

**MINISTERUL EDUCAȚIEI NAȚIONALE
UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„CAROL DAVILA” BUCUREȘTI
Școala doctorală**

**INTERVENȚIILE PSIHO-SPIRITUALE PENTRU
CREȘTEREA STĂRII DE BINE ȘI A
PERFORMANȚEI SPORTIVILOR
- Rezumatul tezei de doctorat -**

**CONDUCĂTOR ȘTIINȚIFIC:
PROF. UNIV. DR. LEON ZĂGREAN**

**DOCTORAND:
COLIȚĂ CEZAR-IVAN**

2025

CUPRINS

Introducere. Impactul dopajului în sport: cauze, cadru juridic, substanțe și efectele lor negative	3
Spiritualitatea la sportivi și rolul său privind prevenirea dopajului	5
Terapia cognitivă-comportamentală religioasă (RCBT).....	5
Ipoteze	6
Participanții la cele trei studii.....	6
Proceduri	6
Instrumente utilizate în cele trei studii	7
Rezultate	8
Analiza descriptivă la pretest și posttest	8
Diferențele în raport cu anxietatea	9
Diferențele în raport cu depresia	9
Diferențele în raport cu spiritualitatea în sport	10
Consistența internă.....	10
Corelațiile dintre variabile	11
Analiza de rețea	12
Analiza de rețea pentru anxietate.....	12
Analiza de rețea pentru depresie	13
Analiza de rețea pentru spiritualitate în sport	14
Discuții	16
Implicații teoretice și practice.....	17
Limite și direcții viitoare	17
Concluzii	18
Bibliografie selectivă	21
CUPRINSUL TEZEI DE DOCTORAT	24

Introducere. Impactul dopajului în sport: cauze, cadru juridic, substanțe și efectele lor negative

Dopajul reprezintă una dintre cele mai grave probleme în sportul de performanță, având implicații semnificative asupra sănătății sportivilor și integrității competițiilor. În ciuda progreselor înregistrate în combaterea dopajului, această practică continuă să fie prevalentă în multe discipline sportive, de la atletism la ciclism și sporturile de contact. Conform Organizației Mondiale Anti-Doping (Hughes, 2015), substanțele dopante cele mai utilizate includ steroizii anabolizanți, stimulentele, hormonii de creștere, diureticele și substanțele mascare, care sunt folosite pentru a crește performanțele fizice, pentru a reduce oboseala sau pentru a ascunde prezența altor substanțe interzise.

Steroizii anabolizanți sunt printre cele mai frecvent utilizate substanțe. Ele au capacitatea de a crește masa musculară și forța fizică, ceea ce face ca sportivii să își îmbunătățească performanțele în diverse discipline de forță, precum haltere sau bodybuilding (Lamb, 1984; Hartgens & Kuipers, 2004). Pe de altă parte, stimulentele, cum ar fi amfetaminele și efedrina, sunt folosite pentru a spori energia și concentrarea (Creado, 2016), dar pot provoca efecte adverse semnificative asupra sistemului cardiovascular (Coliță et al, 2022). Hormonul de creștere umană (hGH) este, de asemenea, utilizat pentru a accelera recuperarea și a stimula dezvoltarea musculară (Saugy et al, 2006; Holt & Ho, 2019).

Motivul principal pentru care sportivii aleg să se dopeze este dorința de a obține un avantaj competitiv. Presiunea de a performa la cel mai înalt nivel, atât din partea părinților, antrenorilor, coechipierilor, spectatorilor, dar și din cauza propriilor așteptări, poate determina mulți sportivi să recurgă la substanțe dopante (Petroczi & Aidman, 2008; Ehrnborg & Rosen, 2009). De asemenea, frica de a nu atinge standardele impuse sau teama de a nu fi în măsură să își susțină carierele poate conduce la decizia de a se implica în practici de dopaj. Un alt factor semnificativ este convingerea că, în ciuda riscurilor, dopajul poate fi o cale rapidă de a atinge performanțe mai bune, mai ales în sporturile în care competiția este extrem de intensă. Este aproape unanim acceptat că trei sunt factorii care îi fac pe sportivi să recurgă la dopaj, și anume: trăsăturile lor de personalitate (stimă de sine, convingeri morale, perfecționism), factorii sistemici din lumea sportului în care sunt angrenați (presiunea echipei, antrenorilor, apropierea competiției) și factorii situaționali (anturajul, accesul relativ facil la respectivele substanțe etc.) (Petroczi & Aidman, 2008; Elbe & Barboukis, 2017).

Efectele negative ale dopajului sunt numeroase și variate. Pe termen scurt, substanțele dopante pot cauza probleme grave, cum ar fi creșterea riscului de accidentări, dezechilibre hormonale, tulburări ale somnului și dependența de substanța respectivă (Nikolopoulos et al,

2011). Pe termen lung, acestea pot duce la afectarea organelor interne, în special a ficatului și inimii (Melchert & Welder, 1995; Rogol & Yesalis, 1992; Sullivan et al, 1998; Coliță et al, 2022), și pot crește riscul diferitelor tipuri de cancer (De Santi et al, 2019) sau tulburări mentale severe, precum agresivitatea crescută, comportamente maniacale, depresie și anxietate (Piacentino et al, 2015; Cattelan et al, 2020; Coliță et al, 2022; Coliță et al, 2024). De asemenea, utilizarea substanțelor dopante poate compromite integritatea sportivă și poate duce la sancțiuni severe, inclusiv suspendări și pierderea premiilor.

În ultimele decenii, dopajul în sport a înregistrat o scădere semnificativă, prevalența acestuia variind în prezent între 5% și 31% (Pielke, 2018). Această tendință descendentă este strâns legată de înființarea Agenției Mondiale Antidoping (WADA) în 1999, la inițiativa Comitetului Olimpic Internațional. WADA are rolul de a coordona lupta globală împotriva dopajului prin cercetare, educație și reglementare. În 2004, instituția a implementat Codul Mondial Antidoping, oferind un cadru unitar de politici și norme (Lippi, Franchini, & Guidi, 2008; Handelsman, 2015). Codul a fost actualizat în 2023 și a crescut încrederea publicului în competițiile sportive corecte.

În plus, WADA a dezvoltat Standardul Internațional pentru Scutiri de Utilizare Terapeutică (ISTUE), pentru a garanta un proces echitabil în acordarea scutirilor medicale. Statutul agenției permite delegarea atribuțiilor către organizații naționale (NADO) și regionale (RADO), cu respectarea strictă a Codului și a competenței Curții de Arbitraj Sportiv de la Lausanne.

Rădăcinile juridice ale WADA se regăsesc în convențiile internaționale împotriva dopajului, începând cu Convenția Consiliului Europei din 1989 și continuând cu Convenția UNESCO din 2005. România a ratificat aceste convenții și a adoptat o serie de legi în domeniu, culminând cu Legea nr. 310/2021, care a înlocuit legislația anterioară (Legea nr. 227/2006).

Totuși, în România persistă confuzii semnificative privind atribuțiile ANAD (Agenția Națională Antidoping), cauzate de un cadru legislativ ambiguu și birocratic, care suprapune roluri între ANAD și alte entități precum Agenția Națională Antidrog (ANA). Această confuzie este alimentată de lipsa unei delimitări clare între noțiunile de „dopaj” și „dopaj în sport” – o distincție ignorată de Legea nr. 310/2021, care își extinde aplicabilitatea asupra unor categorii neclare, inclusiv „practicanții sportului recreativ”, în ciuda faptului că reglementează exclusiv obligațiile sportivilor de performanță.

Mai mult, legea nu clarifică distincția esențială dintre „substanțe dopante” și „droguri”. Deși cele două sunt reglementate prin acte normative diferite (Legea nr. 143/2000 și Legea nr. 104/2008), diferențele dintre ele sunt, în practică, greu de stabilit. De exemplu, substanțele

dopante acționează prin creier, la fel ca drogurile, fapt ce face ca distincția teoretică să fie, adesea, inoperabilă (Sandu et al, 2014, pp. 82–85).

