

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**

Teză 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”

”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

Cărașu 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,

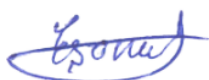
dr. șt. med., conf. univ., referent

Dobrin Romeo Petru

dr. șt. med., conf. univ., referent

Autor

Eșanu Andrei



semnătura

CUPRINS

CUPRINS	1
LISTA ABREVIERILOR.....	3
LISTA FIGURILOR.....	4
LISTA TABELELOR	7
INTRODUCERE	8
1. FUNDAMENTE ȘTIINȚIFICE PRIVIND DEPRESIA ȘI STIGMATIZAREA ÎN SĂNĂTATEA MINTALĂ	12
1.1. Depresia: definiție, simptome și impactul asupra sănătății publice	12
1.2. Eficiența tratamentului depresiei: progrese, strategii și provocări	15
1.3. Specificul depresiei în țările în curs de dezvoltare	17
1.4. Diagnosticarea și gestionarea depresiei în Republica Moldova	19
1.5. Stigmatizarea tulburărilor mintale: cauze și metode de combatere.....	21
1.6. Stigmatizarea tulburărilor psihotice și non-psihotice	26
1.7. Stigmatizarea tulburărilor mintale în țările în curs de dezvoltare	29
1.8. Factori clinici și sociali în stigmatizarea la persoanele cu depresie	30
1.9. Impactul stereotipurilor și miturilor asupra stigmei în depresie.....	32
1.10. Integrarea tematicii stigmatizării depresiei în curriculumul medical.....	35
2. MATERIALE ȘI METODE	36
3. REZULTATELE CERCETĂRII PRIVIND RELAȚIA DINTRE DEPRESIE, FACTORI SOCIALI ȘI STIGMATIZARE	41
3.1. Descrierea participanților la studiu.....	41
3.2. Corelații între severitatea depresiei și stigmatizare	55
3.3. Influența factorilor sociali asupra stigmatizării	68
3.4. Influența factorilor sociali asupra severității depresiei	84
3.5. Set de materiale educaționale în scopul reducerii stigmatizării depresiei.	100
4. DISCUȚII ASUPRA REZULTATELOR ÎN RAPORT CU LITERATURA ȘTIINȚIFICĂ PRIVIND DEPRESIA ȘI STIGMATIZAREA.....	104
CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI	112
Concluzii.....	112
Recomandări.....	113

BIBLIOGRAFIE	115
ANEXE	127
Anexa 1: Formular de Consimțământ Informat	127
Anexa 2: Fișă de Informații	129
Anexa 3: Chestionare Pacienți Date Demografice.....	132
Anexa 4: PHQ-2 (Chestionar pentru sănătatea pacientului-2)	135
Anexa 5: Chestionar Sănătatea Pacientului 9 articole (PHQ-9)	136
Anexa 6: Scala Stigma Depresiei. DSS.	137
Anexa 7: Aviz favorabil de la Comitetul de Etică a USMF	139
LISTA PUBLICAȚIILOR ȘI PARTICIPĂRIILOR LA FORUMURI ȘTIINȚIFICE	140

LISTA ABREVIERILOR

CCSM – Centrele Comunitare de Sănătate Mintală
CIM-10 – Clasificarea Internațională a Maladiilor, ediția a 10-a
conf. univ. – conferențiar universitar
DMS – diferență medie standardizată
dr. hab. șt. Med – Doctor habilitat în științe medicale
dr. șt. Med – Doctor în științe medicale
DSS – Depression Stigma Scale (Scala de Stigmă a Depresiei)
DSSa – Depression Stigma Scale – atitudinal (Scala de Stigmă a Depresiei-atitudinal)
DSSp – Depression Stigma Scale – personal (Scala de Stigmă a Depresiei-personal)
IC – interval de încredere
MADRS – Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (Scara de evaluare a depresiei)
mhGAP – Mental Health Gap Action Programme (Programul de Acțiune pentru Reducerea Decalajului în Sănătatea Mintală, inițiat de OMS)
Montgomery-Asberg)
OMS – Organizația Mondială a Sănătății
OR – odds ratio (raport de șanse)
PHQ – Patient Health Questionnaire (Chestionarul de Sănătate al Pacientului)
prof. univ. – profesor universitar
RM – Republica Moldova
SD – Standard Deviation (Abatere Standard)
SM – Sănătate mintală
SPSS – Statistical Package for Social Sciences (Pachet Statistic pentru Științe Sociale)
TCC – Terapia cognitiv-comportamentală
TDM – tulburare depresivă majoră
TIP – terapia interpersonală
TPD – terapia psihodinamică
USMF – Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

LISTA FIGURILOR

Figura 1. Diagrama de flux – Metodologia studiului	36
Figura 2. Algoritmul de screening și includere în studiu	37
Figura 3. Distribuția geografică a participanților	41
Figura 4. Distribuția participanților în funcție de mediu de rezidență.....	42
Figura 5. Distribuția în funcție de sex	43
Figura 6. Distribuția vârstei.....	44
Figura 7. Distribuția în funcție de nivelul de educație finalizat	45
Figura 8. Distribuția în funcție de activitatea profesională	46
Figura 9. Distribuția în funcție de mărimea venitului per persoană	47
Figura 10. Distribuția participanților în funcție de tipul de locuință.....	48
Figura 11. Distribuția participanților în funcție de statutul marital	49
Figura 12. Distribuția participanților în funcție de numărul de copii.....	50
Figura 13. Distribuția percepției asupra suportului primit din partea familiei	51
Figura 14. Distribuția consumului de alcool în rândul participanților	52
Figura 15. Distribuția consumului de droguri în rândul participanților	52
Figura 16. Distribuția participanților în funcție de adresarea pentru probleme de sănătate mintală și anxietate	53
Figura 17. Distribuția participanților în funcție de aderarea la tratament	54
Figura 18. Distribuția participanților în funcție de dificultatea percepută în desfășurarea activității profesionale	55
Figura 19. Graficul de dispersie ce ilustrează relația dintre stigma personală și stigma percepută	56
Figura 20. Compararea stigmatizării percepute (DSS_P_perceput) în funcție de severitatea depresiei.....	57
Figura 21. Compararea stigmatizării personale (DSS_P_personal) în funcție de severitatea depresiei.....	58
Figura 22. Distribuția scorurilor DSSa pentru diferite afirmații stigmatizante despre depresie ...	60

Figura 23. Media scorurilor DSSa pentru diferite afirmații despre depresie.....	61
Figura 24. Distribuția scorurilor DSSp pentru diferite afirmații despre depresie	63
Figura 25. Distribuția medie a scorurilor pentru fiecare categorie din PHQ-9	64
Figura 26. Compararea atitudinilor față de depresie și auto-stigmatizarea asociată	65
Figura 27. Distribuția simptomelor depresive conform PHQ-9	66
Figura 28. Matricea de corelații Spearman între diferiți factori	67
Figura 29. Distribuția scorurilor DSS_P_personal în funcție de localitate	68
Figura 30. Distribuția scorurilor DSS_P_perceput în funcție de localitate	69
Figura 31. Distribuția scorurilor DSS_P_personal în funcție de sex.....	70
Figura 32. Distribuția scorurilor DSS_P_perceput în funcție de sex	70
Figura 33. Compararea scorurilor DSS-Personal în funcție de activitatea profesională.....	72
Figura 34. Compararea scorurilor DSS-Perceput (stigmatizare percepută) în funcție de activitatea profesională	72
Figura 35. Compararea scorurilor de stigmatizare personală în funcție de nivelul de educație finalizat	74
Figura 36. Compararea scorurilor de stigmatizare percepută în funcție de nivelul de educație finalizat	74
Figura 37. Compararea scorurilor de stigmatizare personală în funcție de statutul marital.....	76
Figura 38. Compararea scorurilor de stigmatizare percepută în funcție de statutul marital.....	76
Figura 39. Compararea scorurilor de stigmatizare personală în funcție de numărul de copii.....	78
Figura 40. Compararea scorurilor de stigmatizare percepută în funcție de numărul de copii.....	78
Figura 41. Compararea scorurilor de stigmatizare personală în funcție de venitul personal	80
Figura 42. Compararea scorurilor de stigmatizare percepută în funcție de venitul personal	80
Figura 43. Compararea scorurilor de stigmatizare personală în funcție de suportul oferit de familie și prieteni	82
Figura 44. Compararea scorurilor de stigmatizare percepută în funcție de suportul oferit de familie și prieteni	82
Figura 45. Compararea scorurilor de stigmatizare personală în funcție de accesarea serviciilor de sănătate mintală	83

Figura 46. Compararea scorurilor de stigmatizare percepută în funcție de accesarea serviciilor de sănătate mintală	84
Figura 47. Distribuției vârstei în funcție de diagnosticul depresiei (PHQ-9).....	85
Figura 48. Consumul de alcool în funcție de diagnosticul depresiei (PHQ-9).....	87
Figura 49. Fumatul în funcție de diagnosticul depresiei (PHQ-9)	87
Figura 50. Distribuția depresiei (PHQ-9) în funcție de mediul de rezidență.....	88
Figura 51. Distribuția depresiei (PHQ-9) în funcție de sex	89
Figura 52. Distribuția depresiei (PHQ-9) în funcție de aderarea la tratament.....	91
Figura 53. Relația dintre statutul marital și severitatea depresiei.....	92
Figura 54. Relația dintre activitatea profesională și severitatea depresiei.....	93
Figura 55. Relația dintre severitatea depresiei și adresarea pentru probleme de SM.....	94
Figura 56. Relația dintre severitatea depresiei și nivelul de educație finalizat.....	95
Figura 57. Relația dintre severitatea depresiei și numărul de copii.....	96
Figura 58. Corelația dintre severitatea depresiei și venitul lunar (per persoană)	97
Figura 59. Corelația dintre severitatea depresiei și suportul familiei și/sau prietenilor	98

LISTA TABELELOR

Tabel 1. Structura metodologică a studiului	36
Tabel 2. Analiza corelațiilor pentru stigmatizarea personală (DSS atitudinal) și nivelurile de depresie (PHQ-9).....	98
Tabel 3. Analiza corelațiilor pentru stigmatizarea percepută (DSS perceput) și nivelurile de depresie (PHQ-9):.....	99

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, oferind 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, severitate mai mare se corelează cu niveluri mai ridicate de stigmatizare [19,21], durata simptomelor – o durată mai lungă a simptomelor fiind corelată cu un nivel mai ridicat de stigmatizare interiorizată [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 stigmă.
4. Compararea stigmei personale și a stigmei percepute pentru a evalua diferențele dintre stigma personală și stigma percepută la persoanele cu depresie.
5. Analiza corelației dintre nivelul de severitate a depresiei și nivelul de stigmă 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 stigmă, 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 stigmă, 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 stigmă. 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, stigmă 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.

