UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„CAROL DAVILA", BUCUREȘTI
ȘCOALA DOCTORALĂ
DOMENIUL MEDICINĂ

Profilul clinic în jocul patologic de noroc: implicații în prevenție și terapie

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Conducător de doctorat:
PROF. UNIV. DR.
ADELA MAGDALENA CIOBANU

Student-doctorand:
IOANA IONIȚĂ

2026

Cuprins

Introducere 1
I. STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII 5
1. Tulburarea jocului de noroc: adicție comportamentală 5
1.1. Delimitări conceptuale și nosologice 5
1.2. Epidemiologie, sănătate publică și particularități în România 7
1.3. Factori de risc, vulnerabilitate și comorbiditate psihiatrică 9
1.4. Modele explicative contemporane: impulsivitate, recompensă, distorsiuni cognitive și învățare 12
2. Personalitatea, reglarea cognitiv-emoțională și funcționarea psihosocială în tulburarea jocului de noroc 16
2.1. Personalitatea patologică: dimensiune transdiagnostică și implicații clinice 16
2.2. Reglarea cognitiv-emoțională, impulsivitatea afectivă și distorsiunile cognitive 19
2.3. Evaluarea multidimensională, calitatea vieții și suportul social 21
2.4. Modelul integrativ și limite ale literaturii 24
II. CONTRIBUȚII PERSONALE 26
3. Ipoteza de lucru și obiectivele cercetării 26
3.1. Rațiunea contribuției personale 26
3.2. Ipoteza generală 27
3.3. Obiective generale și obiective specifice 28
3.4. Ipoteze de lucru 29
4. Metodologia generală a cercetării 32
4.1. Designul cercetării și cadrul de desfășurare 32
4.2. Criterii de includere și excludere 32
4.3. Eșantionul și delimitarea subeșantioanelor analitice 33
4.4. Interviul clinic structurat și indicatorii de severitate 34
4.5. Instrumentele psihometrice utilizate 35
4.5.1. Personality Clinical Form - PCF 35
4.5.2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire - CERQ 37
4.5.3. Quality of Life Inventory - QOLI 37

4.6. Prelucrarea datelor și analiza statistică 38

5. Caracterizarea eșantionului și a comportamentului de joc 40

5.1. Profilul socio-demografic al eșantionului 40

5.2. Educație, ocupație, venit și mediu de rezidență 42

5.3. Istoric familial și sprijin social perceput 45

5.4. Caracteristicile comportamentului de joc 46

5.5. Severitatea simptomatologiei 50

6. Profilul de personalitate evaluat prin PCF 54

6.1. Validitatea profilurilor PCF și caracterizarea cazurilor nevalide 54

6.2. Tendințe psihopatologice majore 57

6.3. Dimensiuni dezadaptative de personalitate 58

6.4. Trăsături dezadaptative specifice 59

6.5. Disfuncționalitatea personalității 62

6.6. Scalele categoriale de tulburări de personalitate 65

7. Copingul cognitiv-emoțional și calitatea vieții 66

7.1. Profilul strategiilor CERQ 66

7.2. Calitatea vieții evaluată prin QOLI 68

8. Statistică inferențială 71

8.1. Verificarea asumpțiilor statistice 71

8.1.1. Testarea normalității distribuțiilor prin testul Shapiro–Wilk 71

8.1.2. Fundamentarea utilizării testelor neparametrice 72

8.2. Corelații între severitate și tendințele psihopatologice PCF 72

8.3. Corelații între severitate și dimensiunile dezadaptative PCF 73

8.4. Corelații între severitate și trăsăturile dezadaptative PCF 74

8.5. Corelații între severitate, disfuncționalitatea personalității și scalele categoriale 75

8.6. Corelații între severitate și strategiile CERQ 76

8.7. Calitatea vieții în raport cu personalitatea, copingul și severitatea 77

8.8. Diferențe de severitate în funcție de variabile socio-demografice și contextuale 79

9. Discuții integrate asupra contribuțiilor personale 87

9.1. Sinteza profilului clinic al eșantionului 87

9.2. Personalitatea ca axă centrală de vulnerabilitate și formulare clinică 88
9.3. Copingul cognitiv-emoțional între protecție și menținere 88
9.4. Calitatea vieții ca indicator al poverii funcționale 88
9.5. Implicații clinice 89
9.6. Limite metodologice 90
9.7. Direcții viitoare de cercetare 91
9.8. Profiluri clinice interpretative derivate din integrarea rezultatelor 91
9.9. Propunere de algoritm de evaluare clinică multidimensională 93
9.10. Integrarea rezultatelor în intervenția terapeutică 95
9.11. Transferabilitatea rezultatelor și precauții de generalizare..... 96
9.12. Valoarea originală a cercetării în contextul practicii psihiatrice românești 97
9.13. Elemente pentru o fișă clinică sintetică de evaluare 98
9.14. Precauții privind interpretarea clinică a rezultatelor..... 99
10. Concluzii și contribuții personale 102
10.1. Concluzii..... 102
10.2. Gradul de atingere a obiectivelor cercetării 102
10.3. Contribuții personale măsurabile 105
10.4. Întrebări rămase deschise și perspective..... 105
Bibliografie 110
Anexe 122

Sinteza ideilor principale

Problema fundamentală și actualitatea temei

Teza de doctorat pornește de la constatarea că jocurile de noroc nu mai pot fi înțelese doar ca activitate recreațională sau ca problemă morală individuală, ci ca fenomen clinic și de sănătate publică, amplificat de digitalizare, accesibilitate permanentă, diversificarea produselor de joc și integrarea gamblingului în spațiul online și sportiv. În literatura contemporană, tulburarea jocului de noroc este prima adicție comportamentală inclusă în secțiunea principală DSM-5 a tulburărilor legate de substanțe și adicții, ceea ce marchează trecerea de la paradigma controlului impulsului la o înțelegere adictologică, multidimensională și biopsihosocială [1-4].