În concluzie, deși România a făcut pași importanți în alinierea la normele internaționale anti-doping, persistă ambiguități conceptuale și juridice care afectează eficiența luptei împotriva dopajului în sport (Stănoiu, 2025, p. 264).

Spiritualitatea la sportivi și rolul său privind prevenirea dopajului

În termeni generali, religia poate fi definită ca „...un sistem de credințe în puterea divină sau supraomenească, însoțite de practici de rugăciune sau alte ritualuri îndreptate spre o astfel de putere” (Argyle & Hallahmi, 1975). Consultanții în psihologie sportivă lucrează cu sportivi care adesea dețin valori și credințe foarte diferite despre viața lor sportivă sau despre viața de zi cu zi. Inevitabil, un număr semnificativ dintre acești sportivi vor avea credințe spirituale sau religioase.

Rezultatele studiilor au arătat că sportivii s-au bazat pe spiritualitate, religie și rugăciune pentru a depăși eșecurile, luptele și adversitățile, atunci când au suferit accidentări și când au trecut prin probleme personale, toate acestea având un impact asupra vieții lor de sportivi.

Mișcarea promovată de psihologia pozitivă îi atribuie spiritualității un rol important în promovarea excelenței în activitățile umane și pentru îmbunătățirea sănătății și a bunăstării. În domeniul psihologiei pozitive, constructele psihologice, precum fluxul (Csikszentmihalyi, 1975) și experiențele de vârf (Maslow, 1978), cuprind elemente de spiritualitate.

După 25 de ani de practică în psihologia sportivă, Ravizza a susținut o abordare mai holistică în activitatea de îmbunătățire a performanței. Aceasta include dimensiunile fizice, mentale, emoționale și spirituale ale performanței și vieții unui atlet (Ravizza, 2002).

Terapia cognitivă-comportamentală religioasă (RCBT)

CBT (de la eng. *cognitive behavioral therapy*) este o abordare activă, limitată în timp, care se bazează pe cooperarea dintre client și terapeut, abordează conștientul și este utilizată în tratamentul tulburărilor psihologice, cum ar fi depresia, anxietatea, fobiile și traumele psihice (Beck, 2005; Beck, 1979; Corey, 2013). În această abordare, se presupune că baza problemelor psihologice este funcționarea inexactă a proceselor cognitive.

Terapia cognitiv comportamentală orientată religios/spiritual (RCBT) urmează același proces definit pentru CBT, cu excepția faptului că folosește credințele religioase pentru a încuraja clientul să-și schimbe procesele cognitive și implicit comportamentul (D’Souza & Rodrigo, 2004; Koenig, 2012; Tan & Johnson, 2007).

Ipoteze

Obiectivul cercetării de față este de a evalua efectele intervenției cognitiv-comportamentale religioase asupra bunăstării psihologice și spiritualității sportivilor. Următoarele ipoteze urmăresc să determine dacă intervenția propusă poate influența pozitiv nivelurile de spiritualitate, depresie și anxietate ale participanților, contribuind astfel la o mai bună înțelegere a rolului spiritualității în sportul de performanță.

Ipoteza 1. Participanții vor avea un nivel mai ridicat de spiritualitate în sport după intervenția cognitiv-comportamentală religioasă în comparație cu nivelul inițial.

Ipoteza 2. Participanții vor avea un nivel mai scăzut de depresie după intervenția cognitiv-comportamentală religioasă în comparație cu nivelul inițial.

Ipoteza 3. Participanții vor avea un nivel mai scăzut de anxietate după intervenția cognitiv-comportamentală religioasă în comparație cu nivelul inițial.

Participanții la cele trei studii

Pentru a realiza cele trei studii, a fost utilizat un eșantion format din 39 de sportivi sau foști sportivi. Având în vedere sensibilitatea datelor, participanții au fost înregistrați la studiu pe baza unui cod aleatoriu format din 4 cifre. Acești sportivi au fost membrii ai unor cluburi sportive românești. Sporturile practicate de aceștia au fost atletism, haltere, caiac canoe și lupte greco-romane. Acești sportivi au avut în trecut experiențe cu suspiciuni de dopaj, chiar dacă majoritatea nu au fost confirmați.

Toți participanții au fost suspectați de dopaj sau confirmați pentru dopaj. Dintre cei 39 de participanți, 10 (25.6%) au fost de gen feminin și 29 (74.4%) au fost de gen masculin. Aceștia au avut vârste cuprinse între un minimum de 21 și un maximum de 38, cu o medie de 29.38 și o abatere standard de 5.17.

Proceduri

Cercetarea a fost realizată respectând normele etice ale activității științifice. Pentru a evita orice posibilă vătămare a participanților, acestora le-au fost prezentate posibilele beneficii și posibilele riscuri asociate cu participarea la cercetări. Acordul participanților de a participa la studii nu a fost influențat în nicio formă de către inițiatorii cercetărilor.

Fiecare participant a primit un cod unic format din 4 cifre, pe care a trebuit să îl rețină pentru a completa chestionarele la cele două intervale de timp (înainte de intervenție și după intervenție). Au fost luate toate măsurile pentru a respecta confidențialitatea datelor, iar baza de date cu răspunsurile participanților nu include elemente prin care aceștia să poată fi identificați.

Participanții au fost împărțiți în 4 grupe și au participat la 6 ședințe, fiecare având o durată de 50 de minute. Ședințele au presupus o intervenție cognitiv-comportamentală religioasă, un tip de intervenție ce combină abordarea terapeutică standard cu practici spirituale.

În cadrul ședințelor, se urmărește schimbarea proceselor cognitive pentru a schimba comportamente sau emoții, făcând apel la convingeri sau valori religioase și spirituale. În general, fiecare sesiune urmează același format: (1) obiectivele sesiunii; (2) activități de făcut înainte de începerea sesiunii; (3) materialele necesare în manualul de lucru al clientului; (4) stabilirea agendei; (5) revizuirea activităților practice realizate acasă de către client; (6) introducere în subiect(e) pentru sesiunea respectivă; (7) exerciții care trebuie finalizate în sesiune; (8) teme practice pentru acasă; (9) închiderea sesiunii. Tematica celor 6 ședințe/sesiuni, inspirată după modelul propus de Ciarrocchi, Schechter, Pearce și Koenig (Ciarrocchi et al, 2014), a fost următoarea: SESIUNEA 1: Evaluare psihologică și introducere în RCBT; SESIUNEA 2: Activare comportamentală *Walking by faith*; SESIUNILE 3, 4, 5: Identificarea gândurilor inutile: câmpul de luptă al minții; SESIUNEA 6: Speranță și prevenirea recidivelor.

Instrumente utilizate în cele trei studii

Anxietatea a fost măsurată cu Inventarul de anxietate Beck (Beck, 1998). Inventarul cuprinde 21 de itemi, fiecare dintre aceștia descriind simptome specifice anxietății (A1. Amorțală sau furnicături; A2. Senzație de căldură; A3. Săbiciune în picioare; A4. Incapacitate de relaxare; A5. Teama că se va întâmpla cel mai rău lucru; A6. Amețit sau buimac; A7. Palpitații; A8. Instabilitate; A9. Groază; A10. Agitație; A11. Senzație de sufocare; A12. Tremurături ale mâinilor; A13. Tremor/instabilitate; A14. Teama de a nu pierde controlul; A15. Dificultăți de respirație; A16. Teama de moarte; A17. Frică; A18. Indigestie; A19. Vlăguire; A20. Înrșirea feței; A21. Transpirații reci/calde). Fiecare item/întrebare are ca posibilitate de răspuns 4 variante (Deloc; Puțin; Moderat; Sever).