1. FUNDAMENTE ȘTIINȚIFICE PRIVIND DEPRESIA ȘI STIGMATIZAREA ÎN SĂNĂTATEA MINTALĂ

1.1. Depresia: definiție, simptome și impactul asupra sănătății publice

Depresia este una dintre cele mai frecvente tulburări psihice la nivel global, afectând aproximativ 3.8% de populație, inclusiv 5% adulți (4% bărbați și 6% în rândul femeilor), și 5.7% în rândul adulților cu vârsta mai mare de 60 ani [22]. Aceasta reprezintă o problemă de sănătate publică majoră, fiind asociată cu o scădere semnificativă a calității vieții, morbiditate și mortalitate crescută, precum și costuri sociale și economice ridicate [23]. Această tulburare se caracterizează printr-o suferință emoțională profundă și persistentă, având un impact semnificativ asupra funcționării sociale și profesionale a individului [22]. Prin urmare, depresia reprezintă o provocare majoră pentru sistemele de sănătate, fiind asociată cu o povară semnificativă atât la nivel individual, cât și la nivel social.

Depresia reprezintă o provocare semnificativă pentru sistemele de sănătate, având un impact profund asupra indivizilor și societății prin diverse dimensiuni, inclusiv costurile economice și rezultatele în domeniul sănătății. Povara tulburării depresive majore (TDM) este considerabilă, afectând milioane de persoane la nivel global și ducând la o funcționare deficitară, o calitate a vieții scăzută și o utilizare crescută a serviciilor de sănătate [24–26].

Depresia majoră generează costuri sociale și financiare substanțiale, incluzând pierderea productivității și a veniturilor [27]. Eșecurile în tratament și natura cronică a depresiei contribuie la escaladarea costurilor legate de îngrijirile medicale [28].

Depresia este frecvent comorbidă cu alte afecțiuni cronice, agravând evoluția acestora și crescând morbiditatea. De asemenea, tulburarea este asociată cu rate ridicate de mortalitate, inclusiv suicid, evidențiind implicațiile sale grave pentru sănătatea publică [29]. În plus, evenimentele globale recente, precum pandemia COVID-19, au exacerbat factorii de risc pentru depresie, prin creșterea incertitudinii, izolării sociale, stresului financiar și accesului limitat la servicii de sănătate mintală. Studiile realizate în Republica Moldova au evidențiat o creștere semnificativă a problemelor psihosociale în această perioadă, subliniind efectul pandemiei asupra sănătății mintale a populației [30–32].

Deși depresia este tratabilă, aceasta rămâne adesea nerecunoscută și netratată corespunzător, în principal din cauza stigmatizării și a pregătirii insuficiente a personalului medical [24,27]. Aceasta subliniază necesitatea unui răspuns multisectorial pentru a aborda în mod eficient povara depresiei.

Depresia are un impact profund asupra calității vieții, fiind a treia cauză a anilor de viață trăiți cu dizabilitate la nivel global. La nivel global, depresia este una dintre principalele cauze de

dizabilitate, contribuind în mod semnificativ la povara bolilor și la mortalitatea prin sinucidere. În acest context, consecințele depresiei nu sunt doar individuale, ci și sociale, reprezentând o provocare majoră pentru sistemele de sănătate publică.

Tulburarea depresivă majoră este extrem de răspândită, având o natură cronică care duce la episoade recurente și o morbiditate crescută [24]. Se situează printre principalele cauze de dizabilitate la nivel global, cu proiecții care indică o creștere până la a doua cauză principală până în 2020 [33]. Persoanele cu depresie se confruntă cu deficite semnificative în calitatea vieții, comparabile cu cele ale afecțiunilor medicale cronice, precum diabetul. Severitatea simptomelor depresive se corelează direct cu gradul de afectare a calității vieții [33].

Asocierea depresiei cu alte afecțiuni cronice agravează rezultatele în sănătate, subliniind necesitatea unui răspuns multisectorial în domeniul sănătății publice [29]. Abordările actuale de tratament sunt adesea insuficiente, multe cazuri rămânând nediagnosticate sau tratate inadecvat [24,34]. Deși accentul a fost pus pe tratamentul individual, o perspectivă mai amplă de sănătate publică este esențială pentru a aborda natura sistemică a depresiei și implicațiile sale sociale.

Conform Clasificării Internaționale a Maladiilor ediția a 10-a (CIM-10), depresia este definită ca un episod de dispoziție depresivă persistentă, interes și plăcere diminuate față de activități cotidiene, asociate cu o varietate de alte simptome, cum ar fi oboseala, tulburările de somn, pierderea poftei de mâncare și sentimente de inutilitate sau vinovăție excesivă. Depresia majoră se manifestă prin prezența unui număr minim de simptome depresive pentru o perioadă de cel puțin două săptămâni, afectând în mod semnificativ funcționarea zilnică a persoanei [35].

Criteriile diagnostice pentru depresie sunt în concordanță cu simptomele precum: dispoziție deprimată, pierderea interesului, reducerea energiei, și, în cazuri severe, idei suicidare sau încercări de suicid. Importanța diagnosticului corect este esențială pentru intervențiile terapeutice, având în vedere impactul negativ major asupra funcționării sociale și profesionale ale indivizilor afectați [36].

Simptomele majore ale depresiei includ dispoziția depresivă, pierderea interesului și a plăcerii, modificări ale apetitului și somnului, oboseală și sentimente de inutilitate. Aceste simptome trebuie să persiste timp de cel puțin două săptămâni pentru a fi diagnosticată depresia. Diagnosticul se bazează pe criteriile din ghidurile internaționale, precum CIM-10, și poate fi asistat de chestionare precum PHQ-9, care evaluează severitatea depresiei pe baza simptomelor raportate de pacient [34,37,38].

Depresia are un impact major asupra funcționării sociale, economice și asupra sănătății publice, fiind una dintre principalele cauze de dizabilitate la nivel global. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), depresia contribuie la pierderi economice semnificative [39].

Depresia generează pierderi economice considerabile, cu estimări care indică pierderi de

miliarde anual din cauza productivității reduse și a absenteismului crescut [40]. Studiul Global Burden of Disease subliniază că depresia este una dintre principalele cauze de dizabilitate, în special în țările cu venituri medii și înalte [41]. Persoanele cu depresie întâmpină adesea dificultăți de adaptare socială, afectându-le capacitatea de a menține relații și de a se implica în activități comunitare [42]. La locul de muncă, depresia poate duce la diagnosticare greșită, scăderea calității serviciilor și un risc crescut de accidente [40].

Intervențiile timpurii și strategiile de prevenție universală pot reduce incidența depresiei cu până la 21% [40]. Educația pentru sănătate și activitatea fizică joacă un rol crucial în gestionarea și prevenirea depresiei, promovând rezultate mai bune pentru sănătatea mintală [43].

Deși atenția este adesea concentrată asupra impactului individual al depresiei, este esențial să recunoaștem și implicațiile sociale mai largi și necesitatea unor strategii cuprinzătoare de prevenție. În acest context, familia joacă un rol esențial în prevenirea stigmatizării și în sprijinirea recuperării persoanelor cu depresie. Studiile recente realizate în Republica Moldova au evidențiat că implicarea familiei poate reduce semnificativ riscul de marginalizare, în special în perioadele de criză, cum a fost pandemia COVID-19, când izolarea socială a amplificat stigmatizarea bolilor mintale [44–46].

În plus, depresia crește costurile de îngrijire a sănătății, datorită tratamentelor îndelungate și a comorbidităților asociate, care necesită intervenții medicale suplimentare. Intervențiile eficiente, cum ar fi modelele de îngrijire integrată, s-au dovedit promițătoare în reducerea costurilor prin abordarea simultană atât a depresiei, cât și a afecțiunilor cronice [47]. Deși povara financiară a depresiei este evidentă, este esențial să se ia în considerare faptul că nu toți pacienții cu depresie vor suporta costuri ridicate, deoarece o minoritate poate contribui în mod disproporționat la cheltuielile generale. Acest lucru evidențiază necesitatea unor intervenții direcționate pentru a gestiona eficient atât sănătatea mintală, cât și cea fizică.

