

Școala doctorală în domeniul Științe medicale

Cu titlu de manuscris

C.Z.U: 616.89-008.454:316.64:159.9(043.2).

EȘANU Andrei

**FACTORII CLINICO-SOCIALI ÎN DEZVOLTAREA
FENOMENULUI DE STIGMA ÎN DEPRESIE**

**PROGRAMUL DE DOCTORAT 321.06 – PSIHIATRIE ȘI
NARCOLOGIE**

Rezumatul tezei de doctor în științe medicale

Chișinău, 2025

Teza a fost elaborată în cadrul Catedrei de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie „Alexandru Nacu” a USMF ”Nicolae Testemițanu”

Conducător

Chihai Jana,
dr. hab. șt. med., conf. univ.



semnătura

Conducător prin cotutelă

Spinei Larisa,
dr. hab. șt. med., prof. univ.



semnătura

Membrii comisiei de îndrumare:

Nacu Anatolie
dr. hab. șt. med., prof. univ.



semnătura

Cărăușu Ghenadie
dr. hab. șt. med., conf. univ.



semnătura

Deliv Inga
dr. șt. med., conf. univ.



semnătura

Susținerea va avea loc pe 29 aprilie 2026 la ora 15:00 în incinta USMF ”Nicolae Testemițanu”, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, biroul 204 în ședința Comisiei de susținere publică a tezei de doctor, aprobată prin decizia Consiliului Științific al Consorțiului nr. 76 din 12.11.2025.

Componența Comisiei de susținere publică a tezei de doctor:

Lisnic Vitalie
dr. hab. șt. med., prof. univ.,
președinte

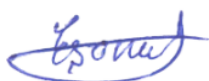


semnătura

Chihai Jana
dr. hab. șt. med., conf. univ., conducător de doctorat
Spinei Larisa
dr. hab. șt. med., prof. univ., conducător prin cotutelă
Nacu Anatolie

dr. hab. șt. med., prof. univ., referent
Băcilă Ionuț Ciprian,
dr. șt. med., conf. univ., referent
Dobrin Romeo Petru
dr. șt. med., conf. univ., referent

Autor
Eșanu Andrei



semnătura

CUPRINS

INTRODUCERE	3
MATERIALE ȘI METODE	7
REZULTATELE CERCETĂRII PRIVIND RELAȚIA DINTRE DEPRESIE, FACTORI SOCIALI ȘI STIGMATIZARE	10
DISCUȚII ASUPRA REZULTATELOR ÎN RAPORT CU LITERATURA ȘTIINȚIFICĂ PRIVIND DEPRESIA ȘI STIGMATIZAREA.....	17
CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI	22
BIBLIOGRAFIE	24
LISTA PUBLICAȚIILOR ȘI PARTICIPĂRIILOR LA FORUMURI ȘTIINȚIFICE	27
ADNOTARE	30
ANNOTATION.....	31

INTRODUCERE

Context general

Depresia reprezintă o tulburare mentală frecventă caracterizată printr-o tristețe persistentă, pierderea interesului și a plăcerii pentru activități care anterior erau considerate plăcute, precum și o scădere a energiei și a motivației [1]. Aceasta poate afecta semnificativ funcționarea individului în diverse arii ale vieții, inclusiv la locul de muncă, în relațiile interpersonale și în plan personal. Dincolo de impactul clinic sever, persoanele cu depresie se confruntă adesea cu un fenomen complex și dăunător: stigma [2].

Stigma asociată depresiei

Stigma se manifestă prin atitudini negative, prejudecăți și discriminare din partea societății față de persoanele diagnosticate cu depresie[3]. Aceste atitudini pot fi alimentate de o serie de factori, precum lipsa de informare corectă cu privire la natura și cauzele depresiei, precum și de miturile și stereotipurile care circulă în societate [4]. De exemplu, persoanele cu depresie pot fi percepute ca fiind slabe, incapabile să facă față provocărilor vieții sau chiar periculoase. Această stigmă poate avea consecințe grave pentru persoanele afectate, determinându-le să își ascundă simptomele, să evite să ceară ajutor de specialitate sau să se confrunte cu discriminare în diverse contexte sociale, precum cel profesional sau educațional [5]. Înțelegerea factorilor care contribuie la dezvoltarea fenomenului de stigma în rândul persoanelor cu depresie este esențială pentru a putea aborda această problemă și îmbunătăți calitatea vieții acestora [6].

Relevanța temei

Depresia reprezintă o problemă de sănătate publică majoră la nivel global, afectând un număr semnificativ de persoane și generând costuri sociale și economice considerabile[7]. Această tulburare se caracterizează printr-o tristețe persistentă, pierderea interesului pentru activități care odinioară erau plăcute, sentimente de vinovăție și inutilitate, tulburări de somn și apetit, dificultăți de concentrare și chiar gânduri suicidare [8]. Impactul depresiei este amplificat de faptul că multe persoane afectate nu apelează la specialiști pentru diagnostic și tratament. Această reticență este cauzată, în mare parte, de stigma asociată cu tulburările mintale, inclusiv cu depresia [9].

Stigma acționează ca o barieră semnificativă în calea accesării serviciilor de sănătate mintală, determinând persoanele cu depresie să amâne sau să evite complet solicitarea ajutorului de specialitate de teama etichetării negative, a discriminării și a excluderii sociale [10]. Un procent semnificativ de persoane cu tulburare depresivă majoră (76%) raportează stigma internalizată, ceea ce afectează negativ stima de sine și aderența la tratament [11]. Stigma internalizată este asociată cu sentimente de lipsă de speranță și o stimă de sine scăzută, aspecte des întâlnite în rândul celor care suferă de depresie [12]. Mai mult, persoanele cu depresie internalizează adesea percepțiile negative ale societății, dezvoltând o imagine de sine scăzută și sentimente de rușine și vinovăție, ceea ce le determină să se izoleze și să se retragă social. Persoanele depresive se simt adesea neînțelese de societate, ceea ce conduce la sentimentul de vinovăție pentru faptul că nu se ridică la nivelul așteptărilor sociale și la dorința de a ascunde starea lor [13]. Procesarea cognitivă a feedbackului social este frecvent distorsionată, cei afectați de depresie respingând feedbackul pozitiv, ceea ce întărește percepțiile negative despre sine [14].

Cercetările indică o corelație directă între imaginea de sine negativă și intensificarea simptomelor depresive, sugerând că percepția de sine joacă un rol crucial în sănătatea mintală [15]. Astfel, imaginea negativă despre sine și stigma internalizată contribuie semnificativ la agravarea depresiei și la dificultățile de aderare la tratament. Toate acestea conduc la dificultăți în menținerea locului de muncă, a relațiilor interpersonale și a calității vieții în general. Cercetările arată că stigma internalizată duce la scăderea stimei de sine și a speranței, factori esențiali pentru recuperare și integrarea socială. Un studiu a constatat că stima de sine și autoeficacitatea sunt predictive pentru stigma internalizată, sugerând că îmbunătățirea acestor factori ar putea crește aderența la tratament [16].

Stigma internalizată este asociată cu o scădere a calității vieții, în special în domeniile psihologic și social [17]. La pacienții cu depresie, un nivel mai ridicat al stigmei se corelează cu simptome mai severe și o calitate a vieții mai scăzută, subliniind necesitatea intervențiilor care vizează reducerea stigmei [18].

Deși stigma internalizată prezintă provocări semnificative, abordarea acesteia prin intervenții țintite poate spori stima de sine și rezultatele tratamentului, îmbunătățind astfel calitatea vieții. Cu toate acestea, unii argumentează că impactul stigmei poate varia în funcție de diferitele tulburări de sănătate mintală, necesitând abordări personalizate pentru o gestionare eficientă [19]. Prin urmare, pentru a putea aborda în mod eficient depresia la nivel individual și social, este esențial să înțelegem factorii care contribuie la dezvoltarea și persistența fenomenului de stigma asociat acestei tulburări [20]. Astfel, cercetarea propusă este deosebit de relevantă deoarece abordează o problemă de sănătate publică stringentă, aducând în prim-plan legătura complexă dintre depresie și stigmă. Cercetarea oferă o analiză aprofundată a factorilor care contribuie la stigma în depresie, inclusiv a diferențelor dintre stigma personală și stigma percepută [20].

Este esențial să analizăm în detaliu atât factorii clinici, cum ar fi severitatea depresiei, o severitate mai mare se corelează cu niveluri crescute de stigmatizare [19,21], durata simptomelor, o durată mai lungă fiind asociată cu un nivel mai ridicat de stigmatizare internalizată [11] precum și comorbiditățile asociate - prezența altor probleme de sănătate mintală asociate agravează experiențele de stigmatizare, [21] cât și factorii sociali, precum vârsta, sexul - vârsta înaintată și faptul de a fi femeie sunt asociate cu o stigmatizare percepută mai mare, [11,19] nivelul de educație, statutul socioeconomic - nivelurile mai ridicate de educație reduc stigmatizarea internalizată, în timp ce un statut socioeconomic scăzut poate amplifica stigmatizarea [21], lipsa sprijinului social este un predictor semnificativ al unor niveluri mai ridicate de stigmatizare, [19] pentru a putea înțelege mai bine factorii asociați cu stigmatizarea depresiei. Această abordare

holistică ne va permite să identificăm cu mai multă precizie vulnerabilitățile și barierele specifice cu care se confruntă persoanele cu depresie în ceea ce privește accesul la tratament și integrarea socială [11].

Informațiile obținute în urma acestei cercetări pot sta la baza elaborării unor strategii eficiente de combatere a stigmei, facilitând accesul la servicii de sănătate mintală pentru persoanele afectate de depresie. În concluzie, cercetarea propusă are potențialul de a genera o schimbare pozitivă în viețile persoanelor cu depresie, contribuind la o mai bună înțelegere a acestei tulburări și la crearea unui mediu social mai tolerant și mai incluziv.

Scopul cercetării

Analiza corelațiilor dintre factorii clinici și sociali și fenomenul de stigma în depresie, prin evaluarea asocierii dintre severitatea depresiei și nivelurile de stigma, precum și a corelațiilor cu factorii socio-demografici, în vederea dezvoltării unor strategii educaționale destinate reducerii stigmatizării.

Obiectivele cercetării

1. Examinarea literaturii de specialitate pentru a identifica principalele concepte, modele teoretice și evidențe privind relația dintre depresie și stigmatizare.
2. Analiza asocierilor dintre factorii sociali și clinici (vârstă, sex, educație, statut socioeconomic, comorbidități, sprijin social) și nivelurile de depresie.
3. Analiza asocierilor dintre factorii clinici și sociali (vârstă, sex, educație, statut socioeconomic, comorbidități, sprijin social) și nivelurile de stigma.
4. Compararea stigmei personale și a stigmei percepute pentru a evalua diferențelor dintre stigma personală și stigma percepută la persoanele cu depresie.
5. Analiza corelației dintre nivelul de severitate a depresiei și nivelul de stigma în rândul participanților.
6. Elaborarea unui set de materiale educaționale bazate pe datele obținute și facilitarea integrării acestora în programele curriculare universitare din domeniul sănătății, în scopul reducerii stigmatizării asociate depresiei.

Materiale și metode de cercetare. Aceasta va fi o cercetare cantitativă, desfășurată pe un eșantion reprezentativ de participanți cu depresie. Vor fi colectate date socio-demografice (vârstă, sex, nivel de educație, situație profesională, etc.) și date clinice, iar nivelurile de depresie și stigma vor fi evaluate utilizând scale validate științific, precum Chestionarul de Sănătate al Pacientului (Patient Health Questionnaire - PHQ-9) și Scala de Stigmă a Depresiei (Depression Stigma Scale - DSS). Vor fi realizate analize statistice pentru a investiga corelațiile și diferențele între variabile, precum și modelele predictive ale stigmei și depresiei.