Depresia a fost măsurată cu Scala de depresie a lui Beck (Beck et al, 1997). Scala cuprinde 21 de itemi, fiecare dintre aceștia descriind simptome specifice depresiei (D1. Tristețe; D2. Pesimism; D3. Eșecul în trecut; D4. Pierderea plăcerii; D5. Sentimente de vinovăție; D6. Sentimente de pedeapsă; D7. Stimă de sine scăzută; D8. Auto-critica; D9. Gânduri sau dorințe suicidare; D10. Plâns; D11. Agitație; D12. Pierderea interesului pentru alți oameni sau activități; D13. Indecizie; D14. Lipsa de valoare; D15. Pierderea energiei; D16. Schimbări în programul de somn; D17. Iritabilitate; D18. Schimbări ale apetitului; D19. Dificultăți de concentrare; D20. Oboseală sau pierderea energiei; D21. Pierderea interesului

pentru sex). Reducând răspunsurile la esența lor, fiecare item/întrebare oferă 4 variante de răspuns (Deloc; Puțin; Moderat; Sever).

Spiritualitatea în sport a fost măsurată cu Testul spiritualității în sport (Dillon & Tait, 2004), ce conține 10 itemi (SS1. „Apelez la spiritualitate și religiozitate pentru a-mi ghida caracterul în timpul sportului”; SS2. „[...] pentru a-mi proteja sănătatea în timpul sportului”; SS3. „[...] ca să mă ajute pe mine sau echipa să câștigăm”; SS4. [...] „să îmi țină echipa unită”; SS5. [...] „ca să mă ajute cu schimbările emoționale datorate câștigurilor și pierderilor”; SS6. [...] „ca să mă ajute cu presiunea externă din partea antrenorilor, coechipierilor, apropiaților sau părinților”; SS7. „[...] ca să mă ajute cu tentațiile alcoolului și drogurilor”; SS8. „[...] ca să mă ajute să gestionez într-un mod mai constructiv greșelile de pe teren”; SS9. „[...] ca să mă ajute să gestionez într-un mod mai constructiv greșelile din afara terenului”; SS10. „[...] ca să mă ajute să las totul deoparte în timpul jocului”). Fiecare item/întrebare oferă 4 variante de răspuns (Aproape niciodată; Uneori; Deseori; Aproape întotdeauna).

Rezultate

Analiza descriptivă la pretest și posttest

Cei 39 de participanți au avut înainte de intervenția cognitiv-comportamentală religioasă la anxietate scoruri cuprinse între un minimum de 1 și un maximum de 45, cu o medie de 16.54 și o abatere standard de 11.50, la depresie scoruri cuprinse între un minimum de 3 și un maximum de 55, cu o medie de 21.38 și o abatere standard de 15.53 și la spiritualitate în sport scoruri cuprinse între un minimum de 18 și un maximum de 40, cu o medie de 33.26 și o abatere standard de 7.34. Tabelele 1 și 2 prezintă scorurile totale pentru anxietate, depresie și spiritualitate în sport înainte și după intervenția cognitiv-comportamentală religioasă.

Tabelul 1. Analiza descriptivă la pretest

	N	Minimum	Maximum	Medie	Abatere standard
Anxietate	39.00	1.00	45.00	16.54	11.50
Depresie	39.00	3.00	55.00	21.38	15.53
Spiritualitate in sport	39.00	18.00	40.00	33.26	7.34

Tabelul 2. Analiza descriptivă la posttest

	N	Minimum	Maximum	Medie	Abatere standard
--	---	---------	---------	-------	------------------

Anxietate	39.00	1.00	45.00	16.26	11.02
Depresie	39.00	3.00	52.00	20.87	14.75
Spiritualitate în sport	39.00	20.00	40.00	33.51	6.92

Diferențele în raport cu anxietatea

Au fost analizate diferențele în ceea ce privește anxietatea înainte și după intervenție. Participanții au raportat după intervenție o medie a anxietății de 16.26 și înainte de intervenție o medie de 16.54. Mărimea efectului a fost de $d = .37$. Rezultatele susțin faptul că sportivii au avut un nivel mai scăzut de anxietate după intervenția cognitiv-comportamentală religioasă.

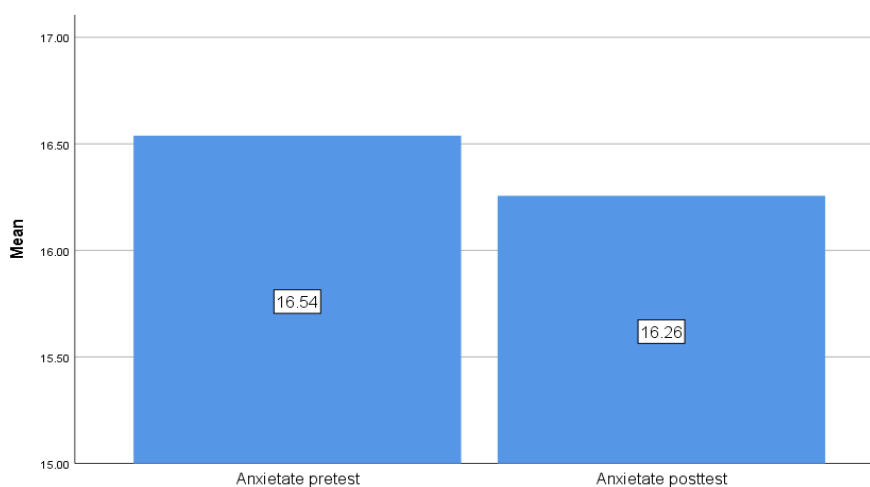


Figura 1. Diferențele în raport cu anxietatea la pretest și posttest

Diferențele în raport cu depresia

Au fost analizate diferențele în ceea ce privește depresia înainte și după intervenție. Participanții au raportat după intervenție o medie a depresiei de 20.87 și înainte de intervenție o medie de 21.38. Mărimea efectului a fost de $d = .49$. Rezultatele susțin faptul că sportivii au avut un nivel mai scăzut de depresie după intervenția cognitiv-comportamentală religioasă.

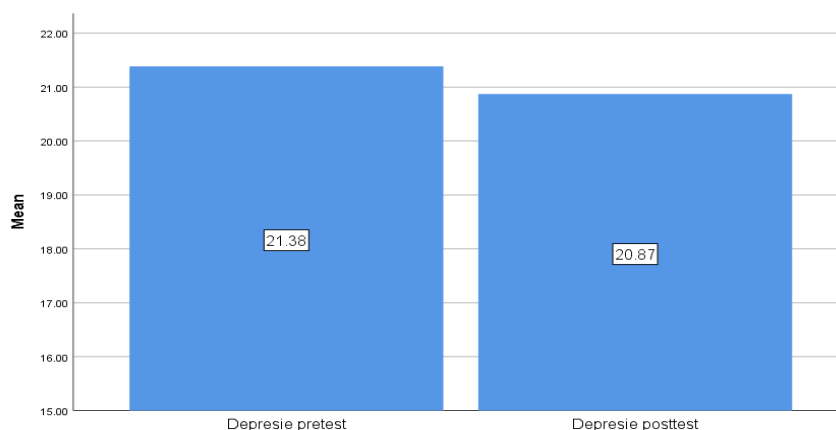


Figura 2. Diferențele în raport cu depresia la pretest și posttest

Diferențele în raport cu spiritualitatea în sport

Au fost analizate diferențele în ceea ce privește spiritualitatea în sport înainte și după intervenție. Participanții au raportat după intervenție o medie a spiritualității în sport de 33.51 și înainte de intervenție o medie de 33.26. Mărimea efectului a fost de $d = .43$. Rezultatele susțin faptul că sportivii au avut un nivel mai ridicat al spiritualității în sport după intervenția cognitiv-comportamentală religioasă.