De asemenea, depresia este strâns legată de un risc crescut de suicid, reprezentând una dintre cele mai grave consecințe ale depresiei netratate. Depresia crește semnificativ riscul de suicid, cu estimări care indică faptul că 50-80% dintre suicidurile finalizate sunt legate de tulburările de dispoziție [48]. OMS estimează că aproape 700.000 de persoane își pierd viața anual prin suicid, iar majoritatea acestor cazuri sunt asociate cu depresie severă [49]. Tulburarea depresivă majoră se caracterizează printr-o dispoziție scăzută persistentă și poate duce la idei suicidare, iar 15% dintre persoanele cu depresie ajung în final să comită suicid [48]. Un studiu a constatat că depresia era prezentă în 63,9% dintre pacienții care au supraviețuit unei tentative de suicid, subliniind prevalența sa în comportamentele suicidare [50].

Principalii factori de risc pentru depresie includ antecedente personale sau familiale, tentative anterioare de suicid și evenimente de viață stresante [50]. Intensitatea și durata

simptomelor depresive sunt esențiale în evaluarea riscului de suicid [50]. Deși există tratamente eficiente, stigmatizarea asociată sănătății mintale împiedică adesea persoanele să solicite ajutor, agravând riscul de suicid. Abordarea acestor bariere este crucială pentru eforturile de prevenție.

Astfel, povara globală a depresiei impune necesitatea unei intervenții urgente și eficiente pentru prevenirea, diagnosticarea și tratarea acestei tulburări.

1.2. Eficiența tratamentului depresiei: progrese, strategii și provocări

Deși depresia reprezintă o povară semnificativă la nivel global, progresele în domeniul medical și al sănătății mintale au condus la dezvoltarea unor tratamente eficiente pentru un număr considerabil de pacienți. Cu toate acestea, eficacitatea tratamentului variază considerabil în funcție de o serie de factori, inclusiv severitatea și tipul depresiei, comorbiditățile, aderența la tratament și accesul la servicii medicale de calitate.

Meta-analizele studiilor clinice randomizate indică faptul că medicația antidepresivă, în special inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei și inhibitorii recaptării serotoninei și norepinefrinei, demonstrează o eficacitate semnificativă în tratamentul depresiei moderate și severe [51]. Estimările sugerează că eficacitatea antidepresivelor în tratarea tulburării depresive majore arată o diferență semnificativă în comparație cu tratamentele placebo. Cercetările indică faptul că aproximativ 50-70% dintre pacienții care primesc terapie antidepresivă adecvată experimentează o ameliorare substanțială a simptomelor, în timp ce doar 20-30% dintre cei cărora li s-a administrat placebo raportează îmbunătățiri similare.

O meta-analiză care a implicat 11.533 de participanți a constatat că Desvenlafaxina a redus semnificativ severitatea TDM în comparație cu placebo, cu un raport de șanse (OR) de 0,52 [52]. Ratele generale de răspuns pentru antidepresive sunt considerabil mai mari decât placebo, cu o diferență de risc de 25% în depresia severă [49]. Cu toate acestea, este important de menționat că răspunsul la medicație este individualizat, iar unii pacienți pot necesita ajustări ale dozelor sau schimbarea medicației pentru a obține rezultate optime. De asemenea, medicația antidepresivă poate avea efecte secundare, care variază de la ușoare la severe, și pot influența aderența la tratament.

Efectul placebo joacă un rol crucial, reprezentând aproximativ o treime din răspunsurile la tratament, în special la pacienții cu depresie ușoară [53]. În mediile de îngrijire primară, rata de răspuns la placebo poate ajunge la 42%, ceea ce indică faptul că mulți pacienți se pot îmbunătăți fără intervenție farmacologică [49]. În ciuda statisticilor promițătoare pentru antidepresive, unele studii sugerează că eficacitatea acestora poate fi supraestimată, în special în cazurile ușoare până la moderate, în care intervențiile non-farmacologice ar putea fi mai benefice [49].

Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) a apărut ca un tratament extrem de eficient pentru depresia ușoară până la moderată, având adesea o eficacitate comparabilă cu cea a tratamentului

farmacologic [54]. Cercetările indică faptul că TCC nu numai că oferă rate de răspuns comparabile la antidepresive, dar oferă și beneficii semnificative pe termen lung, inclusiv rate mai scăzute de recădere. Studiile arată că TCC este eficientă atât pentru depresia ușoară, cât și pentru cea moderată, unele dovezi sugerând că poate fi mai benefică pentru cazurile mai ușoare [55]. O revizuire sistematică a constatat că TCC reduce semnificativ simptomele depresive și previne recidiva, demonstrând robustețea sa ca opțiune de tratament [56].

TCC a fost asociată cu rate superioare de remisie după tratament și urmărire, indicând efecte de durată dincolo de perioada de terapie [57]. La adolescenți, TCC s-a dovedit că îmbunătățește funcționarea globală mai eficient decât numai medicamentele, evidențiind beneficiile sale cuprinzătoare [58]. În timp ce TCC este o intervenție puternică, este esențial să se ia în considerare faptul că unii pacienți pot beneficia în continuare de o abordare combinată a terapiei și a medicației pentru rezultate optime [55].

Alte forme de psihoterapie, cum ar fi terapia interpersonală (TIP) și terapia psihodinamică (TPD), au demonstrat, de asemenea, eficacitate în tratamentul depresiei, deși sunt necesare mai multe cercetări pentru a confirma eficacitatea lor comparativă cu TCC. O revizuire sistematică a indicat că TIP a îmbunătățit semnificativ simptomele depresive la adolescenți, cu o diferență medie standardizată (DMS) de -0,42 [59]. Într-un studiu controlat randomizat, TIP a demonstrat rezultate superioare în comparație cu TCC, în special pe scara de evaluare a depresiei Montgomery-Asberg (MADRS) [60]. O meta-analiză a constatat că TPD și TCC au avut efecte echivalente statistic asupra simptomelor depresive imediat după tratament, cu o mărime a efectului neglijabilă ($g = -0,11$) [61]. Cu toate acestea, echivalența pe termen lung rămâne neconcludentă, indicând necesitatea unor studii de urmărire mai extinse [61]. În timp ce TIP și TPD sunt promițătoare, literatura existentă sugerează că TCC rămâne un tratament bine stabilit, necesitând studii comparative suplimentare pentru a clarifica eficacitatea relativă a acestor terapii.

Numeroase studii sugerează că abordarea combinată, care implică atât medicație antidepresivă, cât și psihoterapie, este mai eficientă decât oricare dintre aceste intervenții administrate separat, în special în cazurile de depresie severă sau rezistentă la tratament [62]. Această abordare holistică permite o gestionare mai complexă a simptomelor, o mai bună înțelegere a cauzelor care stau la baza depresiei și dezvoltarea unor mecanisme de coping mai eficiente. Studiile indică faptul că combinarea tratamentelor farmacologice cu psihoterapie dă rezultate mai bune decât oricare dintre metodele singure, în special în cazurile de depresie rezistentă la tratament [63].

Meta-analizele arată că psihoterapia contribuie pozitiv la eficacitatea tratamentului, terapiile bazate pe cogniție fiind cele mai cercetate. Psihoterapia încurajează dezvoltarea unor strategii eficiente de coping, care sunt cruciale pentru gestionarea pe termen lung a depresiei [63].

O abordare multidisciplinară este esențială pentru înțelegerea naturii cu mai multe fațete a depresiei rezistente la tratament, încorporând factori genetici, psihosociali și neurobiologici [64,65]. Această înțelegere holistică ajută la adaptarea intervențiilor la nevoile individuale ale pacientului, îmbunătățind potențialul aderării la tratament și rezultatele [66].

Tratamentul depresiei a cunoscut progrese semnificative în ultimele decenii, oferind speranță și șanse reale de recuperare pentru un număr tot mai mare de pacienți. Abordarea terapeutică optimă este individualizată și se bazează pe o evaluare atentă a nevoilor și caracteristicilor fiecărui pacient. Este esențială continuarea cercetărilor în domeniu pentru a identifica noi tratamente, a optimiza protocoalele existente și a asigura accesul echitabil la servicii de sănătate mintală de calitate pentru toți cei afectați de depresie.

Depresia este o tulburare gravă care afectează milioane de persoane la nivel global. O abordare integrată, incluzând diagnosticul precoce, tratamentul personalizat și sprijinul social, este esențială pentru îmbunătățirea rezultatelor și a calității vieții persoanelor afectate. Sensibilizarea publicului și reducerea stigmatizării sunt, de asemenea, esențiale pentru facilitarea accesului la tratament și sprijin.

1.3. Specificul depresiei în țările în curs de dezvoltare

Depresia este recunoscută pe scară largă drept o problemă majoră de sănătate publică la nivel global, însă prezintă particularități notabile în țările în curs de dezvoltare, unde factorii socio-economici și culturali influențează semnificativ atât prevalența, cât și accesul la tratament. Cercetările arată că diagnosticarea insuficientă și stigmatizarea asociată cu bolile mintale reprezintă bariere majore în calea tratamentului eficient [19,67,68].

Datele epidemiologice din țările în curs de dezvoltare sunt relativ limitate, însă unele studii sugerează că prevalența depresiei în țările în curs de dezvoltare este comparabilă sau chiar mai ridicată decât în țările dezvoltate. De exemplu, o analiză sistematică a constatat că prevalența globală punctuală a tulburării depresive majore este de aproximativ 4,7%, regiunile în curs de dezvoltare prezentând rate similare sau mai mari [69]. În Africa Subsahariană, un studiu a raportat o prevalență de 6,4%, depășind 5,0% observată în țările europene [70,71].

