIGLIO, K. A., COOPER, M., SELBY, E. A. Behavioral reinforcement of pathological exercise in anorexia nervosa. În: *International Journal of Eating Disorders*. 2022, nr. 2, pp. 184–192. ISSN 0276-3478.
63. COOK, S., TURNER, N. E., BALLON, B., PAGLIA-BOAK, A., MURRAY, R., ADLAF, E. M., ILIE, G., DEN DUNNEN, W., MANN, R. E. Problem gambling among Ontario students: associations with substance abuse, mental health problems, suicide attempts, and delinquent behaviours. În: *Journal of Gambling Studies*. 2015, nr. 4, pp. 1121–1134. ISSN 1050-5350.
64. COOPER, M. L., FRONE, M. R., RUSSELL, M., MUDAR, P. Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. În: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995, nr. 5, pp. 990–1005. ISSN 0022-3514.
65. COSGRAVE, J. Gambling ain't what it used to be: The instrumentalization of gambling and late modern culture. În: *Critical Gambling Studies*. 2022, nr. 1, pp. 12–23. ISSN 2562-8390.
66. CYDERS, M. A., SMITH, G. T. Clarifying the role of personality dispositions in risk for increased gambling behavior. În: *Personality and Individual Differences*. 2008, nr. 6, pp. 503–508. ISSN 0191-8869.
67. DAVID, F. N. *Games, Gods, and Gambling: A History of Probability and Statistical Ideas*. New

York: Dover Publications, 1998. ISBN 978-0486400235.

68. DEANS, E. G., THOMAS, S. L., DAUBE, M., DEREVENSKY, J. The role of peer influences on the normalisation of sports wagering: a qualitative study of Australian men. În: *Addiction Research & Theory*. 2017, nr. 2, pp. 103–113. ISSN 1606-6359.
69. DESAI, R. A., POTENZA, M. N. Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. În: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2008, nr. 3, pp. 173–183. ISSN 0933-7954.
70. DOWLING, N. A., MERKOURIS, S. S., GREENWOOD, C. J., OLDENHOF, E., TOUMBOUROU, J. W., YOUSSEF, G. J. Early risk and protective factors for problem gambling: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. În: *Clinical Psychology Review*. 2017, nr. 51, pp. 109–124. ISSN 0272-7358.
71. DOWLING, N., SMITH, D., THOMAS, T. Electronic gaming machines: are they the “crack-cocaine” of gambling? În: *Addiction*. 2005, nr. 1, pp. 33–45. ISSN 0965-2140.
72. DRUMMOND, A., SAUER, J. D., FERGUSON, C. J., HALL, L. C. The relationship between problem gambling, excessive gaming, psychological distress and spending on loot boxes in Aotearoa New Zealand, Australia, and the United States—A cross-national survey. În: *PLOS ONE*. 2020, nr. 3, art. e0230378. ISSN 1932-6203.
73. DUDFIELD, F. W., MALOUFF, J. M., MEYNADIER, J. The association between the five-factor model of personality and problem gambling: a meta-analysis. În: *Journal of Gambling Studies*. 2023, nr. 2, pp. 669–687. ISSN 1050-5350.
74. DĂNĂILĂ, L., PANTEA, M. Gambling: brief history, social aspects and legal regulations. În: *Journal of Criminal Investigations*. 2018, nr. 1, pp. 7–16. ISSN 2457-8288.
75. ECHEBURÚA, E., FERNÁNDEZ-MONTALVO, J., BÁEZ, C. Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: long-term outcome. În: *Behavior Therapy*. 2000, nr. 2, pp. 351–364. ISSN 0005-7894.
76. EDGREN, R., CASTRÉN, S., MÄKELÄ, M., PÖRTFORS, P., ALHO, H., SALONEN, A. H. Reliability of instruments measuring at-risk and problem gambling among young individuals: a systematic review covering years 2009–2015. În: *Journal of Adolescent Health*. 2016, nr. 6, pp. 600–615. ISSN 1054-139X.
77. ERBAS, B., BUCHNER, U. G. Pathological gambling: prevalence, diagnosis, comorbidity, and intervention in Germany. În: *Deutsches Ärzteblatt International*. 2012, nr. 10, pp. 173–179. ISSN 1866-0452.
78. EVERITT, B. J., ROBBINS, T. W. Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. În: *Nature Neuroscience*. 2005, nr. 11, pp. 1481–1489. ISSN 1097-6256.

79. FERRARI, M. A., LIMBRICK-OLDFIELD, E. H., CLARK, L. Behavioral analysis of habit formation in modern slot machine gambling. În: *International Gambling Studies*. 2022, nr. 2, pp. 317–336. ISSN 1445-9795.
80. FERRIS, J. A., WYNNE, H. J. *The Canadian Problem Gambling Index*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 2001. ISBN 978-1-896323-09-8.
81. FIELD, M., COX, W. M. Attentional bias in addictive behaviors: a review of its development, causes and consequences. În: *Drug and Alcohol Dependence*. 2008, nr. 97, pp. 1–20. ISSN 0376-8716.
82. FONTAINE, M., LEMERCIER, C., BONNAIRE, C., GIROUX, I., PY, J., VARESCON, I., LE FLOCH, V. Gambling and aging: an overview of a risky behavior. În: *Behavioral Sciences*. 2023, nr. 6, art. 437. ISSN 2076-328X.
83. FORTUNE, E. E., GOODIE, A. S. Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: a review. În: *Psychology of Addictive Behaviors*. 2012, nr. 2, pp. 298–310. ISSN 0893-164X.
84. GAINSBURY, S. M., RUSSELL, A., HING, N., WOOD, R., LUBMAN, D. I., BLASZCZYNSKI, A. The prevalence and determinants of problem gambling in Australia: assessing the impact of interactive gambling and new technologies. În: *Psychology of Addictive Behaviors*. 2014, nr. 3, pp. 769–779. ISSN 0893-164X.
85. GHINASSI, S., CASALE, S. The role of attachment in gambling behaviors and gambling disorder: a systematic review. În: *Journal of Gambling Studies*. 2023, nr. 2, pp. 713–749. ISSN 1050-5350.
86. GILBOA-SCHECHTMAN, E. Case conceptualization in clinical practice and training. În: *Clinical Psychology in Europe*. 2024, nr. Spec Issue, art. e12103. ISSN 2625-3413.
87. GRANT, J. E., ATMACA, M., FINEBERG, N. A., FONTENELLE, L. F., MATSUNAGA, H., REDDY, Y. J., SIMPSON, H. B., THOMSEN, P. H., VAN DEN HEUVEL, O. A., VEALE, D., WOODS, D. W. Impulse control disorders and “behavioural addictions”. În: *World Psychiatry*. 2014, nr. 2, pp. 125–127. ISSN 1723-8617.
88. GRANT, J. E., CHAMBERLAIN, S. R. Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. În: *CNS Spectrums*. 2016, nr. 4, pp. 300–303. ISSN 1092-8529.
89. GRANT, J. E., CHAMBERLAIN, S. R. Illegal behaviors as a consequence of gambling disorder. În: *The American Journal on Addictions*. 2023, nr. 1, pp. 40–46. ISSN 1055-0496.
90. GRANT, J. E., KIM, S. W. Demographic and clinical features of 131 adult pathological gamblers. În: *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001, nr. 12, pp. 957–962. ISSN 0160-6689.
91. GRIFFITHS, M. Tolerance in gambling: an objective measure using the psychophysiological analysis of male fruit machine gamblers. În: *Addictive Behaviors*. 1993, nr. 18, pp. 365–372. ISSN 0306-4603.

92. GROMAN, S. M., THOMPSON, S. L., LEE, D., TAYLOR, J. R. Reinforcement learning detuned in addiction: integrative and translational approaches. În: Trends in Neurosciences. 2022, nr. 2, pp. 96–105. ISSN 0166-2236.
93. HALES, C. A., CLARK, L., WINSTANLEY, C. A. Computational approaches to modeling gambling behaviour: opportunities for understanding disordered gambling. În: Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2023, nr. 147, art. 105083. ISSN 0149-7634.
94. HAYNES, S. N., SPAIN, E. H., OLIVEIRA, J. Identifying causal relationships in clinical assessment. În: Psychological Assessment. 1993, nr. 3, pp. 281–291. ISSN 1040-3590.
95. HODGINS, D. C., PEDEN, N., CASSIDY, E. The association between comorbidity and outcome in pathological gambling: a prospective follow-up of recent quitters. În: Journal of Gambling Studies. 2005, nr. 3, pp. 255–271. ISSN 1050-5350.
96. HOPWOOD, C. J., THOMAS, K. M., MARKON, K. E., WRIGHT, A. G., KRUEGER, R. F. DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. În: Journal of Abnormal Psychology. 2012, nr. 2, pp. 424–432. ISSN 0021-843X.
97. HUȚUL, T. D., KARNER-HUȚULEAC, A. The level of gambling prediction using depression and anxiety in the Romanian population. În: Journal of Gambling Studies. 2022, nr. 2, pp. 653–662. ISSN 1050-5350.
98. HÅKANSSON, A., KARLSSON, A. Suicide attempt in patients with gambling disorder – associations with comorbidity including substance use disorders. În: Frontiers in Psychiatry. 2020, nr. 11, art. 593533. ISSN 1664-0640.
99. IOANNIDIS, K., HOOK, R., WICKHAM, K., GRANT, J. E., CHAMBERLAIN, S. R. Impulsivity in gambling disorder and problem gambling: a meta-analysis. În: Neuropsychopharmacology. 2019, nr. 8, pp. 1354–1361. ISSN 0893-133X.
100. JOHANSSON, A., GRANT, J. E., KIM, S. W., ODLAUG, B. L., GÖTESTAM, K. G. Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. În: Journal of Gambling Studies. 2009, nr. 1, pp. 67–92. ISSN 1050-5350.
101. JOHNSON, D. D., BLUMSTEIN, D. T., FOWLER, J. H., HASELTON, M. G. The evolution of error: error management, cognitive constraints, and adaptive decision-making biases. În: Trends in Ecology & Evolution. 2013, nr. 8, pp. 474–481. ISSN 0169-5347.
102. JONSSON, J., PSYKOLOGI, P. An overview of prevalence surveys of problem and pathological gambling in the Nordic countries. În: Journal of Gambling Issues. 2006, nr. 18, pp. 31–38. ISSN 1494-4019.
103. JOUKHADOR, J., BLASZCZYNSKI, A., MACCALLUM, F. Superstitious beliefs in gambling among problem and non-problem gamblers: preliminary data. În: Journal of Gambling Studies. 2004,

- nr. 2, pp. 171–180. ISSN 1050-5350.
104. KAMRANI, M., ROUHBAKHSH, Z., BEHRAVAN, G., SALEHABADI, R. The relationship between attachment styles, defense mechanisms and substance use disorder. *În: International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*. 2023, nr. 3. ISSN 2251-8711.
 105. KELLOGG, S. H., YOUNG, J. E. Cognitive therapy. *În: Twenty-First Century Psychotherapies: Contemporary Approaches to Theory and Practice*. New York: Wiley, 2008, pp. 43–79. ISBN 978-0470192634.
 106. KITAYAMA, S., MESQUITA, B., KARASAWA, M. Cultural affordances and emotional experience: socially engaging and disengaging emotions in Japan and the United States. *În: Journal of Personality and Social Psychology*. 2006, nr. 5, pp. 890–903. ISSN 0022-3514.
 107. KOGA, Y., SHIBASAKI, M., NITTA, C., OKADA, H., FURUNO, S., NISHIMURA, K., MATSUZAKI, T., MATSUSHITA, S. Causal impact of gambling-related cognitive distortions on the severity of gambling disorder: a one-year multicenter longitudinal study in treatment-seeking patients in Japan. *În: Journal of Behavioral Addictions*. 2025, nr. 3, pp. 1267–1280. ISSN 2062-5871.
 108. KOOB, G. F., VOLKOW, N. D. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *În: The Lancet Psychiatry*. 2016, nr. 8, pp. 760–773. ISSN 2215-0366.
 109. KOURGIANTAKIS, T., SAINT-JACQUES, M. C., TREMBLAY, J. Problem gambling and families: a systematic review. *În: Journal of Social Work Practice in the Addictions*. 2013, nr. 4, pp. 353–372. ISSN 1533-256X.
 110. KOWATCH, K. R., HODGINS, D. C. Predictors of help-seeking for gambling disorder from the transtheoretical model perspective. *În: International Gambling Studies*. 2015, nr. 3, pp. 450–469. ISSN 1445-9795.
 111. KRISTENSEN, J. H., PALLESEN, S., BAUER, J., LEINO, T., GRIFFITHS, M. D., EREVIK, E. K. Suicidality among individuals with gambling problems: a meta-analytic literature review. *În: Psychological Bulletin*. 2024, nr. 1, pp. 82–110. ISSN 0033-2909.
 112. LADOUCEUR, R., SYLVAIN, C., LETARTE, H., GIROUX, I., JACQUES, C. Cognitive treatment of pathological gamblers. *În: Behaviour Research and Therapy*. 1998, nr. 12, pp. 1111–1119. ISSN 0005-7967.
 113. LADOUCEUR, R., WALKER, M. A cognitive perspective on gambling. *În: Trends in Cognitive and Behavioural Therapies*. 1996, nr. 1, pp. 89–120. ISBN 978-0471971979.
 114. LAKEY, C. E., ROSE, P., CAMPBELL, W. K., GOODIE, A. S. Probing the link between narcissism and gambling: the mediating role of judgment and decision-making biases. *În: Journal of Behavioral Decision Making*. 2008, nr. 2, pp. 113–147. ISSN 0894-3257.