Cercetarea propusă, utilizând metode statistice, corelative și predictive, își propune să analizeze complexa relație dintre depresie și stigma, cu accent pe influența factorilor clinici și sociali. Aceste metode sunt esențiale pentru identificarea corelațiilor. Analiza statistică, prin intermediul softului SPSS 24, va permite identificarea și cuantificarea corelațiilor dintre severitatea depresiei, măsurată prin instrumente precum PHQ-9, nivelul de stigma, evaluat prin scale precum DSS, și o serie de factori clinici și sociali (vârstă, sex, educație, statut socioeconomic, sprijin social). Prin modelare econometrică, se pot elabora predicții privind impactul factorilor identificați asupra nivelului de stigma. Aceste predicții pot ghida dezvoltarea unor intervenții țintite și eficiente. Utilizarea metodelor statistice avansate va permite analiza complexă a datelor, identificând tendințe relevante pentru înțelegerea relației dintre depresie, stigma și factorii asociați. Studiul a fost aprobat de Comisia de Etică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu. Toți participanții au semnat consimțământul informat înainte de includerea în studiu..

Datele au fost colectate anonim și stocate într-o bază de date securizată pentru a proteja confidențialitatea participanților.

Cuvinte cheie: Depresie, stigma, stigma percepută, stigma personală, sănătate mintală, factori sociali, factori clinici, sprijin social.

MATERIALE ȘI METODE

Studiul de față este un studiu transversal, de tip observațional, cu scopul de a analiza relația dintre severitatea depresiei și stigmatizarea asociată cu aceasta, precum și influența factorilor sociodemografici asupra nivelului de stigmatizare și depresie. Studiul s-a desfășurat pe o perioadă de 12 luni, colectând date de la un eșantion reprezentativ de pacienți cu depresie.

Participanții au fost incluși în baza unui proces de screening utilizând chestionarul PHQ-2. Pacienții care au obținut un scor relevant la PHQ-2 au fost ulterior evaluați cu chestionarul PHQ-9 pentru confirmarea depresiei și determinarea severității acesteia.

Tabel 1. Structura metodologică a studiului

Etapa	Descriere
<i>Tipul studiului</i>	Studiu transversal, observațional
<i>Perioada desfășurării</i>	12 luni
<i>Selecția participanților</i>	Screening PHQ-2, confirmare PHQ-9
<i>Instrumente de evaluare</i>	PHQ-9 pentru depresie, DSS pentru stigmatizare
<i>Dimensiunea eșantionului</i>	Calculat utilizând formula Cochran, 460 participanți
<i>Colectarea datelor</i>	Chestionare administrate față-în-față
<i>Analiza datelor</i>	Corelații Pearson, test t, regresie multiplă
<i>Aprobări etice</i>	Aprobat de Comisia de Etică USMF, consimțământ informat

Criteriile de includere au fost:

- Scor pozitiv la screening-ul PHQ-2, indicând prezența simptomelor depresive.
- Acordul de a participa la studiu, prin semnarea consimțământului informat.

Criteriile de excludere au fost:

- Prezența altor tulburări psihotice sau neurologice severe.
- Incapacitatea de a completa chestionarele din cauza unor bariere cognitive sau de limbaj.

Această abordare a permis identificarea participanților cu simptome depresive relevante, fără a se baza exclusiv pe un diagnostic clinic formal de depresie.

Pentru calcularea dimensiunii eșantionului de pacienți au fost luați în considerare următorii parametri:

- Dimensiunea populației (N): Populația Republicii Moldova
- Nivel de încredere (Z): 95% ($Z = 1,96$)
- Marja de eroare (E): 0,05 (5%)
- Proporția estimată (p): 0,5 (presupunând variabilitate maximă)

Utilizarea formulei lui Cochran pentru calculul dimensiunii eșantionului

1. Dimensiunea inițială estimată a eșantionului a fost de: 384,16
2. După ajustarea pentru abandonuri și constrângeri practice (20%), dimensiunea finală a eșantionului a fost stabilită la: $384 \times 1,2 = 460$

Pe baza calculului mărimii eşantionului, trebuie să includem 460 de pacienți în studiu pentru a asigura validitatea statistică.

Datele au fost colectate prin intermediul unor chestionare administrate față-în-față. Chestionarele au inclus evaluări ale severității depresiei și stigmei asociate, precum și factori sociodemografici relevanți.

Severitatea depresiei a fost măsurată folosind chestionarul PHQ-9, un instrument validat pentru evaluarea simptomelor depresive și a gravității acestora. Scorurile PHQ-9 au fost utilizate pentru a clasifica participanții în funcție de severitatea depresiei (ușoară, moderată, severă).

Depression Stigma Scale a fost utilizată în acest studiu pentru a evalua nivelul de stigmatizare asociat depresiei în rândul participanților. Această scală măsoară atât stigma personală, cât și stigma percepută, furnizând o perspectivă detaliată asupra modului în care indivizii privesc depresia și cum percep atitudinile societății față de această afecțiune.

DSS este alcătuită din două subscale principale: Stigma personală – Această componentă evaluează atitudinile și credințele personale ale participanților față de persoanele care suferă de depresie. Întrebările din această secțiune sunt concepute pentru a reflecta stereotipurile și prejudecățile individuale legate de depresie. Stigma percepută – Această subscală măsoară modul în care participanții cred că societatea privește persoanele cu depresie.

Fiecare item din cadrul scalei este evaluat pe o scală Likert de la 1 la 5, unde 1 reprezintă dezacord total și 5 reprezintă acord total. Itemii includ afirmații precum: „Persoanele cu depresie sunt slabe” sau „Majoritatea oamenilor ar evita să se asocieze cu cineva care a avut depresie”.

Scorurile DSS oferă o măsură cuprinzătoare a stigmatizării, permițând analiza comparativă a stigmei personale și a celei percepute. În acest studiu, scorurile mai mari au indicat o atitudine mai stigmatizantă. În plus, DSS a fost utilizată pentru a investiga relația dintre stigmatizare și alți factori clinico-sociali analizați în studiu, cum ar fi severitatea depresiei, sprijinul social și nivelul de educație. Astfel, acest instrument a contribuit la înțelegerea profundă a modului în care stigmatizarea influențează experiențele persoanelor cu simptome depresive și la conturarea unor direcții viitoare de intervenție pentru reducerea stigmatizării.

Factori demografici și clinici: date despre vârstă, sex, nivel de educație, statut socioeconomic, comorbidități medicale și sprijinul social au fost colectate folosind un chestionar structurat. Datele colectate au fost analizate utilizând software-ul SPSS, versiunea 24. Pentru a răspunde la obiectivele cercetării, au fost efectuate următoarele analize statistice:

Corelația dintre severitatea depresiei și stigmatizare: S-a utilizat coeficientul de corelație Pearson pentru a evalua relația dintre scorurile PHQ-9 și cele obținute din evaluările stigmatizării (DSS-Personal și DSS-Perceived). Analiza a fost stratificată pentru a examina diferențele în funcție de severitatea depresiei. Compararea stigmei personale și percepute: S-a realizat un test t pentru eşantioane dependente pentru a compara scorurile medii ale stigmei personale și stigmei percepute. De asemenea, s-au utilizat teste de regresie liniară multiplă pentru a identifica factorii care influențează cele două tipuri de stigmatizare.

Influența factorilor sociodemografici asupra stigmatizării și depresiei: Analize de regresie multiplă au fost efectuate pentru a evalua influența vârstei, sexului, educației, statutului socioeconomic, comorbidităților și sprijinului social asupra nivelului de stigmatizare și severitate a depresiei. Rezultatele au fost raportate sub formă de coeficienți de regresie, ajustați pentru variabilele de interes.

Analiza subgrupurilor: Pentru a explora efectele variabilelor categorice (de exemplu, sexul, nivelul educației), s-au utilizat teste ANOVA și Chi-pătrat. Compararea rezultatelor în funcție de aceste variabile a permis evaluarea diferențelor între grupuri.

Studiul a fost aprobat de Comisia de Etică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu. Toți participanții au semnat consimțământul informat înainte de includerea în studiu. Datele au fost colectate anonim și stocate într-o bază de date securizată pentru a proteja confidențialitatea participanților.

REZULTATELE CERCETĂRII PRIVIND RELAȚIA DINTRE DEPRESIE, FACTORI SOCIALI ȘI STIGMATIZARE

Distribuția geografică. Participanții la acest studiu au fost selectați din 10 unități administrative ale Republicii Moldova, incluzând raioanele Drochia, Sîngerei, Bălți, Călărași, Strășeni, Orhei, Chișinău, Ialoveni și Ștefan Vodă. Selecția unităților administrative a fost realizată printr-un proces de randomizare stratificată, având ca scop asigurarea unei reprezentativități echilibrate între zonele urbane și rurale. Raioanele au fost selectate aleatoriu dintr-o listă de unități administrative eligibile, fiind stratificate în funcție de nivelul de urbanizare, accesul la servicii de sănătate mintală și factori socio-economici. Această metodă a permis obținerea unui eșantion echilibrat și reprezentativ pentru analiza stigmatizării depresiei. Regiunile incluse acoperă atât medii urbane mari (Chișinău, Bălți), cât și zone semi-urbane și rurale, unde percepțiile asupra sănătății mintale pot fi influențate de factori culturali și de accesibilitatea serviciilor specializate. Selectarea raioanelor a avut în vedere prezența Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală, permițând analiza impactului acestora asupra gradului de stigmatizare. Randomizarea a contribuit la reducerea potențialelor biasuri în includerea în studiu a participanților, sporind validitatea externă a rezultatelor.

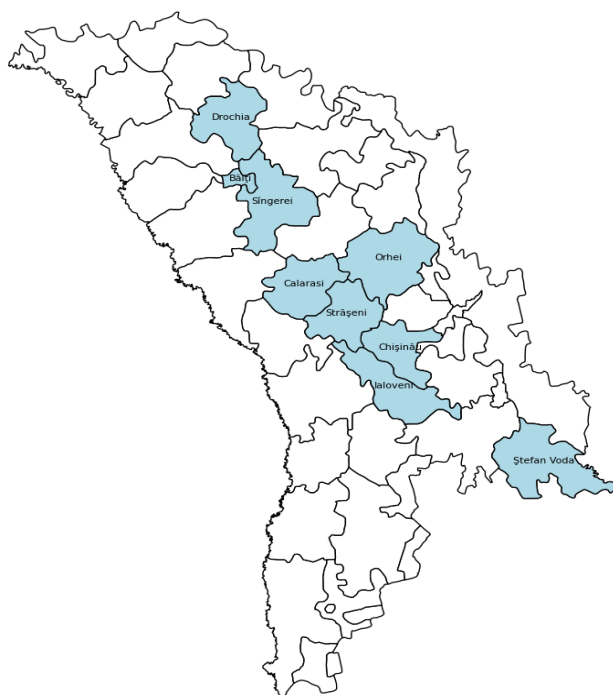


Figura 3. Distribuția geografică a participanților

Această hartă ilustrează unitățile administrative din Republica Moldova care au fost incluse în studiu. Unitățile evidențiate în albastru indică raioanele și municipiile participante.

Compararea stigmatizării percepute în funcție de severitatea depresiei

Figura 20 prezintă rezultatele comparării stigmatizării percepute (DSS_P_perceput) între

grupurile de participanți cu diferite niveluri de depresie, conform scorurilor PHQ-9.