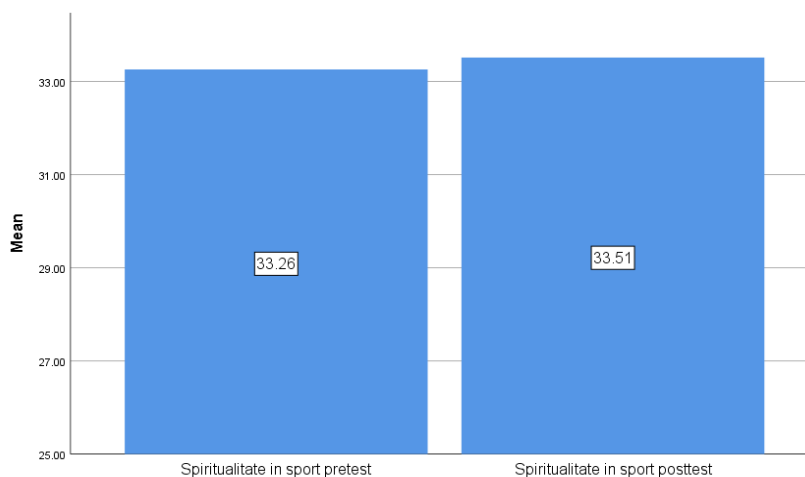


Figura 3. Diferențele în raport cu spiritualitatea în sport la pretest și posttest

Consistența internă

A fost analizată prin programul SPSS consistența internă pentru scalele utilizate în cadrul celor trei studii. Conform rezultatelor, scala pentru anxietate la pretest, formată din 21 de itemi, a avut o consistență internă adecvată, cu Cronbach's alpha = .93. Scala pentru depresie la

pretest, formată din 21 de itemi, a avut o consistență internă adecvată, cu Cronbach's alpha = .95. Scala pentru spiritualitate în sport la pretest, formată din 10 de itemi, a avut o consistență internă adecvată, cu Cronbach's alpha = .92. Scala pentru anxietate la posttest, formată din 21 de itemi, a avut o consistență internă adecvată, cu Cronbach's alpha = .93. Scala pentru depresie la posttest, formată din 21 de itemi, a avut o consistență internă adecvată, cu Cronbach's alpha = .95. Scala pentru spiritualitate în sport la posttest, formată din 10 de itemi, a avut o consistență internă adecvată, cu Cronbach's alpha = .92.

Tabelul 3. Consistența internă pentru scalele din cadrul celor trei studii

	Număr de itemi	Cronbach's alpha
Anxietate pretest	21	.93
Depresie pretest	21	.95
Spiritualitate în sport pretest	10	.92
Anxietate posttest	21	.93
Depresie posttest	21	.95
Spiritualitate în sport posttest	10	.92

Corelațiile dintre variabile

Au fost analizate prin programul SPSS corelațiile dintre variabilele studiilor la pretest și posttest. A existat o corelație pozitivă, semnificativă statistic, între anxietate și depresie la pretest. A existat o corelație negativă, semnificativă statistic, între anxietate și spiritualitate în sport la pretest. A existat o corelație negativă, semnificativă statistic, între depresie și spiritualitate în sport la pretest. Rezultate similare au fost obținute și pentru variabilele de la posttest. Redăm mai jos tabelul care arată corelația dintre variabilele anxietate, depresie și spiritualitate, înainte și după testare.

Tabelul 4. Corelațiile dintre variabilele celor trei studii

Variabile	1	2	3	4	5
1. Anxietate pretest					
2. Depresie pretest	.66**				
3. Spiritualitatea în sport pretest	-.37*	-.56**			

4. Anxietate posttest	.99**	.66**	-.37**		
5. Depresie posttest	.65**	.99**	-.55**	.66**	
6. Spiritualitatea în sport posttest	-.38*	-.54**	.99**	-.37*	-.53**

Notă. ** $p < .01$

Analiza de rețea

Analiza de rețea pentru anxietate

A fost utilizată analiza de rețea pentru a explora interacțiunea dintre itemii scalelor și pentru a identifica itemii centrali din rețeaua de itemi ai scalelor. Rețeaua a fost estimată prin intermediul JASP 0.11 versiunea 2019 [Computer Software]. Totodată, au fost reprezentați indicatorii de centralitate: gradul (suma conexiunilor directe ale unui nod), apropierea (distanța medie dintre un nod și toate celelalte noduri din rețea) și întrepătrunderea (de câte ori un nod este situat între cea mai scurtă conexiune dintre alte două noduri) (Bringmann et al, 2019). În ceea ce privește scala pentru anxietate, conform analizei de rețea atât la pretest, cât și la posttest, itemii sunt total independenți. Acest rezultat sugerează faptul că simptomele anxietății sunt independente unele față de celelalte.

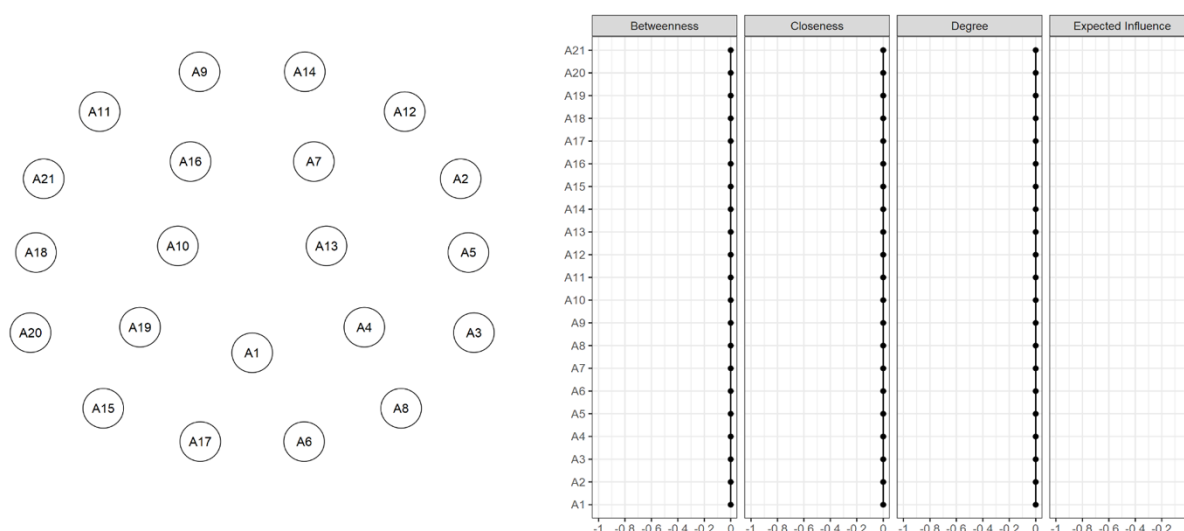


Figura 4. Analiza de rețea a itemilor (stânga) și indicatorii de centralitate (dreapta) atât la pretest, cât și la posttest.

Analiza de rețea pentru depresie

Înainte de intervenție, itemul cu cel mai mare grad a fost itemul D21 (pierderea interesului pentru sex). Tot itemul D21 a avut și cea mai mare apropiere, urmat de itemii D16 (schimbări în programul de somn) și D15 (pierderea energiei). În cele din urmă, itemul cu cea mai mare întrepătrundere a fost tot itemul D21 (pierderea interesului pentru sex). Structura rețelei de itemi sugerează că elementele centrale ale depresiei la sportivii implicați în cercetare au fost pierderea interesului pentru sex, pierderea energiei și afectarea programului de somn.

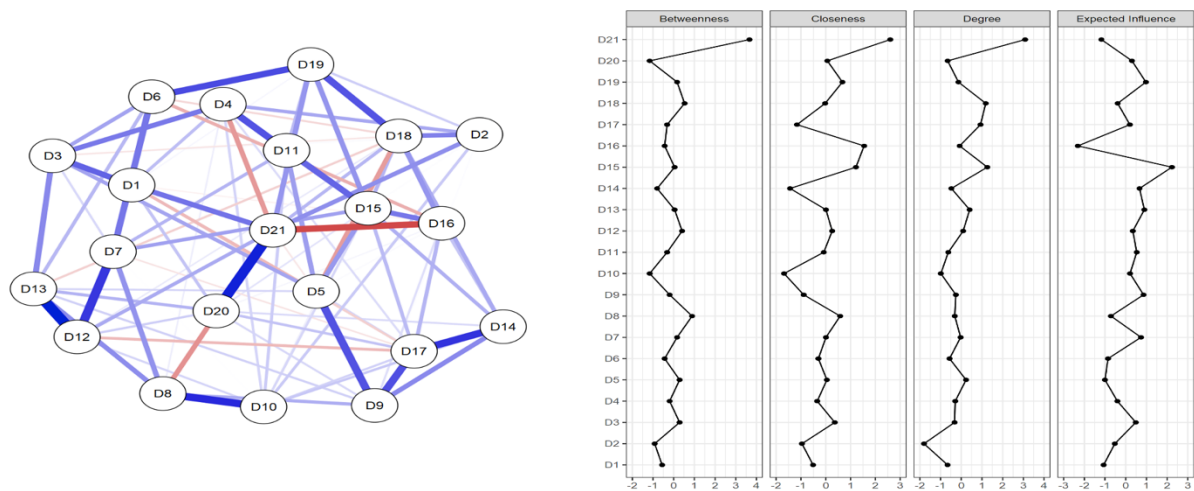


Figura 5. Analiza de rețea a itemilor (stânga) și indicatorii de centralitate pentru depresie (dreapta) la pretest