115. LAM, D., GALE, J. Cognitive behaviour therapy: teaching a client the ABC model – the first step towards the process of change. În: *Journal of Advanced Nursing*. 2000, nr. 2, pp. 444–451. ISSN 0309-2402.
116. LANGER, E. J. The illusion of control. În: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1975, nr. 2, pp. 311–328. ISSN 0022-3514.
117. LAWRENCE, A. J., ASTLEY-JONES, F., GRAY, N. Gambling near-misses enhance motivation to gamble and recruit win-related brain circuitry. În: *Neuron*. 2009, nr. 3, pp. 481–490. ISSN 0896-6273.
118. LESIEUR, H. R. The compulsive gambler's spiral of options and involvement. În: *Psychiatry*. 1979, nr. 1, pp. 79–87. ISSN 0033-2747.
119. LEWI, A., BONNAIRE, C. Mediating effect of perceived personal luck in the relationship between narcissism and problem gambling in strategic gamblers: an exploratory study. În: *Journal of Gambling Studies*. 2025, nr. 2, pp. 805–819. ISSN 1050-5350.
120. LI, W., MILLS, D., NOWER, L. The relationship of loot box purchases to problem video gaming and problem gambling. În: *Addictive Behaviors*. 2019, nr. 97, pp. 27–34. ISSN 0306-4603.
121. LIESE, B. S., BECK, A. T. *Cognitive-Behavioral Therapy of Addictive Disorders*. New York: Guilford Press, 2022. ISBN 978-1462548842.
122. LIND, K., MARIONNEAU, V., JÄRVINEN-TASSOPOULOS, J., SALONEN, A. H. Socio-demographics, gambling participation, gambling settings, and addictive behaviors associated with gambling modes: a population-based study. În: *Journal of Gambling Studies*. 2022, nr. 4, pp. 1111–1126. ISSN 1050-5350.
123. LISTER, J. J., NOWER, L. Gambling and older adults. În: *The Wiley-Blackwell Handbook of Disordered Gambling*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2013, pp. 347–360. ISBN 978-1118320884.
124. LOBA, P., STEWART, S. H., KLEIN, R. M., BLACKBURN, J. R. Manipulations of the features of standard video lottery terminal games: effects in pathological and non-pathological gamblers. În: *Journal of Gambling Studies*. 2001, nr. 17, pp. 297–320. ISSN 1050-5350.
125. LORAINS, F. K., COWLISHAW, S., THOMAS, S. A. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. În: *Addiction*. 2011, nr. 3, pp. 490–498. ISSN 0965-2140.
126. LOSH, S. C. On the application of social cognition and social location to creating causal explanatory structures. În: *Educational Research Quarterly*. 2003, nr. 3, pp. 17–33. ISSN 0196-5042.
127. LÉVESQUE, D., SÉVIGNY, S., GIROUX, I., JACQUES, C. Psychological vulnerability and problem gambling: the mediational role of cognitive distortions. În: *Journal of Gambling Studies*. 2018, nr. 3, pp. 807–822. ISSN 1050-5350.

128. MACKINNON, S. P., LAMBE, L., STEWART, S. H. Relations of five-factor personality domains to gambling motives in emerging adult gamblers: a longitudinal study. În: *Journal of Gambling Issues*. 2016, nr. 34. ISSN 1494-4019.
129. MALLORQUÍ-BAGUÉ, N. et al. Suicidal ideation and history of suicide attempts in treatment-seeking patients with gambling disorder. În: *Journal of Behavioral Addictions*. 2018, nr. 4, pp. 1112–1121. ISSN 2062-5871.
130. MANN, K. et al. Pathological gambling: a behavioral addiction. În: *World Psychiatry*. 2016, nr. 3, pp. 297–298. ISSN 1723-8617.
131. MANN, K. et al. Comorbidity, family history and personality traits in pathological gamblers compared with healthy controls. În: *European Psychiatry*. 2017, nr. 42, pp. 120–128. ISSN 0924-9338.
132. MANSTEAD, A. S. The psychology of social class: how socioeconomic status impacts thought, feelings, and behaviour. În: *British Journal of Social Psychology*. 2018, nr. 2, pp. 267–291. ISSN 0144-6665.
133. MARIONNEAU, V., EGERER, M., RAISAMO, S. Frameworks of gambling harms: a comparative review and synthesis. În: *Addiction Research & Theory*. 2023, nr. 1, pp. 69–76. ISSN 1606-6359.
134. Marques Mourato, A., Fontaine, M., Floch, V.L., Bringuier, M., Bonnaire, C., Lemerrier, C., Py, J., Giroux, I., Varescon, I. Illusion of control in gambling behavior in a non-clinical sample of adults aged 40–75. În: *Journal of Gambling Studies*. 2025. ISSN 1050-5350.
135. MARTIN, F., LICHTENBERG, P. A., TEMPLIN, T. N. Casino gambling attitudes, motivations, and gambling patterns among urban elders. În: *Journal of Gambling Studies*. 2011, nr. 27, pp. 287–297. ISSN 1050-5350.
136. MATHESON, F. I. et al. The use of self-management strategies for problem gambling: a scoping review. În: *BMC Public Health*. 2019, nr. 19, pp. 445. ISSN 1471-2458.
137. MATHEWSON, M., VOLBERG, R. Impact of problem gambling on financial, emotional and social well-being of Singaporean families. În: *International Gambling Studies*. 2013, nr. 1, pp. 127–140. ISSN 1445-9795.
138. MAY-CHAHAL, C., HUMPHREYS, L., CLIFTON, A., FRANCIS, B., REITH, G. Gambling harm and crime careers. În: *Journal of Gambling Studies*. 2017, nr. 33, pp. 65–84. ISSN 1050-5350.
139. MCCOMB, J. L., LEE, B. K., SPRENKLE, D. H. Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. În: *Journal of Marital and Family Therapy*. 2009, nr. 4, pp. 415–431. ISSN 0194-472X.
140. MCMILLEN, J. (ed.). *Gambling Cultures: Studies in History and Interpretation*. London:

- Routledge, 2005. 263p. ISBN 0-203-99350-0.
141. MCMILLEN, J. Understanding gambling. În: *Gambling Cultures: Studies in History and Interpretation*. London: Routledge, 1996, pp. 6–42. ISBN 978-0415127271.
 142. MERKOURIS, S. S., THOMAS, S. A., BROWNING, C. J., DOWLING, N. A. Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling. În: *Clinical Psychology Review*. 2016, nr. 48, pp. 7–31. ISSN 0272-7358.
 143. MEYER, G., STADLER, M. A. Criminal behavior associated with pathological gambling. În: *Journal of Gambling Studies*. 1999, nr. 1, pp. 29–43. ISSN 1050-5350.
 144. MICHALCZUK, R. et al. Impulsivity and cognitive distortions in pathological gamblers attending the UK National Problem Gambling Clinic. În: *Psychological Medicine*. 2011, nr. 12, pp. 2625–2635. ISSN 0033-2917.
 145. **MIU, F. V.** Evaluation of the incidence of anxiety in correlation with the severity of gambling addiction in Romania. În: *EIRP Proceedings*. 2022, nr. 1, pp. 386–392. ISSN 2067-9211.
 146. MYRSETH, H. et al. Personality factors as predictors of pathological gambling. În: *Personality and Individual Differences*. 2009, nr. 8, pp. 933–937. ISSN 0191-8869.
 147. NATIONAL GAMBLING IMPACT & POLICY COMMISSION (US). *The National Gambling Impact Study Commission*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1999. ISBN 0-16-049612-8.
 148. NESTOR, O. C. Licensing, monitoring and control of gambling in Romania. Specific activities of the National Office for Gambling in 2015. În: *Journal of Criminal Investigations*. 2015, nr. 2, pp. 7–16. ISSN 2457-8288.
 149. NEWALL, P. W. Behavioral complexity of British gambling advertising. În: *Addiction Research & Theory*. 2017, nr. 6, pp. 505–511. ISSN 1606-6359.
 150. OEI, T. P., GORDON, L. M. Psychosocial factors related to gambling abstinence and relapse in members of Gamblers Anonymous. În: *Journal of Gambling Studies*. 2008, nr. 1, pp. 91–105. ISSN 1050-5350.
 151. OKSANEN, A., SAVOLAINEN, I., SIROLA, A., KAAKINEN, M. Problem gambling and psychological distress: a cross-national perspective on the mediating effect of consumer debt and debt problems among emerging adults. În: *Harm Reduction Journal*. 2018, nr. 1, pp. 45. ISSN 1477-7517.
 152. PACE, U., SCHIMMENTI, A., ZAPPULLA, C., DI MAGGIO, R. Psychological variables characterizing different types of adolescent gamblers: a discriminant function analysis. În: *Clinical Neuropsychiatry*. 2013, nr. 6, pp. 253–260. ISSN 1724-4935.
 153. PACHUR, T., MATA, R., HERTWIG, R. Who dares, who errs? Disentangling cognitive and

- motivational roots of age differences in decisions under risk. În: *Psychological Science*. 2017, nr. 4, pp. 504–518. ISSN 0956-7976.
154. PARKE, A., GRIFFITHS, M., IRWING, P. Personality traits in pathological gambling: sensation seeking, deferment of gratification and competitiveness as risk factors. În: *Addiction Research & Theory*. 2004, nr. 3, pp. 201–212. ISSN 1606-6359.
 155. PATERSON, M., TAYLOR, M., GRAY, M. Trajectories of social and economic outcomes and problem gambling risk in Australia. În: *Social Indicators Research*. 2020, nr. 1, pp. 297–321. ISSN 0303-8300.
 156. PERSONS, J. B. Case conceptualization in cognitive-behavior therapy. În: KUEHLWEIN, K. T., ROSEN, H. (eds.). *Cognitive Therapies in Action: Evolving Innovative Practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 1993, pp. 33–53. ISBN 978-1555425481.
 157. PETRY, N. M., STINSON, F. S., GRANT, B. F. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders. În: *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005, nr. 5, pp. 564–574. ISSN 0160-6689.
 158. PETRY, N. M., RASH, C. J., BLANCO, C. The Inventory of Gambling Situations in problem and pathological gamblers seeking alcohol and drug abuse treatment. În: *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2010, nr. 6, p. 530. ISSN 1936-2293.
 159. PETRY, N. M., WEISS, L. Social support is associated with gambling treatment outcomes in pathological gamblers. În: *American Journal on Addictions*. 2009, nr. 5, pp. 402–408. ISSN 1521-0391.
 160. PETRY, N. M. *Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2005. ISBN 978-1591471738.
 161. PFUND, R.A., FORMAN, D.P., WHALEN, S.K., ZECH, J.M., GINLEY, M.K., PETER, S.C., MCAFEE, N.W., WHELAN, J.P. Effect of cognitive-behavioral techniques for problem gambling and gambling disorder: a systematic review and meta-analysis. În: *Addiction*. 2023, nr. 9, pp. 1661–1674. ISSN 0965-2140.
 162. PHILIPPOT, P., BOUVARD, M., BAEYENS, C., DETHIER, V. Case conceptualization from a process-based and modular perspective. În: *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2019, nr. 2, pp. 175–190. ISSN 1063-3995.
 163. PITT, H., THOMAS, S. L., BESTMAN, A., STONEHAM, M., DAUBE, M. “It's just everywhere!” Children and parents discuss the marketing of sports wagering in Australia. În: *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2016, nr. 5, pp. 480–486. ISSN 1326-0200.
 164. PIZZINI, B., COSENZA, M., NIGRO, G., SACCO, M., & CICCARELLI, M. Maladaptive personality trait facets and mentalization in youth gambling. În: *International Journal of Mental*