Această povară este exacerbată de factori precum sărăcia, inegalitatea socială și accesul limitat la servicii de sănătate mintală care sunt factori critici ai problemelor de sănătate mintală, astfel persoanele din medii cu venituri mici se confruntă cu riscuri mai mari [72]. Într-adevăr, în multe țări în curs de dezvoltare, doar o mică parte din persoanele cu depresie primesc tratament adecvat. Accesul limitat la serviciile de sănătate mintală agravează și mai mult problema, deoarece multe țări nu dispun de resurse suficiente și de profesioniști pregătiți [70]. Potrivit OMS, în unele țări cu venituri mici și medii, există mai puțin de un psihiatru la un milion de locuitori, în comparație cu ratele mult mai ridicate de probleme de sănătate mintală.

În ciuda acestor constatări, unii susțin că concentrarea asupra sănătății mintale în țările în curs de dezvoltare rămâne insuficientă, adesea umbrită de preocupări stringente legate de sănătate. Acest lucru evidențiază necesitatea unei conștientizări sporite și a alocării de resurse pentru a aborda în mod eficient sănătatea mintală.

Factorii de risc pentru depresie în țările în curs de dezvoltare sunt multipli și complexi, cuprinzând elemente socioeconomice, culturale și de mediu și nu numai. Condițiile socioeconomice precare limitează accesul la educație, servicii medicale și alte resurse esențiale, creând un mediu favorabil pentru dezvoltarea depresiei [73]. Șomajul ridicat și veniturile scăzute contribuie la creșterea stresului și a provocărilor legate de sănătatea mintală [73]. Lipsa de educație contribuie la perpetuarea stigmatizării, ceea ce determină persoanele afectate să evite căutarea ajutorului medical, din teama de a fi judecate sau marginalizate [41,74]. Inițiativele educaționale pot servi ca factori de protecție împotriva depresiei prin promovarea conștientizării și reducerea stigmatizării [75].

Totodată, țările în curs de dezvoltare se confruntă adesea cu violență, traume și instabilitate politică, factori care cresc vulnerabilitatea populației față de tulburările mintale [74,76]. Interacțiunea acestor factori necesită strategii cuprinzătoare de sănătate mintală, adaptate provocărilor unice cu care se confruntă aceste regiuni [74]. Deși acești factori de risc sunt critici, este, de asemenea, esențial să se ia în considerare potențialul de reziliență și intervențiile comunitare care pot atenua impactul acestor provocări asupra sănătății mintale.

Un alt factor care contribuie la diagnosticarea întârziată și tratamentul insuficient este stigmatizarea asociată cu depresia. Acest stigmat se manifestă la diferite niveluri – individual, societal și instituțional – conducând la rezultate negative pentru cei afectați [77]. În multe culturi, bolile mintale sunt văzute ca un semn de slăbiciune sau chiar ca o pedeapsă divină, ceea ce agravează suferința psihică și împiedică accesul la tratament adecvat. Astfel, stigmatizarea descurajează persoanele să caute ajutor, mulți se tem că sunt etichetați drept „nebuni” sau slabi [78]. În Arabia Saudită, 31,9% dintre pacienți au întârziat să caute îngrijire din cauza fricii de efecte secundare ale medicamentelor, reflectând stigmatizarea internalizată [79].

Studiile arată că stigma nu doar descurajează persoanele afectate să solicite ajutor, ci influențează și modul în care profesioniștii din domeniul sănătății acordă asistență, deoarece aceștia pot internaliza atitudinile negative, fapt ce poate diminua calitatea serviciilor oferite [80]. O analiză a literaturii de specialitate evidențiază faptul că stigmatizarea duce la o aderență și rezultate mai slabe la tratament, în special în țările cu venituri mici și medii [81]. Percepțiile culturale ale bolii mintale, cum ar fi considerarea acesteia ca pedeapsă divină, exacerbează stigmatizarea și împiedică accesul la îngrijire [81].

În timp ce stigmatizarea este o barieră generalizată în calea tratamentului de sănătate mintală,

unele studii sugerează că conștientizarea și educația sporită pot atenua aceste efecte, promovând rezultate mai bune pentru persoanele cu tulburări de sănătate mintală.

1.4. Diagnosticarea și gestionarea depresiei în Republica Moldova

În Republica Moldova, utilizarea CIM-10 reprezintă standardul actual pentru diagnosticarea depresiei în practica clinică. Conform Protocolului Clinic Standardizat pentru medicii de familie, criteriile diagnostice din CIM-10 sunt esențiale pentru identificarea severității depresiei și pentru ghidarea intervențiilor terapeutice. Aceste criterii includ prezența unor simptome principale, precum dispoziția depresivă, pierderea interesului și oboseala, alături de alte simptome suplimentare, care permit clasificarea depresiei în forme ușoare, moderate sau severe [82].

Protocolul recomandă și utilizarea chestionarului PHQ-9 pentru evaluarea severității depresiei, fiind un instrument eficient și rapid de screening. PHQ-9 este un chestionar scurt, format din 9 întrebări, care acoperă simptomele principale și suplimentare ale depresiei, conform criteriilor CIM-10. Fiecare întrebare primește un punctaj de la 0 la 3, rezultatul final indicând severitatea depresiei și ghidând astfel intervențiile terapeutice. Utilizarea PHQ-9 permite medicilor de familie să ofere un screening rapid și obiectiv, aliniat cu clasificările din CIM-10, facilitând astfel o mai bună gestionare a depresiei în practica clinică.

PHQ-9 demonstrează sensibilitate ridicată (91,7%) și specificitate (78,3%) pentru detectarea depresiei în instituțiile de îngrijire primară [83]. O revizuire sistematică indică faptul că PHQ-9 este eficient în diferitele categorii demografice ale pacienților, sporind acuratețea diagnosticului pentru tulburarea depresivă majoră [84]. Screeningul de rutină cu PHQ-9 a fost integrat cu succes în asistența medicală la domiciliu, identificând 8,5% dintre pacienții cu depresie majoră probabilă [85]. Ghidurile ICD-10 susțin utilizarea unor instrumente structurate precum PHQ-9, oferind strategii de management pentru medicii primari [86].

În timp ce PHQ-9 este un instrument valoros, unii susțin că utilizarea exclusivă a măsurilor auto-raportate poate trece cu vederea prezentărilor clinice nuanțate, sugerând necesitatea unor evaluări cuprinzătoare în cazurile complexe [87]. Unul dintre principalele avantaje ale PHQ-9 este integrarea sa facilă în fluxul de lucru zilnic al medicilor de familie, fără a impune o povară semnificativă asupra timpului acestora. PHQ-9 este apreciat pentru simplitatea și eficiența sa, fiind ușor de utilizat, acest instrument permite medicilor să obțină o evaluare rapidă a depresiei, fără a prelungi semnificativ consultațiile. Chestionarul poate fi completat în câteva minute, oferind rezultate imediate și standardizate, legate direct de criteriile din CIM-10.

De asemenea, PHQ-9 este extrem de util nu doar pentru diagnosticul inițial, ci și pentru monitorizarea dinamicii pacienților pe parcursul tratamentului. Medicii pot ajusta intervențiile terapeutice în funcție de modificările scorului PHQ-9, facilitând astfel o urmărire eficientă a evoluției pacienților [88]. Un studiu a indicat că, deși urmărirea imediată nu a arătat nicio diferență

semnificativă în rezultatele depresiei, monitorizarea pe termen mai lung a sugerat potențiale beneficii în calitatea vieții [88].

Un alt beneficiu esențial al acestui instrument este capacitatea de a detecta precoce depresia, inclusiv în formele sale ușoare, care ar putea trece neobservate fără utilizarea unui instrument formal de evaluare [89]. Detectarea timpurie permite inițierea promptă a tratamentului, prevenind agravarea simptomelor și îmbunătățind șansele de recuperare [90].

Chestionarul PHQ-9 oferă și ghidare terapeutică pe baza scorului obținut, ajutând medicii să ia decizii informate cu privire la intervențiile necesare, fie că este vorba de consiliere psihologică, tratament farmacologic sau trimiterea pacientului către un specialist. De exemplu, pacienții cu depresie ușoară pot beneficia de intervenții psihosociale, în timp ce cei cu depresie severă necesită de obicei tratament medicamentos. Datorită versatilității sale, PHQ-9 este validat și utilizat pe scară largă în diferite contexte culturale și clinice, inclusiv în Moldova, ceea ce îl face un instrument indispensabil în asistența primară [91,92].

Cu toate acestea, provocările cu care se confruntă medicii de familie în gestionarea depresiei sunt semnificative. Lipsa timpului, consultațiile scurte și numărul mare de pacienți pot împiedica o evaluare detaliată a stării emoționale a pacientului. În multe cazuri, simptomele depresiei sunt mascate de alte plângeri fizice, precum oboseala sau durerea, ceea ce poate duce la subdiagnosticare [93]. PHQ-9 vine în sprijinul medicilor de familie prin eficiența sa în identificarea simptomelor depresiei în mod rapid și standardizat, permițând intervenții adecvate chiar și în condițiile constrângerilor de timp.

În ciuda disponibilității unor instrumente precum PHQ-9, există încă discrepanțe semnificative între datele raportate de Centrele Comunitare de Sănătate Mintală (CCSM) din Moldova și datele globale ale OMS. Conform datelor CCSM nepublicate din anul 2021, în Moldova au fost înregistrate doar 1840 de persoane cu depresie, reprezentând aproximativ 0,06% din populația țării. Această cifră este considerabil mai mică decât prevalența globală a depresiei estimată de OMS, care indică o prevalență de 3,8% la nivel global și de 5% în rândul adulților.