După intervenție, tot itemul D21 a avut și cea mai mare apropiere, urmat de itemul D16 (schimbări în programul de somn). Pierderea energiei nu a mai reprezentat un item central la posttest. În cele din urmă, itemul cu cea mai mare întrepătrundere a fost tot itemul D21 (pierderea interesului pentru sex). Structura rețelei de itemi sugerează că elementele centrale ale depresiei la sportivii implicați în cercetare au fost pierderea interesului pentru sex și afectarea programului de somn. Pierderea energiei nu a mai reprezentat un element central, sugerând faptul că este posibil să existe niște schimbări în ceea ce privește energia zilnică după intervenția cognitiv-comportamentală religioasă.

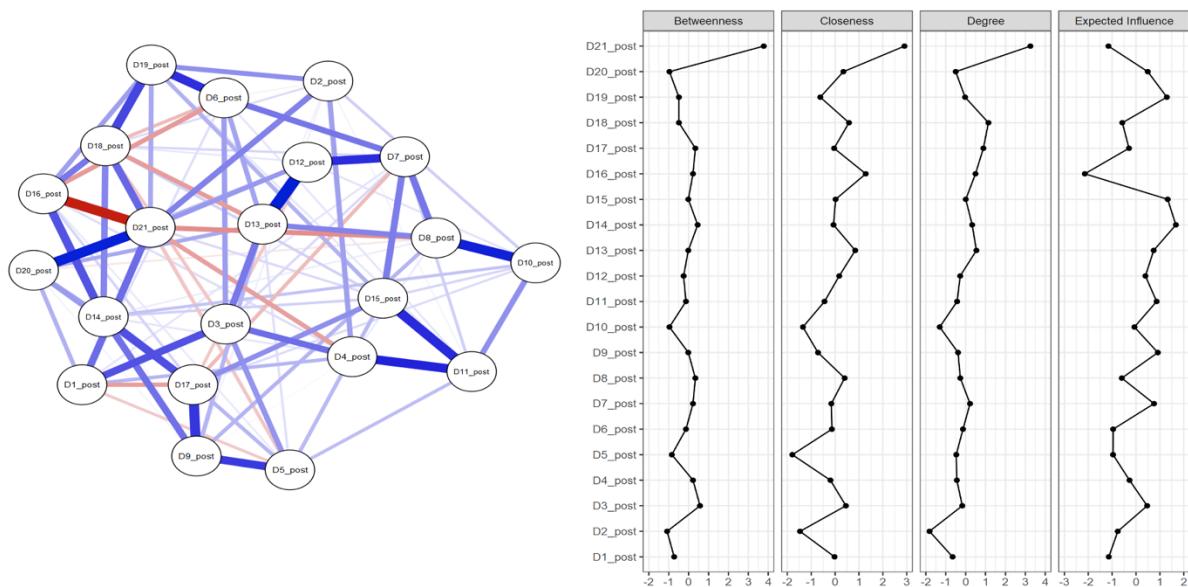


Figura 6. Analiza de rețea a itemilor (stânga) și indicatorii de centralitate (dreapta) pentru depresie la posttest

Analiza de rețea pentru spiritualitate în sport

Înainte de intervenție, itemii cu cel mai mare grad au fost itemul SS8 („Apelez la spiritualitate și religiozitate ca să mă ajute să gestionez într-un mod mai constructiv greșelile de pe teren”), itemul SS2 („[...] pentru a-mi proteja sănătatea în timpul sportului”), itemul SS10 („[...] ca să mă ajute să las totul deoparte în timpul jocului”) și itemul SS1 („[...] pentru a-mi ghida caracterul în timpul sportului”). Itemii cu cea mai mare apropiere au fost itemul SS1 („[...] pentru a-mi ghida caracterul în timpul sportului”), itemul SS2 („[...] pentru a-mi proteja sănătatea în timpul sportului”) și itemul SS9 („[...] ca să mă ajute să gestionez într-un mod mai constructiv greșelile din afara terenului”). În cele din urmă, itemul cu cea mai mare întrepătrundere a fost tot itemul SS1 („[...] pentru a-mi ghida caracterul în timpul sportului”). Structura rețelei de itemi sugerează că elementele centrale ale spiritualității în sport țin de religiozitate și spiritualitate ca formă de ghidare pentru caracterul uman, după care urmează protejarea sănătății și gestionarea greșelilor.

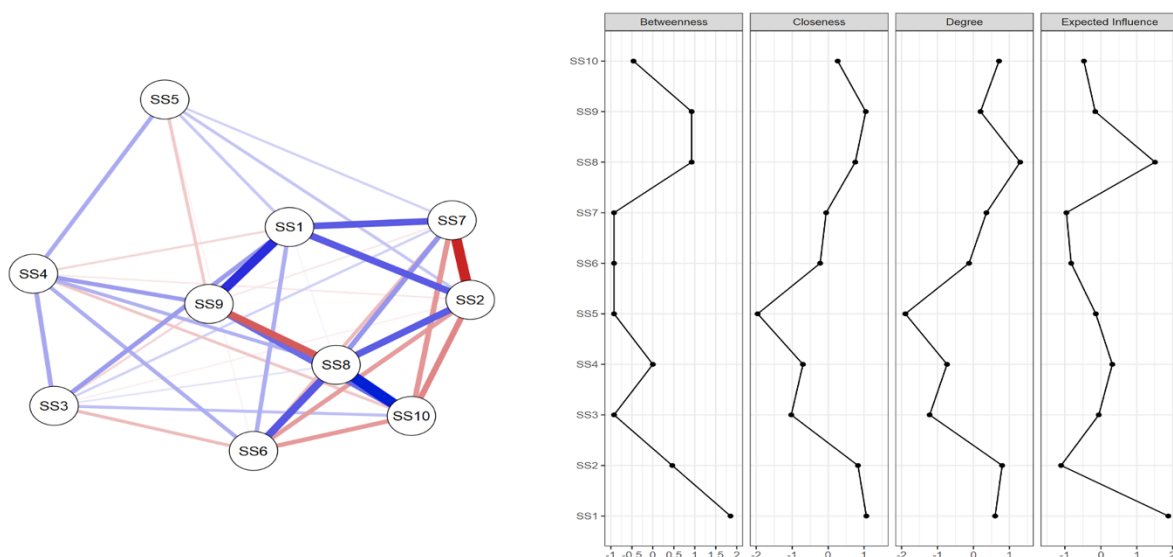


Figura 7. Analiza de rețea a itemilor (stânga) și indicatorii de centralitate (dreapta) pentru spiritualitate în sport la pretest

După intervenție, itemii cu cel mai mare grad au fost itemul SS8 („[...] ca să mă ajute să gestionez într-un mod mai constructiv greșelile de pe teren”) și itemul SS1 („[...] pentru a-mi ghida caracterul în timpul sportului”). Itemii cu cea mai mare apropiere au fost itemul SS8 și itemul SS2 („[...] ca să mă ajute să gestionez într-un mod mai constructiv greșelile de pe teren” și „[...] pentru a-mi proteja sănătatea în timpul sportului”). În cele din urmă, itemul cu cea mai mare întrepătrundere a fost tot itemul SS8 („[...] ca să mă ajute să gestionez într-un mod mai constructiv greșelile de pe teren”). Structura rețelei de itemi sugerează că după intervenția cognitiv-comportamentală spirituală, elementul central al spiritualității în sport a devenit gestionarea greșelilor de pe teren, acesta înlocuind spiritualitatea și religiozitatea ca mijloc de ghidare al caracterului sportivilor. Aceste rezultate sugerează faptul că în urma intervenției, elementul central al spiritualității nu mai este cel legat de caracter, ci mai degrabă ține de dobândirea unei perspective mai optimiste asupra greșelilor.