Graficul boxplot din partea stângă arată că:

- Participanții fără depresie (Lipsa) au valori mai scăzute ale stigmatizării percepute, cu o variabilitate mai mare.
- Persoanele cu depresie ușoară prezintă un nivel ușor crescut de stigmatizare, dar similar cu cel al grupului fără depresie.
- Participanții cu depresie moderată și severă raportează niveluri semnificativ mai ridicate de stigmatizare percepută, cu o mediană clar mai mare comparativ cu celelalte grupuri.
- Depresia severă este asociată cu cele mai ridicate valori de stigmatizare percepută.

Matricea de comparații între grupuri (dreapta) ilustrează semnificația statistică a diferențelor dintre loturi, care prezintă diferențe semnificative între grupuri (Heatmap-ul Valorilor p):

- Valorile p ajustate sunt extrem de mici (< 0.05) pentru majoritatea comparațiilor, indicând diferențe semnificative între grupuri.
- Diferențele dintre lipsa depresiei și toate formele de depresie sunt semnificative ($p < 1e-08$), confirmând că nivelul de depresie influențează stigmatizarea percepută.
- Există diferențe și între depresia moderată și severă ($p = 0.00029$), sugerând o creștere progresivă a stigmatizării percepute odată cu severitatea depresiei.

Stigmatizarea percepută crește progresiv pe măsură ce severitatea depresiei crește, ceea ce sugerează că persoanele cu depresie mai severă resimt un nivel mai ridicat de stigmatizare socială. Diferențele dintre grupuri sunt statistic semnificative, ceea ce indică o relație clară între depresie și percepția stigmatizării.

Aceste rezultate susțin necesitatea unor intervenții de reducere a stigmatizării pentru persoanele cu depresie, în special pentru cei cu forme moderate și severe ale tulburării.

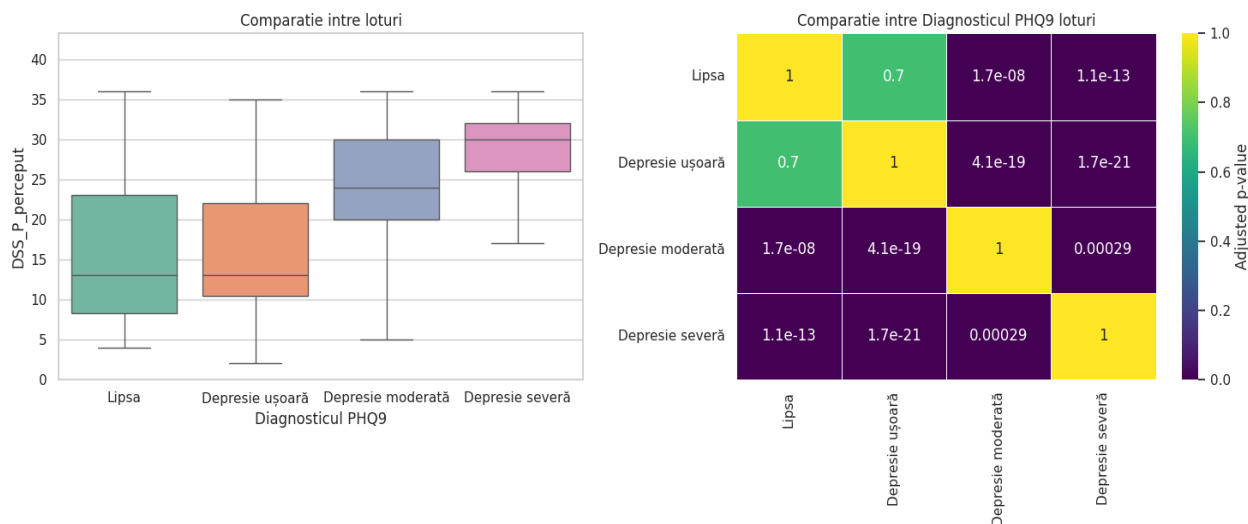


Figura 20. Compararea stigmatizării percepute (DSS_P_percept) în funcție de severitatea depresiei

Figura 23 prezintă media scorurilor DSSa pentru diferite afirmații despre depresie, ordonate descrescător.

Afirmațiile cu cel mai ridicat scor (stigmatizare mai mare):

- „Nu aş angaja pe cineva care a fost depresiv”
- „Depresia nu e o boală reală”
- „Depresia este un semn de slăbiciune”

- „Nu aş vota un politician care a fost depresiv”

Aceste afirmații reflectă stigmatizarea socială și profesională a depresiei, sugerând că participanții au rețineri în a considera persoanele cu depresie drept apte pentru roluri de muncă sau conducere.

Afirmațiile cu scoruri medii

- „Persoanele cu depresie sunt imprevizibile”
- „Depresia poate fi depășită cu voință”

Aceste credințe implică lipsa de înțelegere a naturii depresiei, fie prin percepția că depresia duce la comportamente instabile, fie prin ideea că aceasta poate fi depășită exclusiv prin forță mentală.

Afirmațiile cu cel mai mic scor (dar încă semnificative)

- „Persoanele cu depresie sunt periculoase”
- „Nu aş spune nimănui că am depresie”
- „E mai bine să evit persoanele depressive”

Deși aceste afirmații au scoruri ușor mai reduse, ele indică o tendință de izolare și evitarea persoanelor cu depresie, ceea ce poate amplifica stigmatizarea și auto-stigmatizarea.

Aceste rezultate ne sugerează că cele mai mari niveluri de stigmatizare sunt asociate cu dimensiunile sociale și profesionale, indicând o percepție negativă asupra capacității persoanelor depressive de a lucra sau de a deține funcții publice. Mitul conform căruia depresia nu este o boală reală și că poate fi depășită cu voință este încă prezent, ceea ce sugerează nevoia de educație despre sănătatea mintală. Auto-stigmatizarea este vizibilă în afirmații precum „Nu aş spune nimănui că am depresie”, ceea ce poate explica rată redusă de căutare a ajutorului profesional. Intervențiile anti-stigmă trebuie să vizeze în mod special miturile despre depresie ca slăbiciune personală și să reducă teama de discriminare în locul de muncă și în societate.

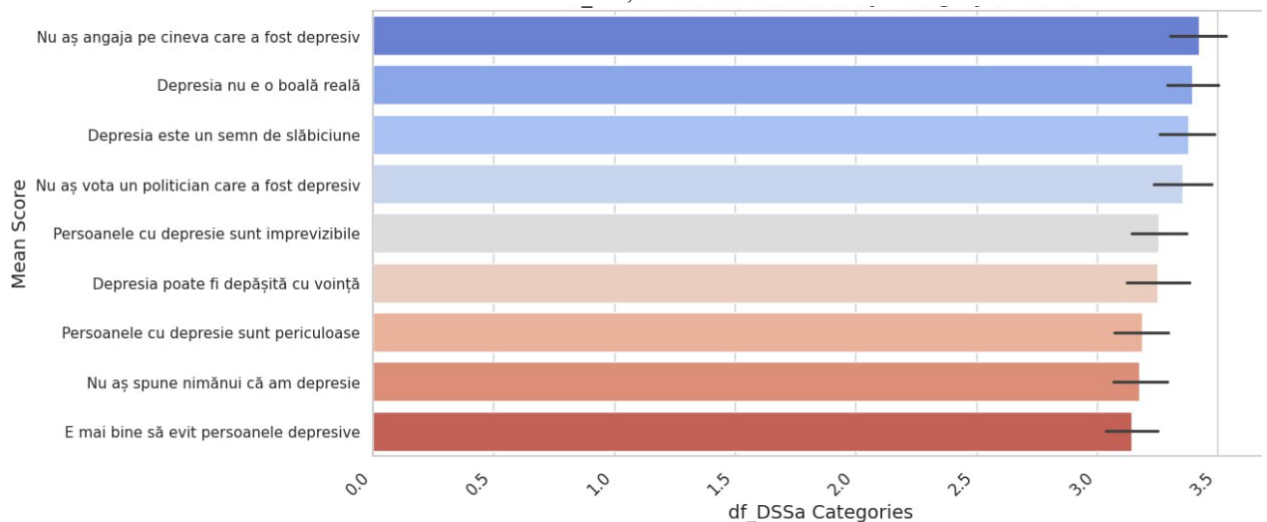


Figura 23. Media scorurilor DSSa pentru diferite afirmații despre depresie

Compararea scorurilor de stigmatizare personală și percepută în funcție de activitatea profesională

Analiza scorurilor DSS-Personal (stigmatizare personală) și DSS-Perceput (stigmatizare percepută) în funcție de activitatea profesională oferă o perspectivă asupra modului în care diferitele categorii socio-profesionale resimt și percep stigmatizarea asociată tulburărilor mintale.

Rezultatele acestei analize indică faptul că activitatea profesională influențează atât

percepția stigmatizării sociale, cât și internalizarea acesteia. Șomerii și pensionarii sunt mai vulnerabili la stigmatizare, în timp ce studenții și angajații cu jumătate de normă par mai protejați. Diferențele semnificative între percepția și internalizarea stigmatizării sugerează că factorii contextuali, precum mediul educațional și profesional, pot juca un rol important în reducerea impactului stigmatizării asupra individului.

Aceste observații subliniază importanța unor intervenții adaptate pentru diferite categorii socio-profesionale, cu scopul de a reduce atât percepția socială a stigmatizării, cât și internalizarea acesteia.

Compararea scorurilor de stigmatizare personală și percepută în funcție de nivelul de educație finalizat

Nivelul de educație este un factor important în percepția și internalizarea stigmatizării. Analiza scorurilor DSS-Personală (stigmatizare personală) și DSS-Percepută (stigmatizare percepută) în funcție de ultimul nivel de educație finalizat oferă o perspectivă asupra modului în care educația influențează experiențele stigmatizării. În Figura 35 și Figura 36, sunt prezentate distribuțiile scorurilor DSS-Personală și DSS-Percepută pentru categoriile de educație analizate: 4 clase, 12 clase (fără bacalaureat), 12 clase (cu bacalaureat), colegiu și universitate/licență/masterat (U/L/M).

Analizând, se observă că există un pattern comun între stigmatizarea personală și percepută – persoanele cu studii inferioare au scoruri mai mari în ambele dimensiuni. Diferențele semnificative între grupuri indică faptul că educația nu doar reduce percepția stigmatizării sociale, dar ajută și la evitarea internalizării acesteia. Se poate observa o discrepanță între percepția stigmatizării și internalizarea ei în rândul celor cu studii medii, ceea ce poate indica o conștientizare a fenomenului, dar nu neapărat o internalizare profundă a stigmatizării.

Rezultatele evidențiate confirmă faptul că nivelul de educație influențează atât percepția socială a stigmatizării, cât și internalizarea acesteia. Persoanele cu studii inferioare resimt și percep mai mult stigmatizarea, în timp ce cei cu studii superioare par mai protejați împotriva acestor fenomene. Aceste constatări sugerează importanța programelor educaționale și campaniilor de conștientizare pentru reducerea stigmatizării în rândul persoanelor cu un nivel scăzut de educație.

Compararea scorurilor de stigmatizare personală și percepută în funcție de statutul marital

Statutul marital este un factor socio-demografic care poate influența percepția și internalizarea stigmatizării. Analiza scorurilor DSS-Personal și DSS-Perceput în funcție de acest factor prezintă distribuția scorurilor în raport cu următoarele categorii: concubini, căsătoriți (cu și fără soț/soție în casă), divorțați, văduvi și necategorizați.

Distribuția scorurilor DSS-Personal indică variații moderate între grupurile analizate. Aceste date sugerează că stigmatizarea percepută este influențată de schimbările în statutul marital, iar divorțul și văduvia sunt asociate cu o percepție mai mare a stigmatizării sociale. Se observă următoarele aspecte: persoanele văduve și divorțate au scoruri ridicate în ambele dimensiuni ale stigmatizării, ceea ce indică atât internalizarea stigmatizării, cât și percepția crescută a discriminării sociale. Persoanele căsătorite par a fi cele mai protejate, având cele mai scăzute scoruri DSS-Personal și DSS-Perceput. Discrepanța între stigmatizarea percepută și cea personală la persoanele necategorisite sugerează că, deși pot percepe o anumită stigmatizare din exterior, nu o internalizează la fel de profund.