Tema are relevanță deosebită pentru România, unde datele privind populația adultă cu joc patologic de noroc sunt încă limitate, iar studiile naționale disponibile au vizat mai ales adolescenții sau eșantioane clinice restrânse [5]. În acest context, cercetarea doctorală urmărește să descrie profilul clinic al adultului cu joc patologic de noroc, depășind simpla inventariere a criteriilor DSM și integrând severitatea simptomatologică, personalitatea, strategiile de coping cognitiv-emoțional, calitatea vieții și factorii socio-relaționali.

Problema fundamentală investigată este aceea că severitatea jocului patologic de noroc nu poate fi explicată suficient prin frecvența jocului sau prin pierderile financiare. În practica psihiatrică, pacienții se prezintă frecvent cu afectivitate negativă, impulsivitate, distorsiuni cognitive, vulnerabilități ale personalității, relații deteriorate, suport social redus și o calitate a vieții profund afectată. Prin urmare, teza propune o evaluare clinică integrată, utilă atât pentru prevenție, cât și pentru formularea terapeutică individualizată.

Ipoteza, obiectivele și logica cercetării

Ipoteza generală a cercetării afirmă că severitatea simptomatologiei jocului patologic de noroc se asociază cu organizarea dezadaptativă a personalității, cu strategiile de coping cognitiv-emoțional, cu nivelul calității vieții și cu factori socio-relaționali relevanți. În mod particular, s-a anticipat că scorurile mai ridicate la tendințele psihopatologice, dimensiunile și trăsăturile dezadaptative de personalitate, indicatorii de disfuncționalitate și strategiile cognitive dezadaptative se vor corela cu o severitate mai mare, în timp ce strategiile cognitive adaptative și sprijinul social perceput vor fi asociate cu o încărcare simptomatică mai redusă.

Obiectivul general a fost caracterizarea multidimensională, clinică și psihometrică a adultului cu joc patologic de noroc. Obiectivele specifice au vizat: analiza corelațiilor dintre scorurile Personality Clinical Form și severitate; investigarea relației dintre copingul cognitiv-emoțional evaluat prin CERQ și severitate; examinarea relației dintre personalitate, coping și calitatea vieții măsurată prin QOLI; respectiv analiza diferențelor de severitate în funcție de variabile socio-demografice, istoric familial și sprijin social perceput.

Prin această organizare, teza nu tratează tulburarea jocului de noroc ca entitate omogenă, ci ca expresie clinică rezultată din interacțiunea dintre vulnerabilități individuale, procese cognitive și emoționale, comportament de joc și context social. Această orientare este concordantă cu literatura recentă privind adicțiile comportamentale și cu modelele etiologice care integrează recompensarea, controlul inhibitor, reglarea emoțională, distorsiunile cognitive și trăsăturile de personalitate [7-10].

Metodologia cercetării

Cercetarea a avut un design cantitativ, clinic, psihometric, observațional și transversal. Studiul s-a desfășurat în cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia" din București și a inclus 122 de adulți cu diagnostic psihiatric confirmat de joc patologic de noroc/tulburare a jocului de noroc. Diagnosticul clinic a fost corelat cu criteriile DSM pentru evaluarea severității, iar interviul clinic structurat a permis calcularea unui indicator dimensional al poverii simptomatice.

Instrumentele utilizate au fost Personality Clinical Form (PCF) pentru evaluarea personalității, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) pentru strategiile de coping cognitiv-emoțional și Quality of Life Inventory (QOLI) pentru calitatea vieții. Dintre cei 122 de participanți, 109 au avut profiluri PCF valide; 13 profiluri au fost excluse exclusiv din analizele PCF, fără a elimina participanții din analizele bazate pe DSM, CERQ, QOLI sau variabile socio-demografice. Această decizie a respectat logica psihometrică a instrumentului și a permis menținerea unui număr cât mai mare de observații valide.

Analiza statistică a inclus statistici descriptive, teste de normalitate Shapiro-Wilk, corelații Spearman, testul Mann-Whitney U pentru comparații între două grupuri și testul Kruskal-Wallis H pentru comparații între trei sau mai multe grupuri. Deoarece distribuțiile variabilelor au prezentat abateri semnificative de la normalitate, utilizarea metodelor neparametrice a fost justificată. Pentru controlul testărilor multiple s-a utilizat procedura

Benjamini-Hochberg, menită să reducă riscul erorii de tip I în contextul unui număr mare de comparații.

Sinteza părții generale

Partea generală a tezei examinează transformarea nosologică a jocului patologic de noroc, de la includerea în tulburările de control al impulsului la conceptualizarea sa ca adicție comportamentală. Sunt discutate diferențele dintre joc recreațional, joc la risc, joc problematic, joc patologic și tulburarea jocului de noroc, cu sublinierea faptului că instrumentele de screening populațional nu echivalează cu diagnosticul psihiatric. Această delimitare este importantă pentru practica românească, unde termenul „joc patologic de noroc" rămâne uzual în context ICD-10, iar „tulburarea jocului de noroc" reflectă terminologia DSM-5.