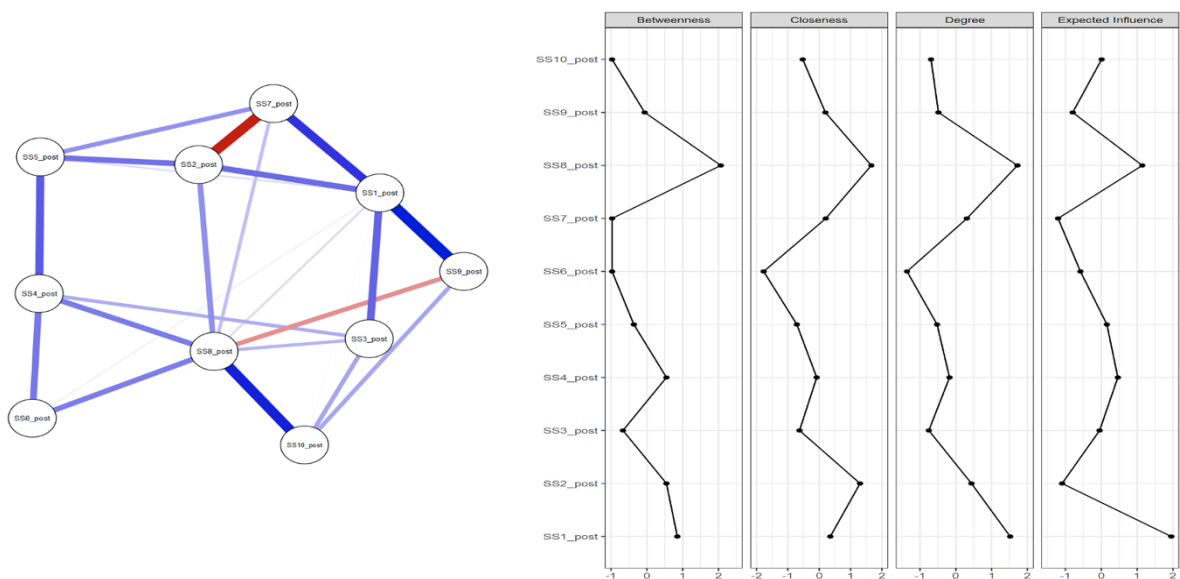


Figura 8. Analiza de rețea a itemilor (stânga) și indicatorii de centralitate (dreapta) pentru spiritualitate în sport la posttest

Discuții

Conform rezultatelor, a existat o corelație pozitivă, semnificativă statistic, între anxietate și depresie la pretest. Aceste date sunt în conformitate cu studiile deja existente, care arată că cele două tulburări de dispoziție se întâlnesc de multe ori împreună. Cercetările anterioare susțin ideea că depresia și anxietatea se întâlnesc de multe ori simultan.

În plus, rezultatele au susținut faptul că religiozitatea în sport corelează negativ atât cu depresia, cât și cu anxietatea. Aceste concluzii sunt în conformitate cu literatura care sugerează că religiozitatea sau spiritualitatea poate reprezenta un factor de protecție important atunci când oamenii se confruntă cu adversități.

Se consideră că spiritualitatea îi încurajează pe oameni să privească evenimentele cu speranță. Reinterpretarea religioasă a evenimentelor stresate îi poate ajuta pe oameni să privească un eveniment negativ ca pe o oportunitate de a se apropia de Divinitate sau de a-și îmbunătăți viața.

În plus, religiozitatea sau spiritualitatea stimulează sentimentul de apartenență. Pentru anumiți oameni, religiozitatea satisface nevoia de apartenență la o comunitate. Această apartenență poate fi resimțită prin rugăciune, meditație sau întâlniri religioase. În cele din urmă, spiritualitatea sau religiozitatea oferă o semnificație evenimentelor prin ritualuri. Ritualurile religioase le oferă oamenilor un sens legat de evenimentele dificile prin care trec și marchează începutul sau finalul unor astfel de evenimente.

Studiile de față au susținut efectul pozitiv al intervenției cognitiv-comportamentale religioase. Conform rezultatelor, sportivii au avut nivele mai scăzute de depresie și anxietate după finalizarea programului. Aceste efecte sunt în conformitate cu multitudinea de cercetări ce susțin efectul terapiei cognitiv-comportamentale clasice asupra anxietății și depresiei, inclusiv în cazul intervențiilor cu un număr redus de ședințe și inclusiv în cazul sesiunilor de grup.

În momentul de față, se consideră că terapia cognitiv-comportamentală este abordarea studiată cel mai intens și pentru care există cele mai multe dovezi care să îi susțină eficiența în reducerea anxietății și depresiei. Rezultatele studiilor de față sugerează că efecte similare se pot întâlni și în cazul sportivilor cu experiențe negative în ceea ce privește dopajul. În acord cu ipotezele, un efect semnificativ a fost identificat și pentru creșterea spiritualității în sport. Acest rezultat sugerează că intervenția cognitiv-comportamentală religioasă poate avea un efect specific asupra elementelor pe care le țintește în mod particular.

Implicații teoretice și practice

Din punct de vedere teoretic, rezultatele cercetărilor susțin utilizarea conținutului religios sau spiritual în intervențiile cognitiv-comportamentale clasice. Rezultatele arată că o astfel de intervenție are un posibil impact asupra componentelor pe care intervenția le țintește în mod specific. Cu alte cuvinte, ca urmare a intervenției cognitiv-comportamentale religioase, a fost surprinsă o creștere a spiritualității în sport.

Rezultatele studiului sugerează că depresia și anxietatea ar putea fi adresate simultan în intervențiile psihologice de care beneficiază sportivii. Abordarea cognitiv-comportamentală poate include simultan restructurări cognitive sau schimbări comportamentale care să țintească atât depresia, cât și anxietatea.

Rezultatele arată că psihologii sportivi pot utiliza intervenții cognitiv-comportamentale pentru a reduce consecințele emoționale negative ale dopajului sau ale suspiciunii pentru dopaj. Acest lucru se poate realiza în intervenții de grup și cu un număr relativ mic de ședințe.

O contribuție practică importantă a studiului ține de faptul că rezultatele sugerează importanța introducerii elementelor de religiozitate și spiritualitate în intervențiile psihologice cu sportivii.

Limite și direcții viitoare

Nu s-a realizat o comparație directă între intervențiile cognitiv-comportamentale clasice și cele care includ componente religioase. Din acest motiv, nu este clar dacă integrarea dimensiunii spirituale determină un efect mai puternic sau dacă rezultatele sunt similare cu cele

ale unei intervenții standard. Cercetările viitoare ar putea testa această ipoteză prin introducerea unui grup care să urmeze intervenția convențională și a altuia care să participe la varianta religioasă a terapiei cognitiv-comportamentale.

Studiul nu a inclus un lot de control, dar nici un grup placebo. Viitoarele cercetări ar putea introduce aceste două elemente pentru a verifica posibile explicații alternative și pentru a spori nivelul de validitate științifică. De asemenea, includerea unui grup placebo ar permite testarea ipotezei conform căreia schimbările observate nu se datorează intervenției în sine, ci doar efectului așteptărilor participanților.

O altă limitare importantă este absența analizei mecanismelor psihologice prin care intervenția produce modificări asupra nivelului de depresie, anxietate și dimensiunii spirituale în context sportiv. Studii viitoare ar putea explora aceste procese intermediare, incluzând variabile mediatore, pentru a oferi o înțelegere teoretică mai profundă asupra modului în care terapia cognitiv-comportamentală cu valențe religioase influențează starea emoțională și percepția spirituală a sportivilor.