Rezultatele prezentate indică faptul că statutul marital joacă un rol important în percepția și internalizarea stigmatizării. Persoanele divorțate și văduve sunt cele mai afectate de stigmatizare,

în timp ce persoanele căsătorite par a fi mai protejate, probabil datorită sprijinului emoțional și social oferit de familie. Aceste constatări subliniază necesitatea unor intervenții care să ofere sprijin emoțional și psihologic persoanelor care au trecut prin separări sau pierderi, pentru a preveni impactul negativ al stigmatizării asupra sănătății lor mintale.

Compararea scorurilor de stigmatizare personală și percepută în funcție de numărul de copii

Numărul de copii este un factor socio-demografic care poate influența percepția și internalizarea stigmatizării. Sunt prezentate distribuțiile scorurilor DSS-Personal și DSS-Perceput în funcție de numărul de copii, analizându-se categoriile: 0 copii, 1 copil, 2 copii, 3 copii și 4 sau mai mulți copii.

Rezultatele sugerează că responsabilitățile familiale și sprijinul oferit de copii pot reduce internalizarea stigmatizării, oferind un sentiment de apartenență și un rol social bine definit.

Distribuția scorurilor DSS-Perceput arată un model ușor diferit față de DSS-Personal. Persoanele fără copii și cele cu un singur copil percep o stigmatizare mai mare, ceea ce poate fi legat de presiunile sociale privind statutul parental. Persoanele cu 3 sau mai mulți copii tind să perceapă mai puțină stigmatizare externă. Se observă diferențe semnificative statistic între grupurile fără copii și cele cu mai mulți copii, confirmând faptul că percepția stigmatizării sociale este mai ridicată în rândul persoanelor fără copii.

Aceste rezultate sugerează că stigmatizarea percepută poate fi influențată de normele sociale care pun accent pe rolul parental și pot face ca persoanele fără copii să se simtă mai expuse la stigmatizare. Analizând, se observă: Persoanele fără copii au scoruri ridicate atât la DSS-Personal, cât și la DSS-Perceput, indicând o vulnerabilitate mai mare la stigmatizare. Persoanele cu mai mulți copii au scoruri mai scăzute la ambele dimensiuni, sugerând o protecție împotriva stigmatizării, posibil datorită sprijinului familial și a rolului social pe care îl îndeplinesc. Diferențele dintre DSS-Personal și DSS-Perceput pentru persoanele cu un singur copil sugerează că, deși acestea percep stigmatizare din partea societății, nu o internalizează în aceeași măsură.

Rezultatele prezentate sugerează că numărul de copii poate influența percepția și internalizarea stigmatizării. Persoanele fără copii sunt mai susceptibile la stigmatizare, atât personală, cât și percepută, în timp ce persoanele cu mai mulți copii pot beneficia de un rol social stabil și de sprijin emoțional, ceea ce le protejează de efectele stigmatizării. Aceste constatări subliniază importanța rețelelor de sprijin și a apartenenței sociale în reducerea stigmatizării.

Compararea scorurilor de stigmatizare personală și percepută în funcție de venitul personal

Venitul personal este un factor socio-economic care poate influența percepția și internalizarea stigmatizării. Distribuțiile scorurilor DSS-Personal și DSS-Perceput în funcție de categoriile de venit analizate: <2500, 2500-4000, 4000-7000 și >7000.

Aceste rezultate sugerează că un venit mai mare ar putea fi un factor de protecție împotriva stigmatizării personale, posibil datorită unei autonomii sporite și a accesului mai bun la resurse.

Distribuția scorurilor DSS-Perceput, arată un model asemănător cu DSS-Personal: Persoanele cu venituri mai mici percep un grad mai ridicat de stigmatizare socială, ceea ce poate fi legat de discriminarea economică sau de accesul mai redus la servicii și oportunități. Persoanele cu venituri mai mari (>7000) tind să perceapă mai puțină stigmatizare socială. Se observă diferențe semnificative statistic între grupurile cu venituri mici și cele cu venituri mari, confirmând faptul că stigmatizarea percepută este mai intens resimțită în rândul persoanelor cu venituri reduse.

Aceste date sugerează că percepția stigmatizării este puternic influențată de statutul economic, iar persoanele cu venituri mai mari sunt mai puțin expuse la stigmatizare socială.

Persoanele cu venituri mai mici au scoruri ridicate atât la DSS-Personal, cât și la DSS-Perceput, ceea ce sugerează că experiența stigmatizării este mai profundă și mai greu de gestionat pentru acest grup. Persoanele cu venituri mai mari au scoruri mai scăzute la ambele dimensiuni, ceea ce indică o mai bună protecție împotriva stigmatizării. Diferențele dintre DSS-Personal și DSS-Perceput pentru veniturile intermediare (2500-7000) sugerează că, deși aceste persoane pot percepe stigmatizare din partea societății, nu o internalizează la fel de profund.

Rezultatele prezentate sugerează că venitul personal influențează semnificativ atât percepția stigmatizării sociale, cât și internalizarea acesteia. Persoanele cu venituri mici sunt mai vulnerabile la stigmatizare, în timp ce persoanele cu venituri ridicate par a fi mai protejate, probabil datorită unei autonomii mai mari, accesului mai bun la servicii și unui statut social mai stabil. Aceste constatări subliniază necesitatea politicilor de incluziune socială și a măsurilor care reduc inegalitățile economice pentru a preveni impactul negativ al stigmatizării asupra persoanelor cu venituri mici.

Tabel 2. Analiza corelațiilor pentru stigmatizarea personală (DSS atitudinal) și nivelurile de depresie (PHQ-9)

N r.	Item DSS (mit/stereotip)	Severă (%)	Moderat ă (%)	Ușoară (%)	Lipsă (%)	Chi ²	p-value	Intensitatea relației
1	„Depresia poate fi depășită cu voință”	15,60	58,30	23,40	6,50	138,33	<0,001	Puternică
2	„Depresia nu e o boală reală”	22,05	48,40	21,80	7,05	98,87	<0,001	Puternică
3	„Persoanele cu depresie sunt periculoase”	22,00	46,70	23,90	7,40	108,75	<0,001	Puternică
4	„E mai bine să evit persoanele depresive”	21,90	46,40	20,75	7,50	72,22	<0,001	Puternică
5	„Persoanele cu depresie sunt imprevizibile”	21,60	44,35	26,45	7,15	97,64	<0,001	Puternică
6	„Nu aş spune nimănui că am depresie”	25,05	46,85	20,70	7,40	91,68	<0,001	Puternică
7	„Nu aş angaja pe cineva care a fost depresiv”	21,90	47,35	19,65	7,80	97,54	<0,001	Puternică
8	„Nu aş vota un politician care a fost depresiv”	21,00	49,60	21,85	7,25	104,59	<0,001	Puternică
9	„Persoanele devin depresive din cauza slăbiciunii personale”	21,05	47,15	23,50	8,30	95,33	<0,001	Puternică

Analiza corelațiilor dintre severitatea depresiei și afirmațiile stigmatizante (scala DSS) a identificat asocieri semnificative statistic ($p < 0.001$) pentru toți cei 9 itemi analizați.

Afirmația „Nu aş spune nimănui că am depresie” prezintă cea mai pronunțată asocieră cu depresia severă (25,05%) și depresia moderată (46,85%), indicând că stigma internalizată și secretizarea depresiei au cel mai mare impact negativ asupra severității simptomelor depresive.

Pe locul doi ca impact negativ se situează afirmația „Depresia nu e o boală reală”, asociată

cu depresia severă în proporție de 22,05% și cu depresia moderată în proporție de 48,40%, sugerând că minimalizarea depresiei ca afecțiune reală contribuie semnificativ la severitatea simptomelor depresive și împiedică solicitarea tratamentului.

Alte afirmații cu efect negativ semnificativ sunt „Persoanele cu depresie sunt periculoase” (22% depresie severă și 46,7% depresie moderată) și „E mai bine să evit persoanele depresive” (21,9% depresie severă și 46,4% depresie moderată).

Aceste rezultate subliniază necesitatea unor programe educaționale care să combată stigmatizarea depresiei și să faciliteze accesul persoanelor afectate la sprijin specializat.

Set de materiale educaționale în scopul reducerii stigmatizării depresiei.

Rezultatele cercetării au evidențiat existența unor niveluri semnificative de stigmatizare în rândul persoanelor cu depresie, influențate de o serie de factori clinici și socio-demografici. De asemenea, s-a constatat că stigmatizarea – atât percepută, cât și personală – constituie un obstacol important în procesul de căutare a ajutorului specializat și în aderența la tratament.

Analiza formării profesionale existente pentru studenții la medicină, rezidenți și medici de familie a relevat că, deși curriculumul actual include teme legate de diagnosticul și tratamentul depresiei, tema stigmatizării asociate depresiei nu este abordată în mod sistematic și specific.

În acest context, a fost elaborat un set de materiale educaționale destinate completării formării profesionale în domeniul sănătății mintale prin includerea unor conținuturi dedicate reducerii stigmatizării depresiei. Acest set cuprinde prezentări PowerPoint și tutoriale video, menite să sprijine activitatea didactică la nivel licență, rezidențiat și masterat, precum și programele de educație medicală continuă. Acest set de materiale reprezintă un instrument de sprijin pentru formarea inițială și continuă a personalului medical, în vederea îmbunătățirii relației cu pacienții și a promovării unei atitudini bazate pe empatie, respect și nediscriminare.

Un rezultat relevant îl reprezintă tutorialul video destinat medicilor de familie, conceput ca instrument practic pentru recunoașterea și managementul depresiei. Tutorialul include un capitol dedicat stigmatizării depresiei, unde sunt prezentate miturile și stereotipurile frecvente, mecanismele de auto-stigmatizare, impactul stigmei asupra aderenței la tratament și strategiile de reducere a acesteia prin comunicare empatică și suport adecvat. Acest material multimedia a fost utilizat în activități de formare și constituie un exemplu de integrare a rezultatelor cercetării în instrumente educaționale moderne.

Realizarea materialelor educaționale – prezentări PowerPoint, tutoriale video și publicații cu drept de autor – a confirmat valoarea aplicativă a cercetării, demonstrând posibilitatea integrării tematicii stigmatizării depresiei în formarea universitară și în programele de educație medicală continuă. Aceste resurse constituie instrumente utile pentru studenți, rezidenți și medici de familie, sprijinind dezvoltarea competențelor necesare recunoașterii, abordării și reducerii stigmatizării. Contribuția la actualizarea Protocolului Clinic Național privind Depresia evidențiază relevanța științifică a rezultatelor și impactul lor direct asupra practicilor clinice și politicilor de sănătate.

DISCUȚII ASUPRA REZULTATELOR ÎN RAPORT CU LITERATURA ȘTIINȚIFICĂ PRIVIND DEPRESIA ȘI STIGMATIZAREA

Datele obținute în cadrul studiului evidențiază o asociere semnificativă între severitatea simptomelor depresive și nivelul stigmatizării resimțite de respondenți. Astfel, în rândul persoanelor cu scoruri ridicate la PHQ-9, care indică prezența unei depresii severe, se observă o frecvență mai mare a răspunsurilor pozitive la itemii din scala DSS care reflectă autostigmatizarea. Conform datelor cercetării, 25,05% dintre persoanele cu depresie severă au fost de acord cu afirmația „Nu aș spune nimănui că am depresie”, iar 20,14% au indicat că „Se simt inferiori celorlalți din cauza depresiei”. Aceste constatări evidențiază nu doar prezența stigmatizării percepute, ci și gradul ridicat de internalizare a acesteia în rândul persoanelor cu simptomatologie severă.

