CZU: 159.9.072:615.851.1:616.89-008.48 **https://doi.org/10.59295/sum9(189)2025_46**

INTERVENȚIA PSIHOLOGICĂ DE FACTURĂ COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ ÎN TRATAMENTUL JOCULUI DE NOROC PATOLOGIC ÎN CAZUL BENEFICIARULUI CU COMPORTAMENT ANTISOCIAL ȘI SUICIDAR: STUDIU DE CAZ

***Florian Viorel MIU*,**
Universitatea Danubius, Galați, România

Analiza, înțelegerea și interpretarea rolului, implicațiilor clinice și a substratului dimensiunilor cognitive în patologia jocului de noroc sunt de importanță majoră atât în clarificarea unor strategii protective în domeniul prevențional, cât și în optimizarea componentei diagnostic-intervenționale. În acest articol, se prezintă un studiu de caz din sfera jocului de noroc patologic în care s-au evidențiat elemente de lucru caracteristice terapiei cognitiv-comportamentale. Obiectivele intervenției cognitiv-comportamentale în tratamentul jocului de noroc patologic includ corectarea distorsiunilor cognitive, luarea de decizii funcționale, procesarea sistemului de recompense și înțelegerea răspunsurilor fizice și psihice asociate jocului de noroc. În studiul de caz prezentat, sunt evidențiate caracteristicile jocului de noroc patologic în cazul beneficiarului cu comportament antisocial și suicidar. Contextul acestui caz este relevant pentru înțelegerea comorbidităților și a modului în care vulnerabilitățile psiho-sociale se suprapun.

***Cuvinte-cheie**: joc de noroc patologic, abordare cognitiv-comportamentală, studiu de caz, metacogniții.*

COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOLOGICAL APPROACH IN THE TREATMENT OF PATHOLOGICAL GAMBLING IN THE CASE OF A BENEFICIARY WITH ANTISOCIAL AND SUICIDAL BEHAVIOR: A CASE STUDY

The analysis, understanding, and interpretation of the role, clinical implications, as well as the cognitive substrate underlying gambling pathology are of major importance for both clarifying protective strategies in the field of prevention and optimizing the diagnostic and intervention components. This article presents a case study from the domain of pathological gambling, in which working elements characteristic of cognitive-behavioral therapy were highlighted. The objectives of cognitive-behavioral intervention in the treatment of pathological gambling include the correction of cognitive distortions, functional decision-making, processing of the reward system, and understanding the physical and psychological responses associated with gambling behavior. The case study presented highlights the characteristics of pathological gambling in a beneficiary with antisocial and suicidal behavior. The context of this case is relevant for understanding comorbidities and how psychosocial vulnerabilities overlap.

***Keywords**: pathological gambling, cognitive-behavioral approach, case study, metacognitions.*

Introducere

Jocul de noroc reprezintă o formă de divertisment acceptată social, o modalitate de a petrece parte din timpul liber, o formă de a avea un surplus financiar, dar care se poate transforma în timp într-o formă distructivă care acaparează întreaga sferă psiho-socială a individului. Domeniul jocului de noroc patologic este unul captivant, în continuă dezvoltare, situându-se la convergența a multiple arii de studiu precum neurofiziopatologia, genetica, psihiatria, psihologia sau sociologia, care depun eforturi continue în optimizarea nosologică, prevențională și intervențională a acestei patologii complexe. În contextul social modern, jocul de noroc este asociat cu riscuri psihologice și socio-economice majore. Organizația Mondială a Sănătății recunoaște tulburarea de jocuri de noroc ca o formă de dependență comportamentală integrate în aceleași categorii cu tulburarea de impuls sau dependența de substanțe. Conform DSM-V, tulburarea de joc de noroc

este caracterizată prin comportament recurent și persistent de joc de noroc asociat cu dificultatea de control asupra impulsului de joc [4] .

Accepțiunea cognitivistă este o abordare proeminentă, chiar dominantă în înțelegerea comportamentului uman. Aceasta se bazează pe ideea că procesele mintale joacă un rol determinant în procesele de gândire, emoții și comportament. În ceea ce privește jocul de noroc patologic, teoria cognitivistă susține că jucătorii de noroc patologic sunt ghidați de credințe iraționale, incorecte sau false despre șansă, probabilitate și evenimente aleatorii [8].