Concluzii

Literatura științifică recentă din domenii precum medicina sportivă, neuroștiințele și psihologia aplicată în sport evidențiază necesitatea de a cerceta dopajul în rândul sportivilor. Un aspect esențial este identificarea factorilor care pot prezice utilizarea substanțelor interzise, pentru a înțelege care atleți sunt mai vulnerabili la acest comportament. Cercetările de până acum au relevat o serie de predictori, printre care presiunea competițională, tendințele perfecționiste, dorința intensă de succes și problemele de dispoziție, cum ar fi anxietatea și depresia. Având în vedere că aceste tulburări sunt asociate cu dopajul, este necesar să explorăm modalități prin care pot fi reduse, cu scopul de a scădea riscul recurgerii la substanțe dopante. De asemenea, studiile s-au concentrat și asupra efectelor negative ale dopajului, care includ tulburări de sănătate, afectarea funcțiilor cognitive, dereglări emoționale și stări depresive. Din aceste motive, se impune investigarea unor metode de intervenție menite să contracareze aceste efecte.

Una dintre direcțiile posibile de intervenție este combinarea terapiilor psihologice cu dimensiuni spirituale. Psihospiritualitatea este considerată un element important pentru echilibrul emoțional și un sprijin în menținerea sănătății mintale (Barton & Miller, 2015). Cercetările indică faptul că, în situații stresante sau în contexte traumatice (Bryant-Davis et al., 2012; Drescher & Foy, 1995), credințele legate de spiritualitate, sensul existenței și ideea că fiecare experiență are un scop pot ajuta individul să-și păstreze stabilitatea psihică. De la

persoane cu boli grave (Visser, Garssen, & Vingerhoets, 2010) la victime ale abuzurilor sexuale (Kennedy, Davis, & Taylor, 1998), spiritualitatea pare a fi un mecanism de protecție eficient. În cazul sportivilor, religia sau spiritualitatea ar putea juca un rol similar, reducând stresul și contribuind la o stare psihică mai bună. Studii anterioare au arătat că sportivii folosesc credințele religioase sau ritualurile spirituale pentru a face față presiunii competiționale, înfrângerilor sau problemelor medicale. Astfel, este de așteptat ca spiritualitatea să fie asociată negativ cu anxietatea și depresia și să contribuie la recuperarea sportivilor după dopaj sau acuzații de dopaj.

Pe baza acestui context, obiectivul cercetărilor a fost evaluarea eficienței unei intervenții psihologice integrate cu elemente religioase sau spirituale în ameliorarea efectelor negative asociate dopajului. S-a urmărit impactul asupra a două variabile esențiale pentru starea de bine – anxietatea și depresia – precum și asupra spiritualității în context sportiv. Ipoteza de lucru a fost că participanții vor înregistra creșteri în spiritualitate și scăderi în nivelurile de anxietate și depresie după intervenție. Programul a inclus sesiuni de grup care au combinat tehnici ale psihoterapiei cognitiv-comportamentale (cum ar fi restructurarea cognitivă, dezvoltarea abilităților personale, metode din psihologia pozitivă, tehnici de control al stresului și motivației) cu elemente spirituale precum rugăciunea și reflecția religioasă (Miller & Kerr, 2002; D'Souza & Rodrigo, 2004; Koenig, 2012; Tan & Johnson, 2007). Participanții au fost implicați activ prin auto-monitorizare, exerciții de restructurare mentală, educație psihologică și activități centrate pe speranță și gândire pozitivă.

Studiile au fost realizate pe un eșantion de 39 de sportivi sau foști sportivi români din discipline precum atletism, haltere, canoac și lupte greco-romane, care au fost anterior suspectați de dopaj. Deși majoritatea nu au fost sancționați, toți au fost incluși în programul de intervenție.

Rezultatele obținute au susținut ipotezele formulate. În primul rând, s-a constatat o corelație semnificativă între anxietate și depresie atât înainte, cât și după intervenție, ceea ce sugerează o co-apariție frecventă a acestor tulburări. În al doilea rând, religiozitatea în context sportiv a fost negativ corelată cu cele două tulburări emoționale, susținând ideea că spiritualitatea poate acționa ca factor protector în fața adversităților, cum ar fi acuzațiile de dopaj. Explicațiile teoretice din literatura de specialitate indică faptul că indivizii religioși tind să perceapă provocările vieții ca oportunități de creștere și întărire spirituală. De asemenea, religia oferă suport social prin apartenența la comunități, participarea la ritualuri sau activități colective, ceea ce sporește capacitatea de a gestiona dificultățile.

Cel mai important rezultat al cercetării este efectul pozitiv al intervenției asupra participanților: nivelurile de depresie și anxietate au scăzut, în timp ce scorurile pentru spiritualitatea în sport au crescut semnificativ. Acest lucru este în concordanță cu alte meta-analize care susțin eficiența terapiei cognitiv-comportamentale în reducerea tulburărilor de dispoziție. Noutatea constă în integrarea unei dimensiuni spirituale în cadrul intervenției psihologice, aspect rar întâlnit în practica actuală, deși literatura indică un beneficiu clar al acestui tip de abordare.

Studiul aduce o contribuție teoretică importantă, arătând că intervențiile cognitiv-comportamentale pot fi îmbunătățite prin includerea convingerilor religioase sau spirituale, ceea ce poate spori adaptarea la stres și dificultăți. Concluziile permit generalizarea intervenției pentru alte grupuri de sportivi suspectați de dopaj, extinzând astfel aplicabilitatea metodei.

Un element inovator al cercetărilor este utilizarea analizei de rețea pentru a observa modificările structurale ale variabilelor psihologice. Spre exemplu, înainte de intervenție, simptomele centrale ale depresiei erau lipsa energiei, scăderea interesului sexual și tulburările de somn. După finalizarea programului, pierderea energiei nu mai era un element central, ceea ce indică o posibilă ameliorare a vitalității psihice. În ceea ce privește spiritualitatea în sport, înainte de intervenție, accentul era pus pe dimensiunile religioase ca ghid pentru caracter, în timp ce după intervenție, gestionarea greșelilor sportive a devenit punctul focal. Această schimbare sugerează o reorientare a spiritualității spre auto-compasiune și acceptare, în detrimentul dimensiunilor morale rigide. Totuși, interpretările rezultate din analiza rețelelor rămân încă speculative.

Din punct de vedere practic, cercetările oferă o direcție aplicabilă pentru specialiștii în psihologia sportivă. Intervențiile cognitive-comportamentale cu integrare spirituală pot contribui la reducerea tulburărilor emoționale generate de dopaj sau acuzațiile legate de acesta. Eficiența obținută cu un număr redus de sesiuni și resurse limitate sugerează că metoda poate fi aplicată în contexte diverse. Practicienii sunt încurajați să integreze elemente religioase în intervențiile destinate sportivilor, atunci când consideră că acestea ar putea contribui la reducerea anxietății și depresiei, precum și la dezvoltarea unei spiritualități sănătoase în context sportiv.

Bibliografie selectivă

1. Argyle M, Beit-Hallahmi B. The social psychology of religion. London: Routledge & Kegan Paul, 1975.
2. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol, 1988; 56(6):893-897.
3. Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. Behav Res Ther, 1997; 35 (8):785-791.
4. Beck AT, Rush JA, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York, NY: The Guilford Press, 1979.
5. Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. Arch Gen Psychiatry, 2005; 62 (9):953-959.
6. Bringmann LF, Elmer T, Epskamp S, Krause RW, Schoch D, Wichers M, Wigman JTW, Snippe E. What do centrality measures measure in psychological networks? J Abnorm Psychol, 2019; 128 (8):892-903.
7. Cattelan SL, de Brito MLO, Jesse CR, Boeira SP, de Gomes MG, Goes ATR, Fabbro LD, Machado FR, Prigol M, Nogueira CW. Involvement of Kynurenine Pathway in Depressive-Like Behaviour Induced by Nandrolone Decanoate in Mice. Steroids, 2020; 164:108727.
8. Ciarrocchi JW, Schechter D, Pearce MJ, Koenig, HG. Religious Cognitive Behavioral Therapy (Christian Version). 10-Session Treatment Manual for Depression in Clients with Chronic Physical Illness, 2014.
9. Coliță D, Coliță CI, Hermann DM, Coliță E, Doeppner ThR, Udristoiu I, Popa-Wagner A. Therapeutic Use and Chronic Abuse of CNS Stimulants and Anabolic Drugs. Curr. Issues Mol Biol, 2022; 44:4902-4920.
10. Coliță E, Zăgrean L, Grigore M, Popa-Wagner A. Testing a Psychological Intervention in Elite Athletes to Alleviate the Psychomotor Consequences of Doping: The Moderating Role of Personality. Curr Heath Sci J, 2024; 50 (3):392-404.
11. Corey G. Case approach to counselig and psychotherapy. Belmont, CA: Brooks/Cole, 2013.
12. Creado S, Reardon C. The sports psychiatrist and performance-enhancing drugs. Int Rev Psychiatry, 2016; 28 (6):564-571.