Lucrarea sintetizează datele epidemiologice internaționale și naționale, evidențiind variabilitatea prevalenței, povara financiară și socială a gamblingului și proporția redusă a persoanelor care solicită tratament. Sunt analizate comorbiditățile psihiatrice frecvente - tulburările de consum de substanțe, depresia, anxietatea, ADHD, suicidalitatea și tulburările de personalitate - precum și rolul debutului precoce, al accesului online, al pariurilor sportive, al slot-machines și al distorsiunilor cognitive.

Al doilea capitol al părții generale dezvoltă rolul personalității patologice, al reglării cognitive și emoționale și al funcționării psihosociale. Personalitatea este abordată transdiagnostic, ca dimensiune care poate influența vulnerabilitatea, severitatea, relația terapeutică și riscul de recădere. Reglarea emoțională este discutată prin prisma strategiilor adaptative și dezadaptative, iar calitatea vieții este tratată ca indicator al poverii funcționale, nu doar ca rezultat secundar al simptomelor.

Sinteza contribuțiilor personale și a rezultatelor

Eșantionul cercetării a fost alcătuit din 122 de participanți, cu predominanță masculină (87,7%) și cu reprezentare majoritară a adulților tineri și de vârstă medie. Cele mai numeroase categorii de vârstă au fost 25-34 de ani și 35-44 de ani, cumulând 64,7% din lot. Majoritatea participanților au debutat precoce în jocurile de noroc: 67,2% înainte de 18 ani și 94,2% înainte de 25 de ani. Cele mai frecvente forme de joc au fost pariurile sportive, jocurile de cărți online/pokerul online și slot-machines, iar frecvența și durata sesiunilor au indicat un nivel ridicat de implicare comportamentală.

Analiza severității a arătat un lot clinic cu povară simptomatică importantă. Majoritatea participanților au prezentat forme moderate sau severe, iar indicele binar al

criteriilor DSM a avut un efect de plafon, ceea ce indică faptul că, într-un eșantion psihiatric, simplul număr de criterii poate diferenția insuficient gradul real de afectare. Acest rezultat susține necesitatea completării evaluării DSM cu măsuri dimensionale, funcționale și psihometrice.

Rezultatele PCF au evidențiat asocieri consistente între severitatea simptomatologiei și personalitatea dezadaptativă. Tendințele psihopatologice generale - probleme emoționale, comportamentale și cognitive - s-au corelat pozitiv cu severitatea. Dintre dimensiunile dezadaptative, emoționalitatea negativă și psihoticismul au prezentat corelații de intensitate moderată, în jurul valorii $\rho = .49$, iar antagonismul și dezinhibiția au avut asocieri semnificative, dar mai reduse. Detașarea socială și afectivă nu a rămas semnificativă după corecția pentru testări multiple.

La nivelul trăsăturilor specifice PCF, majoritatea scalei au fost asociate cu severitatea, cele mai importante rezultate fiind observate pentru labilitatea emoțională, disfuncțiile perceptive, anxietatea de separare și deprimare. La nivel categorial, 9 dintre cele 10 scale de tulburare de personalitate s-au asociat semnificativ cu severitatea, cele mai ridicate corelații fiind pentru trăsăturile borderline, schizotipale și dependente. Toți indicatorii de disfuncționalitate a personalității - identitate difuză, scopuri problematice, empatie deficitară, intimitate problematică, sine problematic și relații problematice - au prezentat asocieri pozitive cu severitatea.

Strategiile CERQ au arătat un pattern coerent, dar mai moderat ca intensitate decât personalitatea. Învinovățirea altora, catastrofarea și ruminația s-au corelat pozitiv cu severitatea, în timp ce reevaluarea pozitivă, punerea în perspectivă și reorientarea pozitivă s-au corelat negativ. Autovinovățirea, acceptarea și reorientarea pe planificare nu au avut același comportament statistic față de severitate, ceea ce indică faptul că eticheta adaptativ/dezadaptativ trebuie interpretată clinic și în raport cu conținutul concret al cogniților.

Calitatea vieții, evaluată prin QOLI, a fost scăzută sau foarte scăzută la majoritatea participanților. Scorul T mediu a fost 35,99, iar 73,8% dintre participanți au avut calitate a vieții scăzută sau foarte scăzută. Totuși, severitatea DSM nu s-a corelat direct semnificativ cu QOLI, ceea ce sugerează că deteriorarea calității vieții este probabil influențată de personalitate, coping, sprijin social, conflict relațional, comorbiditate și consecințe funcționale, mai mult decât de numărul izolat de criterii diagnostice.

Analizele comparative au indicat că variabilele relaționale și sociale au avut relevanță mai mare decât factorii structurali. Nu s-au evidențiat diferențe semnificative în

severitate în funcție de sex, vârstă, nivel educațional, venit, mediu de rezidență sau istoric familial. În schimb, starea civilă, statutul ocupațional și mai ales sprijinul social perceput au diferențiat severitatea. Participanții cu sprijin social scăzut au avut cele mai ridicate scoruri, iar cei cu sprijin social ridicat cele mai scăzute, ceea ce susține includerea sistematică a rețelei de suport în evaluare și tratament.