Cercetările cognitiviste clasice sugerează că jucătorul patologic prezintă dificultăți în aplicarea principiului independenței evenimentelor și în rezultate aleatorii când există un stimulent financiar implicat [7]. Analiza, înțelegerea și interpretarea rolului, implicațiilor clinice, cât și a substratului dimensiunilor cognitive în patologia jocului de noroc sunt de importanță majoră atât în clarificarea unor strategii protective în domeniul prevențional, cât și în optimizarea componentei diagnostic-intervenționale.

Intervenția psihologică de factură cognitiv-comportamentală în patologia jocului de șansă se axează pe următoarele puncte:

- identificarea gândurilor iraționale legate de situațiile de jocuri 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.

Acest model de lucru se poate realiza prin evocarea directă a gândurilor iraționale ale jucătorului patologic. Alternativ, terapeutul 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 restricţionarea banilor şi accesul la jocuri de noroc. Aceasta este o metodă de a obține controlul imediat al comportamentului care, în timp, este returnat jucătorului de noroc.

Studiu de caz

Studiul de caz ales a fost elaborat în baza conceptului teoretico-metodologic prezentat de Irina Holdevici în lucrarea „Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentala” (2009) [7], care propune conceptualizarea unui caz bazându-se pe teoria psihopatologică a lui Beck (Beck și colab., 1979) [1]. 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 descrisă de Persons și Davidson (2003) ajută terapeutul în planificarea eficientă a intervenției psihologice, plecând de la formularea cazului în ansamblu și focusându-se pe relațiile dintre problemele clientului (Haynes, 1992) [6]. Tratatul prezintă perspectiva lui Persons (1993) care oferă un model de prezentare de caz în abordare cognitiv-comportamentală cu următoarele secțiuni: lista problemelor, diagnosticul, ipoteza de lucru, resursele și planul de tratament [11].

Prezentarea cazului

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

Acuze principale

In 2019, Maria a avut două tentative de suicid prin ingerare de pastile ce s-au soldat cu o internare la spitalul de psihiatrie din Brăila. 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 pariuri sportive. Obiectivul principal al adresării la psiholog este de a opri jocul de noroc pentru a nu mai ajunge sa fie internată: „Nu mai vreau sa ajung niciodată acolo”, „din cauza jocurilor am ajuns rău”.

a) 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 putin 4 ori pe săptămână. Maria descrie că s-a simțit bine când a intrat în cazino, personalul era foarte amiabil și i-a oferit un pahar cu cocktail: „Ce tare, aici poți să bei gratis”. A decis să joace 30 de lei, iar 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 cât de ușor și într-un timp atât de scurt a putut sa aibă 3000 de lei: „Eu muncesc aproape o săptămână pentru banii aștia", „Eu stau cu toți nespălații pentru banii ăștia", „Dacă vin în fiecare zi câte două ore, nu trebuie să mai fac nimic" (formarea de credințe maladaptative). Au colectat banii și au plecat într-o excursie. 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 asta a caștigat 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 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 se terminau banii foarte repede.

În acest timp, a acumulat datorii la întreținere și restanțe 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 center. La presiunile prietenului de a o determina să întrețină relații sexuale cu mai multi bărbați simultan, clachează și se închide în baie, unde ingerează 30 de pastille 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 trăiește o umilință de nedescris. „Nu vreți să știți ce m-a pus să fac. Îmi era frică, voiam doar să mă lase să plec". 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.

b) 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 facut în Brăila și a stat la un internat pe toata durata studiilor. În vacanțe mergea acasă la parinți.

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 si 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 dezaprobator: „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 întrebată dacă se simte confortabil. A decis să joace la un aparat și a câștigat 3000 de lei. Construiește 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. Își 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 Brăila. La externare, decide să apeleze la ajutor de specialitate.

Istoric medical

Maria se prezintă la psihoterapie cu un diagnostic de tulburare anxioasă și cu medicație - Rivotril si Anxiar.