13. Csikszentmihalyi M. Beyond boredom and anxiety. San Fransisco: Jossey Bass, 1975.
14. D'Souza R, Rodrigo A. Spiritually augmented cognitive behavioural therapy. *Australas Psychiatry*, 2004; 12 (2):148-152.
15. De Santi M, Baldelli G, Brandi G. Use of hormones in doping and cancer risk. *Ann Ig*, 2019; 31 (6):590-594.
16. Dillon KM, Tait JL. Spirituality and being in the zone in team sports: A relationship? *J Sport Behav*, 2004, 23 (2):91–100.
17. Ehrnborg C, Rosen T. The psychology behind doping in sport. *Growth Horm IGF Res*, 2009; 19 (4):285-287.
18. Elbe AM, Barkoukis V. The psychology of doping. *Curr Opin Psychol*, 2017; 16:67-71.
19. Handelsman D. Performance Enhancing Hormone Doping in Sport. In et al. Feingold KR, Anawalt B, Boyce A (Eds.), 2015, Endotext. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26247087>.
20. Hartgens F, Kuipers H. Effects on androgenic-anabolic steroids in athletes. *Sports Med*, 2004; 34 (8):513-554.
21. Holt RIG, Ho KKY. The Use and Abuse of Growth Hormone in Sports. *Enocr Rev*, 2019; 40 (4):1163-1185.
22. Hughes D. The World Anti-Doping Code in sport: Update for 2015. *Aust Prescr*, 2015; 38 (5):167-170.
23. Koenig HG. Religious versus Conventional Psychotherapy for Major Depression in Patients with Chronic Medical Illness: Rationale, Methods, and Preliminary Results. *Depress Res Treat*. 2012; 2012:460419.
24. Lamb DR. Anabolic steroids in athletics: how well do they work and how dangerous are they? *Am J Sports Med*, 1984; 12 (1):31-38.
25. Lippi G, Franchini M, Guidi GC. Doping in competition or doping in sport? *Br Med Bull*, 2008; 86 (1): 95–107.
26. Maslow A. Toward a psychology of being. New York: Van Nostrand, 1968.
27. Melchert RB, Welder AA. Cardiovascular effects of androgenic-anabolic steroids. *Med. Sci. Sports Exerc*, 1995; 27 (9):1252-1262.
28. Nikolopoulos DD, Spiliopoulou Ch, Theocharis SE. Doping and musculoskeletal system: short-term and long-lasting effects of doping agents. *Fundam Clin Pharmacol*, 2011; 25 (5):535-563.

29. Petroczi A, Aidman E. Psychological drivers in doping: The life-cycle model of performance enhancement. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2008; 3:7.
30. Piacentino D, Kotzalidis GD, del Casale A, Aromatario MR, Cristoforo P, Girardi P, Sani G. Anabolic-androgenic Steroid use and Psychopathology in Athletes. A Systematic Review. *Curr Neuropharmacol*, 2015; 13 (1):101-121.
31. Pielke R. Assessing Doping Prevalence is Possible. So What Are We Waiting For? *Sports Med*, 2018; 48 (1): 207–209.
32. Ravizza KH. A philosophical construct: A framework for performance enhancement. *Int J Sport Psychol*, 2002; 33(1):4-18.
33. Rogol AD, Yesalis CE. Clinical review 31: Anabolic- androgenic steroids and athletes: what are the issues? *J Clin Endocrinol Metab*, 1992; 74 (3):465-469.
34. Sandu F, Badea T, Butoi T, Guiu MK, Coliță E, Butoi Al. Violenta la manifestările sportive. O abordare interdisciplinară. Ed. Prouniversitaria: București, 2024.
35. Saugy M, Robinson N, Saudan C, Baume N, Avois L, Mangin P. Human growth hormone doping in sport. *Br J Sports Med*, 2006; 40 (1):i35-i39.
36. Stănoiu RM, *Societatea riscului global și marea criminalitate*, Editura Cartea Românească Educațional: București, 2025.
37. Sullivan ML, Martinez CM, Gennis P, Gallagher EJ. The cardiac toxicity of anabolic steroids. *Prog Cardiovasc Dis*, 1998; 41(1):1-15.
38. Tan, SY, Johnson, WB. Spiritually oriented cognitive-behavioral therapy. In, Sperry L, Shafranske, EP (Eds.), *Spiritually oriented psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association, 2007:77–103.

CUPRINSUL TEZEI DE DOCTORAT

ARGUMENT PENTRU UTILIZAREA INTERVENȚIILOR SPIRITUALE CA MIJLOC DE REDUCERE A FENOMENULUI DE DOPAJ ÎN SPORTUL DE MARE PERFORMANȚĂ.....	1
Cap. 1 – DOPAJUL ÎN SPORT. ASPECTE ISTORICE ȘI CONCEPTUALE	8
Cap. 2 – ETIOLOGIA DOPAJULUI ÎN SPORT, CONSECINȚELE LUI ȘI LISTA INTERZISĂ	19
2.1. Etiologia	19
2.2. Consecințele dopajului la sportivi	20
2.3. Steroizii anabolici androgeni.....	22
2.4. Amfetamina sau cocaina	23
2. 5. Analgezicele narcotice	24
2.6. Substanțele canabioide.....	24
Cap. 3 – NEUROȘTIINȚA ȘI EVOLUȚIA MODELELOR TEORETICE PRIVIND PSIHO-SPIRITUALITATEA	24
3.2. Spiritualitatea – tentative de conceptualizare	26
3.3. Viziunea științifică privind spiritualitatea	29
3.4. Spiritualitatea la sportivi.....	31
3.5. Cercetarea spiritualității în sport. Modele teoretice.....	33
3.6. Neuroștiințele și experiențele spirituale în lumea sportului	38
3.7. Comparație cu situația sportivilor olimpici din Antichitate	46
3.8. Unele concluzii.....	48
Cap. 4 - TESTAREA UNEI INTERVENȚII PSIHO-SPIRITUALE PENTRU AMELIORAREA CONSECINȚELOR NEGATIVE ALE DOPAJULUI	49
4.1. Terapia cognitivă comportamentală religioasă.....	49
4.2. Metodologia de testare.....	56
4.2.1. Participanții la testare	56
4.2.2. Proceduri.....	58
4.2.3. Tipurile de teste și instrumentele utilizate	59
Cap. 5. REZULTATE.....	61
5.1. Analiza descriptivă pentru variabilele celor trei tipuri de teste	61
5.2. Consistența internă pentru scalele din cadrul celor trei studii	94
5.3. Corelațiile dintre variabilele celor trei tipuri de teste	101
5.4. Analiza de rețea.....	108
5.5. Diferențele înainte și după intervenție în raport cu anxietatea	126

5.6. Diferențele înainte și după intervenție în raport cu depresia	127
5.7. Diferențele înainte și după intervenție în raport cu spiritualitatea	128
5.8. Discuții	129
5.9. Implicații teoretice și practice	130
5.10. Limite și direcții viitoare	132
CONCLUZII GENERALE.....	134
BIBLIOGRAFIE.....	137
ANEXE	150