- Health and Addiction. 2025, nr. 3, pp. 1951–1972. ISSN 1557-1874.
165. PORTER, J. C., GHEZZI, P. M. Theories of pathological gambling. În: Gambling: Behavior Theory, Research, and Application. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2006, pp. 19–44. ISBN 978-0805856298.
166. POTENZA, M. N., FIELLIN, D. A., HENINGER, G. R., ROUNSAVILLE, B. J., MAZURE, C. M. Gambling: an addictive behavior with health and primary care implications. În: Journal of General Internal Medicine. 2002, nr. 9, pp. 721–732. ISSN 0884-8734.
167. POTENZA, M. N., STEINBERG, M. A., MCCLAUGHLIN, S. D., ROUNSAVILLE, B. J., O'MALLEY, S. S. Illegal behaviors in problem gambling. În: Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2000, nr. 4, pp. 389–403. ISSN 1093-6793.
168. RAKFELDT, J. Cognitive-behavioural therapies: the three waves of CBT. În: Responding to the Oppression of Addiction: Canadian Social Work Perspectives. Toronto: Canadian Scholars, 2023. ISBN 978-1773383440.
169. RAMOS-GRILLE, I. et al. The role of personality in prediction of treatment outcome in pathological gamblers. În: Psychological Assessment. 2013, nr. 2, pp. 599–605. ISSN 1040-3590.
170. RILEY, B. J. et al. Problem gambling among Australian male prisoners. În: International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 2018, nr. 11, pp. 3447–3459. ISSN 0306-624X.
171. ROBBINS, T. W., COSTA, R. M. Habits. În: Current Biology. 2017, nr. 22, pp. R1200–R1206. ISSN 0960-9822.
172. ROBERTS, A., SHARMAN, S., KING, M., BAYSTON, A., & BOWDEN-JONES, H. Treatment-seeking problem gamblers: characteristics of individuals who offend to finance gambling. În: International Journal of Mental Health and Addiction. 2021, nr. 19, pp. 824–836. ISSN 1557-1874.
173. ROGIER, G. et al. Pathological personality facets and emotion regulation in gambling disorder. În: Scandinavian Journal of Psychology. 2020, nr. 2, pp. 262–270. ISSN 0036-5564.
174. ROSENTHAL, R. J., LORENZ, V. C. The pathological gambler as criminal offender. În: Psychiatric Clinics of North America. 1992, nr. 3, pp. 647–660. ISSN 0193-953X.
175. SAVAGE, J. E. et al. Personality and gambling involvement. În: Psychology of Addictive Behaviors. 2014, nr. 4, pp. 1198–1205. ISSN 0893-164X.
176. SCHÜLL, N. D. Addiction by Design: Machine Gambling in Las Vegas. Princeton: Princeton University Press, 2012. ISBN 978-0691160881.
177. SHAFFER, H. J., KORN, D. A. Gambling and related mental disorders. În: Annual Review of Public Health. 2002, nr. 23, pp. 171–212. ISSN 0163-7525.
178. SHAO, R. et al. Shifts in reinforcement signalling while playing slot-machines. În: Translational Psychiatry. 2013, nr. 3, art. e213. ISSN 2158-3188.

179. SHER, K. J. et al. Personality and alcoholism. În: *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York: Guilford Press, 1999. ISBN 978-1572305414.
180. SPADA, M. M. et al. Profiling metacognition in gambling disorder. În: *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2015, nr. 5, pp. 614–622. ISSN 1352-4658.
181. SPICER, S. G. et al. Loot boxes, problem gambling and problem video gaming. În: *New Media & Society*. 2022, nr. 4, pp. 1001–1022. ISSN 1461-4448.
182. SPITZER, R. L. et al. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. În: *JAMA*. 1995, nr. 19, pp. 1511–1517. ISSN 0098-7484.
183. STEPHENS, N. M. et al. Social class culture cycles. În: *Annual Review of Psychology*. 2014, nr. 65, pp. 611–634. ISSN 0066-4308.
184. STRØMME, R. et al. The relationship between gambling problems and the five-factor model of personality. În: *Frontiers in Psychiatry*. 2021, nr. 12, art. 740235. ISSN 1664-0640.
185. STÖCKL, T. et al. Hot hand and gambler's fallacy in teams. În: *Journal of Economic Behavior & Organization*. 2015, nr. 117, pp. 327–339. ISSN 0167-2681.
186. SWANTON, T. B., GAINSBURY, S. M. Gambling-related consumer credit use and debt problems. În: *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2020, nr. 31, pp. 21–31. ISSN 2352-1546.
187. SŁYSZ, A., SOROKO, E. How do psychotherapists develop a case conceptualisation? În: *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2021, nr. 2, pp. 87–96. ISSN 0022-0116.
188. TABRI, N. et al. Perfectionism predicts disordered eating and gambling. În: *Journal of Behavioral Addictions*. 2021, nr. 3, pp. 524–533. ISSN 2062-5871.
189. TABRI, N., WOHL, M. J. Explaining reinforcement and erroneous beliefs in pathological exercise. În: *International Journal of Eating Disorders*. 2022, nr. 2, pp. 180–183. ISSN 0276-3478.
190. TERRONE, G. et al. The link between attachment and gambling in adolescence. În: *Journal of Personalized Medicine*. 2021, nr. 3, art. 228. ISSN 2075-4426.
191. THOMSEN, K. R. et al. Severity of gambling and depressive symptoms. În: *Behavioural Pharmacology*. 2009, nr. 5-6, pp. 527–536. ISSN 0955-8810.
192. TIRA, C. et al. Pathways to late-life problematic gambling in seniors. În: *The Gerontologist*. 2014, nr. 54, pp. 1035–1048. ISSN 0016-9013.
193. TOLCHARD, B. Cognitive-behavior therapy for problem gambling. În: *Journal of Mental Health*. 2017, nr. 3, pp. 283–290. ISSN 0963-8237.
194. TONEATTO, T. Cognitive psychopathology of problem gambling. În: *Substance Use & Misuse*. 1999, nr. 34, pp. 1593–1604. ISSN 1082-6084.
195. VALACHOVÁ, M., LISÁ, E. Narcissistic grandiosity and risky behavior. În: *SAGE Open*. 2025, nr. 3. ISSN 2158-2440.

196. VAUGHAN, E., FLACK, M. Depression symptoms, problem gambling and outcome expectancies. În: *Journal of Gambling Studies*. 2022, nr. 1, pp. 265–278. ISSN 1050-5350.
197. VOLBERG, R. A. et al. Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. În: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001, nr. 4, pp. 250–256. ISSN 0001-690X.
198. VOLKOW, N. D., MORALES, M. The brain on drugs: from reward to addiction. În: *Cell*. 2015, nr. 4, pp. 712–725. ISSN 0092-8674.
199. VON DER HEIDEN, J. M., EGLOFF, B. Associations of the Big Five and locus of control with problem gambling. În: *PLOS ONE*. 2021, nr. 6, art. e0253046. ISSN 1932-6203.
200. WARDLE, H., ZENDLE, D. Loot boxes, gambling, and problem gambling among young people. În: *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2021, nr. 4, pp. 267–274. ISSN 2152-2715.
201. WIDINGHOFF, C. et al. Gambling disorder in male violent offenders. În: *Journal of Gambling Studies*. 2019, nr. 2, pp. 485–500. ISSN 1050-5350.
202. WITTS, B. N. Cumulative frequencies of behavior analytic journal publications related to human research on gambling. În: *Analysis of Gambling Behavior*. 2013, nr. 2, p. 3. ISSN 1947-5587.
203. WYCKMANS, F. et al. Reduced model-based decision-making in gambling disorder. În: *Scientific Reports*. 2019, nr. 9, art. 19625. ISSN 2045-2322.
204. XU, J., HARVEY, N. Carry on winning: the gamblers' fallacy creates hot hand effects in online gambling. În: *Cognition*. 2014, nr. 2, pp. 173–180. ISSN 0010-0277.
205. YAKOVENKO, I. et al. The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling. În: *Addictive Behaviors*. 2015, nr. 43, pp. 72–82. ISSN 0306-4603.
206. YÜCEL, M. et al. Hooked on gambling: a problem of human or machine design? În: *The Lancet Psychiatry*. 2018, nr. 1, pp. 20–21. ISSN 2215-0366.
207. ZUBERNIS, L., SNYDER, M. *Case Conceptualization and Effective Interventions: Assessing and Treating Mental, Emotional, and Behavioral Disorders*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2015. ISBN 978-1483340081.

ANEXE

Anexa 1

INTERVIU CLINIC STRUCTURAT – JOCURI DE NOROC

1. DATE DE BAZĂ

- Vârstă:
- Ocupație:
- Stare civilă:
- Motiv prezentare: ☐ voluntar ☐ familie ☐ legal ☐ altul

2. PROBLEMA PRINCIPALĂ

1. Care este problema exactă?
2. De cât timp există?
3. Cine consideră că este o problemă?

3. PATTERN DE JOC

1. Ce joci cel mai des? ☐ sloturi ☐ pariuri ☐ online ☐ cazino ☐ altul
2. Cât de des joci?
3. Cât timp petreci la joc (pe sesiune / săptămână)?
4. Suma medie pierdută lunar:
5. Cea mai mare pierdere:

4. CONTROLUL COMPORTAMENTULUI

Bifează:

- ☐ Nu reușesc să mă opresc odată ce încep
- ☐ Am încercat să reduc/opresc fără succes
- ☐ Joc mai mult decât îmi propun
- ☐ Mă întorc să recuperez pierderile

5. CRITERII CLINICE (DSM-5 – SHORT SCREEN)

În ultimele 12 luni:

- ☐ Preocupare constantă pentru joc
- ☐ Toleranță crescută (mize mai mari)
- ☐ Pierdere control
- ☐ Retragere/iritabilitate fără joc
- ☐ Joc pentru reglarea emoțiilor
- ☐ „Chasing” pierderi
- ☐ Minciuni legate de joc
- ☐ Probleme financiare/relaționale din joc

6. DECLANȘATORI

1. Când joci cel mai des? ☐ stres ☐ plictiseală ☐ emoții negative ☐ alcool ☐ social ☐ online
2. Ce te împinge cel mai des să joci?

7. CONSECINȚE

Bifează ce există:

- ☐ datorii
- ☐ conflicte familiale
- ☐ probleme la muncă
- ☐ anxietate/depresie
- ☐ izolare
- ☐ minciuni frecvente

8. IMPACT FINANCIAR

- Datorii actuale:
- Împrumuturi / credite:
- Surse de bani pentru joc:

9. CONTROL ȘI MOTIVAȚIE

Scală 0–10:

- Cât de mult vrei să te oprești?
- Cât de încrezător ești că poți?

Întrebare cheie:

- Ce te-ar face să te oprești definitiv?

10. RISC CLINIC

- Ai avut gânduri că viața nu mai are sens? ☐ da ☐ nu
- Idei suicidare recente? ☐ da ☐ nu

11. CONCLUZIE CLINICĂ (terapeut)

- Severitate: ☐ ușor ☐ moderat ☐ sever
- Control: ☐ prezent ☐ parțial ☐ absent
- Risc: ☐ scăzut ☐ moderat ☐ crescut
- Recomandare: ☐ CBT ☐ program adicției ☐ evaluare psihiatrică

Data:

**Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic South Oaks Gambling
Screen –SOGS**

1. Indicați cât de des ați practicat aceste activități de-a lungul vieții și în ultimele 12 luni(deloc, mai puțin de o dată pe săptămână, a dată pe săptămână sau mai mult?

- a. Ați jucat cărți pe bani?
- b. Ați pariat pe cai, câini?
- c. Ați pariat pe sporturi?
- d. Ați jucat zaruri pe bani?
- e. Ați mers la Casino (legal sau nu)?
- f. Ați jucat la loto?
- g. Ați jucat la Bingo?
- h. Ați jucat la Bursă?
- i. Ați jucat la slotmachines(păcănele)?
- j. Ați jucat golf, bowling pe bani?

2. Care este cea mai mare sumă de bani pe care ați jucat-o vreodată, într-o zi?

___nu am jucat niciodată

___10 lei sau mai puțin

___mai mult de 10 lei, dar nu mai mult de 100 lei

___mai mult de 100 lei, dar nu mai mult de 1000lei

___mai mult de 1000lei, dar nu mai mult 10.000lei

___mai mult de 10.000lei

3. Au (au avut) părinții tăi o problemă cu jocurile de noroc?

___atât tatăl, cât și mama.

___tatăl meu.

___mama mea.

___nici unul dintre părinți.

4. Când pariati, cât de des vă întoarceți pentru a recupera banii pierduți?

___niciodată;

___câteodată, după ce pierdeam bani;

___de cele mai multe ori, după ce pierdeam bani;

___de fiecare dată când pierdeam.

5. Ați pretins vreodată că ați câștiga la jocuri, când în realitate ați pierdut?

___niciodată

___da, în mai puțin de jumătate din astfel de situații

___da, de cele mai multe ori

6. Simțiți că aveți probleme cu jocurile de noroc?

___Nu

___da, în trecut, dar nu acum

___da

7. Ați pariat vreodată mai mult decât v-ați propus?

8. Ați fost criticat vreodată din cauza jocurilor de noroc?

9. V-ați simțit vreodată vinovat din cauza jocului sau a ceea ce simțiți când jucați?

10. Ați simțit vreodată că ați vrea să te opriți jocurile de noroc, dar nu ați crezut că puteți?

11. Ați ascuns vreodată bilete de pariuri, bilete de loterie, bani pentru joc sau alte semne care denotă jocul de noroc de soț / soție, copii sau de alte persoane importante din viața dumneavoastră?