Literatura de specialitate susține în mod constant această relație. O asociere semnificativă între severitatea depresiei și stigmatizarea resimțită a fost identificată în cadrul unui studiu multicentric desfășurat în 35 de țări, subliniind impactul stigmei asupra funcționării psihosociale și accesului la servicii [6]. Un alt studiu completează aceste rezultate, demonstrând că severitatea simptomelor este un predictor important al autostigmatizării, care, la rândul ei, se corelează cu scăderea stimei de sine și accentuarea comportamentelor de evitare socială [17].

Un studiu indică faptul că stigmatizarea internalizată se intensifică odată cu agravarea simptomelor depresive, iar această relație este mediată de percepțiile negative asupra propriei persoane și de lipsa suportului social [10]. Un alt studiu explică dintr-o perspectivă cognitivă, că persoanele cu depresie dezvoltă convingeri disfuncționale despre sine, modelate de experiențe de stigmatizare, care sunt apoi internalizate și perpetuate în absența intervențiilor psihoterapeutice adecvate [22].

Conform unui studiu în cazul depresiei severe, stigma nu este doar un fenomen social extern, ci devine parte a identității individului, influențând negativ comportamentele de căutare a sprijinului [23]. Acest lucru este susținut și de alt studiu, care a identificat o corelație între stigmatizarea percepută și amânarea accesului la servicii de sănătate mintală, mai ales în contextul depresiei moderate și severe [24].

În studiul de față, scorurile crescute la itemii DSS care exprimă rușinea, vinovăția și inferioritatea sugerează prezența unui nivel ridicat de autostigmatizare. Acest fenomen este explicat în baza studiului care evidențiază rolul distorsiunilor cognitive și al stilului atribuit negativ al persoanelor depresive în întărirea mesajelor stigmatizante [2]. Internalizarea stigmei afectează nu doar stima de sine, ci și speranța în posibilitatea recuperării, ceea ce poate duce la cronificarea simptomelor și izolare socială. Mai mult, OMS subliniază în raportul său global că stigmatul asociat depresiei este profund înrădăcinat în multe culturi, în special în țările cu venituri mici și medii, precum Republica Moldova, unde accesul la servicii este limitat, iar educația populației în domeniul sănătății mintale este deficitară [25].

Aceste constatări susțin ferm ipoteza conform căreia severitatea depresiei este corelată cu niveluri crescute de stigmatizare percepută și internalizată. Implicațiile clinice sunt semnificative, întrucât persoanele cu depresie severă nu doar că resimt suferință psihologică mai intensă, dar se confruntă și cu bariere suplimentare în accesarea sprijinului, generate de stigma interiorizată. Acest lucru impune includerea componentelor anti-stigmă în intervențiile terapeutice, precum și promovarea unor strategii de psihoeducație, contact social pozitiv și consiliere axată pe reconstrucția stimei de sine și a speranței în recuperare.

Rezultatele cercetării evidențiază o asociere semnificativă între anumite caracteristici sociodemografice și nivelurile de stigmatizare percepută. Astfel, se constată diferențe semnificative în funcție de sex, vârstă, statut economic și nivel educațional, valorile mai ridicate de stigmatizare fiind înregistrate în rândul femeilor, al persoanelor vârstnice, precum și în rândul respondenților cu venituri scăzute sau nivel educațional inferior.

Aceste constatări sunt susținute de literatura de specialitate, care subliniază faptul că stigmatizarea depresiei se manifestă mai intens în rândul indivizilor cu acces limitat la resurse educaționale și economice, iar contextul cultural și percepțiile colective contribuie la accentuarea discriminării [3]. Studiul recent desfășurat într-un context socio-economic similar, a identificat o prevalență crescută a stigmei internalizate în rândul pacienților cu nivel scăzut de venit și educație, indicând rolul esențial al acestor factori în percepția propriei suferințe [5].

Conform unui studiu recent s-a evidențiat o diferență semnificativă între nivelurile de stigmatizare raportate de studenți în funcție de sex, femeile având o tendință mai pronunțată de a internaliza mesajele negative legate de depresie, aspect confirmat și în cercetarea de față [4]. În mod similar, un alt studiu a arătat că autostigma este influențată de factori identitari și de modul în care indivizii percep așteptările sociale legate de gen [12].

Studiul recent a adăugat o dimensiune cognitivă relevantă, demonstrând că procesarea negativă a feedbackului social este mai frecventă în rândul persoanelor care au un istoric de invalidare socială, fenomen adesea asociat cu vârsta înaintată și cu lipsa suportului familial [14]. Un alt studiu coroborează această observație, raportând o corelație între vârsta participantului și scorurile ridicate la scala de stigmatizare, mai ales în contextul în care accesul la servicii de sănătate mintală este perceput ca fiind dificil sau stigmatizant în sine [18].

Conform unui studiu recent se evidențiază că factorii precum educația redusă, apartenența la grupuri vulnerabile și lipsa contactului anterior cu servicii de sănătate mintală contribuie la persistența stereotipurilor negative [19]. S-a demonstrat în literatura științifică, precum că, inclusiv credințele legate de cauzele depresiei (de exemplu, stilul de viață) pot determina niveluri diferite de stigmatizare în funcție de profilul sociodemografic [20].

Într-o meta-analiză extinsă, s-au identificat vârsta, sexul și venitul ca factori constanți de risc pentru autostigmatizare în rândul persoanelor cu depresie [21]. În plus, există dovezi clare asupra faptului că depresia nu poate fi înțeleasă în absența contextului social și a determinanților structurali, inclusiv educația, veniturile și poziționarea socială [26].

Rezultatele studiului de față se aliniază acestor direcții teoretice și empirice, sugerând că intervențiile anti-stigmă trebuie formulate diferențiat, ținând cont de profilul sociodemografic al populației-țintă, iar strategiile de reducere a stigmatizării trebuie corelate cu inițiative de alfabetizare în sănătatea mintală, sprijin comunitar și acces echitabil la servicii. Studiul realizat evidențiază clar rolul stigmatizării percepute în reducerea probabilității de a solicita sprijin psihologic, chiar și în rândul persoanelor care recunosc simptomele depresive și severitatea lor. Această barieră este una bine documentată în literatura de specialitate și persistă inclusiv în societăți cu acces formal la servicii de sănătate mintală.

În cercetarea de față, participanții care au raportat niveluri mai mari de stigmatizare percepută au manifestat reticență în a apela la psihologi sau psihiatri, ceea ce confirmă că stigma nu este doar un obstacol simbolic, ci influențează direct comportamentele de căutare a ajutorului. Acest fenomen este susținut de datele mai multor studii, care au identificat prin abordare fenomenologică faptul că percepția stigmatizării reduce în mod activ dorința pacienților de a căuta sprijin, chiar și în prezența unei rețele de servicii disponibile [27].

Într-un studiu calitativ desfășurat în Indonezia, descriu complexitatea stigmei trăite de

pacienți și modul în care aceasta este internalizată până la punctul în care evitarea tratamentului devine un mecanism de protecție psihologică față de judecata socială anticipată [28]. Alți cercetători au arătat că, în rândul utilizatorilor serviciilor de sănătate mintală din Chile, experiențele de stigmatizare în contactul cu profesioniștii din sănătate au fost la fel de influente în evitarea sprijinului precum convingerile culturale larg răspândite [29].

Un alt studiu completează această imagine printr-o analiză a modului în care stigmatizarea determină persoanele să evite nu doar tratamentul, ci și orice formă de comunicare despre suferința lor psihică. Se formează astfel un cerc vicios între stigmatizare, izolare și întârzierea intervenției [30].

Datele prezentului studiu indică faptul că, în Moldova, aceste fenomene sunt amplificate de factori precum nivelul scăzut de alfabetizare în sănătatea mintală, lipsa de experiență anterioară cu specialiști și teama de a fi judecat în comunitate. Este esențial ca strategiile de reducere a stigmatizării să includă componente educaționale, campanii de normalizare a suferinței psihice și implicarea activă a beneficiarilor care au depășit aceste bariere, pentru a crea contexte de contact pozitiv. În cadrul studiului de față, analiza comparativă a itemilor din scala DSS a evidențiat o diferență notabilă între stigmatizarea percepută și stigmatizarea personală. Participanții au exprimat un acord mai ridicat față de afirmațiile ce reflectă convingerile societății („Majoritatea oamenilor cred că depresia este un semn de slăbiciune”) decât față de cele care reflectă adoptarea acestor convingeri la nivel personal („Cred că persoanele cu depresie sunt slabe”). Această discrepanță sugerează că, deși stigma socială este puternic percepută, nu este întotdeauna internalizată la nivel atitudinal de către individul afectat.

S-a demonstrat în literatură că percepția stigmei sociale acționează ca un stresor extern, care poate fi filtrat sau amplificat în funcție de experiențele anterioare ale individului, nivelul de educație, sprijinul social și calitatea relațiilor interpersonale. Astfel, două persoane expuse aceluiași mediu stigmatizant pot reacționa diferit: una poate dezvolta autostigmatizare, în timp ce alta poate respinge acele convingeri și poate menține o imagine de sine pozitivă [31].

Totodată, unele studii avertizează asupra riscului ca stigmatizarea percepută să se transforme progresiv în stigmat personală în absența unor factori protectori, cum ar fi sprijinul emoțional, contactul pozitiv cu persoane cu experiențe similare sau accesul la informații științifice despre depresie. Această tranziție poate fi prevenită prin intervenții de tip psihoeducațional și expunere la modele pozitive de recuperare [32].

Literatura științifică sugerează un cadru conceptual în care diferențierea dintre percepția stigmei și asumarea ei ca identitate negativă este esențială pentru intervențiile psihologice. Ei sugerează că lucrul terapeutic trebuie să vizeze nu doar convingerile individuale, ci și mediul social care le alimentează [33].

Concluzionând, rezultatele prezentului studiu reflectă o realitate complexă în care percepția stigmei sociale este larg răspândită, dar nu întotdeauna însoțită de asumarea convingerilor stigmatizante. Din perspectivă clinică și psihosocială, această distincție este esențială în formularea strategiilor de prevenție și intervenție: reducerea stigmatizării sociale trebuie dublată de susținerea indivizilor în procesul de respingere a acestor convingeri și în menținerea unei imagini de sine sănătoase.

Prezența comorbidităților somatice în rândul persoanelor cu depresie este asociată cu o simptomatologie mai severă și cu un risc crescut de stigmatizare. Studiile sugerează că, în cazul pacienților cu afecțiuni cronice precum diabet, boli cardiovasculare sau tulburări musculo-scheletice, depresia este adesea subdiagnosticată, iar stigma este accentuată de percepția asupra unei duble vulnerabilități [34–36]. Mai mult, comorbiditățile pot amplifica sentimentul de

înutilitate, neputință și autoînvinovărire, care alimentează procesul de autostigmatizare [37,38].

În cadrul studiului de față, deși nu au fost analizate detaliat toate afecțiunile asociate, o proporție semnificativă a respondenților a raportat prezența unor boli cronice, iar în rândul acestora s-au înregistrat scoruri mai ridicate la itemii DSS referitori la rușine și inferioritate. Aceste constatări susțin datele literaturii, conform cărora interacțiunea dintre depresie și alte patologii somatice contribuie la scăderea calității vieții și la ezitarea de a solicita sprijin medical [39,40].