Reforma sistemului de sănătate mintală din Republica Moldova, inițiată în 2014, reprezintă un pas important către modernizarea și umanizarea serviciilor de îngrijire psihiatrică. Prin trecerea de la un model instituționalizat la unul bazat pe servicii comunitare integrate, Moldova a făcut progrese semnificative în asigurarea unui acces mai larg și mai echitabil la suportul în sănătate mintală [94]. Implementarea centrelor comunitare, dezvoltarea echipelor multidisciplinare și adaptarea cadrului legislativ reflectă un angajament real pentru o abordare centrată pe pacient [95]. Cu toate că persistă unele provocări legate de sustenabilitate, stigmatizare și integrare completă, tranziția reprezintă un exemplu valoros de reformă sistemică în contextul unei țări cu resurse limitate [96–99].

Diferențele dintre aceste cifre pot fi explicate prin mai mulți factori. Stigma asociată cu bolile mintale în Moldova continuă să fie o barieră majoră, determinând multe persoane să evite să ceară ajutor de specialitate, ceea ce duce la un număr mare de cazuri nediagnosticate. De asemenea, metodologia de colectare a datelor diferă între CCSM și OMS, contribuind la variații ale prevalenței raportate. În plus, factori sociali, economici și culturali specifici Moldovei, cum ar fi rețelele puternice de sprijin familial, ar putea reduce prevalența raportată a depresiei. Totuși, aceste date subliniază necesitatea unor studii epidemiologice riguroase la nivel național pentru a evalua cu acuratețe prevalența depresiei și a îmbunătăți strategiile de intervenție.

În concluzie, deși PHQ-9 reprezintă un instrument esențial pentru diagnosticarea și gestionarea depresiei în asistența primară din Republica Moldova, discrepanțele dintre datele raportate la nivel național și cele globale indică necesitatea unor intervenții mai eficiente și a unei reduceri semnificative a stigmatizării pentru a îmbunătăți diagnosticarea și accesul la tratament. Problematika subdiagnosticării este complexă, fiind influențată de factori culturali, sociali și economici, ceea ce impune o abordare multidimensională pentru a aborda adecvat povara depresiei în țările în curs de dezvoltare, inclusiv în Republica Moldova [100–103].

1.5. Stigmatizarea tulburărilor mintale: cauze și metode de combatere

Stigmatizarea reprezintă procesul prin care o persoană sau un grup este etichetat negativ, tratat cu prejudecată și discriminat din cauza unei trăsături sau condiții considerate inacceptabile de societate. În cazul tulburărilor mintale, stigmatizarea devine un obstacol semnificativ în calea obținerii unui tratament adecvat, amplificând suferința pacientului și perpetuând izolarea socială.

Deși există tratamente cunoscute și eficiente pentru tulburările mintale, peste 75% dintre persoanele din țările cu venituri mici și medii nu beneficiază de niciun fel de tratament. Printre barierele din calea accesului la îngrijire eficientă se numără lipsa investițiilor în sănătatea mintală, lipsa personalului medical calificat și stigmatizarea asociată cu tulburările mintale [22].

Stigma este definită ca un proces social complex care implică mai multe etape și mecanisme. În primul rând, are loc etichetarea, prin care unui grup de persoane, în acest caz celor care suferă de depresie, le sunt atribuite caracteristici negative [104]. Acestea sunt urmate de stereotipizare, un fenomen ce constă în generalizări excesive și adesea negative, cum ar fi ideea că persoanele cu depresie sunt slabe sau neproductive [105]. Acest proces continuă cu separarea, care presupune distanțarea și izolarea socială a persoanelor afectate. Stigma se manifestă prin discriminare, adică prin tratamente inegale aplicate persoanelor cu depresie, fie în cadrul locului de muncă, fie în accesarea serviciilor de sănătate. De asemenea, aceasta este recunoscută ca având un impact negativ asupra tratamentului și bunăstării psihologice a persoanelor afectate [106–108].

Cercetarea curentă, care se bazează pe studii anterioare privind stigmatizarea persoanelor cu tulburări mintale, își propune să aducă o contribuție nouă în înțelegerea factorilor clinico-sociali

care influențează stigmatizarea depresiei în Republica Moldova [109].

Cauzele stigmatizării sunt complexe și variază de la lipsa de cunoștințe adecvate despre tulburările mintale la factori culturali și istorici. Lipsa de educație și de informații corecte este recunoscută în literatura de specialitate drept unul dintre factorii principali care contribuie la menținerea stigmatizării. Studiile arată că nivelurile scăzute de cunoștințe și informare corectă despre tulburările mintale sunt puternic asociate cu atitudini stigmatizante [110]. În același timp, reprezentările distorsionate ale persoanelor cu tulburări mintale în mass-media și cultura populară întăresc aceste stereotipuri și prejudecăți, alimentând frica și neînțelegerea [111]. De-a lungul istoriei, persoanele cu tulburări mintale au fost adesea marginalizate și discriminate, iar aceste practici discriminatorii persistă sub diferite forme în multe culturi și societăți [107].

Stigmatizarea legată de sănătatea mintală este o problemă complexă care cuprinde stereotipuri, prejudecăți și discriminare, care îi afectează profund pe cei cu tulburări mintale. Acest fenomen afectează nu numai indivizii înșiși, ci și familiile lor și profesioniștii din domeniul sănătății, modelând interacțiunile lor sociale și accesul la serviciile esențiale. Stigmatizarea personală se referă la autodevalorizare, în timp ce stigmatizarea publică implică respingerea și discriminarea societății [112]. Stigmatizarea profesională afectează și profesioniștii din domeniul sănătății, influențând atât interacțiunile acestora cu pacienții, cât și identitatea lor profesională [112].

Stigma este generată din stereotipuri sociale și mecanisme psihologice precum proiecția. Aceste constructe sunt profund înrădăcinate în ritualurile sociale și formarea identității, ducând la respingerea persoanelor cu tulburări mintale [113]. În Chile, trăsăturile structurale ale sistemului de sănătate și cultura organizațională predominantă contribuie la stigmatizarea atitudinilor, subliniind necesitatea reformelor sistemice [114].

Stigma descurajează persoanele să urmeze servicii de sănătate mintală, subminând stima de sine și restrângând oportunitățile sociale. Această reticență provine adesea din teama de a fi etichetat și din consecințele sociale [115]. Discriminarea în asistența medicală: prejudecățile în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății mediază legătura dintre stereotipuri și distanțarea socială, rezultând în acțiuni discriminatorii care împiedică furnizarea eficientă a îngrijirilor [116].

Îmbunătățirea educației și specializării profesioniștilor din domeniul sănătății poate atenua stigmatizarea. Intervențiile ar trebui să urmărească furnizarea de informații corecte despre tulburările mintale și transformarea culturii de asistență medicală [114]. Intervenții direcționate precum recunoașterea și abordarea reacțiilor emoționale care favorizează discriminarea poate ajuta la reducerea stigmatizării în rândul furnizorilor de asistență medicală [116].

Deși stigmatizarea în sănătatea mintală este larg răspândită, nu este un fenomen fix. Inițiativele de reducere a stigmatizării trebuie să fie cuprinzătoare, vizând atât mentalitățile

individuale, cât și cadrele sistemice. Înțelegerea subtilităților culturale și contextuale ale stigmatizării este vitală pentru elaborarea de intervenții eficiente care să favorizeze includerea și acceptarea persoanelor cu tulburări mintale.

Literatura de specialitate identifică mai multe tipuri de stigmatizare, fiecare având un impact diferit asupra indivizilor afectați. Stigmatizarea publică se referă la atitudinile și comportamentele stigmatizante din partea publicului larg, care subminează valoarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală, ducând la discriminare și izolarea socială [117,118]. Studiile au arătat că stigmatizarea publică este larg răspândită și are efecte semnificative asupra accesului la servicii de sănătate mintală, contribuind la refuzul tratamentului din teama de a fi etichetat negativ [119].

Autostigmatizarea, pe de altă parte, apare atunci când persoanele afectate internalizează stereotipurile și prejudecățile negative, care duce la scăderea stimei de sine, la rușine și la izolare socială, ceea ce agravează simptomele bolii și întârzie căutarea ajutorului. Aceasta stigmatizare interiorizată poate crea ezitare în a urma consiliere sau tratament, agravând problemele de sănătate mintală. Procesul de internalizare este influențat de opiniile societății, care convertesc stigmatizarea publică în stigmatizare autodirijată [119].

Un alt tip important de stigmatizare este stigmatizarea instituțională, manifestată prin politici și practici discriminatorii la nivel instituțional, în domenii precum sănătatea, educația sau angajarea. Aceste obstacole sistemice restricționează accesul la resurse și sprijin esențial, obstruționând recuperarea și incluziunea socială [118]. Stigmatizarea instituțională este susținută de disparitățile structurale și dezechilibrele de putere din societate [120]. În plus, diferențele legislative și practicile legate de internările involuntare pot reflecta atitudini stigmatizante față de persoanele cu tulburări mintale, așa cum este evidențiat în analiza comparativă realizată de Wasserman și colaboratorii în 40 de țări europene [121].

În literatura de specialitate, numeroase studii au evidențiat relația strânsă dintre depresie și stigmatizare. Factorii sociali și demografici, cum ar fi vârsta, sexul și nivelul de educație, au fost identificați ca elemente care influențează semnificativ percepția stigmei față de depresie [122]. Astfel în ceea ce privește depresia, la fel există mai multe tipuri de stigmatizare care afectează persoanele cu depresie. În primul rând, există stigma publică a persoanelor cu depresie, care se referă la atitudinile negative, prejudecățile și discriminarea manifestate de publicul larg față de persoanele care suferă de depresie. Aceasta poate duce la excluderea socială și marginalizarea celor afectați [123].