12. V-ați certat vreodată cu membrii familiei referitor la modul în care vă gestionați banii?

13. Dacă ați răspuns „da” la întrebarea 12:

- certurile despre bani s-au axat în principal pe faptul că jucați?

14. Ați împrumutat vreodată bani și nu i-ați mai putut înapoia din cauza jocului?

15. Ați lipsit de la serviciu (școală) din cauza jocului?

16. Dacă ați împrumutat bani pentru a juca sau pentru a plăti datoriile de la jocuri, de unde te-ai împrumutat? (Bifați „da” sau „nu” pentru fiecare):

a. de acasă

b. de la soție

c. de la rude

d. de la bănci

e. de pe cărți de credit

f. de la cămătari

g. de la bursă?

h. ați vândut bunuri ale familiei?

i. ați plasat cecuri fără acoperire?

j. ați luat credit de la amanet?

k. aveți o linie de credit cu un casino?

INDEXUL DE SEVERITATE A JOCULUI DE NOROC PATOLOGIC

Testul se referă la funcționarea subiectului în ultimele 12 luni.

Ai pariat mai mult decât ți-ai permite cu adevărat să pierzi?

0 - niciodată; 1- uneori; 2 - de cele mai multe ori; 3 - aproape întotdeauna.

Gândindu-vă la ultimele 12 luni, ați avut nevoie să jucați cu cantități mai mari de bani pentru a obține același sentiment de entuziasm?

0 - niciodată; 1- uneori; 2 - de cele mai multe ori; 3 - aproape întotdeauna.

Când ai jucat, te-ai întors în altă zi pentru a încerca să câștigi înapoi banii pe care i-ai pierdut?

0 - niciodată; 1- uneori; 2 - de cele mai multe ori; 3 - aproape întotdeauna.

Ați împrumutat bani sau ați vândut ceva pentru a obține bani pentru a juca?

0 - niciodată; 1- uneori; 2 - de cele mai multe ori; 3 - aproape întotdeauna.

Ați simțit că ați putea avea probleme cu jocurile de noroc?

0 - niciodată; 1- uneori; 2 - de cele mai multe ori; 3 - aproape întotdeauna.

Jocurile de noroc v-au cauzat probleme de sănătate, inclusiv stres sau anxietate?

0 - niciodată; 1- uneori; 2 - de cele mai multe ori; 3 - aproape întotdeauna.

Oamenii au criticat pariurile sau ți-au spus că ai avut o problemă de jocuri de noroc, indiferent dacă ai crezut sau nu că este adevărat?

0 - niciodată; 1- uneori; 2 - de cele mai multe ori; 3 - aproape întotdeauna.

Jocurile dvs. de noroc au cauzat probleme financiare pentru dvs. sau gospodăria dvs.?

0 - niciodată; 1- uneori; 2 - de cele mai multe ori; 3 - aproape întotdeauna.

Te-ai simțit vinovat de felul în care joci sau ce se întâmplă când joci?

0 Niciodată. 1 Uneori. 2 De cele mai multe ori. 3 Aproape totdeauna.

Scala de evaluare a gândurilor iraționale legate de jocurile de noroc

Vă rugăm să citiți afirmațiile de mai jos și să bifați varianta cea mai potrivită în cazul dumneavoastră.

1= dezacord puternic

2= dezacord moderat

3= ușor dezacord

4= indecis

5=ușor de acord

6=acord moderat

7=total de acord

1. Jocurile de noroc mă fac mai fericit.

2. Nu pot trăi fără jocurile de noroc.

3. Rugăciunile mele mă ajută să câștig.

4. Pierderile din timpul jocului vor fi urmate de o serie de câștiguri.

5. Îndemânarea și abilitățile mele mă determină să joc în continuare.

6. Când joc, lucrurile mele mă determină să joc în continuare.

7. Când joc, lucrurile par a fi mai bune.

8. Este dificil să mă opresc din joc, deoarece mi-am pierdut controlul.

9. Există anumite numere sau culori care ajută să-mi crească șansele de câștig.

10. Pierderile se datorează ghinionului sau unei conjuncturi nefericite, deci voi continua să joc.

11. Când joc, viitorul pare mai strălucitor (roz).

12. Dorința de a juca e mai puternică decât mine.

13. Colecționez anumite obiecte care mă ajută să câștig.

14. După ce câștig o dată, sigur voi câștiga și în continuare.

15. Pierderile mele s-au datorat unei întâmplări, deci voi continua să joc.

16. Pariurile îmi reduc tensiunea și stresul.

17. Nu sunt suficient de puternic pentru a mă opri din joc.

18. Am anumite ritualuri și obiceiuri care-mi poartă noroc.

19. Există perioade în care sunt norocos și joc numai în acele perioade.

20. Amintirea câștigului pe care l-am avut mă face să joc în continuare.

21. N-am să pot să renunț la joc niciodată.

22. Am o oarecare putere de a face predicții cu privire la câștigul care urmează.
23. Dacă schimb numele pe care joc, îmi scad șansele de câștig.

Inventarul situațiilor de risc

Mai jos există o listă cu situații sau evenimente în care unii oameni joacă necontrolat. Vă rugăm să răspundeți în care din aceste situații ați jucat foarte mult în ultimul an:

Notați după cum urmează:

1. Niciodată
2. Rar
3. Frecvent
4. Aproape întotdeauna

Am jucat agresiv cand:

1. Când aproape am câștigat și am simțit că voi câștiga foarte curând.
2. Când am putut juca fără să știe nimeni.
3. Când am decis că de data asta as putea folosi strategii bune de joc.
4. Când am fost fericit.
5. Când am avut nevoie de activitate.
6. Când cineva m-a încurajat să joc.
7. Când eram deprimat.
8. Când eram pe punctul de a fi prins, dacă nu făceam rapid rost de niste bani să acopăr pierderea(să îi pun la loc).
9. Când am început să cred că jocurile de noroc nu mai erau o problemă pentru mine.
10. Când am vrut să le dovedesc celorlalți că sunt demn de respect.
11. Când am vrut să nu mă gândesc la nimic.
12. Când m-am convins singur să joc.
13. Când alte persoane nu păreau să mă placă.
14. Când eram într-o situație în care aveam obiceiul să joc.
15. Când am văzut o ocazie bună pe care nu am vrut să o ratez.
16. Când m-am simțit încrezător și relaxat.
17. Când viața de zi cu zi părea plictisitoare.
18. Când oamenii din jurul meu se așteptau să joc.
19. Când câștigam și am vrut să câștig în continuare.
20. Când beau / consumam droguri.
21. Când nu mai suportam o situație și simțeam nevoia să evadez.
22. Când am simțit deodată nevoia imperativă de joc.

23. Când m-am certat cu un prieten.
24. Când am decis să încerc să-mi limitez jocurile de noroc.
25. Când am simțit că nu primesc ceea ce aveam dreptul.
26. Când mi-a fost frică de oamenii cărora le datoram bani.
27. Când m-am simțit încrezător în abilitățile mele de jocuri de noroc.
28. Când totul mergea bine.
29. Când am avut probleme cu legea din cauza jocului.
30. Când cineva m-a provocat să joc.
31. Când am văzut ceva care îmi amintea de jocurile de noroc.
32. Când au fost scandaluri acasă.
33. Când am simțit că am mers prea departe ca să mă întorc.
34. Când am avut o părere proastă despre mine.
35. Când am avut chef să risc.
36. Când m-am simțit sigur că aş putea petrece timpul în sala de jocuri fără să joc.
37. Când m-am simțit stresat.
38. Când m-am simțit mulțumit de viața mea.
39. Când eram îngrijorat de datoriile mele.
40. Când am simțit că pot avea profit dacă joc cu precauție.
41. Când m-am simțit gol pe dinăuntru.
42. Când aveam bani în buzunar.
43. Când am simțit că oamenii nu au încredere în mine.
44. Când eram într-o situație socială în care alte persoane din jurul meu jucau.
45. Când am văzut semne că norocul este de partea mea.
46. Când am avut nevoie să câștig înapoi banii pierduți la jocuri.
47. Când m-am convins că sunt o persoană nouă și aş putea să joc puțin.
48. Când am vrut să simt pentru puțin timp că totul este sub control.
49. Când am vrut să sărbătoresc.
50. Când am început să mă gândesc cât de incitant sau relaxant ar fi dacă aş juca puțin.
51. Când m-am simțit singur.
52. Când căutam entuziasm.
53. Când nu mă puteam gândi la nimic altceva decât la jocuri de noroc.
54. Când m-am simțit sub o mare presiune din partea familiei.
55. Când aveam timp liber.
56. Când am vrut să dovedesc că pot face câteva pariuri fără a merge prea departe.

- 57. Când am știut că este un „lucru sigur”.
- 58. Când am ieșit cu prietenii și ei mi-au sugerat să joc.
- 59. Când am simțit că mai am nevoie de încă o serie de victorii să repare totul.
- 60. Când am fost presat să fac rost de bani.
- 61. Când eram furios.
- 62. Când jocurile de noroc erau ușor disponibile.
- 63. Când cineva m-a criticat

Inventarul de Depresie Beck

Instructiuni: Aceasta este un chestionar. Acest chestionar este format din grupuri de afirmatii. Va rug sa cititi cu atentie intregul grup de afirmatii din fiecare categorie de la nr. 1 la nr. 42. Apoi va rog sa alegeti din fiecare categorie acea afirmatie care descrie cel mai bine starea Dvs din acest moment. Incercuiti cifra corespunzatoare. Daca mai multe afirmatii dintr-un grup par sa se potriveasca, alegeti numai una. Inainte de a alege, asigurati-va ca ati citit fiecare afirmatie.

1. TRISTETE

- a. Nu ma simt trist(a).
- b. Ma simt trist(a).
- c. Sunt trist(a) tot timpul si nu pot scapa de tristete.
- d. Sunt atat de trist(a) si nefericit(a) incat nu mai pot suporta.

2. PESIMISM

- a. Viitorul nu ma descurajeaza.
- b. Ma simt descurajat(a) cand ma gandesc la viitor.
- c. Simt ca nu am ce astepta de la viitor.
- d. Simt ca viitorul este fara speranta si nimic nu se mai poate indrepta.

3. SENTIMENTUL ESECULUI

- a. Nu am sentimentul ratarii.
- b. Simt ca am avut mai mult ghinion decat persoanele din jur.
- c. Daca imi privesc viata retrospectiv o vad ca pe o totalitate de esecuri.
- d. Ma simt complet ratat ca persoana.

4. INSATISFACTIE

- a. Obtin aceeasi satisfactie din lucruri ca si inainte.
- b. Nu ma mai bucur de lucruri ca inainte.
- c. Nu mai obtin o satisfactie reala din nimic.
- d. Sunt nesatisfacut(a) sau plictisit(a) de orice.

5. VINOVATIE

- a. Nu ma simt in mod particular vinovat(a) cu nimic.
- b. Ma simt vinovat(a) o buna parte a timpului.
- c. Ma simt vinovat(a) majoritatea timpului.
- d. Ma simt tot timpul vinovat(a).

6. SENTIMENTUL PEDEPSEI

- a. Nu simt sa fiu pedepsit(a).
- b. Simt ca s-ar putea sa fiu pedepsit(a).
- c. Astept sa fiu pedepsit(a).
- d. Simt ca sunt pedepsit(a).

7. NEPLACEREA DE MINE INSUMI

- a. Nu sunt nemultumit(a) de mine.
- b. Sunt nemultumit(a) de mine.
- c. Sunt dezgustat(a) de mine insumi.
- d. Ma urasc.

8. AUTOACUZARE

- a. Nu cred sa fiu mai rau decat altii.
- b. Ma critic pentru slabiciunile si greselile mele.
- c. Ma blamez tot timpul pentru greselile mele.
- d. Ma acuz pentru tot ce se intampla rau.

9. AUTODISTRUCTIE

- a. Nu am nici o idee de sinucidere.
- b. Am idei de sinucidere dar nu vreau sa le pun in aplicare.
- c. Mi-ar place sa ma sinucid.
- d. M-as sinucide daca as avea ocazia sa o fac.