Concluzii și contribuții personale

Cercetarea confirmă că personalitatea reprezintă axa centrală de vulnerabilitate în eșantionul clinic analizat. Obiectivul privind relația dintre PCF și severitate a fost atins integral, în timp ce obiectivele referitoare la coping, calitatea vieții și diferențele socio-demografice au fost atinse parțial. În ansamblu, rezultatele susțin un model în care severitatea jocului patologic de noroc se află într-o rețea de asocieri cu afectivitatea negativă, psihoticismul ca dimensiune de personalitate, instabilitatea emoțională, disfuncția sinelui, strategiile cognitive dezadaptative și suportul social.

Contribuțiile originale ale tezei sunt: descrierea unui eșantion clinic adult românesc cu joc patologic de noroc; utilizarea integrată a criteriilor DSM, PCF, CERQ și QOLI; evidențierea rolului personalității în severitate; demonstrarea relației selective dintre coping și severitate; arătarea faptului că QOLI este mai apropiat de personalitate și coping decât de severitatea DSM izolată; caracterizarea profilurilor PCF nevalide; și formularea unor direcții practice pentru evaluarea multidimensională a pacientului cu joc patologic de noroc.

Din perspectivă clinică, teza susține necesitatea unei evaluări care să includă nu doar criteriile diagnostice, ci și debutul jocului, tipurile de joc, frecvența, durata sesiunilor, urmărirea pierderilor, distorsiunile cognitive, reglarea emoțională, personalitatea, comorbiditățile, suicidalitatea, sprijinul social și calitatea vieții. Pentru prevenție, datele accentuează importanța debutului precoce și a expunerii tinerilor la forme rapide sau online de joc. Pentru terapie, rezultatele indică necesitatea integrării intervențiilor asupra personalității, reglării emoționale, restructurării cognitive, sprijinului familial și reconstrucției calității vieții.

Sinteza capitolelor tezei

Capitolul 1 descrie tulburarea jocului de noroc ca adicție comportamentală și clarifică schimbarea de paradigmă produsă prin DSM-5. În centrul analizei se află trecerea de la modelul impulsivității la modelul adictologic, în care pierderea controlului, craving-ul, întărirea comportamentală, urmărirea pierderilor și continuarea jocului în pofida

consecințelor negative alcătuiesc nucleul clinic al tulburării. Capitolul subliniază că diferențierea dintre joc recreațional, joc problematic și diagnostic psihiatric este esențială pentru cercetare, prevenție și comunicarea cu pacientul.

Același capitol integrează perspectiva epidemiologică și de sănătate publică. Datele internaționale arată că prevalența depinde de instrumente, praguri și contexte legislative, iar datele românești sunt încă insuficiente pentru populația adultă. Se evidențiază totuși debutul timpuriu al comportamentului de joc, ponderea ridicată a bărbaților în eșantioanele clinice și necesitatea unor studii naționale repetate, diferențiate pentru adulți și adolescenți. Teza argumentează că jocul de noroc trebuie înțeles în relație cu determinanții comerciali și sociali, nu doar cu decizia individuală.

Capitolul 2 dezvoltă argumentul conform căruia personalitatea, reglarea cognitiv-emoțională și funcționarea psihosocială sunt componente indispensabile ale profilului clinic. Personalitatea patologică este tratată drept dimensiune transdiagnostică, cu relevanță pentru vulnerabilitate, comorbiditate, severitate și relația terapeutică. Reglarea cognitiv-emoțională este discutată prin strategiile de ruminare, catastrofare, autovinovățire, învinovățirea altora, acceptare, reevaluare pozitivă și punere în perspectivă, iar calitatea vieții este descrisă ca indicator al poverii funcționale globale.

Capitolul 3 formulează rațiunea contribuției personale. Cercetarea pornește de la premisa că un scor DSM, deși necesar, nu poate surprinde suficient complexitatea pacientului cu joc patologic de noroc. Ipoteza generală și ipotezele de lucru sunt construite pentru a testa relațiile dintre severitate, personalitate, coping, calitatea vieții și variabile contextuale. Prin această structură, teza creează un cadru analitic coerent, în care rezultatele pot fi interpretate atât statistic, cât și clinic.

Capitolul 4 prezintă metodologia generală. Studiul este transversal, clinic și exploratoriu, cu eșantion recrutat dintr-un serviciu psihiatric specializat. Criteriile de includere și excludere delimitează un lot adult cu diagnostic confirmat, iar separarea eșantionului complet de subeșantionul PCF valid permite analize corecte psihometric. Instrumentele folosite acoperă mai multe niveluri: diagnosticul și severitatea, profilul de personalitate, copingul cognitiv-emoțional și satisfacția față de viață.

Capitolul 5 caracterizează eșantionul și comportamentul de joc. Participanții sunt predominant bărbați, majoritar adulți tineri și de vârstă medie, cu debut frecvent înaintea vârstei de 18 ani. Tipurile de joc dominante - pariuri sportive, poker online și slot-machines - sunt importante pentru prevenție, deoarece combină accesibilitate, ritm rapid, recompensă intermitentă și expunere socială. Durata mare a sesiunilor și frecvența ridicată

a jocului indică un lot clinic în care comportamentul este deja stabilizat și asociat cu afectare funcțională.

Capitolul 6 descrie profilul de personalitate evaluat prin PCF. Scorurile indică niveluri ridicate ale problemelor emoționale, comportamentale și cognitive, precum și o încărcare semnificativă pe dimensiuni dezadaptative. Capitolul are o valoare metodologică suplimentară deoarece discută profilurile nevalide PCF și arată că invaliditatea profilului nu trebuie interpretată automat ca rea-credință, ci poate reflecta distres, oboseală, dificultăți de înțelegere sau stil de răspuns inconsecvent.