Un alt tip este autostigma, care apare atunci când persoanele cu depresie interiorizează stereotipurile și prejudecățile negative la adresa lor. Auto-stigmatizarea poate provoca sentimente de rușine, vinovăție și lipsă de valoare, iar cei afectați evită să ceară ajutor sau să vorbească deschis despre problemele lor, ceea ce duce la agravarea simptomelor. Severitatea simptomelor depresive

a fost corelată cu niveluri crescute de stigmatizare percepută și auto-stigmatizare, având un efect direct asupra capacității individului de a solicita ajutor sau de a se angaja în programe de tratament [124]. Studiile arată că auto-stigmatizarea reduce aderența la tratament, crește riscul de recădere și afectează negativ procesul de recuperare pe termen lung, precum și creșterea riscului de suicid [125–127]. Apariția la nivel mondial a autostigmatizării în rândul persoanelor cu depresie este de aproximativ 29%, cu diferențe vizibile în diferite regiuni. Factorii de risc majori care contribuie la auto-stigmatizarea includ intensitatea depresiei, stigmatizarea societală, stigmatizarea legată de tratament și stigmatizarea percepută. Aceste elemente favorizează interiorizarea credințelor dăunătoare, împiedicând recuperarea [21]. Ezitarea de a căuta ajutor care decurge din autostigmatizarea reprezintă un obstacol major, deoarece peste 50% dintre persoanele cu depresie se abțin de la un tratament esențial [19].

Abordări precum psihoterapia de grup și campaniile de conștientizare axate pe depresie s-au dovedit eficiente în diminuarea autostigmatizării [19,128]. Factorii care protejează împotriva autostigmatizării includ stima de sine crescută, conexiuni sociale solide și funcționare socială eficientă, care pot ajuta la contracararea efectelor adverse ale stigmatului interiorizat [21].

Excluderea socială exacerbează simptomele depresiei, afectând negativ stima de sine și contribuind la un ciclu de auto-învinuire. În Malaezia, stigmatizarea publică contribuie la autostigmatizarea, care, la rândul său, influențează negativ atitudinile față de căutarea ajutorului pentru sănătatea mintală. Acest ciclu de stigmatizare subliniază necesitatea unor intervenții care să abordeze atât stigmatizarea publicului, cât și auto-stigmatizarea pentru a îmbunătăți rezultatele în domeniul sănătății mintale [129].

Deși autostigmatizarea reprezintă un obstacol considerabil în calea recuperării sănătății mintale, înțelegerea predictorilor săi și executarea intervențiilor concentrate poate ajuta la diminuarea efectelor acesteia. Investigațiile viitoare ar trebui să se concentreze pe studii longitudinale pentru a obține o perspectivă mai profundă asupra dinamicii autostigmatizării și pentru a crea tehnici de intervenție mai eficiente.

Stigma structurală sau instituțională a persoanelor cu depresie reprezintă un alt tip de stigmatizare, fiind prezentă în politicile, practicile și procedurile instituțiilor, precum sistemul de sănătate, educațional sau juridic. Aceste practici limitează accesul la resurse și oportunități pentru persoanele cu depresie, contribuind la excluderea lor din viața socială și economică [130]. Studiile europene arată că variațiile în reglementările privind internările involuntare pot influența percepția publicului și accesul la tratament, perpetuând stigmatizarea [121]. Conform unui raport OMS, stigmatizarea persoanelor cu depresie reduce șansele lor de a primi tratament adecvat și de a se reintegra în comunitate, accentuând și mai mult excluderea socială [131].

În mediul profesional, stigmatizarea persoanelor cu depresie creează obstacole majore în

menținerea și avansarea în carieră. Persoanele care suferă de depresie se confruntă adesea cu discriminare la locul de muncă, fiind percepute ca incapabile să își îndeplinească sarcinile profesionale. Această discriminare poate duce la pierderea oportunităților de angajare sau promovare, limitând astfel securitatea financiară și creând o presiune suplimentară asupra sănătății mintale a persoanelor afectate. Pierderea unui loc de muncă din cauza stigmatizării contribuie la insecuritatea economică, agravează sentimentul de inadecvare și poate duce la o deteriorare suplimentară a sănătății mintale [132].

Pe lângă efectele asupra vieții sociale și profesionale, stigmatizarea persoanelor cu depresie afectează și accesul la educație și oportunitățile de dezvoltare personală. Persoanele cu depresie, în special tinerii, se confruntă adesea cu dificultăți în continuarea studiilor sau în obținerea unor calificări profesionale din cauza discriminării și a lipsei de sprijin din partea sistemului educațional [133]. Această excludere din mediul educațional contribuie la un ciclu al sărăciei și excluziunii sociale, limitând șansele de integrare pe piața muncii și de participare activă în societate [134]. Managementul educațional personalizat și intervențiile psihologice au demonstrat eficacitate semnificativă în reducerea simptomelor depresiei în rândul elevilor. Astfel de intervenții pot îmbunătăți bunăstarea mintală și rezultatele academice, subliniind importanța sistemelor de sprijin personalizate în instituțiile de învățământ [135].

Consecințele stigmatizării asupra bunăstării psihologice și sociale sunt profunde și de lungă durată, având un efect cumulativ asupra stării de sănătate a persoanelor afectate. În absența unor intervenții eficiente pentru combaterea stigmatizării, persoanele cu depresie vor continua să se confrunte cu dificultăți în accesarea tratamentului, în integrarea socială și în menținerea unui trai decent. Așadar, combaterea stigmatizării devine o prioritate pentru a îmbunătăți calitatea vieții persoanelor cu depresie și pentru a facilita recuperarea acestora. Atenuarea stigmatizării asociate bolilor mintale este o provocare complexă care necesită un set complex de abordări educaționale, interpersonale și structurale. Cercetarea subliniază importanța acestor metode în transformarea percepțiilor publice și diminuarea stereotipurilor.

Inițiativele educaționale joacă un rol vital în confruntarea concepțiilor greșite și a prejudecăților în jurul patologiilor mintale. Aceste inițiative sunt concepute pentru a spori gradul de conștientizare a publicului și pentru a diminua stereotipurile, care prezintă obstacole considerabile în calea obținerii asistenței psihiatrice [136]. Instruiri anti-stigmatizare în cadrul educației medicale a demonstrat un potențial enorm. Prin includerea pacienților ca educatori, aceste inițiative ajută viitorii profesioniști din domeniul sănătății să cultive empatia și înțelegerea, ceea ce poate ajuta la atenuarea stigmatizării în mediile clinice [137].

Încurajarea interacțiunilor interpersonale între indivizii cu tulburări mintale și cei fără tulburări mintale este o metodă puternică de diminuare a stigmatizării. Atât interacțiunile sociale

directe, cât și cele indirecte pot clarifica concepțiile greșite și pot reduce frica, în special în țările cu venituri mici și medii [138].

Măsurile structurale, inclusiv inițiativele anti-stigmatizare la nivel instituțional și advocacy pentru politicile anti-discriminare, sunt vitale pentru realizarea unei schimbări durabile. Aceste acțiuni contribuie la crearea unor medii care favorizează sănătatea mintală și reduc discriminarea [139]. Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination a prezentat recomandări globale care vizează combaterea stigmatizării, subliniind necesitatea unor reforme politice comprehensive [139].

Deși strategiile educaționale și bazate pe contact s-au dovedit eficiente, efectele lor de durată sunt încă incerte. Multe inițiative se concentrează în primul rând pe stigmatizarea publică sau pe autostigmatizarea, neglijând frecvent alte forme de stigmatizare. Mai mult, calibrul meta-analizelor existente privind inițiativele de reducere a stigmatizării este relativ scăzut, semnalând necesitatea unei cercetări mai stricte [140]. Abordarea acestor deficiențe este esențială pentru elaborarea unor strategii mai eficiente și durabile pentru reducerea stigmatizării.

Stigmatizarea tulburărilor mintale este o problemă complexă și multidimensională, cu consecințe grave asupra accesului la tratament, bunăstării psihologice și incluziunii sociale. Reducerea stigmatizării necesită o abordare integrată care să combine educația publicului larg, promovarea contactului interpersonal și implementarea reformelor instituționale. Numai printr-un efort colectiv susținut putem crea o societate mai incluzivă și tolerantă, în care persoanele cu tulburări mintale să se simtă acceptate și sprijinite, având acces la tratamentele necesare și oportunități egale.

1.6. Stigmatizarea tulburărilor psihotice și non-psihotice

Stigmatizarea este un fenomen complex care afectează toate persoanele cu tulburări mintale, însă este esențial să recunoaștem că experiența stigmatizării poate varia semnificativ în funcție de tipul de tulburare mintală. Studiile care abordează stigmatizarea într-o manieră generalizată, fără a diferenția între diversele tulburări, riscă să ofere o imagine incompletă sau chiar denaturată a acestui fenomen. Fără o descriere clară a tipului de tulburare mintală la care se referă (de exemplu, utilizând viniete pentru a exemplifica tipurile de afecțiuni), rezultatele studiilor pot fi ambigue. Cei care răspund la chestionare despre atitudinile față de „persoanele cu tulburări mintale” pot avea în minte o imagine prototipică a unei persoane cu schizofrenie, influențată de stereotipurile propagate în mass-media, și nu o persoană cu depresie sau anxietate. Această distincție este esențială pentru înțelegerea corectă a modului în care stigmatizarea diferă în funcție de tipul de tulburare și de contextul social și cultural în care aceasta se manifestă [141].