10. PIERDEREA CONTROLULUI

- a. Nu tip mai mult decat de obicei.
- b. Acum tip mai mult decat inainte.
- c. Tip tot timpul.
- d. Obisnuiam sa strig dar acum nu mai pot chiar daca as vrea.

11. IRITABILITATE

- a. Nu sunt mai nervos (nervoasa) decat inainte.
- b. Ma plictisesc si ma enervez mult mai usor decat inainte.
- c. In prezent ma simt tot timpul iritat(a).
- d. Lucrurile care ma iritau inainte nu ma mai enerveaza in prezent.

12. INTROVERSIUNE

- a. Nu mi-am pierdut interesul fata de ceilalti oameni.
- b. Ceilalti oameni ma intereseaza mai putin decat inainte.
- c. Mi-am pierdut interesul fata de ceilalti oameni.
- d. Mi-am pierdut orice interes fata de ceilalti.

13. LIPSA DE HOTARARE

- a. Ma hotarasc tot la fel de usor ca inainte.
- b. Iau deciziile cu mai mare greutate decat inainte.
- c. Am mari dificultati in a ma hotari.
- d. Nu pot lua nici o decizie.

14. SCHIMBAREA IMAGINII DESPRE SINE

- a. Nu cred ca arat mai rau decat inainte.
- b. Sunt suparat(a) ca arat batran(a) si neatractiv(a).
- c. Simt ca modificarile permanente in felul cum arat ma fac neatractiv(a).
- d. Cred ca arat urat(a).

15. DIFICULTATI IN MUNCA

- a. Pot lucra tot atat de bine ca si inainte.
- b. Fac un efort suplimentar cand incep sa lucrez ceva.
- c. Trebuie sa ma fortez ca sa fac ceva.
- d. Nu mai pot lucra nimic.

16. TULBURARI DE SOMN

- a. Dorm ca si inainte.
- b. Nu mai pot dormi cum dormeam.
- c. Ma trezesc cu 1-2 ore mai repede si readorm greu.
- d. Ma trezesc cu cateva ore mai repede si nu mai pot readormi.

17. OBOSEALA

- a. Nu obosesc mai repede ca inainte.
- b. Obosesc mai repede ca inainte.
- c. Obosesc fara sa fac aproape nimic.
- d. Sunt prea obosit(a) ca sa fac ceva.

18. ANOREXIE

- a. Apetitul meu nu e mai diminuat ca inainte.
- b. Pofta mea de mancare nu e mai buna ca inainte.
- c. Apetitul meu este mult mai rau acum.
- d. Nu mai am deloc pofta de mancare.

19. PIERDERE IN GREUTATE

- a. Nu am scazut in greutate deloc sau aproape deloc.
- b. Am pierdut in greutate peste 3 kg.
- c. Am pierdut in greutate peste 5 kg.

- d. Am pierdut in greutate peste 7 kg.

20. PREOCUPARI SOMATICE

- a. Nu sunt mai suparat(a) decat pana acum in legatura cu sanatatea mea fizica.
- b. Ma supara starea mea fizica.
- c. Sunt suparat(a) pe problemele mele fizice si nu ma pot gandii la altceva decat cu greutate.
- d. Sunt atat de suparat(a) de starea mea fizica incat nu ma pot gandii la nimic altceva.

21. PIERDEREA LIBIDOULUI

- a. Nu simt nici o modificare in interesul meu pentru sexul opus.
- b. Sexul opus ma intereseaza mai putin.
- c. Sexul opus ma intereseaza mult mai putin.
- d. Mi-am pierdut orice interes fata de sexul opus.

Rezultatul:

- Scorurile 0 – 9 = normal
- Scorurile 10 – 15 = **depresie usoara**
- Scorurile 16 – 23 = **depresie moderata**
- Scorurile 24 – 63 = **depresie severa**

Inventarul Beck de Anxietate (Beck Anxiety Inventory – BAI)

Vă rugăm citiți cu atenție fiecare item din listă. Indicați cât de puternic ați fost deranjat de acel simptom în decursul ultimei luni (incluzând ziua de astăzi), încercuind cifra din căsuța corespunzătoare fiecărui simptom.

Simptom ce am simțit	Deloc	În mică măsură-nu am fost deranjat tare	Moderat- uneori neplăcut	Sever- am fost foarte deranjat
Amorțire sau Furnicături	0	1	2	3
Fierbințeală	0	1	2	3
Tremur în picioare	0	1	2	3
Incapacitate de a ma Relaxa	0	1	2	3
Teamă că se va întâmpla ce e mai rău	0	1	2	3
Amețeală sau stare de Leșin	0	1	2	3
Palpitații	0	1	2	3
Instabilitate pe picioare	0	1	2	3
Groză sau frică	0	1	2	3
Furie	0	1	2	3
Nod în gât	0	1	2	3
Tremur în mâini	0	1	2	3
Slăbit/ă, instabil/ă	0	1	2	3
Teamă de a pierde Controlul	0	1	2	3
Dificultăți în a respira	0	1	2	3
Teamă de moarte	0	1	2	3
Speriat/ă	0	1	2	3
Indigestie	0	1	2	3

Leșin	0	1	2	3
Paloare la față	0	1	2	3
Transpirație caldă/rece	0	1	2	3
SUMA				

SCORARE: se aduna cifrele din fiecare coloană apoi totalurile obținute. Notați scorul final.

INTERPRETARE:

0-21 indică un nivel foarte scăzut al anxietății. De obicei acesta este un lucru bun. În orice caz, e posibil ca persoana sa nu fi fost foarte precisă în apreciere, să fie ”în negare” sau să fi învățat să mascheze simptomele asociate de obicei cu anxietatea. Prea puțină ”anxietate” ar putea indica că individul este anesteziat, decuplat de la sine, alții sau mediu.

22-35 indică un nivel moderat al anxietății. Corpul încearcă să comunice ceva. A se căuta patternuri, momentele în care se experimentează acele simptome și de ce. De exemplu, dacă apar anterior vorbitului în public iar meseria presupune susținerea de prezentări în fața publicului, se indică găsirea unei soluții de calmare/ relaxare. Posibil să existe conflicte care se cer a fi rezolvate. Categorie nu e motiv pentru a intra în panică, dar e bine să se găsească modalități de a aborda stresul resimțit.

peste 36 e un potențial motiv de îngrijorare. Din nou, căutați pattern-uri sau momente în care apar acele simptome. Stările persistente și ridicate de anxietate nu reprezintă un semn de slăbiciune personală sau eșec. Este însă ceva ce necesită a fi tratat în mod proactiv pentru a nu impacta individul în mod semnificativ din punct de vedere fizic și psihic.

JURNALUL A B C

Data, ora	A (eveniment activator)	B (ganduri si credinte)	C (consecinte)
19.11.12	Tac pe lângă soț înainte unde jucam futebol	Doar doar iuh, poate câștig ceva noaptea	Emoție: te iubim, aș vrea să te iubesc Coup: iuh nu eșuăm
19.11.12	Mă gândesc la de obicei pe care la au.	dingura ești noaptea ai fca lui ești de câștig la câștig	Emoție: curiozitate, plăcut Coup: pentru o nouă petiție de 100
19.11.12	Mă simt stăpân și odată după o zi	Când joc nu văd victoria și uit de probleme.	Emoție: stăpân de eșec Coup: stăpân de eșec
19.11.12	Mă simt stăpân și odată după o zi	Nu sunt apăsător de mine, măcar atunci când câștigă sunt	Emoție: trist, furie Coup: trist, furie
19.11.12	Mă simt stăpân și odată după o zi	Pe o acasă a momentului meu acasă	Emoție: trist, furie Coup: trist, furie
19.11.12	Prietenul meu mi-a spus că e câștigat	Doar a câștigat el, pot câștiga și eu	Emoție: trist, furie Coup: trist, furie
19.11.12	Am pierdut multe bani.	Nu o să mai câștig de câștig. Viața mea e un eșec.	Emoție: - depresie, deprimare Coup: trist, furie

JURNAL DE MONITORIZARE A CRAVINGULUI

Data, ora	Ce făceam?	La ce mă gândeam?	Intensitate 1...5... 10	Ce am făcut?	Ce aş fi putut face diferit?
Luni 17.00	Am fost sunat de pe seara de elena	De ce ştiu, pot să scap dintr-un fel de repetiţie	10	Am mers la coşuri în curtea de acasă	Aş fi putut suna o prietenă sau să caut o altă soluţie (de exemplu să fac baie, să mă plimb)
Luni 18.00	Am petrecut o zi de joia mare	Nu pot să scap, trebuie să recuperez	10	Am continuat să fac o zi de joia mare, să mă mulţumesc	Aş fi putut să fac o zi de joia mare, să mă mulţumesc
Marti 18.00	Am petrecut o zi de joia mare	Am petrecut o zi de joia mare	7	Am mers la coşuri în curtea de acasă	Aş fi putut să fac o zi de joia mare, să mă mulţumesc
Marti 19.00	Am petrecut o zi de joia mare	Am petrecut o zi de joia mare	6	Am mers la coşuri în curtea de acasă	Aş fi putut să fac o zi de joia mare, să mă mulţumesc
Marti 19.00	Am petrecut o zi de joia mare	Am petrecut o zi de joia mare	10	Am mers la coşuri în curtea de acasă	Aş fi putut să fac o zi de joia mare, să mă mulţumesc
Marti 19.00	Am petrecut o zi de joia mare	Am petrecut o zi de joia mare	8	Am mers la coşuri în curtea de acasă	Aş fi putut să fac o zi de joia mare, să mă mulţumesc
Marti 20.00	Am petrecut o zi de joia mare	Am petrecut o zi de joia mare	8.90	Am mers la coşuri în curtea de acasă	Aş fi putut să fac o zi de joia mare, să mă mulţumesc

Inventarul de diagnosticare pentru jocul de noroc patologic South Oaks Gambling Screen – SOGS.

Inventarul de diagnosticare pentru jocul de șansă patologic South Oaks Gambling Screen –SOGS

1. Indicați cât de des ați practicat aceste activități de-a lungul vieții și în ultimele 12 luni (deloc, mai puțin de o dată pe săptămână, a dată pe săptămână sau mai mult?

- ☒ a. Ați jucat cărți pe bani?
- b. Ați pariat pe cai, câini?
- ☒ c. Ați pariat pe sporturi?
- d. Ați jucat zaruri pe bani?
- ☒ e. Ați mers la Casino (legal sau nu)?
- f. Ați jucat la loto?
- g. Ați jucat la Bingo?
- h. Ați jucat la Bursă?
- ☒ i. Ați jucat la slotmachines (păcănele)?
- j. Ați jucat golf, bowling pe bani?

2. Care este cea mai mare sumă de bani pe care ați jucat-o vreodată, într-o zi?

- ___ nu am jucat niciodată
- ___ 10 lei sau mai puțin
- ___ mai mult de 10 lei, dar nu mai mult de 100 lei
- ___ mai mult de 100 lei, dar nu mai mult de 1000 lei
- ___ mai mult de 1000 lei, dar nu mai mult 10.000 lei
- ☒ mai mult de 10.000 lei

3. Au (au avut) părinții tăi o problemă cu jocurile de noroc?

- ___ atât tatăl, cât și mama.
- ___ tatăl meu.
- ___ mama mea.
- ☒ nici unul dintre părinți.

4. Când pariați, cât de des vă întoarceți pentru a recupera banii pierduți?

- ___ niciodată;
- ___ câteodată, după ce pierdeam bani;
- ☒ de cele mai multe ori, după ce pierdeam bani;
- ___ de fiecare dată când pierdeam.

5. Ați pretins vreodată că ați câștigat la jocuri, când în realitate ați pierdut?

- ___ niciodată

da, nt i»ai yuḡiti Ju jntttūtutē dīn a»IfcI dc situxḡii

tl«, dc cele ntai ḡḡḡḡḡḡ ḡri

6. Simḡiḡi cā aveḡi probleme cu jocurile de noroc?

mda. in trecut, lar rth «cun

V- '0
F-

7. Aḡi pQriat vreodată mui mult «tccīḡ v-uḡi proḡ7us? b

8. Aḡi tost erilicat vreodată dīn couza jocurilor dc noroc? O-

9. V-ati simḡit vreodol5 vinovat dīn eouza jocului sau a ccc ccc simḡiḡi cand juceḡi?

10. Aḡi simḡit vreodată cā aḡi vrea sā te opriḡi jocurile de noroc, dar nu aḡi crezut cā puteḡi? Da Da

11. Aḡi oscuns vreodată bilete dc pariuri, bilete dc loterie, bani pentru joc sau ^ t ^o^o

care dcnotā jocul dc noroc dc soḡ / soḡic, copii sau dc alte persoane importante dīn iata
dumneavoastra? R

12. V-aḡi certat vmodḡt4 cu mGmbrii familiei rcfwitnr la modul in care vā gestionāḡi b8R" B2

13. Duca aḡi rāspuns „da" la întrebarea 12:

-ccrturilo despre beni s-au axat in principal po faptul cl jucaḡi? b

14. Aḡi i p **mutat vreodată bani ḡi** nu i-aḡi **mai** putut **înapoia** dīn **cauzajocului***

15. Aḡi lipsit de la serviciu (ḡcoall) dīn cauza jocului? A.

* ḡi împrumutat bani pentru a juca sau pentru a plati datoriile dc la jocuri, dc unde

te-ai împrumutat? (Bifaḡi „da" sau „nu" pentru fiecare):

a. de acasfi

b. de la soḡic

@ de la rude

de la bănci

e. dc pe cārḡi de credit

f. de la

cfirnātari g, dc

la buntī?