Capitolul 7 analizează strategiile CERQ și calitatea vieții. Rezultatele arată că participanții folosesc simultan strategii considerate adaptative și dezadaptative, ceea ce impune interpretare calitativă. În contextul jocului de noroc, reevaluarea pozitivă poate avea valoare protectivă, dar poate deveni problematică atunci când justifică urmărirea pierderilor sau așteptarea unui câștig compensatoriu. QOLI arată o calitate a vieții predominant scăzută, confirmând că povara tulburării depășește simptomul de joc și afectează proiectele personale, relațiile, stima de sine și funcționarea globală.

Capitolul 8 reunește analizele inferențiale. Corelațiile Spearman și testele neparametrice indică o rețea de asocieri în care personalitatea are rol central. Severitatea se asociază cu tendințe psihopatologice, trăsături dezadaptative și disfuncționalitate a personalității; copingul contribuie prin strategiile de catastrofare, ruminare și învinovățire a altora; calitatea vieții se asociază selectiv cu personalitatea și copingul; iar sprijinul social perceput diferențiază clar nivelul severității. Capitolul susține ipoteza unui profil clinic multidimensional, nu a unui singur factor explicativ.

Capitolul 9 interpretează rezultatele într-o perspectivă clinică. Sunt propuse profiluri interpretative utile în formularea cazului: profil afectiv-negativ, impulsiv-dezinhibat, relațional-borderline, cognitiv-distortiv și social-izolat. Aceste profiluri nu sunt categorii diagnostice autonome, ci modele clinice orientative, derivate din integrarea rezultatelor. Capitolul propune și un algoritm de evaluare multidimensională, care poate ghida anamneza, selecția instrumentelor, identificarea riscului și planificarea intervenției.

Capitolul 10 sintetizează concluziile și contribuțiile personale. Teza arată că toate concluziile trebuie interpretate în limitele designului transversal și ale eșantionului clinic, fără inferențe cauzale și fără generalizare necritică la populația generală. În același timp, lucrarea oferă o contribuție originală pentru psihiatria românească prin caracterizarea unui lot adult cu joc patologic de noroc, prin utilizarea integrată a unor instrumente clinice și psihometrice și prin formularea unor direcții aplicabile în prevenție și terapie.

Implicații pentru prevenție și terapie

Pentru prevenție, rezultatele tezei susțin intervențiile timpurii, orientate către adolescenți și tineri adulți, mai ales în contextul debutului precoce observat în eșantion. Educația privind probabilitatea, hazardul, urmărirea pierderilor și iluzia controlului trebuie combinată cu limitarea expunerii minorilor la marketing și cu identificarea timpurie a persoanelor care folosesc jocul ca strategie de reglare emoțională. Prevenția eficientă nu poate fi redusă la mesajul generic al responsabilității individuale, ci trebuie să includă familia, școala, mediul digital și politicile de reglementare.

Pentru tratament, cercetarea indică necesitatea unei formulări clinice care să includă personalitatea și funcționarea sinelui. Pacientul cu afectivitate negativă accentuată poate avea nevoie de intervenții asupra toleranței la distres, rușinii și depresiei; pacientul cu impulsivitate și dezinhibiție are nevoie de bariere comportamentale și control al stimulilor; pacientul cu vulnerabilități borderline necesită stabilizarea relației terapeutice și evaluarea riscului suicidar; iar pacientul social-izolat are nevoie de reconstrucția suportului și a rutinei de viață.

O consecință practică importantă este aceea că succesul terapeutic nu ar trebui evaluat doar prin abstinență sau reducerea frecvenței jocului. Calitatea vieții, sprijinul social, funcționarea ocupațională, reducerea datoriilor, capacitatea de a tolera emoțiile negative și revenirea la activități cu sens sunt indicatori la fel de relevanți. În acest sens, teza propune o abordare în care intervenția psihiatrică, psihoterapeutică, familială și socială sunt complementare.

Gradul de atingere a obiectivelor de cercetare

Primul obiectiv, referitor la relația dintre profilul de personalitate și severitatea simptomatologiei, a fost atins integral. Analizele au arătat că tendințele psihopatologice generale evaluate prin PCF - probleme emoționale, comportamentale și cognitive - se asociază pozitiv cu severitatea jocului patologic de noroc. În același timp, majoritatea dimensiunilor dezadaptative și a trăsăturilor clinice au rămas semnificative după corecția Benjamini-Hochberg. Acest rezultat susține ideea că personalitatea nu este doar o variabilă secundară, ci un cadru de organizare a vulnerabilității clinice.

În cadrul aceluiași obiectiv, ipoteza privind tulburările de personalitate a fost susținută la nivel dimensional și categorial. Cele mai robuste asocieri au fost observate pentru trăsăturile borderline și schizotipale, urmate de trăsăturile dependente. Interpretarea clinică trebuie totuși să rămână prudentă: scalele PCF indică zone de vulnerabilitate și nu

substituie diagnosticul categorial de tulburare de personalitate, care presupune evaluare clinică longitudinală, stabilitate, pervazivitate și impact funcțional.