Studiile arată că nu toate tulburările mintale sunt percepute la fel în societate, iar persoanele cu tulburări psihotice, cum ar fi schizofrenia, se confruntă adesea cu o stigmatizare mai puternică

decât cele care suferă de tulburări non-psihotice, precum depresia sau anxietatea. Această diferență poate fi explicată prin faptul că simptomele sunt mai vizibile, iar concepțiile greșite despre pericolozitate, împreună cu modul în care mass-media portretizează aceste tulburări, alimentează stigmatizarea.

Persoanele cu tulburări psihotice, inclusiv schizofrenia, au adesea simptome precum halucinații și iluzii, care sunt mult mai vizibile și mai greu de ascuns decât simptomele asociate cu tulburările non-psihotice precum depresia sau anxietatea. Această vizibilitate sporită poate genera frică și neînțelegere crescută în rândul populației generale [142,143]. Studiul efectuat de Trani și colab. elucidează că persoanele cu patologii mintale, inclusiv schizofrenie, prezintă scoruri de stigmatizare mai scăzute, ceea ce indică faptul că experiența personală poate atenua percepțiile de stigmatizare [142]. Schizofrenia este adesea asociată în mod eronat cu pericolul perceput, un factor care contribuie în mod semnificativ la distanțare socială și la evitarea persoanelor afectate de această tulburare [143]. Reprezentările mass-media perpetuează frecvent erori care leagă tulburările psihotice de violență și imprevizibilitate, exacerbând astfel temerile și concepțiile greșite ale publicului [143,144].

Ramificațiile stigmatizării se extind dincolo de persoanele cu boli mintale, inhibând dorința acestora de a solicita asistență și diminuând aderarea la tratament, afectând în același timp în mod negativ integrarea socială și calitatea generală a vieții [145]. Stigmatizarea publică, caracterizată prin stereotipuri dăunătoare și practici discriminatorii, poate precipita excluderea socială și autostigmatizarea, în care indivizii internalizează aceste percepții negative [110].

Percepția asupra prognosticului tulburărilor psihotice contribuie semnificativ la amplificarea stigmatizării. Afecțiuni precum schizofrenia sunt frecvent văzute ca fiind cronice și dificil de tratat, ceea ce alimentează un sentiment de pesimism atât în rândul publicului larg, cât și, uneori, printre profesioniștii din domeniul sănătății. Această perspectivă negativă asupra evoluției acestor tulburări intensifică discriminarea față de persoanele afectate și limitează accesul acestora la resursele și sprijinul de care au nevoie. Cercetările arată, de asemenea, că persoanele cu schizofrenie sunt percepute ca fiind mai imprevizibile și periculoase în comparație cu cele care suferă de depresie, chiar și atunci când simptomele lor sunt bine gestionate. Trebuie menționat că simptomele depresive la persoanele cu schizofrenie sunt strâns legate de stigmatizare și de calitatea vieții. Un studiu realizat în zonele rurale din China a descoperit că severitatea depresiei mediază relația dintre stigmatizare și calitatea vieții, o parte semnificativă a impactului stigmatizării asupra calității vieții fiind influențată de gravitatea depresiei [146].

Autostigmatizarea în contextul schizofreniei este influențată de o serie de factori, printre care se numără prezența simptomelor psihotice și depresive, stigmatizarea întâlnită la locul de muncă și condițiile socio-economice. O meta-analiză a arătat că nivelurile de autostigmatizare

rămân constante în diferite țări și sunt corelate cu șomajul, dozele mari de medicație antipsihotică și capacitatea funcțională redusă [147]. Autostigmatizarea, adică internalizarea stigmei, reprezintă o problemă semnificativă, deoarece poate conduce la retragere socială și scăderea stimei de sine, ceea ce îngreunează și mai mult integrarea socială a persoanelor cu schizofrenie [148].

Deși stigmatizarea tulburărilor non-psihotice este adesea mai puțin intensă decât cea îndreptată împotriva tulburărilor psihotice, aceasta nu este mai puțin dăunătoare. Persoanele care suferă de depresie sau anxietate se confruntă frecvent cu atitudini de minimalizare și invalidare a experiențelor lor. Expresii de genul „trebuie doar să fii mai pozitiv” sau „toată lumea se simte tristă uneori” sunt manifestări ale acestei forme subtile de stigmatizare, care subminează gravitatea suferinței mintale și emoționale a acestor persoane. Aceste atitudini nu numai că le invalidează experiențele, dar le pot împiedica și să caute ajutor specializat, din teama de a nu fi considerate „slabe” sau „inadecvate” [149].

Un alt aspect specific stigmatizării tulburărilor non-psihotice este presiunea socială de a părea „normal”. Mulți dintre cei care suferă de depresie sau anxietate aleg să își ascundă simptomele din teama de a nu fi judecați sau stigmatizați. Această presiune duce frecvent la izolare socială și la o evitare a interacțiunilor care ar putea dezvălui vulnerabilitatea emoțională [150]. În plus, autostigmatizarea joacă un rol important în exacerbaria simptomelor acestor afecțiuni. Persoanele cu depresie sau anxietate pot interioriza stereotipurile negative conform cărora „sunt slabe” sau „nu se străduiesc suficient”, ceea ce agravează simptomele și crește riscul de izolare socială și agravare a stării lor mintale [12].

Au fost implementate inițiative care vizează combaterea stigmatizării, deși eficacitatea lor este eterogenă și necesită cercetare suplimentară [145]. Implicarea persoanelor cu experiențe personale în eforturile de reducere a stigmatizării poate fi avantajoasă, deoarece posedă perspective mai tolerante față de persoanele cu boli mintale [12,142]. Abordările bazate pe contact interpersonal pot reduce stigmatizarea publică, în timp ce stigmatizarea structurală poate fi combătută eficient prin reforme de politici publice [150]. Sprijinul din partea comunității poate reduce auto-stigmatizarea, dar nu reușește să elimine complet consecințele acesteia. Este recomandată o strategie cuprinzătoare care să abordeze valorile legate de stima de sine, în paralel cu promovarea sprijinului oferit de aliați [151]. Astfel, elaborarea unor strategii multidimensionale, care să combine educație, contact interpersonal și reforme instituționale, reprezintă o abordare mai cuprinzătoare și promițătoare [152].

În concluzie, este esențial să abordăm stigmatizarea ținând cont de specificitatea fiecărei tulburări mintale pentru a dezvolta intervenții eficiente de reducere a stigmei. Fiecare tip de tulburare generează forme diferite de stigmatizare, atât în plan social, cât și în cadrul sistemului de sănătate, iar acestea sunt influențate de factori precum genul, vârsta și statutul socio-economic.

O înțelegere mai profundă și nuanțată a acestor variații este esențială pentru a combate eficient stigmatizarea și pentru a construi o societate mai incluzivă și tolerantă, în care persoanele cu tulburări mintale să fie respectate și să beneficieze de îngrijiri adecvate.

1.7. Stigmatizarea tulburărilor mintale în țările în curs de dezvoltare

Stigmatizarea tulburărilor mintale reprezintă o problemă globală, dar în țările în curs de dezvoltare aceasta capătă nuanțe particulare, alimentate de contextul socio-economic și cultural specific acestor regiuni [153]. Studiile din literatura de specialitate subliniază faptul că, în aceste țări, stigmatizarea este amplificată de sărăcie, inegalitate socială, sisteme de sănătate slab dezvoltate și influențe culturale și religioase, care contribuie în mod semnificativ la marginalizarea și excluderea socială a persoanelor afectate de tulburări mintale [154,155].

Unul dintre factorii cheie identificați în literatura de specialitate este sărăcia și inegalitatea socială, care joacă un rol important în perpetuarea stigmatizării. Cercetările arată că, în comunitățile sărace, accesul la educație și la informații corecte despre tulburările mintale este sever limitat, ceea ce contribuie la răspândirea stereotipurilor și prejudecăților negative [73,156]. De asemenea, veniturile scăzute și lipsa accesului la servicii de sănătate adecvate fac ca persoanele afectate de tulburări mintale să fie adesea neglijate și stigmatizate de către comunitate și chiar de către profesioniștii din domeniul sănătății [81,156]. În lipsa unor resurse adecvate, multe persoane din aceste țări se confruntă cu dificultăți în a accesa tratamente sau chiar în a primi un diagnostic corect pentru afecțiunile lor. Această situație este frecvent întâlnită în țări precum Moldova, unde datele arată o corelație puternică între nivelul de educație redus și stigmatizarea percepută față de depresie [109].

Un alt aspect frecvent abordat în literatura de specialitate este fragilitatea sistemelor de sănătate din țările în curs de dezvoltare. Sistemele de sănătate mintală din aceste regiuni sunt adesea subfinanțate și slab dezvoltate, cu resurse limitate dedicate tratamentului și intervențiilor pentru tulburările mintale [157]. Lipsa personalului calificat, a infrastructurii adecvate și a accesului la medicamente esențiale sunt doar câteva dintre barierele care împiedică furnizarea unor servicii de sănătate mintală eficiente. Eșanu și colaboratorii (2020) subliniază că în Moldova, un sistem de sănătate mintală insuficient dezvoltat contribuie la stigmatizarea persoanelor cu depresie, în special în rândul adolescenților, care adesea nu primesc îngrijirea necesară din cauza lipsei de resurse [109]. Situații similare sunt raportate și în alte țări în curs de dezvoltare, unde pacienții cu tulburări mintale nu au acces la tratament specializat, iar tulburările mintale nu sunt prioritizate în sistemele de sănătate publică [158]. O intervenție educațională realizată în Republica Moldova pe un eșantion de adolescenți a demonstrat eficiența în reducerea stigmatizării față de tulburările mintale, subliniind potențialul acestor abordări în contextul țărilor în curs de dezvoltare [159].