ḡi vendut bunuri ale familiei?

i. aḡi plasat cccuri fără acoperire?

j, aḡi luat credit d« la Blttartct?

k. aveḡi o linie de credit cu un casino?

Indicele de severitate a jocului de noroc patologic – model completat

INDEXUL DE SEVERITATE A JOCULUI DE ȘANSĂ PATOLOGIC

Testul se referă la ultimele 12 luni ...

Ai pariat mai mult decât ți-ai permite cu adevărat să pierzi?

0 Niciodată. 1 Uneori. 2 De cele mai multe ori. 3 Aproape întotdeauna.

Tot gândindu-mă la ultimele 12 luni, ai avut nevoie să jucați cu cantități mai mari de bani pentru a obține același sentiment de entuziasm?

0 Niciodată. 1 Uneori. 2 De cele mai multe ori. 3 Aproape întotdeauna.

Când ai jucat, te-ai întors în altă zi pentru a încerca să câștigi înapoi banii pe care i-ai pierdut?

0 Niciodată. 1 Uneori. 2 De cele mai multe ori. 3 Aproape întotdeauna.

Ați împrumutat bani sau ați vândut ceva pentru a obține bani pentru a juca?

0 Niciodată. 1 Uneori. 2 De cele mai multe ori. 3 Aproape întotdeauna.

Ați simțit că ați putea avea probleme cu jocurile de noroc?

0 Niciodată. 1 Uneori. 2 De cele mai multe ori. 3 Aproape întotdeauna.

Jocurile de noroc v-au cauzat probleme de sănătate, inclusiv stres sau anxietate?

0 Niciodată. 1 Uneori. 2 De cele mai multe ori. 3 Aproape întotdeauna.

Oamenii au criticat pariurile sau ți-au spus că ai avut o problemă de jocuri de noroc, indiferent

dacă ai crezut sau nu că este adevărat?

0 Niciodată. 1 Uneori. 2 De cele mai multe ori. 3 Aproape întotdeauna.

Jocurile dvs. de noroc au cauzat probleme financiare pentru dvs. sau gospodăria dvs.?

0 Niciodată. 1 Uneori. 2 De cele mai multe ori. 3 Aproape întotdeauna.

Te-ai simțit vinovat de felul în care joci sau ce se întâmplă când joci?

0 Niciodată. 1 Uneori. 2 De cele mai multe ori. 3 Aproape întotdeauna.

Scala de evaluare a gândurilor iraționale – model completat

Scala de evaluare a gândurilor iraționale legate de jocurile de șansă

Vă rugăm să citiți afirmațiile de mai jos și să bifați varianta cea mai potrivită în cazul dumneavoastră.

1= dezacord puternic

2= dezacord moderat

3= ușor dezacord

4= indecis

5=ușor de acord

6=acord moderat

7=total de acord

1. Jocurile de șansă mă fac mai fericit. 2
2. Nu pot trăi fără jocurile de șansă. 3
3. Rugăciunile mele mă ajută să câștig. 5
4. Pierderile din timpul jocului vor fi urmate de o serie de câștiguri. 6
5. Îndemânarea și abilitățile mele mă determină să joc în continuare. 6
6. Când joc, lucrurile mele mă determină să joc în continuare. 6
7. Când joc, lucrurile par a fi mai bune. 6
8. Este dificil să mă opresc din joc, deoarece mi-am pierdut controlul. 5
9. Există anumite numere sau culori care ajută să-mi crească șansele de câștig. 6
10. Pierderile se datorează ghinionului sau unei conjuncturi nefericite, deci voi continua să joc. -6
11. Când joc, viitorul pare mai strălucitor (roz).- 6
12. Dorința de a juca e mai puternică decât mine. - 7
13. Colecționez anumite obiecte care mă ajută să câștig. - 3
14. După ce câștig o dată, sigur voi câștiga și în continuare. - 5
15. Pierderile mele s-au datorat unei întâmplări, deci voi continua să joc. 6
16. Pariurile îmi reduc tensiunea și stresul. - 5
17. Nu sunt suficient de puternic pentru a mă opri din joc. - 4
18. Am anumite ritualuri și obiceiuri care-mi poartă noroc. 5
19. Există perioade în care sunt norocos și joc numai în acele perioade. 3
20. Amintirea câștigului pe care l-am avut mă face să joc în continuare. 6
21. N-am să pot să renunț la joc niciodată. - 3

22. Am o oarecare putere de a face predicții cu privire la câștigul care urmează. - 5
23. Dacă schimb numele pe care joc, îmi scad șansele de câștig. - 3

Inventarul Beck de Anxietate – model completat

Inventarul Beck de Anxietate (Beck Anxiety Inventory – BAI)

Vă rugăm citiți cu atenție fiecare item din listă. Indicați cât de puternic ați fost deranjat de acel simptom în decursul ultimei luni (incluzând ziua de astăzi), încercuind cifra din căsuța corespunzătoare fiecărui simptom.

Simptom ce am simțit	Deloc	În mică măsură-nu am fost deranjat tare	Moderat- uneori neplăcut	Sever- am fost foarte deranjat
Amorțire sau furnicături	0	1	2	3
Fierbințeală	0	1	2	3
Tremur în picioare	0	1	2	3
Incapacitate de a ma relaxa	0	1	2	3
Teamă că se va întâmpla ce e mai rău	0	1	2	3
Amețeală sau stare de leșin	0	1	2	3
Palpitații	0	1	2	3
Instabilitate pe picioare	0	1	2	3
Groză sau frică	0	1	2	3
Furie	0	1	2	3
Nod în gât	0	1	2	3
Tremur în mâini	0	1	2	3
Slăbit/ă, instabil/ă	0	1	2	3
Teamă de a pierde controlul	0	1	2	3
Dificultăți în a respira	0	1	2	3
Teamă de moarte	0	1	2	3

Speriat/ă	0	1	2	3
Indigestie	0	1	2	3
Leșin	0	1	2	3
Paloare la față	0	1	2	3
Transpirație caldă/rece	0	1	2	3
SUMA		3	24	19

Inventarul Beck de depresie– model completat

Inventarul de Depresie Beck

Instrucțiuni: Aceasta este un chestionar. Acest chestionar este format din grupuri de afirmatii. Va rug sa cititi cu atentie intregul grup de afirmatii din fiecare categorie de la nr. 1 la nr. 42. Apoi va rog sa alegeti din fiecare categorie acea afirmatie care descrie cel mai bine starea Dvs din acest moment. Incercuiti cifra corespunzatoare. Daca mai multe afirmatii dintr-un grup par sa se potriveasca, alegeti numai una. Inainte de a alege, asigurati-va ca ati citit fiecare afirmatie.

1. TRISTETE

- a. Nu ma simt trist(a).
- ☒ b. Ma simt trist(a).
- c. Sunt trist(a) tot timpul si nu pot scapa de tristete.
- d. Sunt atat de trist(a) si nefericit(a) incat nu mai pot suporta.

2. PESIMISM

- a. Viitorul nu ma descurajeaza.
- b. Ma simt descurajat(a) cand ma gandesc la viitor.
- ☒ c. Simt ca nu am ce astepta de la viitor.
- d. Simt ca viitorul este fara speranta si nimic nu se mai poate indrepta.

3. SENTIMENTUL ESECULUI

- a. Nu am sentimentul ratarii.
- b. Simt ca am avut mai mult ghinion decat persoanele din jur.
- c. Daca imi privesc viata retrospectiv o vad ca pe o totalitate de esecuri.
- ☒ d. Ma simt complet ratat ca persoana.

4. INSATISFACTIE

- a. Obtin aceeasi satisfactie din lucruri ca si inainte.
- ☒ b. Nu ma mai bucur de lucruri ca inainte.
- c. Nu mai obtin o satisfactie reala din nimic.
- d. Sunt nesatisfacut(a) sau plictisit(a) de orice.

5. VINOVATIE

- a. Nu ma simt in mod particular vinovat(a) cu nimic.
- ☒ b. Ma simt vinovat(a) o buna parte a timpului.
- c. Ma simt vinovat(a) majoritatea timpului.
- d. Ma simt tot timpul vinovat(a).

6. SENTIMENTUL PEDEPSEI

- a. Nu simt sa fiu pedepsit(a).
- ☒ b. Simt ca s-ar putea sa fiu pedepsit(a).
- c. Astept sa fiu pedepsit(a).
- d. Simt ca sunt pedepsit(a).

7. NEPLACEREA DE MINE INSUMI

- a. Nu sunt nemulțumit(a) de mine.
- ☒ b. Sunt nemulțumit(a) de mine.
- c. Sunt dezgustat(a) de mine insumi.
- d. Ma urasc.

8. AUTOACUZARE

- a. Nu cred sa fiu mai rau decat altii.
- b. Ma critic pentru slabiciunile si greselile mele.
- ☒ c. Ma blamez tot timpul pentru greselile mele.
- d. Ma acuz pentru tot ce se intampla rau.

9. AUTODISTRUCTIE

- ☒ a. Nu am nici o idee de sinucidere.
- b. Am idei de sinucidere dar nu vreau sa le pun in aplicare.
- c. Mi-ar place sa ma sinucid.
- d. M-as sinucide daca as avea ocazia sa o fac.

10. PIERDEREA CONTROLULUI

- a. Nu tip mai mult decat de obicei.
- ☒ b. Acum tip mai mult decat inainte.
- c. Tip tot timpul.
- d. Obisnuiam sa strig dar acum nu mai pot chiar daca as vrea.

11. IRITABILITATE

- a. Nu sunt mai nervos (nervoasa) decat inainte.
- b. Ma plictisesc si ma enervez mult mai usor decat inainte.
- ☒ c. In prezent ma simt tot timpul iritat(a).
- d. Lucrurile care ma iritau inainte nu ma mai enerveaza in prezent.

12. INTROVERSIUNE

- a. Nu mi-am pierdut interesul fata de ceilalti oameni.
- ☒ b. Ceilalti oameni ma intereseaza mai putin decat inainte.
- c. Mi-am pierdut interesul fata de ceilalti oameni.
- d. Mi-am pierdut orice interes fata de ceilalti.

13. LIPSA DE HOTARARE

- a. Ma hotarasc tot la fel de usor ca inainte.
- ☒ b. Iau deciziile cu mai mare greutate decat inainte.
- c. Am mari dificultati in a ma hotari.
- d. Nu pot lua nici o decizie.

14. SCHIMBAREA IMAGINII DESPRE SINE

- ☒ a. Nu cred ca arat mai rau decat inainte.
- b. Sunt suparat(a) ca arat batran(a) si neatractiv(a).
- c. Simt ca modificarile permanente in felul cum arat ma fac neatractiv(a).
- d. Cred ca arat urat(a).

15. DIFICULTATI IN MUNCA

- a. Pot lucra tot atat de bine ca si inainte.
- b. Fac un efort suplimentar cand incep sa lucrez ceva.
- ☒ c. Trebuie sa ma fortiez ca sa fac ceva.
- d. Nu mai pot lucra nimic.

16. TULBURARI DE SOMN

- a. Dorm ca si inainte.
- ☒ b. Nu mai pot dormi cum dormeam.
- c. Ma trezesc cu 1-2 ore mai repede si readorm greu.
- d. Ma trezesc cu cateva ore mai repede si nu mai pot readormi.

17. OBOSEALA

- a. Nu obosesc mai repede ca inainte.
- ☒ b. Obosesc mai repede ca inainte.
- c. Obosesc fara sa fac aproape nimic.
- d. Sunt prea obosit(a) ca sa fac ceva.

18. ANOREXIE

- a. Apetitul meu nu e mai diminuat ca inainte.
- b. Pofta mea de mancare nu e mai buna ca inainte.
- ☒ c. Apetitul meu este mult mai rau acum.
- d. Nu mai am deloc pofta de mancare.