În ceea ce privește sprijinul social, acesta este recunoscut ca un factor protector esențial împotriva depresiei și a stigmatizării. Lipsa sprijinului familial, social sau comunitar contribuie la consolidarea credințelor negative despre sine și la intensificarea izolării [41,42]. În studiul nostru, respondenții care au declarat că se simt lipsiți de sprijin au avut tendința de a evita mai frecvent contactul cu specialiști și au exprimat convingeri stigmatizante atât la nivel perceput, cât și personal.

Aceste rezultate sunt în concordanță cu literatura internațională, care evidențiază faptul că sprijinul social adecvat contribuie nu doar la reducerea simptomelor depresive, ci și la protejarea individului de efectele stigmatizării [43,44]. Totodată, datele sugerează că prezența unei rețele de suport poate facilita procesul de recuperare și poate crește probabilitatea de a apela la servicii psihologice sau psihiatrice [45,46].

Sexul s-a dovedit a fi un factor diferențiator relevant. În grupul analizat, femeile au obținut scoruri medii semnificativ mai mari comparativ cu bărbații, sugerând o prevalență mai ridicată a simptomelor depresive moderate și severe. Acest rezultat este în concordanță cu literatura internațională, care subliniază predispoziția crescută a femeilor la depresie, explicată atât prin factori biologici, cât și prin rolurile sociale multiple și niveluri mai ridicate de stres perceput [41,47].

Vârsta a fost, de asemenea, asociată cu diferențe în severitatea depresiei. Respondenții din categoria de vârstă 50+ au înregistrat scoruri mai ridicate la PHQ-9, indicând prezența unor simptome mai severe. Acest lucru poate fi corelat cu izolarea socială, comorbiditățile și scăderea suportului familial, aspecte descrise și în studiile realizate pe populații similare [45,48].

În ceea ce privește nivelul educațional, respondenții cu studii primare sau medii au prezentat, în medie, scoruri mai mari la PHQ-9 comparativ cu cei cu studii superioare. Acest lucru susține ipoteza conform căreia nivelul de educație este un factor protector, prin facilitarea accesului la informație, servicii și strategii de coping [34,49].

Statutul socioeconomic a influențat de asemenea severitatea simptomelor: persoanele cu venituri mai scăzute au raportat frecvent simptome severe, în comparație cu cele cu un venit stabil sau peste medie. Această corelație reflectă datele din literatura de specialitate, care subliniază impactul insecurității economice asupra sănătății mintale și asupra capacității de a accesa sprijin psihologic [50,51].

Sprijinul social s-a dovedit a fi un factor moderant semnificativ. Respondenții care au declarat că dispun de o rețea de sprijin familial sau social adecvată au prezentat scoruri mai reduse la PHQ-9, comparativ cu cei care s-au declarat izolați sau lipsiți de sprijin. Aceste rezultate sunt în linie cu literatura, care recunoaște sprijinul social ca un factor protectiv esențial împotriva dezvoltării formelor severe de depresie [43].

Prin urmare, datele studiului confirmă ipoteza că severitatea depresiei este influențată de o serie de factori sociodemografici interdependenți. Acest lucru are implicații directe în direcționarea intervențiilor terapeutice și a politicilor de sănătate mintală, care ar trebui să țină cont de contextul socio-economic, de vârstă și de gen al fiecărui individ.

Rezultatele obținute în cadrul acestui studiu sunt congruente cu literatura internațională, care

subliniază rolul esențial al formării profesioniștilor în reducerea stigmatizării persoanelor cu tulburări mintale. Mai multe studii au demonstrat că integrarea tematicii stigmatizării în curriculumul medical contribuie la schimbarea atitudinilor negative și la creșterea empatiei în relația medic-pacient. În acest context, elaborarea unui set de materiale educaționale care abordează specific stigmatizarea depresiei reprezintă o contribuție practică a cercetării de față și răspunde recomandărilor Organizației Mondiale a Sănătății privind extinderea competențelor de sănătate mintală în rândul cadrelor medicale nespecialiste [52].

Comparativ cu alte studii internaționale, în care intervențiile educaționale vizează adesea populația generală sau profesioniștii din psihiatrie, propunerea prezentă se concentrează pe formarea inițială și continuă a medicilor de familie, studenților și rezidenților, o categorie esențială în identificarea și tratarea precoce a depresiei în context comunitar.

Analizând rezultatele obținute în cadrul studiului și comparându-le cu datele existente în literatura științifică de specialitate, se confirmă faptul că fenomenul stigmatizării depresiei este unul complex, influențat de o varietate de factori individuali, contextuali și structurali. Constatările cercetării susțin și completează direcțiile teoretice actuale privind relația dintre severitatea simptomelor depresive și intensitatea stigmatizării percepute și internalizate.

Conform datelor analizate, severitatea depresiei se corelează cu niveluri crescute de autostigmatizare, ceea ce este în concordanță cu multiple studii internaționale care subliniază faptul că, în formele moderate și severe ale tulburării depresive, persoanele afectate tind să adopte convingeri negative despre sine și să evite contactul cu serviciile de sprijin. Astfel, ipoteza centrală a cercetării – privind asocierea între severitatea simptomelor și nivelul stigmatizării – este susținută empiric și teoretic.

Totodată, s-a confirmat că variabilele sociodemografice influențează semnificativ modul în care stigma este percepută și interiorizată. Diferențele identificate în funcție de sex, vârstă, nivel educațional și statut socioeconomic reflectă inegalități preexistente în accesul la informație, resurse și servicii de sănătate mintală, fapt ce a fost documentat și în alte cercetări desfășurate în contexte culturale similare. Aceste constatări întăresc nevoia unei abordări diferențiate a intervențiilor anti-stigmă, adaptate profilului social al beneficiarilor.

Un aspect deosebit de relevant care reiese din analiza comparativă este distincția între stigmatizarea percepută și cea personală. Studiul a evidențiat faptul că, deși respondenții recunosc existența unor atitudini negative la nivel societal, nu întotdeauna le interiorizează. Această observație este susținută de literatura de specialitate și are implicații majore în plan psihologic și clinic, întrucât gradul de internalizare a stigmei determină în mod direct probabilitatea de a solicita ajutor specializat.

În plus, analiza datelor a evidențiat rolul agravant al comorbidităților somatice și al lipsei sprijinului social în consolidarea stigmatizării și în menținerea simptomelor depresive. Aceste rezultate sunt aliniate cu modelele explicative multidimensionale ale depresiei, care subliniază interacțiunea între vulnerabilitățile individuale și factorii de mediu. Comparativ cu literatura internațională, constatările studiului de față adaugă relevanță specifică contextului Republicii Moldova, evidențiind nevoia urgentă de intervenții comunitare integrate.

Elaborarea unui set de materiale educaționale axat pe stigmatizarea depresiei, destinat studenților la medicină, rezidenților și medicilor de familie, reprezintă o contribuție aplicativă relevantă a acestei cercetări, oferind un instrument util pentru îmbunătățirea formării profesionale și reducerea barierelor identificate în accesarea serviciilor de sănătate mintală.

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Concluzii

Prezenta cercetare, centrată pe analiza factorilor clinico-sociali care contribuie la apariția și menținerea stigmatizării în depresie, a evidențiat o realitate complexă și interdependentă, în care variabilele psihopatologice, sociale și culturale se influențează reciproc. Studiul a fost conceput în jurul a șase obiective fundamentale, fiecare dintre acestea fiind tratat riguros printr-o abordare cantitativă și susținut de o revizie amplă a literaturii de specialitate.

Pe baza obiectivelor stabilite și a rezultatelor obținute în urma analizei literaturii de specialitate și a datelor empirice, se pot formula următoarele concluzii: acestea reflectă atât dimensiunea teoretică și contextuală a relației dintre depresie și stigmatizare, cât și implicațiile practice pentru reducerea stigmei și îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate mintală. Concluziile sunt structurate conform obiectivelor de cercetare și evidențiază factorii asociați depresiei și stigmatizării, diferențele identificate între tipurile de stigmatizare, precum și oportunitățile de intervenție prin educație și politici de sănătate publică.

1. Literatura de specialitate confirmă că depresia reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, asociată cu dizabilitate, costuri sociale și risc crescut de suicid, iar stigmatizarea constituie o barieră critică în diagnosticarea timpurie și accesul la tratament. Relația este bidirecțională: depresia crește vulnerabilitatea la stigmatizare, iar stigmatizarea amplifică severitatea simptomelor și reduce aderența la tratament.

2. Modelele teoretice și evidențele internaționale arată că stigmatizarea este un fenomen multidimensional influențată de factori sociali, economici și culturali. Stereotipurile și miturile despre depresie (de exemplu: „slăbiciune personală” sau „boală trecătoare”) contribuie la autostigmatizare și întârzie căutarea ajutorului, ceea ce impune integrarea reducerii stigmei în intervențiile clinice, educaționale și de sănătate publică.

3. Analiza datelor a arătat asocieri semnificative între factorii socio-demografici și nivelurile de depresie. Vârsta mai înaintată, sexul feminin, nivelul redus de educație și veniturile scăzute se corelează cu scoruri mai ridicate de depresie.

4. Corelațiile dintre factorii clinici și sociali evidențiază că prezența comorbidităților este asociată cu niveluri mai mari de depresie, în timp ce sprijinul social puternic este corelat cu scoruri mai reduse.

5. Nivelurile de stigmatizare (atât personală, cât și percepută) se corelează cu factorii sociali. Vârsta mai înaintată, nivelul educațional redus și veniturile scăzute sunt asociate cu scoruri mai ridicate de stigmatizare.

6. Sprijinul social crescut este asociat cu scoruri mai reduse de stigmatizare, în timp ce prezența comorbidităților se corelează cu o experiență mai accentuată a stigmei.

7. Studiul a evidențiat diferențe între stigmatizarea personală și cea percepută. Stigma percepută este, în general, mai ridicată decât stigma personală, sugerând că persoanele cu depresie tind să resimtă mai mult atitudinile negative din partea societății decât să le interiorizeze.

8. Discrepanța dintre stigmatizarea personală și percepută indică faptul că stigmatizarea socială nu se traduce întotdeauna într-o internalizare completă. Aceasta deschide oportunități pentru intervenții de prevenire a autostigmatizării prin campanii de conștientizare și sprijin social.

9. Rezultatele cercetării au arătat o corelație pozitivă între severitatea depresiei și stigmatizare – persoanele cu simptome depresive mai severe au raportat niveluri mai ridicate atât de stigmatizare personală, cât și percepută.

10. Intensitatea simptomelor depresive nu doar agravează povara clinică, ci amplifică și vulnerabilitatea la stigmatizare, ceea ce subliniază importanța intervențiilor timpurii și integrate, care să vizeze simultan tratamentul depresiei și reducerea stigmei.

11. Datele obținute din cercetare au permis fundamentarea unui set de materiale educaționale adaptate contextului local, care evidențiază impactul stigmatizării asupra persoanelor cu depresie și strategiile eficiente de reducere a acesteia.

12. Integrarea acestor materiale în programele curriculare universitare din domeniul sănătății contribuie la dezvoltarea competențelor profesioniștilor în formare, favorizând atitudini non-stigmatizante și îmbunătățind calitatea îngrijirii pacienților cu depresie.