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 s-au obținut următoarele rezultate:

- La testul Inventarul de diagnosticare pentru jocul de șansă patologic „South Oaks Gambling Screen – SOGS” (Lesieur & Blume, 1987) [9] a obținut un scor de 18, care corespunde rezultatului „probabil jucător patologic”.
- În urma completării chestionarului „Indexul de severitate a jocului de șansă patologic” (Ferris & Wynne, 2001) [5] a obținut un scor de 19, încadrându-se în gradul maxim de severitate – joc de șansă patologic cu consecințe negative și posibil pierderea controlului.
- La „Scala de evaluare a gândurilor iraționale legate de jocurile de șansă” (Raylu și Oei, 2004) [3] a obținut scorul de 21.
- Completând „Inventarul situațiilor de risc” (Littman, Turner & Toneatto 2009) [10], s-a obținut un scor de 84, scor ce reprezintă un risc de joc patologic.
- „Inventarul de Depresie Beck” (Beck, 1996) [3] s-a concluzionat cu un scor 35, indicând prezența depresiei severe.
- La „Inventarul Beck de Anxietate” (Beck, 1993) [13] a obținut un scor de 27, reprezintând 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 ipoteze:

- primul câștig al Mariei la cazino (factor declanșator), coroborat cu un stil de viață disfuncțional în gestionarea situației financiare, au condus la formarea distorsiunilor cognitive: „Ce repede se pot câștiga banii” (iluzia controlului), „Chiar dacă am pierdut, la un moment dat tot voi câștiga” și întărirea comportamentului de joc.
- nevoia financiară și nevoia de apartenență și validare au condus către comportamente maladaptative și au dus la incapacitatea de a gestiona anumite aspecte ale vieții.

Evaluarea cogniţiilor şi comportamentelor actuale

Beneficiara se adresează serviciilor de psihoterapie cu dorința de a stopa jocul de noroc și de a înțelege incapacitatea de a opri acest comportament nociv. În timp ce juca, își amintește cum își spunea că iar a pierdut banii și cum trebuie să se prostitueze din nou pentru a avea bani. Când câștiga, își spunea că va renunța la prostituție. În ultima perioadă, se gândea la ideea de a se angaja legal și de a opri prostituția. 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 banii” (incapacitatea de a opri jocul). Se identifică apelarea la comportamente maladaptative în scopul creșterii situației financiare, factor de duce la întărirea comportamentul de joc compulsiv.

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

- ideație 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 cogniților 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", cognitiv ce este evaluată prin „Nu este necesar să ai competențe și să te implici pentru a reuși în viață".
- A doua credință centrală se referă la confort și control: „Trebuie să recapăt banii pierduți, altfel ajung acasă la mama", cognitiv ce deseori este evaluată prin „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", cognitiv ce se poate transpune în „Nu există nicio altă soluție în afară de asta".

Aspecte pozitive în ***funcționarea beneficiarei: resurse psihoterapeutice ale pacientei***

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.

Ipoteza de lucru

Maria a dezvoltat dependența de jocuri de noroc prin prisma credințelor limitative și iraționale ce au avut un rol determinant în luarea deciziilor funcționale. Întărirea comportamentelor disfuncționale a condus pacienta în situații limită cu impact major. Presiunea resimțită în urma unor pierderi conduceau către stări anxioase și comportamente disfuncționale (împrumuturi de bani și oferirea de servicii sexuale).

Tratament/ plan de intervenție. O abordare din perspectiva terapiei cognitive

Lista de probleme

- Incapacitatea de a opri jocul de noroc;
- Sentimentele de panică și vinovăție induse de datoriile acumulate;
- Sentimente de vinovăție induse de serviciile sexuale oferite;
- Stimă 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 de abilități sociale;
- Creșterea stimei de sine;
- Stimularea dezvoltării personale.

Planificarea intervenției psihologice de sorginte cognitiv-comportamentală

Planul de tratament a vizat în primă fază oprirea comportamentului de joc și aprofundarea de informații a ceea ce înseamnă sistemul de recompense a creierului - sistemul dopaminergic, diminuarea distorsiunilor cognitive corelate cu jocul, diminuarea stărilor afective ca posibil declanșator al unui nou episod de joc. De asemenea, am inclus o componentă de prevenire a posibilelor recăderi.

Pentru oprirea jocului de noroc, am folosit ca tehnică *„Balanța decizională"(Velicer, W. F., DiClemente, 1985*) pentru creșterea gradului de conștientizare a efectelor jocului de noroc pe termen scurt și lung. De asemenea, s-a pus în plan „*Etapele schimbării" (adaptat după Prochaska and Diclemente, 1984)*, ca instrument de conștientizare pentru o mai bună înțelegere a implementării de noi comportamente funcționale.