19. PIERDERE IN GREUTATE

- ☒ a. Nu am scazut in greutate deloc sau aproape deloc.
- b. Am pierdut in greutate peste 3 kg.
- c. Am pierdut in greutate peste 5 kg.

- d. Am pierdut în greutate peste 7 kg.

20. PREOCUPARI SOMATICE

- a. Nu sunt mai suparat(a) decat pana acum în legatura cu sanatatea mea fizica.
- b. Ma supara starea mea fizica.
- c. Sunt suparat(a) pe problemele mele fizice si nu ma pot gandi la altceva decat cu greutate.
- d. Sunt atat de suparat(a) de starea mea fizica încat nu ma pot gandi la nimic altceva.

21. PIERDEREA LIBIDoului

- a. Nu simt nici o modificare în interesul meu pentru sexul opus.
- b. Sexul opus ma intereseaza mai puțin.
- c. Sexul opus ma intereseaza mult mai puțin.
- d. Mi-am pierdut orice interes fata de sexul opus.

Modele fișe de lucru

Pasul Unu
Cunoașterea problemei mele

Există 3 întrebări de bază la care trebuie să răspundeți, folosind Marea Carte, "Big Book" ca ghid în programul de recuperare din adicții. Acestea sunt:

1. Care este problema?
2. Care este soluția?
3. Ce pot face să aplic acea soluție în viața mea?

Acesta înseamnă că primul lucru de făcut este de a afla care este problema. Un dependent spune de obicei: "Nu am nici o problemă. Sunt bine." El sau ea va nega faptul că ceva nu este în regulă. Dar în Big Book învățăm că, pentru un dependent, problema este lipsa de putere în fața substanței/comportamentului; astfel viața lui sau a ei scapă de sub control.

Pasul 1 din programul de recuperare de 12 Pași al AA sună în felul următor: "Am admis că eram neputincioși în fața dependenței - că nu mai eram stăpâni pe viața noastră."

Să începem prin a vedea ce înseamnă a fi neputincios.

Exercițiul 1 - Pierderea controlului: cum vă simțeți?

Gândiți-vă la momentul în care v-ați pierdut controlul asupra vieții dumneavoastră. Reflectați la situația de atunci și scrieți sau desenați în spațiul de mai jos ce s-a întâmplat. Asigurați-vă că ceea ce descrieți sau desenați ilustrează exact cum vă simțeți când viața dumneavoastră era scăpată de sub control.

Știam că am problemă legată de creșterea și
cu toate acestea făceam tot posibilul să mă întorc
mereu la vechiul obicei. Mă minteam de fiecare
dată că pot să mă las oricând că nu
am nici o problemă. A început ca o distracție
minimă intensivă dar pe parcurs a devenit un
obicei, o necesitate,
Total a scăpat de sub control cam
acum 1 an jumătate.

Exercițiul 3 - O problemă de creier

Pentru început, să vedem cum jocurile de noroc, în special jocurile de noroc, influențează chimia creierului. Cum credeți că adicția influențează chimia creierului?

MJ
\unt c ». ' J* 'ăWj@q

Exercițiul 4 - Originea lipsei de putere

Lipsa de putere a dependentului se manifestă în mai multe feluri. Toți au reacții diferite, deși există aspecte comune. Ceea ce este comun este faptul că nu își pot controla cheltuielile banilor în ciuda conștientizării negative asupra lor și a ajutorului lor.

Luati ca exemplu câteva obiceiuri ale dependentilor de a cheltui în mod anormal:

- Jocurile de noroc, când nimeni din familie nu mai joacă.
- Jocurile de noroc la orice oră din zi și din noapte,
- Ascunderea faptului că au jucat jocuri de noroc.
- Cheltuielile banilor destinate unor nevoi esențiale (de exemplu mâncare) pe jocuri de noroc.
- Continuă să joace chiar după ce au cheltuit toți banii.
- Neagă mai târziu comportamentul lor irational.
- Îi vor minți pe cei dragi și pe prieteni pentru a putea juca.

Enumerați și modurile dumneavoastră de a practica jocurile de noroc inspirându-vă din exemplul de

mai sus.



Exercițiul 2 - Care sunt scuzele dumneavoastră favorite?

Care sunt scuzele pe care le invocați sau gândiți pentru a vă explica cheltuiul excesiv? Încercați să dați cel puțin două exemple, pentru fiecare categorie:

1. Rudelor *Nu știu nimic. - simt că sunt în altă parte*
2. Colegilor de lucru
3. Prietenilor de la o petrecere sau un alt eveniment social *Nu știu nimic*
4. Prietenei, prietenului, soției / soțului *Am produs pe stradă sau îi fac eu cheltui.*
- produc cât să îmi permit
5. Dumneavoastră *eu îi fac eu îi cheltui*
produc cât să îmi permit

În cele ce urmează, vă dăm câteva exemple tipice de explicații date de consumatori, pentru a convinge pe alții și pe ei înșiși că nu sunt dependenți.

- ✓ • Mă pot opri când vreau.
- ✓ • Joc jocuri de noroc numai ca să mă distrez (să mă relaxez, să mă deconectez, etc.)
- ✓ • Toată lumea joacă.
- ✓ • Nu poți deveni dependent de jocuri de noroc.
- ✓ • Aș ști, dacă aș deveni dependent.
- ✓ • Pot să mă opresc, fără să mă deranjeze.
- ✓ • Dacă aș fi dependent, aș trăi pe stradă (aș fi în pușcărie, ajutor social, etc.).

Dacă unele lucruri de mai sus vi se potrivesc, știți deja care sunt scuzele dumneavoastră preferate pentru a cheltui. Este de asemenea important să știți că aceste explicații nu sunt adevărate. Sunt doar metode în care v-ați amăgit, poate fără să vă dați seama, și ați încercat să convingeți pe alții că vă puteți controla și că nu sunteți neputincioși în fața dependenței.

Se pare însă că dependența a pus stăpânire pe dumneavoastră.

Sedinta 3 - 18.05. 14.10 - 15.30

1) Discutie despre teme, ambreleante

Teme: echilibru intre parti
Conoscere de sine

④ Mircea - pace, preten
Stefan - corocna
④ manipulat, respensabil,
condicator egoist,
altres de senectus terd
mea sa supraviețuiește pe e
si pe altii

2) Prezentare model Beck 3 coloane

a) Relatie gend $\begin{cases} negativ \\ pozitiv \end{cases} \rightarrow emotie$

Exemple -- identificare ganduri $\rightarrow$ emotii $\begin{cases} pozitive \\ negative \end{cases}$

b) Relatie gend $\rightarrow$ emotie $\rightarrow$ comportament

Exemple --

3) Gandurile ne controleaza viata --

Exemple :

Feed-back : Nu credem ca gandurile mele nu
pot controla viata si comportamentele

Tema : Formular pentru tema acasa
Exercitii diferite tipuri de raspunsuri
in caz de a) hiperexcitatie mentala
b) in caz de limite si relaxare
inadecvata

/On«n,li' •v^ 0*Λ Λ* •ü•*J•ø&,•,y/yI',,«j,' a;
ego,STI, 'oricum/

Dacă ești bun, oamenii te pot acuza de
lucruri ascunse, fii bun, oricum!

Dacă ai succes și câștiga prietenii fași
! ,*o''' 00%' Å" csr f•c•s«/ Ò,'um!

Dacă ești cinstit și sincer oamenii te pot
îșela, fii cinstit și sincer, oricum!

Ceea ce construiești în ani, alții pot dărâma
între-o zi, construiește, oricum!

Dacă găsești liniștea și fericirea, oamenii pot
fi geloși și furiat împotriva ta!
Binele pe care îl faci astăzi, oamenii îl
vor uita mâine, fă bine, oricum!

tot ce ai mai bun și poate
nu va fi ni'îadsk deajuns, dă-i
lumii tot ce ai mai bun, oricum!

LA URMA URMĂII ESTE ÎNTRE TINE
ȘI DUMNEZEU, N-A FOST NICIODATĂ
l.,ly,e,,y Tloč «I' el' !!°!m•!T

Sedinte

Zenbete prelungit

< discută cu mama ?
< discută cu tata ?

În scut zenbetele ca și apăsare (nu spun celor
din jur ce gândesc sunt furios, nu pot să mă
→ mă restase la mama → pe lângă vreau să
ce → moarte (nevoie) → acum → mă duc la
prieteni

> comportament < mă restase la ea
< de un eveniment

sihneducție - un mod nou de a gândi

Cum gestionăm emoțiile ?

Tehnica senzorului → STOP (idee de gânduri)
ROȘU

→ Gânduri
libere gânduri → Verde
Gânduri alternative

1) Exerciții idee de gânduri automate
Dovădă în fața interpretării ? (Explicative)
Gânduri alternative rationale

Feed-back 1) Un gând negativ nu este neapărat
rational (exemplu - relație cu
mama)
cercetare recentă.

În gând negativ nu este neapărat un advers
debut.

2) Nu stă deoparte să găsească sensurile ascunse
din spatele comportamentului părinților.

Formular de consimțământ informat pentru participarea la cercetarea „Profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic”

Numărul de identificare al subiectului (din unitate) în studiu: _____

Pentru a participa la acest studiu, vă oferim toate informațiile de care aveți nevoie și veți putea pune întrebări. Vă rugăm să citiți cu atenție informațiile următoare.

1) Studiul: „PROFILUL PSIHOLAGIC AL JUCĂTORULUI DE NOROC PATOLOGIC”

2) Scopul studiului :

stabilirea profilului psihologic al jucătorului de noroc patologic, pe dimensiunile cognitivă, afectivă, comportamentală și elaborarea unui program de consiliere psihologică, de sorginte cognitiv-comportamentală, în vederea reducerii severității adicției de jocuri de noroc și a unor factori de risc asociați.

Obiectivele specifice ale cercetării: 1) clarificarea conceptului de joc de noroc patologic și analiza cadrului teoretic cu privire la profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic; 2) evaluarea incidenței tulburărilor afective (depresie, anxietate) în cazul jucătorilor de noroc patologic; 3) evaluarea relației dintre nivelul tulburărilor afective și severitatea jocului de noroc patologic; 4) identificarea și analiza distorsiunilor cognitive în cazul jucătorilor de noroc patologic; 5) evaluarea relației dintre distorsiunile cognitive și severitatea jocului de noroc patologic; 6) identificarea și analiza comportamentelor de risc în cazul jucătorilor de noroc patologic; 7) evaluarea relației dintre comportamentele de risc și severitatea jocului de noroc patologic; 8) elaborarea și implementarea unui program de consiliere psihologică, de sorginte cognitiv-comportamentală, în vederea reducerii componentelor afective, cognitive și comportamentale deviate asociate jocului de noroc patologic.

3) Proceduri

a) **Subiecți:** Cercetarea acoperă subiecte precum comportamente de joc, stări afective, emoții, gânduri, relațiile sociale, mecanismele de coping și trăsăturile de personalitate.

b) **Cum veți participa la studiu:**

Detalierea etapelor: Cercetarea are 2 etape

- participanții trebuie să completeze chestionare și să participe la un interviu clinic structurat
- etapă de test-retest după 12 ședințe de consiliere de tip cognitiv-comportamentală..

În ce constă participarea subiecților: Pentru a fi eligibil, respondentul trebuie să aibă vârsta minimă de 18 ani, să nu fi participat până la momentul înrolării în studiu în programe de psihoterapie și să obțină scor cu valoare de minim 5 la testul South Oaks Gambling Screen –SOGS.

4) Informații despre proprietatea și folosirea datelor, utilizarea rezultatelor studiului la:

Datele vor fi prelucrate cu ajutorul programelor Microsoft Excel și SPSS prin operațiuni statistice.

Accentul va fi pus pe calculul coeficientului de corelație liniară Bravais-Pearson. Rezultatele vor fi publicate de Școala doctorală de științe sociale din cadrul Universității de stat Moldova.

Caracterul voluntar al participării

Am fost informat(ă) că:

- participarea mea la acest studiu este în întregime voluntară;
- pot refuza participarea sau mă pot retrage în orice moment, fără a fi necesară o justificare și fără consecințe negative;
- retragerea consimțământului nu afectează în niciun fel relația mea cu instituția sau cercetătorul.

3. Riscuri și beneficii

Am fost informat(ă) că participarea la studiu nu implică riscuri majore, însă unele întrebări pot genera un disconfort emoțional minor. În cazul apariției unui astfel de disconfort, pot întrerupe participarea în orice moment.

Nu există beneficii materiale directe asociate participării, însă contribuția mea sprijină dezvoltarea cunoașterii științifice în domeniul studiat.