Recomandări

Pornind de la concluziile prezentate, se formulează următoarele recomandări pentru practica medicală, politici publice și educație universitară în domeniul sănătății mintale:

1. Integrarea constantă a tematicii stigmatizării în ghidurile și protocoalele clinice privind depresia.
2. Dezvoltarea unor campanii de conștientizare care să abordeze miturile și stereotipurile persistente despre depresie.
3. Implementarea unor programe de screening adaptate categoriilor vulnerabile (persoane vârstnice, femei, populații cu educație și venituri reduse).
4. Consolidarea mecanismelor de sprijin social în comunitate pentru prevenirea agravării simptomelor depresive.
5. Elaborarea unor intervenții diferențiate, ținând cont de vârstă, gen, educație și venit, pentru reducerea stigmatizării.
6. Creșterea accesului la programe educaționale și campanii de informare, cu accent pe grupurile socio-economice defavorizate.
7. Crearea unor programe de sprijin psihologic axate pe prevenirea autostigmatizării.
8. Dezvoltarea unor campanii comunitare care să reducă atitudinile negative din partea societății.
9. Prioritizarea intervențiilor timpurii pentru pacienții cu depresie severă, integrând atât tratamentul medical, cât și suportul psihosocial.
10. Crearea unor mecanisme de monitorizare a stigmatizării ca parte a evaluării clinice standardizate a pacienților cu depresie.
11. Dezvoltarea și implementarea modulelor universitare dedicate reducerii stigmatizării depresiei.
12. Extinderea formării profesionale pentru cadrele medicale și non-medicale, cu accent pe atitudini non-stigmatizante și empatie în relația cu pacienții.

Rezultatele obținute evidențiază nevoia unui efort coordonat la nivel clinic, educațional și politic pentru reducerea stigmatizării asociate depresiei. Este necesară o abordare integrată, bazată pe dovezi, care să combine educația, sprijinul comunitar și politicile de incluziune socială, în vederea îmbunătățirii accesului la servicii de sănătate mintală și a calității vieții pacienților.

BIBLIOGRAFIE

1. WHO. Depression and Other Common Mental Disorders. 2017.
2. Kanter JW, Rusch LC, Brondino MJ. Depression Self-Stigma. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2008 Sep;196(9):663–70.
3. Campo-Arias A, Herazo E, Ceballos-Ospino GA. Stigma-discrimination complex associated with major depressive disorder. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2019 Oct 1;67(4):531–2.
4. Al-Shannaq Y, Jaradat D, Ta'an WF, Jaradat D. Depression stigma, depression literacy, and psychological help seeking attitudes among school and university students. *Arch Psychiatr Nurs*. 2023 Oct;46:98–106.
5. Alemayehu Y, Demilew D, Asfaw G, Asfaw H, Alemnew N, Tadesse A. Internalized Stigma and Associated Factors among Patients with Major Depressive Disorder at the Outpatient Department of Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2019: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry J*. 2020 Aug 17;2020:1–9.
6. Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *The Lancet*. 2013 Jan;381(9860):55–62.
7. Liu X. The global burden of depressive disorder from 1990 to 2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. In: Royle G, Lipkin SM, editors. *Second International Conference on Biological Engineering and Medical Science (ICBioMed 2022)*. SPIE; 2023. p. 180.
8. Depressive Disorders. In: *Adult Psychopathology and Diagnosis*, Eighth Edition. Wiley; 2018. p. 247–98.
9. Charnsil C. Comparing stigma toward depression in physicians and the general population and its impact on seeking mental health treatment: a cross-sectional study. 2023.
10. Filia KM, Teo SM, Brennan N, Freeburn T, Baker D, Browne V, et al. Help-seeking experiences and barriers to mental health support for adolescents experiencing mental ill-health and social exclusion. 2023.
11. Shi J, Chen Y, Jiang Y, Li Y, Wang W, Zhao H, et al. Stigma and its associations with medication adherence in major depressive disorder. *Psychiatry Res*. 2024 Jan;331:115664.
12. Vieira M, Fonseca Silva B, Silva Ribeiro J. Internalized Stigma – How we view our Mental Illness. *European Psychiatry*. 2023 Mar 19;66(S1):S1032–S1032.
13. Esposito CM, Mancini M, Estradé A, Rosfort R, Fusar-Poli P, Stanghellini G. How do depressed people feel perceived by others? A qualitative study from the patient's perspective. *J Affect Disord Rep*. 2024 Apr;16:100776.
14. Kirchner L, Rief W, Müller L, Buchwald H, Fuhrmann K, Berg M. Depressive symptoms and the processing of unexpected social feedback: Differences in surprise levels, feedback acceptance, and “immunizing” cognition. *PLoS One*. 2024 Aug 26;19(8):e0307035.
15. Canady VA. New research links negative self-image with depression. *Mental Health Weekly*. 2023 Mar 6;33(10):7–8.
16. Hamidi S, Ebrahimi H, Vahidi M, Areshtanab HN. Internalized Stigma and its Association with Hope, Self-Esteem, Self-Efficacy, and Treatment Adherence among Outpatients with Severe Mental Illness: A Cross-Sectional Survey. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2023 May;28(3):345–51.
17. Tu CY, Liu WS, Huang WL. Associations of internalized stigma with psychosocial functioning and quality of life in people with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*. 2023 Sep 7;69(6):1409–19.
18. Yadav J, Mishra S, Nischal A, Prakash AJ. Relationship between stigma, self-esteem and quality of life among patients with depression at a tertiary care unit of North India: a cross-sectional study. *Minerva Psychiatry*. 2023 Jun;64(2).

19. Zhang D. Predictors of Perceived, Personal, and Self- Stigma on Depression and Relevant Interventions. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*. 2023 Mar 1;3(1):207–14.
20. Scholze K, Reich H, Passow P, Sander C, Czaplicki A, Hegerl U. Lifestyle causal beliefs are associated with higher personal and perceived stigma regarding depressive disorders: results from a representative population survey. *BMC Psychiatry*. 2023 Jun 8;23(1):414.
21. Du N, Chong ESK, Wei D, Liu Z, Mu Z, Deng S, et al. Prevalence, risk, and protective factors of self-stigma for people living with depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2023 Jul;332:327–40.
22. Talluri SS, Corrigan PW. The stigma of behavioral health conditions. In: *Encyclopedia of Mental Health*. Elsevier; 2023. p. 375–81.
23. Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A, Reid R. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*. 2014 Jun;13(2):161–75.
24. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. *Am J Public Health*. 2013 May;103(5):777–80.
25. WHO. Depressive disorder (depression). 2023.
26. Ventriglio A, Castaldelli-Maia JM, Torales J, Chumakov E, De Berardis D. Social aspects of depression. In: Bhugra D, Moussaoui D, Craig TJ, editors. *Oxford Textbook of Social Psychiatry*. Oxford University Press Oxford; 2022. p. 361–8.
27. Aziz A, Khan N. The Exploration of Stigma and Discrimination Among Patients Suffering from Depression: A Phenomenological Study. *NUST Journal of Social Sciences and Humanities*. 2022 Jul 4;7(2):206–30.
28. Subu MA, Wati DF, Netrida N, Priscilla V, Dias JM, Abraham MS, et al. Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis. *Int J Ment Health Syst*. 2021 Dec 18;15(1):77.
29. Vaccari P, Ramírez-Vielma R, Saldivia S, Cova F, Vielma-Aguilera A, Victoriano V, et al. Stigma towards people with a diagnosis of severe mental disorder in primary healthcare centers: perspectives of service users and health teams in Chile. *Int J Ment Health Syst*. 2020 Dec 7;14(1):6.
30. Prizeman K, McCabe C, Weinstein N. Stigma and its impact on disclosure and mental health secrecy in young people with clinical depression symptoms: A qualitative analysis. *PLoS One*. 2024 Jan 5;19(1):e0296221.
31. Chen M. Stigma on People with Mental Illness. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*. 2023 May 17;7(1):513–8.
32. Imai T. Mental Illness: Stigma. In: *The International Encyclopedia of Health Communication*. Wiley; 2022. p. 1–6.
33. Holley LC, Stromwall LK, Bashor KE. Reconceptualizing Stigma: Toward a Critical Anti- Oppression Paradigm. *Stigma Res Action*. 2012 Mar 7;2(2).
34. Adhikari MA, Karna MV, Sangroula MD. Depression: Symptoms, Causes, and Effective Coping Strategies. *The American Journal of Patient Health Info*. 2024 Jul 10;1(01).
35. Schlebusch L. Depression and suicidal behaviour. *South African Family Practice*. 2005 Jun 15;47(5):61–3.
36. Chang TE, Boyden SD. Depression and Chronic Medical Illness: New Treatment Approaches. In: *The Massachusetts General Hospital Guide to Depression*. Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 33–44.
37. Berlim MT, Fleck MPA. Quality of Life and Major Depression. In: *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2007. p. 241–52.
38. Balatif R, Mawadhani Sukma AA. Depression and Its Impact on Various Aspects of Life - A Narrative Review. *Current Psychiatry Research and Reviews*. 2024 May;20(2):83–93.

39. Culpepper L. Understanding the Burden of Depression. *J Clin Psychiatry*. 2011 Jun 15;72(06):e19.
40. Evers S. Health economics of depression. 2nd ed. Vol. 28. 1994. 175 p.
41. Lewis G, Lewis G, Srinivasan R. Causes of Depression. In: *Seminars in General Adult Psychiatry*. Cambridge University Press; 2024. p. 89–107.
42. Goldberg JF. Perspectives on the success rate of current antidepressant pharmacotherapy. *Expert Opin Pharmacother*. 2022 Nov 2;23(16):1781–91.
43. Silva C, McGovern C, Gomez S, Beale E, Overholser J, Ridley J. Can I count on you? Social support, depression and suicide risk. *Clin Psychol Psychother*. 2023 Nov 14;30(6):1407–15.
44. Borecki L, Gozdzik-Zelazny A, Pokorski M. Personality and perception of stigma in psychiatric patients with depressive disorders. *Eur J Med Res*. 2010 Dec 4;15(S2):10.
45. Paykel ES. Depression: major problem for public health. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2006 Mar 18;15(1):4–10.
46. Viduani A, Benetti S, Martini T, Buchweitz C, Ottman K, Wahid SS, et al. Social isolation as a core feature of adolescent depression: a qualitative study in Porto Alegre, Brazil. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2021 Jan 1;16(1).
47. Grigoriadis S, Robinson GE. Gender Issues in Depression. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2007 Oct;19(4):247–55.
48. Jacob KS. Depression: a major public health problem in need of a multi-sectoral response. *Indian J Med Res*. 2012 Oct;136(4):537–9.
49. Gu Y. A Literature Review on Social and Cultural Factors That Increase the Likelihood of Mental Illness Development in Developing Countries. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*. 2024 Apr 18;44(1):62–6.
50. Naeem Mubarak, Sabba Kanwal, Fatima Rahman Rana, Saba Tariq, Sundus Tariq, Mohamed Hassan Elnaem, et al. Examining the tapestry of mental health crises in low- & middle-income countries: an intercontinental analysis of the contributing factors and instructive approaches". *Journal of University Medical & Dental College*. 2023 Nov 27;14(4).
51. Limenih G, MacDougall A, Wedlake M, Nouvet E. Depression and Global Mental Health in the Global South: A Critical Analysis of Policy and Discourse. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*. 2024 Apr 17;54(2):95–107.
52. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): Intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 3.0. Geneva: World Health Organization; 2022.