Pentru reducerea gândurilor automatizate, am folosit *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, ne-am axat pe *identificarea stărilor de* „*craving"* și *decodificarea acestora prin gânduri automatizat***e,** ajungând la o mai bună înțelegere a modelului ABC (Gând – Emoție –Comportament). Ne-am centrat și pe dezvoltarea unor noi mecanisme de coping funcționale și adaptative pentru menținerea abstinenței.

De asemenea, s-a lucrat pentru conștientizarea traficului sexual și explorarea a noi posibilități de dezvoltare financiară. Trainingul pentru dezvoltarea abilităților sociale și creșterea stimei de sine a fost folosit cu scopul de a ajuta pacientul să devină mai încrezător în sine și pentru a se diminua riscul recăderii.

Obstacole în ***procesul intervenției psihologice***

Maria a fost deschisă la procesul terapeutic, cu o implicare atentă în ducerea la bun sfârșit a temelor terapeutice. Medicația a creat, inițial, o barieră în diminuarea capacității de concentrare în timpul terapiei. Maria a urmat tot programul terapeutic.

Rezultate și ***urmărirea rezultatelor beneficiarului***

Tratamentul psihoterapeutic al Mariei a constat în 12 ședințe. Chiar dacă la început existau impedimente de concentrare pe baza medicației, procesul terapeutic a fost un succes. Maria a reușit să înțeleagă cum funcționează sistemul bio-chimic al creierului și cum să gestioneze stările de „craving”. Maria nu avut recăderi. Totodată, Maria construiește noi comportamente funcționale și diminuează constant comportamentele maladaptative.

Monitorizarea a durat trei luni, cu rezultate constructive: Maria a reușit să se angajeze că patiser, a renunțat la prostituție și are în plan să se înscrie la facultate.

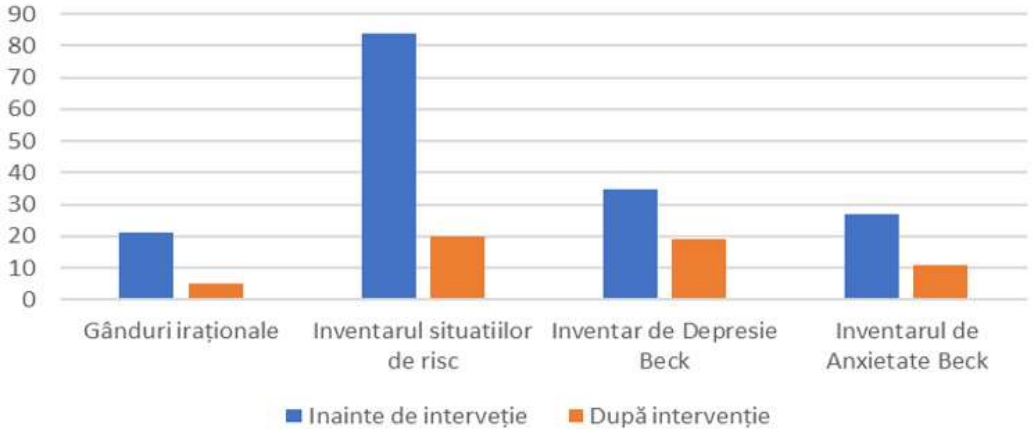


Figura 1. Scorurile obținute în urma testărilor psihologice înainte și după intervenția terapeutică

Concluzii:

1. Intervenția psihologică de factură cognitiv-comportamentală combină o varietate de tehnici de lucru, atât cognitive, cât și comportamentale. Abordarea cognitivă se focusează pe erorile de gândire și prelucrarea informațiilor favorizante, în timp ce abordarea comportamentală are la bază presupunerea faptului că problemele dezvoltă comportamente maladaptative. Terapia cognitiv-comportamentală este principala abordare terapeutică în ludomanie.

2. Obiectivele intervenției psihologice de factură cognitiv-comportamentale în tratamentul jocului de noroc sunt corectarea distorsiunilor cognitive, luarea de decizii funcționale, procesarea sistemului de recompense și înțelegerea răspunsurilor fizice și psihice asociate jocului de noroc. De asemenea, în tratarea acestei patologii, terapia cognitiv-comportamentală are ca obiective dezvoltarea unor noi comportamente funcționale, dezvoltarea abilităților sociale și prevenirea recăderilor.