4. Confidențialitate și anonim

Am fost informat(ă) că:

- datele colectate vor fi tratate cu strictă confidențialitate;
- identitatea mea nu va fi dezvăluită, datele fiind anonimizate sau pseudonimizate;
- rezultatele cercetării vor fi raportate exclusiv la nivel agregat (de grup), fără posibilitatea identificării individuale;
- accesul la date va fi limitat doar la cercetător și, dacă este cazul, la coordonatorul științific și membrii comisiei de etică, în condiții de securitate.

5. Protecția datelor cu caracter personal (GDPR)

În conformitate cu Regulamentul (UE) 2016/679 (GDPR), am fost informat(ă) că:

- operatorul datelor este:
- datele mele vor fi prelucrate în mod legal, echitabil și transparent, exclusiv în scopuri de cercetare științifică;

- tipul de date colectate poate include date psihologice (considerate date sensibile);
- datele vor fi stocate securizat pe o perioadă limitată, conform politicilor instituționale și legislației în vigoare;
- am următoarele drepturi:
 - o dreptul de acces la datele mele;
 - o dreptul la rectificare;
 - o dreptul la ștergerea datelor („dreptul de a fi uitat”);
 - o dreptul la restricționarea prelucrării;
 - o dreptul la portabilitatea datelor;
 - o dreptul de a mă opune prelucrării;
- am dreptul de a depune o plângere la autoritatea națională competentă (ANSPDCP);
- îmi pot retrage consimțământul în orice moment, fără a afecta legalitatea prelucrării anterioare retragerii.

6. Consimțământul participantului

Declar că:

- am citit și am înțeles informațiile prezentate mai sus;
- am avut oportunitatea de a adresa întrebări și am primit răspunsuri satisfăcătoare;
- sunt de acord, în mod liber și informat, să particip la acest studiu;
- îmi exprim acordul pentru prelucrarea datelor mele în scopul cercetării, în condițiile menționate.

Nume și prenume participant:

Semnătura:

Data:

Semnătura cercetătorului:

Data:

Observații:

* Un exemplar al Consimțământului informat rămâne la subiectul cercetării, unul la Cercetător.

Analiza statistică

Analiza corelației între gradul de severitate al jocului de noroc patologic și nivelul de anxietate.

		ISJSP1	BAI1
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.887**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	115	115
BAI1	Pearson Correlation	.887**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	115	115

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Analiza corelației între gradul de severitate al jocului de noroc patologic și nivelul de depresie.

		ISJSP1	Beck1
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.859**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	115	115
Beck1	Pearson Correlation	.859**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	115	115

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Analiza corelației între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și Subscala "Biasuri interpretative privind controlul jocului"

		ISJSP1	subsc1
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.425**
	Sig. (2-tailed)		.005
	N	115	115
subsc1	Pearson Correlation	.425**	1
	Sig. (2-tailed)	.005	
	N	115	115

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Analiza corelației între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și Subscala "Iluzia controlului"

		ISJSP1	subsc2
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.613**
	Sig. (2-tailed)		.005
	N	115	115
subsc2	Pearson Correlation	.613**	1
	Sig. (2-tailed)	.005	
	N	115	115

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Analiza corelației între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și Subscala "Predicția controlului"

		ISJSP1	subsc13
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.539**
	Sig. (2-tailed)		.005
	N	115	115
subsc13	Pearson Correlation	.539**	1
	Sig. (2-tailed)	.005	
	N	115	115
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			
Analiza corelației între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și Subscala ”Așteptări nerealiste asociate cu jocurile de noroc”			
		ISJSP1	subsc14
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.702**
	Sig. (2-tailed)		.005
	N	115	115
subsc14	Pearson Correlation	.702**	1
	Sig. (2-tailed)	.005	
	N	115	115
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			
Analiza corelației între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și Subscala ”Incapacitatea de a stopa jocul”			
		ISJSP1	subsc15
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.649**
	Sig. (2-tailed)		.005
	N	115	115
subsc15	Pearson Correlation	.649**	1
	Sig. (2-tailed)	.005	
	N	115	115
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			
Analiza corelației între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și Subscala ”Afectivitate negativă”			
		ISJSP1	subsc11
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.759**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	115	115
subsc11	Pearson Correlation	.759**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	115	115
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			
Analiza corelației între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și Subscala ” Conflicte interpersonale”			
		ISJSP1	subsc12
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.668**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	115	115
subsc12	Pearson Correlation	.668**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	115	115
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			
Analiza corelației între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și Subscala ”Tentații”			

		ISJSP1	subsc13
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.869**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	115	115
subsc13	Pearson Correlation	.869**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	115	115

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Analiza corelației între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și Subscala ”Testarea controlului personal”

		ISJSP1	subsc14
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.689**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	115	115
subsc14	Pearson Correlation	.689**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	115	115

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Analiza corelației între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și Subscala ” Afectivitate pozitivă”

		ISJSP1	subsc15
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.609**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	115	115
subsc15	Pearson Correlation	.609**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	115	115

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Analiza corelației între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și Subscala ”Presiune socială”

		ISJSP1	subsc16
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.863**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	115	115
subsc16	Pearson Correlation	.863**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	115	115

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Analiza corelației între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și Subscala ” Căutarea senzațiilor”

		ISJSP1	subsc17
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.750**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	115	115
subsc17	Pearson Correlation	.750**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	115	115

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Analiza corelației între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și Subscala ” Îngrijorări datorate pierderilor”

		ISJSP1	subsc18
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.780**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	115	115
subsc18	Pearson Correlation	.780**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	115	115

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Analiza corelației între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și Subscala” Obsesia recuperării pierderilor ”

		ISJSP1	subsc19
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.891**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	115	115
subsc19	Pearson Correlation	.891**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	115	115

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Analiza corelației între gradul de severitate a jocului de noroc patologic și Subscala ” Încrederea în abilitățile proprii ”

		ISJSP1	subsc10
ISJSP1	Pearson Correlation	1	.670**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	115	115
subsc10	Pearson Correlation	.670**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	115	115

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

CURRICULUM VITAE

MIU FLORIAN VIOREL



Psiholog clinician • Psihoterapeut • Cadru didactic asociat • Doctorand în Psihologie
Galați | florian_miu@yahoo.com | Domeniu de cercetare doctorală: Profilul psihologic al jucătorului de noroc patologic

PROFIL PROFESIONAL ȘI ACADEMIC

Psiholog și psihoterapeut cu experiență clinică și de intervenție în domeniul adicțiilor, cu activitate universitară și de cercetare centrată pe jocul de noroc patologic, distorsiuni cognitive, comorbidități afective, factori de risc și intervenții cognitiv-comportamentale. Fondator al Programului PROSALVITA de prevenire și asistență psihologică și socială a adicțiilor.

EDUCAȚIE ȘI CALIFICĂRI RELEVANTE

2019 – prezent

Doctorand, Psihologie și Științe ale Educației — *Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău*

Cercetare doctorală în domeniul jocului de noroc patologic și al profilului psihologic al persoanei dependente de jocuri de noroc.

2008 – 2012

Formare profesională în psihologie și psihoterapie

Psihologie clinică; psihologia muncii, organizațională și a transporturilor; psihoterapie integrativă – treapta autonomă, Asociația Română de Psihoterapie Integrativă.

2002 – 2006

Licențiat în Psihologie și Științele Educației — *Universitatea „Andrei Șaguna”, Facultatea de Psihologie și Științele Educației*

EXPERIENȚĂ PROFESIONALĂ RELEVANTĂ

2020 – prezent

Cadru didactic asociat, Departamentul Psihologie — *Universitatea „Danubius”, Galați*

Activități didactice la disciplinele Psihopatologie, Neuroștiințe cognitive și clinice și Psihologie judiciară.

2015 – prezent

Președinte; fondator și coordonator Program PROSALVITA — *Asociația „Se poate și altfel”, Galați*

Elaborarea și coordonarea programelor de intervenție în adicții; psihoterapie individuală și de grup; supervizarea planurilor de tratament; prevenție în școli și licee; grupuri de suport și workshop-uri.

2010 – prezent

Psiholog / Psihoterapeut — *Cabinet Individual de Psihologie Florian Miu*

Evaluare și intervenție psihologică pentru dependențe, tulburări anxioase și depresive, tulburări de comportament și de personalitate; utilizarea intervențiilor cognitiv-comportamentale și integrative.

2015

Psihoterapeut în domeniul adicțiilor — *Centrul de tratare a dependențelor Equitas*

Identificarea factorilor de risc, menținerea abstenenței și prevenirea recăderilor în adicții.

2014 – 2015

Consilier în domeniul adicțiilor — *Fundația „Solidaritate și Speranță” / Penitenciarul Poarta Albă*

Evaluarea factorilor de risc și derularea programelor de prevenire a recăderilor la persoane private de libertate.

PUBLICAȚII ȘI CONTRIBUȚII ȘTIINȚIFICE RELEVANTE PENTRU TEMA DOCTORALĂ

- 2022 – „Evaluarea incidenței anxietății în corelație cu gradul de severitate a adicției de jocuri de noroc în România”, European Integration – Realities and Perspectives.
- 2022 – „Theoretical Aspects on the Cognitive Dimensions in the Personality of the Pathological Gambler”, New Trends in Psychology, 4(1).
- 2021 – „Construcții deficitare de cogniție în ludomanie”, conferința „Integrare prin cercetare și inovare”, Chișinău.
- 2020 – „Theoretical Aspects on the Cognitive Dimensions in the Personality of the Pathological Gambler”, New Trends in Psychology.
- 2020 – „Definiții conceptuale ale jocului de noroc patologic”, conferința „Integrare prin cercetare și inovare”, Chișinău.
- 2019 – „Obsesia recuperării banilor în jocul patologic de noroc”, conferința „Integrare prin Cercetare și Inovare”, Chișinău.
- 2019 – „Preliminary Data on the Prevalence of Alcohol, Tobacco and Drug Use in High School Students in Galați”, New Trends in Psychology, 1(1), 119–121.

PREZENTĂRI ȘTIINȚIFICE ȘI CONFERINȚE RELEVANTE

- 2025 – Speaker: „Online gambling – a Public Health Issue in the Era of Technology”, The 8th AGAUC International Conference: The Future of Globalization and Private Higher Education, Xi'an, China.
- 2020 – Speaker, Conferința europeană de psihiatrie și sănătate mintală „Galatia 2020”: „Jocul de noroc – o problemă de sănătate publică în România”.
- 2019 – Speaker, Conferința europeană de psihiatrie și sănătate mintală „Galatia 2019”: „Distorsiuni cognitive în jocul de noroc patologic”.
- 2019 – Lector, BookLand Evolution: „Gaming, a dangerous path?”.
- 2021 și 2022 – Organizator și speaker, Conferința Națională cu Participare Internațională „Repere teoretice și bune practici în psihologie”, acreditată de Colegiul Psihologilor din România.

ACTIVITATE DE PREVENȚIE ȘI DISEMINARE ÎN DOMENIUL ADICȚIILOR

În cadrul Programului PROSALVITA, a organizat și susținut activități de informare, educare și prevenție adresate psihologilor, elevilor, studenților, părinților, cadrelor didactice și publicului larg. Tematicile relevante pentru cercetarea doctorală au inclus „Pericolul dependenței de jocuri de noroc” și „Jocurile de noroc – între distracție și dependență”, desfășurate în instituții educaționale și universitare din Galați.

MOBILITĂȚI ȘI EXPERIENȚĂ ACADEMICĂ INTERNAȚIONALĂ

- 2025 – Erasmus+ Staff Mobility for Training, Xi'an, China; University of Ruse „Angel Kanchev”.
- 2024 – Visiting Professor, Erasmus+ Staff Mobility for Teaching, Siam University, Thailanda.
- Erasmus+ Staff Mobility for Training, Aleksandër Moisiu University of Durrës, Albania.

COMPETENȚE PROFESIONALE RELEVANTE

- | | |
|--|---|
| • Evaluare clinică și psihodiagnostic | • Cercetare în domeniul jocului de noroc patologic |
| • Psihoterapie cognitiv-comportamentală și integrativă | • Psihoeducație și programe de prevenție |
| • Intervenție și prevenirea recăderilor în adicții | • Activitate didactică universitară și formare profesională |

CERTIFICĂRI

Certificat de liberă practică în psihologie clinică și psihoterapie integrativă; certificat Formator (COR 242401); certificat Manager Proiect.

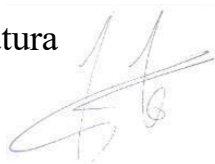
Declarația privind asumarea răspunderii

Subsemnatul, MIU FLORIAN VIOREL, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Numele, prenumele:

MIU FLORIAN VIOREL

Semnătura

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'F. V.', is written over a light gray rectangular background.

Data:

02.12.2025