Obiectivul privind copingul cognitiv-emoțional a fost atins parțial. Strategiile dezadaptative de învinovățire a altora, catastrofare și ruminație au fost asociate cu severitatea, în timp ce autovinovățirea nu a rămas semnificativă după ajustarea pentru testări multiple. Dintre strategiile considerate adaptative, reevaluarea pozitivă, punerea în perspectivă și reorientarea pozitivă au fost asociate negativ cu severitatea. Acceptarea și refocalizarea pe planificare nu au prezentat relații semnificative. Această nuanțare este importantă, deoarece arată că utilitatea unei strategii depinde de contextul psihologic concret în care este folosită.

Obiectivul privind relația dintre personalitate, coping și calitatea vieții a fost atins parțial. Calitatea vieții nu s-a asociat direct și semnificativ cu scorul DSM de severitate, însă s-a asociat cu probleme emoționale și cognitive, emoționalitate negativă, trăsături din sfera submisivității, deprimării, timidității și excentricității, precum și cu indicatori ai funcționării sinelui. Din perspectiva copingului, catastrofarea s-a asociat negativ cu QOLI, iar acceptarea, reevaluarea pozitivă și refocalizarea pe planificare s-au asociat pozitiv. Acest pattern sugerează că povara funcțională este filtrată de personalitate și de modul de procesare cognitivă a evenimentelor negative.

Obiectivul referitor la diferențele de severitate în funcție de variabile socio-demografice și contextuale a fost atins parțial. Sexul, vârsta, nivelul educațional, venitul, mediul de rezidență și istoricul familial nu au diferențiat semnificativ severitatea în cadrul eșantionului. În schimb, starea civilă, statutul ocupațional și sprijinul social perceput au avut relevanță statistică și clinică. Cea mai clară diferență a apărut pentru sprijinul social perceput, ceea ce indică faptul că suportul relațional poate avea valoare protectivă sau de amortizare a severității.

În ansamblu, din cele 11 ipoteze de lucru formulate, o parte au fost susținute integral, o parte au fost susținute parțial, iar una nu a fost susținută. Această distribuție este importantă deoarece arată că rezultatele nu confirmă mecanic toate așteptările teoretice, ci descriu un profil clinic selectiv. Personalitatea a produs cele mai stabile asocieri, copingul a avut un rol diferențiat, iar calitatea vieții s-a dovedit mai apropiată de vulnerabilitățile psihologice și sociale decât de severitatea DSM izolată.

Valoarea originală a cercetării

Valoarea originală a tezei se sprijină pe caracterul clinic al eșantionului și pe integrarea mai multor instrumente într-un singur cadru interpretativ. În România, majoritatea datelor privind jocul patologic de noroc la adulți provin din sondaje, studii pe adolescenți sau observații clinice fragmentare. Această teză aduce date provenite dintr-un lot adult recrutat dintr-un serviciu psihiatric, cu severitate ridicată și cu evaluare multidimensională.

O contribuție distinctă este utilizarea PCF într-o cercetare privind adicția comportamentală. Instrumentul a permis analiza concomitentă a tendințelor psihopatologice, dimensiunilor dezadaptative, trăsăturilor specifice, funcționării sinelui și relațiilor și scalele categoriale de tulburare de personalitate. Această abordare a oferit o imagine mult mai fină decât ar fi permis o simplă scală de impulsivitate sau un singur scor global de personalitate.

Teza contribuie și prin integrarea copingului cognitiv-emoțional în interpretarea severității. Rezultatele arată că strategiile cognitive nu sunt doar variabile descriptive, ci pot indica mecanisme prin care pacientul menține jocul, justifică pierderile, gestionează rușinea sau se protejează de afectul negativ. Această contribuție are valoare terapeutică, deoarece susține intervenții care să exploreze nu doar comportamentul de joc, ci și felul în care pacientul își explică pierderile, eșecurile și speranța recuperării.

O altă contribuție este includerea calității vieții ca indicator major al poverii clinice. Într-o tulburare adesea măsurată prin criterii, bani pierduți sau frecvență, QOLI aduce în prim-plan satisfacția față de domeniile vieții și deteriorarea funcționării globale. Rezultatul conform căruia QOLI nu se corelează direct cu severitatea DSM, dar se asociază cu personalitatea și copingul, este clinic important: tratamentul trebuie să urmărească reconstrucția vieții pacientului, nu doar reducerea criteriilor.

Nu în ultimul rând, teza propune o punte între cercetare și practică. Algoritmul de evaluare multidimensională, profilurile clinice interpretative și recomandarea de a integra suportul social, familia și calitatea vieții oferă direcții concrete pentru psihiatria clinică. Aceste elemente nu sunt prezentate ca protocoale definitive, ci ca puncte de plecare pentru intervenții adaptate pacientului român cu joc patologic de noroc.

Limite metodologice și perspective

Principala limită a cercetării este designul transversal, care permite identificarea asocierilor, dar nu permite stabilirea cauzalității. O corelație între personalitate și severitate

nu demonstrează că trăsătura produce jocul patologic; ea poate reprezenta factor de vulnerabilitate, consecință a distresului, marker al comorbidității sau expresie a unui substrat psihopatologic comun. Din acest motiv, interpretarea rezultatelor păstrează constant distincția dintre asociere statistică și explicație etiologică.

O altă limită este predominanța masculină a eșantionului, compatibilă cu profilul clinic al pacienților care solicită tratament, dar restrictivă pentru generalizarea la femei. De asemenea, lotul clinic nu reprezintă populația generală a persoanelor care joacă jocuri de noroc, ci o categorie cu severitate ridicată, ajunsă în atenția serviciilor psihiatrice. Această limitare reduce aplicabilitatea populațională, dar crește relevanța pentru practica psihiatrică.