3. În studiul de caz prezentat, am evidențiat caracteristicile jocului de noroc patologic pentru un subiect de sex feminin care prezintă comportament antisocial (practică prostituția) și este jucătoare activă de jocuri de noroc. Contextul acestui caz este relevant pentru înțelegerea comorbidităților și a modului în care vulnerabilitățile psiho-sociale se suprapun. Comportamentul de lucrător sexual este un factor de risc suplimentar prin asocierea cu stresul cronic, stigmatizarea socială și lipsa unor rețele stabile de suport. Comportamentul beneficiarei reflectă tiparele cognitive tipice: interpretarea pierderilor ca fiind „aproape câștiguri” („near miss”), convingerile că un câștig major i-ar rezolva dificultățile financiare și utilizarea jocului de noroc ca mecanism de evitare a problemelor cu care se confruntă.

4. Studiul de caz prezentat în acest articol relevă coexistența comportamentului antisocial, a comportamentului suicidar și a jocului de noroc patologic. Acest specific al cazului solicită un efort suplimen-

tar în gândirea intervenției psihologice de natură cognitiv-comportamentală. În sensul celor menționate, este important să subliniem faptul că respondenta urma un tratament medicamentos psihiatric. În faza inițială, pacienta evaluată a manifestat dificultăți în implicarea în cadrul psihoterapiei cognitiv-comportamentale, dificultăți corelate cu inițierea recentă a tratamentului psihiatric. După o perioadă de acomodare la medicație, intervenția farmacologică a constituit o resursă semnificativă, facilitând stabilizarea trăirilor afective și creând premisele necesare pentru o participare activă și constantă în procesul terapeutic. În urma demersului psihologic, au fost stabilizate gândurile iraționale, fricile, comportamentele autodistructive și au fost create modele alternative de gândire stabilite în contextul intervenției psihologice.

Referințe bibliografice:

1. BECK, A. T., WRIGHT, F. D., NEWMAN, C. F., LIESE, B. S. *Cognitive therapy of substance abuse.* Guilford Press, 2011.
2. BECK, A. T., EPSTEIN, N., BROWN, G., STEER, R. Beck Anxiety Inventory. Journal of consulting and clinical psychology, 1993.
3. BECK, A. T., STEER, R. A., BROWN, G. Beck depression inventory–II. Psychological assessment, 1996.
4. BLASZCZYNSKI, A., & SILOVE, D. Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. In: *Journal of Gambling Studies*, 11(2), 1995, pp.195-220.
5. FERRIS, J. A., & WYNNE, H. J. *The Canadian problem gambling index*. Ottawa, ON: Canadian Centre on substance abuse, 2001, pp.1-59.
6. HAYNES, S. N., SPAIN, E. H., OLIVEIRA, J. Identifying causal relationships in clinical assessment. Psychological Assessment, 5(3), 1993, p.281.
7. HOLDEVICI, I. Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală. Bucureşti: Editura Trei, 2009, pp. 93-103.
8. LADOUCEUR, R., SYLVAIN, C., LETARTE, H., GIROUX, I., JACQUES, C. Cognitive treatment of pathological gamblers**.** *Behaviour research and therapy*, 36(12), 1998, pp.1111-1119.
9. LESIEUR, H. R., BLUME, S. B. *The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers*, 1987.
10. LITTMAN-SHARP, N., TURNER, N., TONEATTO, T. *Inventory of Gambling Situations (IGS)***.** Toronto: Center for Addiction and Mental Health, 2009.
11. PERSONS, J. B. Case conceptualization in cognitive-behavior therapy. In: K. T. Kuehlwein & H. Rosen (Eds.). *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice*. Jossey-Bass/Wiley, 1993, pp. 33-53.
12. RAYLU, N., OEI, T. P. The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties. In: *Addiction*, 99(6), 2004, pp.757-769.
13. TOLCHARD, B. Cognitive-behavior therapy for problem gambling: a critique of current treatments and proposed new unified approach. In: *Journal of Mental Health*, 26(3), 2017, pp.283-290.

Date despre autor:
Florian Viorel MIU, asistent universitar, Universitatea Danubius, Galați, România
ORCID: 0009-0001-9862-8554
E-mail: florian_miu@yahoo.com

Prezentat: 12.09.2025