LISTA PUBLICAȚIILOR ȘI PARTICIPĂRIILOR LA FORUMURI ȘTIINȚIFICE

a dlui **Eșanu Andrei**, Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie

„Alexandru Nacu”,

realizate la teza de doctor în științe medicale,

cu tema **FACTORII CLINICO-SOCIALI ÎN DEZVOLTAREA FENOMENULUI DE STIGMA ÎN DEPRESIE**

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie ”Nicolae Testemițanu” din Republica

LUCRĂRI ȘTIINȚIFICE

- **Articole în reviste științifice peste hotare:**

- ✓ **articole în reviste ISI, SCOPUS și alte baze de date internaionale***

1. Harhaji, Sanja, Sonila Tomori, Vladimir Nakov, Jana Chihai, Ivana Radić, Tedi Mana, Kaloyan Stoychev, **Andrei Eșanu**, and Mihail Cristian Pirlog. [Stigmatising Attitudes Towards Mental Health Conditions Among Medical Students In Five South-Eastern European Countries](#). In: *Slovenian Journal of Public Health*. 2024; 63(4): 188-197 <https://doi.org/10.2478/sjph-2024-0025> (IF: 1.6)
2. Wasserman D, Apter G, Bailey S, Balazs J, Chihai J, **Eșanu A** et al. [Compulsory admissions of patients with mental disorders: State of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries](#). In: *European Psychiatry*, 2020; 63(1), p. e82. doi:10.1192/j.eurpsy.2020.79 (IF: 7.16)
3. **Eșanu A**, Morais V, Araújo J, Ramos E. [Stigma toward people with mental disorders in adolescents: comparison between Portugal and Moldova](#). In: *Porto Biomedical Journal*. 2020; 5(6): p e089. doi: 10.1097/j.pbj.0000000000000089.

- **Articole în reviste științifice naționale acreditate:**

- ✓ **articole în reviste de categoria B**

4. Chihai, J, Spinei L, Cernitanu M, Garaz G, **Eșanu A**, Bologan A. [Probleme psihosociale determinate de pandemia COVID-19](#). În: *Revista de Științe ale Sănătății din Moldova*, 2020, nr. 2(24), pp. 161-169. ISSN 2345-1467.
5. **Eșanu A**, Chihai J. [Stigmatizarea persoanelor cu depresie](#). În: *Studia Universitatis Moldaviae (Seria Științe ale Educației)*. 2018, nr. 9(119), pp. 41-44. ISSN 1857-2103.

- **Rezumate/abstracte/teze în lucrările conferințelor științifice naționale și internaționale:**

- ✓ **Eșanu A**, Chihai J. [Stigma toward depression among patients in primary healthcare centers](#). În: *Materialele Congresului Internațional: Beyond borders: united for mental health*. Chișinău, 2024, p. 48b.

- ✓ Eșanu A. Stigmatizarea persoanelor cu depresie în rândul studenților de la medicina. În: *Materialele conferinței Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță*, Chișinău, 2023, p. 377.
 - ✓ Eșanu A, Chihai J. Rolul Familiei în prevenirea Stigmatizării persoanelor cu Depresie în timpul pandemiei COVID -19. În: *Materialele Congresului Internațional al Societății Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni Sănătate mintală într-o lume plină de provocări*, Chișinău, 2021, pp. 93-94.
 - ✓ Eșanu, A. Stigmatization of people with depression in students. Stigmatizarea persoanelor cu depresie de către studenți. În: *Materialele Congresului consacrat aniversării a 75-a de la fondarea USMF „Nicolae Testemițanu”*, Chișinău, 2020, p. 349.
 - ✓ Esanu A. Stigma towards people with Depression. În *materialele congresului international: 23rd World Congress of Social Psychiatry “The social determinants of health/Mental Health and access to care”*, Bucharest, Romania, 2019, p. 21.
 - ✓ Esanu A. Stigma against people with depression in developing country. În *materialele: 3rd Eastern European Conference of Mental Health “In and Out of your Mind”*, Sibiu, Romania, 2019, p. 56.
- **Brevete de invenții, patente, certificate de înregistrare, materiale la saloanele de invenții**
 - ✓ Chihai J., Adeola C., Coșulean R., Bologan A., Eșanu A. Manual de Psihoterapie. Adeverință privind înscrierea obiectului dreptului de autor și drepturi conexe. Seria OȘ Nr. 8092, 29.01.2025.
 - ✓ Chihai J., Eșanu A., Adeola C., Recuperare și reabilitarea psihosocială. Tratatamentul contemporan în psihiatrie în Republica Moldova. Adeverință privind înscrierea obiectului dreptului de autor și drepturi conexe. Seria OȘ Nr. 8242, 08.07.2025.
 - ✓ Chihai J., Eșanu A., Adeola C., Probleme etice și juridice în psihiatrie. Cadrul Național de politici și normativ privind asigurarea drepturilor persoanelor cu probleme de sănătate mintală. Adeverință privind înscrierea obiectului dreptului de autor și drepturi conexe. Seria OȘ Nr. 8239, 08.07.2025.
 - ✓ Chihai J., Adeola C., Boronin L., Coșulean R., Bologan A., Eșanu A. Tulburările depresive. Tulburări ale dezvoltării psihologice a copilului și adolescentului în Republica Moldova. Adeverință privind înscrierea obiectului dreptului de autor și drepturi conexe. Seria OȘ Nr. 8236, 07.07.2025.
 - ✓ Chihai J., Eșanu A., Adeola C. Tulburările depresive. Managementul actualizat al pacienților în Republica Moldova. Adeverință privind înscrierea obiectului dreptului de autor și drepturi conexe. Seria OȘ Nr. 8237, 07.07.2025.
 - ✓ Chihai J., Eșanu A., Adeola C. Organizarea asistenței psihiatrice în Republica Moldova. Adeverință privind înscrierea obiectului dreptului de autor și drepturi conexe. Seria OȘ Nr. 8241, 08.07.2025.
 - ✓ Chihai J., Adeola C., Coșulean R., Bologan A., Eșanu A. Psihoterapia. Tratatamentul contemporan în Republica Moldova. Adeverință privind înscrierea obiectului dreptului de autor și drepturi conexe. Seria OȘ Nr. 8235, 07.07.2025.

- **Participari cu comunicari la forumuri stiintifice:**

Internaționale

- ✓ **Esanu A.** [Diagnosticul și tratamentul depresiei la nivel de asistență medicală primară.](#) *IX-a ediție a Congresului Național de Psihiatrie, Sibiu, Romania, 19-22 martie 2025.*
- ✓ **Esanu A.** [Bune practici în depășirea Stigmatizării și creșterea accesului la serviciile de Sănătate Mintală și suportul psihosocial în rândul refugiaților din Ucraina.](#) *XVI-a ediție a Conferinței Naționale de Psihiatrie, Timișoara, Romania, 22-25 mai 2024.*
- ✓ **Esanu A.** [Stigma against people with depression in Medical Students.](#) *XV-a ediție a Conferinței Naționale de Psihiatrie, București, Romania, 07-10 iunie 2023.*
- ✓ **Esanu A.** Stigma towards people with Depression. *23rd World Congress of Social Psychiatry "The social determinants of health/Mental Health and access to care", Bucharest, Romania, 25-28 octombrie 2019.*

Naționale

- ✓ **Esanu A.** Stigmatizarea persoanelor cu depresie în rândul studenților de la medicină. *Conferința Științifică Anuală „Cercetarea în Biomedicină și Sănătate: Calitate, Excelență și Performanță”, Chișinău, Moldova, 18-20 octombrie 2023.*
- ✓ **Esanu A.** Stigmatizarea specialistilor din domeniul sănătății care suferă de depresie. *Conferința a IV-a Științifico-Practica Națională a Asociației Balint cu Participare Internațională "Profilaxia Sindromului Burnout", Chisinau 2019, 04-07 aprilie 2019.*
- ✓ **Esanu A.** [Stigma towards people with depression.](#) *International Conference of Applied Psychology „Current Affairs and Perspectives in Psychological Research”, Moldova State University, Chisinau, Moldova, 29-30 noiembrie 2018.*

ADNOTARE

Teza de doctorat „Factorii clinico-sociali în dezvoltarea fenomenului de stigma în depresie” abordează o problemă majoră de sănătate publică, cu implicații profunde asupra accesului la servicii de sănătate mintală, aderenței la tratament și calității vieții persoanelor afectate de depresie. Depresia este una dintre cele mai frecvente tulburări mintale la nivel global, fiind asociată cu dizabilitate funcțională semnificativă, risc suicidar crescut și impact socio-economic considerabil. În acest context, stigmatizarea depresiei reprezintă un factor determinant care contribuie la întârzierea solicitării ajutorului specializat, la subdiagnosticare și la întreruperea tratamentului.

Scopul principal al cercetării a fost identificarea și analiza factorilor clinici și sociali care influențează dezvoltarea și menținerea stigmei asociate depresiei, precum și evaluarea relației dintre stigmatizare și caracteristicile sociodemografice ale persoanelor investigate. Cercetarea a fost realizată în Republica Moldova, într-un context socio-cultural particular, marcat de acces limitat la servicii specializate de sănătate mintală și de persistența unor stereotipuri negative legate de tulburările mintale.

Metodologia studiului a inclus o abordare cantitativă, bazată pe utilizarea instrumentelor validate internațional pentru evaluarea stigmei asociate depresiei, în special Depression Stigma Scale (DSS). Analiza statistică a urmărit corelațiile dintre nivelurile stigmei personale și percepute și variabilele sociodemografice (vârsta, sexul, nivelul de educație, statutul socio-economic), precum și contactul anterior cu serviciile de sănătate mintală. Prelucrarea datelor a permis identificarea tiparelor de stigmatizare și a factorilor asociați acestora.

Rezultatele obținute evidențiază existența unor diferențe semnificative între stigma personală și stigma percepută, aceasta din urmă fiind mai pronunțată. Aceste constatări sugerează că, deși unele persoane nu manifestă atitudini stigmatizante directe, percepțiile privind atitudinile societății rămân predominant negative. Factorii sociali și culturali joacă un rol esențial în consolidarea stigmei, influențând comportamentele de evitare și reținerea în solicitarea sprijinului specializat.

Concluziile tezei subliniază necesitatea unor intervenții multidimensionale pentru reducerea stigmei asociate depresiei, care să combine măsuri de educație și informare publică cu reforme structurale în sistemul de sănătate mintală. Valoarea teoretică a cercetării constă în aprofundarea cunoașterii factorilor determinanți ai stigmei în context național, iar valoarea practică rezidă în formularea unor recomandări pentru politici publice și programe de intervenție orientate spre reducerea stigmatizării și îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate mintală în Republica Moldova.

ANNOTATION

The doctoral thesis “*Clinical and Social Factors in the Development of Stigma in Depression*” addresses a major public health issue with significant implications for access to mental health services, treatment adherence, and quality of life among people affected by depression. Depression is one of the most prevalent mental disorders worldwide and is associated with substantial functional impairment, increased suicide risk, and considerable social and economic burden. In this context, stigma related to depression represents a key barrier to timely help-seeking, accurate diagnosis, and continuity of care.

The main objective of the research was to identify and analyze the clinical and social factors contributing to the development and persistence of stigma associated with depression, as well as to examine the relationship between stigmatizing attitudes and sociodemographic characteristics. The study was conducted in the Republic of Moldova, a socio-cultural setting characterized by limited availability of specialized mental health services and persistent negative stereotypes regarding mental disorders.

The research employed a quantitative methodological approach, using internationally validated instruments for measuring depression-related stigma, particularly the Depression Stigma Scale (DSS). Statistical analyses focused on identifying correlations between personal and perceived stigma and variables such as age, gender, educational level, socioeconomic status, and previous contact with mental health services. This approach allowed for a detailed examination of stigma patterns and associated factors.

The findings reveal a clear distinction between personal stigma and perceived stigma, with the latter being consistently higher. This suggests that societal norms and shared beliefs continue to reinforce negative representations of depression, even when individuals do not explicitly endorse stigmatizing views. Social and cultural factors emerged as significant determinants influencing stigma levels and help-seeking behavior.

The conclusions emphasize the need for multidimensional strategies to address depression-related stigma, combining public education and awareness-raising initiatives with structural improvements within the mental health care system. The scientific value of the thesis lies in its contribution to understanding stigma determinants in a national context, while its practical relevance consists in providing evidence-based recommendations for public policies and intervention programs aimed at reducing stigma and improving access to mental health care in the Republic of Moldova.