Direcțiile viitoare includ studii longitudinale, eșantioane mai mari și mai echilibrate pe sexe, grupuri de control, analize diferențiate pe tipuri de joc, compararea jocului online cu cel offline, evaluarea comorbidităților prin interviuri structurate complete și urmărirea răspunsului la intervenții. În plus, ar fi utilă dezvoltarea unei fișe clinice standardizate pentru evaluarea pacientului cu joc patologic de noroc, care să includă severitatea DSM, funcționarea personalității, copingul, calitatea vieții, suicidalitatea, datoriile și suportul social.

Model clinic derivat din rezultatele cercetării

Pe baza rezultatelor, teza propune un model clinic de evaluare în care diagnosticul DSM reprezintă doar punctul de plecare. Primul nivel al evaluării este cel comportamental și include vârsta debutului, tipul dominant de joc, frecvența, durata sesiunilor, urmărirea pierderilor, jocul ca răspuns la stres, ascunderea comportamentului și afectarea relațională sau ocupațională. Acest nivel permite clinicianului să înțeleagă patternul concret al comportamentului și stimulii care îl întrețin.

Al doilea nivel este cel psihopatologic și de personalitate. Rezultatele sugerează că afectivitatea negativă, instabilitatea emoțională, anxietatea de separare, deprimarea, disfuncțiile perceptive și trăsăturile borderline sau schizotipale trebuie explorate în mod sistematic. Aceste variabile pot indica nu doar severitate, ci și dificultăți în alianța terapeutică, risc de abandon, reactivitate la conflict, vulnerabilitate la rușine și risc suicidar. În acest sens, personalitatea devine o hartă pentru formularea cazului, nu o etichetă statică.

Al treilea nivel este cel al reglării cognitive și emoționale. Strategiile de ruminație, catastrofare și învinovățire a altora pot menține cercul vicios al jocului prin intensificarea afectului negativ și prin transferarea responsabilității. Strategiile aparent adaptative trebuie

interpretate atent: reevaluarea pozitivă este utilă atunci când ajută pacientul să învețe din experiență, dar poate deveni dezadaptativă dacă susține credința că pierderile pregătesc un câștig viitor. De aceea, interviul clinic trebuie să exploreze exemple concrete, nu doar scoruri.

Al patrulea nivel este cel funcțional. Calitatea vieții, relațiile, activitatea profesională, datoriile, rutina zilnică și activitățile cu sens oferă date care nu pot fi deduse automat din numărul criteriilor DSM. Într-un eșantion sever, aproape toți pacienții pot îndeplini criteriile diagnostice, dar pot diferi major în privința resurselor, suportului, rușinii, izolării și capacității de a iniția schimbarea. QOLI oferă tocmai această perspectivă asupra satisfacției de viață și a ariilor afectate.

Al cincilea nivel este cel social și relațional. Sprijinul social perceput s-a dovedit una dintre variabilele cu cea mai mare relevanță clinică. Pacientul care se simte izolat sau susținut insuficient poate folosi jocul pentru activare, apartenență, evitare sau compensare. În același timp, comportamentul de joc erodează încrederea familiei, produce conflicte și poate reduce și mai mult suportul disponibil. Intervenția trebuie, așadar, să includă familia sau rețeaua de sprijin ori de câte ori este posibil și etic.

Modelul propus are rol practic: îl ajută pe clinician să treacă de la diagnosticul formal la formularea individualizată a cazului. În loc să întrebe doar dacă pacientul îndeplinește criteriile DSM, evaluarea ar trebui să clarifice de ce joacă, ce emoții preced jocul, ce tip de recompensă caută, ce credințe îl mențin, ce resurse are, ce riscuri sunt prezente și ce obiective de viață pot fi reconstruite. Această tranziție de la diagnostic la formulare reprezintă una dintre mizele clinice ale tezei.

Transferabilitate și precauții de generalizare

Rezultatele sunt transferabile în primul rând către populații clinice adulte similare, cu severitate moderată sau ridicată și cu acces la servicii de psihiatrie. Ele nu trebuie folosite pentru estimarea prevalenței în populația generală și nu descriu întreaga varietate a persoanelor care joacă jocuri de noroc. Persoanele cu joc recreațional, cu risc scăzut sau cu probleme incipiente pot avea un profil diferit de cel observat într-un eșantion spitalicesc.

Transferabilitatea internațională este susținută de utilizarea unor constructe comparabile în literatura de specialitate: severitatea DSM, reglarea emoțională, copingul, calitatea vieții și funcționarea personalității. În același timp, instrumentul PCF are specificitate românească, ceea ce constituie atât un avantaj, prin adaptarea culturală, cât și

o limitare, prin necesitatea replicării în alte contexte și cu instrumente internaționale echivalente.

O precauție importantă privește interpretarea efectului de plafon al criteriilor DSM. În eșantioanele clinice severe, numărul criteriilor îndeplinite poate avea variabilitate redusă, ceea ce limitează capacitatea de a surprinde diferențe fine. Din acest motiv, severitatea ar trebui completată prin frecvență, durată, consecințe, funcționare, comorbiditate și calitatea vieții. Teza aduce un argument empiric pentru această evaluare extinsă.

O altă precauție privește relația dintre corelații și intervenție. Faptul că un scor se asociază cu severitatea nu înseamnă că modificarea acelui scor va reduce automat jocul. Totuși, asocierile indică zone clinice care merită explorate și pot orienta ipotezele terapeutice. În acest sens, rezultatele sunt cel mai bine utilizate ca suport pentru formularea clinică, nu ca algoritm rigid sau ca instrument de predicție individuală.

Bibliografie selectivă

1. Abbott MW. The epidemiology and impact of gambling disorder and other gambling-related harm: discussion paper developed for the WHO Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours, 26-28 June 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022.
3. Petry NM, Blanco C, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Crowley TJ, et al. An overview of and rationale for changes proposed for pathological gambling in DSM-5. J Gambl Stud. 2014;30(2):493-502.
4. Wardle H, Degenhardt L, Marionneau V, Reith G, Livingstone C, Sparrow M, et al. The Lancet Public Health Commission on gambling. Lancet Public Health. 2024;9(11):e950-e994.
5. Lupu V, Lupu IR. Romanian National Prevalence Study: problem and pathological gambling in children and adolescents. Clujul Med. 2018;91(4):435-440.
6. Lorains FK, Cowlishaw S, Thomas SA. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. Addiction. 2011;106(3):490-498.
7. Moreira D, Azeredo A, Dias P. Risk factors for gambling disorder: a systematic review. J Gambl Stud. 2023;39(2):483-511.
8. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. Addiction. 2002;97(5):487-499.
9. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Pers Individ Dif. 2001;30(8):1311-1327.
10. Frisch MB, Cornell J, Villanueva M, Retzlaff PJ. Clinical validation of the Quality of Life Inventory: a measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. Psychol Assess. 1992;4(1):92-101.
11. Bonfils NA, Aubin HJ, Benyamina A, Limosin F, Luquiens A. Quality of life instruments used in problem gambling studies: a systematic review and a meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2019;104:58-72.
12. Currie SR, Hodgins DC, Casey DM. Validity of the Problem Gambling Severity Index interpretive categories. J Gambl Stud. 2013;29(2):311-327.

13. Stinchfield R, Govoni R, Frisch GR. DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling: reliability, validity, and classification accuracy. Am J Addict. 2005;14(1):73-82.
14. Ioannidis K, Hook R, Wickham K, Grant JE, Chamberlain SR. Impulsivity in gambling disorder and problem gambling: a meta-analysis. Neuropsychopharmacology. 2019;44:1354-1361.
15. Cowlishaw S, Merkouris SS, Dowling NA, Rodda S, Suomi A, Thomas SL. Locating gambling problems across a continuum of severity: Rasch analysis of the Quinte Longitudinal Study. Addict Behav. 2019;92:32-37.
16. Browne M, Greer N, Rawat V, Rockloff M. A population-level metric for gambling-related harm. Int Gambl Stud. 2017;17(2):163-175.
17. **Ioniță I**, Mușat MI, Cătălin B, Ciobanu CA, Ciobanu AM. A systematic review of personality disorders in patients with gambling disorder. Clin Pract. 2026;16(1):15. doi:10.3390/clinpract16010015.
18. **Ioniță I**, Mușat MI, Cătălin B, Ciobanu AM. Assessment of cognitive emotion regulation in gambling disorder: a systematic review of the literature. Clin Pract. 2026;16(3):56. doi:10.3390/clinpract16030056.
19. **Ioniță I**, Mușat MI, Cătălin B, Lutescu DA, Ciobanu CA, Ciobanu AM. Exploratory associations of personality traits, cognitive emotion regulation, and quality of life with DSM-related symptom burden in gambling disorder. Clin Pract. 2026;16(7):122. doi:10.3390/clinpract16070122.
20. Williams RJ, Volberg RA, Stevens RMG. The population prevalence of problem gambling: methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends. Guelph (ON): Ontario Problem Gambling Research Centre; 2012.

LISTA CU LUCRĂRILE ȘTIINȚIFICE PUBLICATE

Articole publicate in extenso ca rezultat al cercetării doctorale

1. **Ioniță I**, Mușat MI, Cătălin B, Ciobanu CA, Ciobanu AM, A systematic review of personality disorders in patients with gambling disorder, Clinics and Practice, 2026, 16(1), 15, p. 1-16, FI - 2,8/2025, Q1.

   Acest studiu este cuprins în capitolul 1, pag. 5-12; capitolul 2, pag. 16-24
   https://doi.org/10.3390/clinpract16010015,

   https://www.mdpi.com/2039-7283/16/1/15

2. **Ioniță I**, Mușat MI, Cătălin B, Ciobanu AM, Assessment of cognitive emotion regulation in gambling disorder: a systematic review of the literature, Clinics and Practice, 2026, 16(3), 56, p. 1-19, FI - 2,8/2025, Q1.

   Acest studiu este cuprins în capitolul 1, pag. 5-12; capitolul 2, pag. 16-24
   https://doi.org/10.3390/clinpract16030056,

   https://www.mdpi.com/2039-7283/16/3/56

3. **Ioniță I**, Mușat MI, Cătălin B, Lutescu DA, Ciobanu CA, Ciobanu AM, Exploratory associations of personality traits, cognitive emotion regulation, and quality of life with DSM-related symptom burden in gambling disorder, Clinics and Practice, 2026, 16(7), 122, p. 1-20, FI - 2,8/2025, Q1.

   Acest studiu este cuprins în capitolele 3-10, pag. 26-109
   https://doi.org/10.3390/clinpract16070122,

   https://www.mdpi.com/2039-7283/16/7/122