Influențele culturale și religioase joacă un rol important în menținerea stigmatizării în aceste

societăți. Literatura de specialitate arată că, în multe culturi, tulburările mintale sunt adesea văzute ca fiind cauzate de forțe supranaturale, precum posesiunea demonică sau pedeapsa divină. Aceste convingeri, adânc înrădăcinate în tradițiile culturale și religioase, pot duce la excluderea și marginalizarea persoanelor afectate de tulburări mintale [160]. De exemplu, în Moldova, studiile au arătat că influențele culturale au un impact semnificativ asupra percepțiilor negative legate de depresie, contribuind la perpetuarea miturilor și a stereotipurilor despre bolile mintale [109]. În schimb, în țări precum Portugalia, unde sistemele de sănătate mintală sunt mai bine dezvoltate, stigmatizarea este mai redusă, iar persoanele cu tulburări mintale se bucură de o acceptare mai largă. În multe țări în curs de dezvoltare, însă, cei afectați de tulburări mintale se îndreaptă adesea către vindecători tradiționali. Deși aceștia pot oferi un sprijin inițial, accesul la îngrijiri medicale specializate este adesea întârziat, perpetuând miturile legate de sănătatea mintală [74,81].

În concluzie, stigmatizarea tulburărilor mintale în țările în curs de dezvoltare reprezintă un fenomen complex, influențat de o varietate de factori socio-economici, culturali și religioși. Studiile de specialitate evidențiază că sărăcia, inegalitatea socială, slăbiciunea sistemelor de sănătate și tradițiile culturale și religioase intensifică stigmatizarea și duc la marginalizarea persoanelor care suferă de tulburări mintale. În astfel de contexte, intervențiile sistemice și culturale sunt esențiale pentru a reduce stigmatizarea și a facilita un acces mai bun la servicii de sănătate mintală adecvate și eficiente [161–163]. Eșanu subliniază că în Moldova, un sistem de sănătate mintală insuficient dezvoltat contribuie la stigmatizarea persoanelor cu depresie, în special în rândul adolescenților, care adesea nu primesc îngrijirea necesară din cauza lipsei de resurse [164].

1.8. Factori clinici și sociali în stigmatizarea la persoanele cu depresie

Această teză își propune să exploreze în detaliu modul în care diverși factori clinico-sociali influențează experiența stigmei la persoanele care suferă de depresie. Un prim factor esențial analizat este severitatea depresiei. Studiile indică faptul că un nivel mai ridicat al simptomelor depresive este corelat cu o experiență mai intensă a stigmei, atât din partea celor din jur, cât și la nivel personal, sub forma autostigmatizării [165]. Persoanele cu depresie severă tind să fie percepute mai negativ, iar ele însele pot interioriza aceste stereotipuri, ceea ce duce la o scădere a stimei de sine și la o probabilitate crescută de a evita căutarea ajutorului, agravând evoluția bolii.

Un alt aspect important este vârsta. Studiile sugerează că persoanele mai în vârstă sunt mai predispuse să experimenteze stigmatizarea, din cauza prejudecăților sociale legate de îmbătrânire și de scăderea capacităților mintale. Aceasta poate determina o atitudine mai critică din partea societății față de persoanele vârstnice, considerându-i mai vulnerabili sau incapabili să facă față depresiei, ceea ce contribuie la izolarea și marginalizarea lor [166].

În plus, genul joacă un rol semnificativ în percepția stigmei. Femeile sunt adesea mai

susceptibile la stigmatizare, din cauza stereotipurilor de gen care le asociază depresia cu trăsături negative precum slăbiciunea, sensibilitate emoțională excesivă sau incapacitatea de a face față provocărilor vieții. Pe de altă parte, bărbații care suferă de depresie pot întâmpina o stigmatizare diferită, legată de așteptările sociale conform cărora ar trebui să fie puternici și să nu-și exprime vulnerabilitatea. Diferențele de gen în ceea ce privește stigmatizarea necesită o examinare mai detaliată pentru a înțelege modul în care bărbații și femeile se confruntă cu stigmatizarea în moduri diferite [167].

Nivelul de educație este un alt factor semnificativ în această teză. Persoanele cu un nivel scăzut de educație sunt mai predispuse să adopte atitudini stigmatizante, deoarece lipsa cunoașterii în privința tulburărilor mintale conduce la perpetuarea unor mituri și stereotipuri. Acest lucru influențează nu doar modul în care este percepută depresia de către cei din jur, ci și modul în care persoanele afectate înțeleg și își gestionează propria afecțiune. Astfel, creșterea nivelului de educație în societate poate contribui semnificativ la reducerea stigmatizării [168].

Statutul socioeconomic joacă, de asemenea, un rol esențial în amplificarea experienței stigmei. Persoanele din medii defavorizate se confruntă adesea cu bariere semnificative în accesarea serviciilor de sănătate mintală, ceea ce le face mai vulnerabile la efectele stigmei. Lipsa resurselor financiare și a sprijinului social contribuie la izolarea acestora și la o capacitate redusă de a căuta ajutor. În plus, stigmatizarea poate fi mai puternică în aceste medii din cauza unor norme culturale care descurajează deschiderea față de problemele de sănătate mintală [169].

Un alt factor important este sprijinul social. Persoanele care beneficiază de un nivel scăzut de sprijin social sunt mai predispuse să experimenteze stigmatizarea. Lipsa susținerii din partea familiei, prietenilor sau comunității poate duce la izolare socială, ceea ce intensifică sentimentele de neînțeles și devalorizare. Acest lucru agravează nu doar simptomele depresiei, ci și impactul negativ al stigmatizării asupra calității vieții și a recuperării persoanelor afectate [170].

Atitudinile culturale și normele sociale joacă, de asemenea, un rol central în percepția stigmei asociate depresiei. În funcție de valorile și convingerile dominante dintr-o anumită cultură, depresia poate fi percepută fie ca o problemă de sănătate validă, fie ca o slăbiciune personală sau morală. În multe culturi, tulburările mintale sunt în continuare văzute ca tabuuri, ceea ce contribuie la marginalizarea persoanelor afectate și la evitarea discuțiilor deschise despre sănătatea mintală. Astfel, intervențiile care vizează combaterea stigmei trebuie să fie adaptate specificului cultural al fiecărei comunități pentru a fi eficiente [171]. În numeroase contexte culturale, tulburările mintale sunt încă privite ca un semn de slăbiciune morală sau personală, ceea ce face ca persoanele afectate să ezite să discute deschis despre afecțiunile lor. În Europa de Est, inclusiv în Republica Moldova, depresia este adesea subdiagnosticată, iar pacienții se confruntă cu multiple bariere în accesarea serviciilor de sănătate mintală, în parte din cauza stigmatizării sociale.

Prin examinarea interconexiunii dintre acești factori, teza își propune să ofere o înțelegere mai profundă a modului în care contextul social și caracteristicile individuale interacționează în experiența stigmei asociate depresiei. Aceste informații pot fi utile în dezvoltarea unor intervenții țintite, menite să reducă stigma și să îmbunătățească calitatea vieții persoanelor afectate de depresie.

1.9. Impactul stereotipurilor și miturilor asupra stigmei în depresie

Stereotipurile legate de tulburările mintale, inclusiv depresia, joacă un rol semnificativ în menținerea stigmatizării acestor afecțiuni, influențând semnificativ experiențele pacienților și accesul lor la tratament. Literatura de specialitate definește stereotipurile ca fiind generalizări rigide aplicate unui grup de persoane, care ignoră diversitatea și unicitatea fiecărui individ. În cazul depresiei, aceste stereotipuri tind să fie negative și simplificatoare, reducând complexitatea reală a afecțiunii și contribuind la crearea unui climat de stigmatizare atât socială, cât și personală.

Un stereotip frecvent întâlnit este acela că depresia este asociată în mod exclusiv cu o stare constantă de tristețe, ceea ce nu reflectă realitatea clinică a bolii. Depresia poate varia semnificativ în manifestările sale, iar unele persoane pot părea funcționale în interacțiunile sociale sau profesionale, ascunzându-și simptomele reale. Această reducere a depresiei la o simplă stare de tristețe contribuie la percepția eronată că persoanele afectate își exagerează suferința sau că boala lor nu este „reală”.

Reprezentările prototypice ale persoanelor cu depresie includ adesea stereotipuri negative, precum ideea că aceștia sunt persoane neîmplinite sau cu trăsături negative, ceea ce influențează modul în care cei din jur îi percep și interacționează cu ei. Aceste stereotipuri persistă în ciuda eforturilor de sensibilizare publică cu privire la simptomele depresiei [172].

Un alt stereotip relevant, frecvent menționat în literatura de specialitate, este ideea conform căreia depresia este o dovadă de slăbiciune personală. Convingerea că depresia este cauzată de o personalitate slabă este o idee greșită frecvent întâlnită, studiile arătând că aproximativ 30% dintre oameni împărtășesc această opinie [173]. Acest stereotip este menținut de lipsa de înțelegere a naturii depresiei, care este adesea văzută ca un defect de caracter, și nu ca o afecțiune medicală [174]. Mai mult, acest stereotip îi împiedică pe mulți pacienți să caute ajutor specializat, din teama de a fi judecați și etichetați ca fiind slabi din punct de vedere emoțional. Această frică amplifică autostigmatizarea, agravează simptomele depresiei și reduce șansele ca persoanele afectate să solicite sprijin [19].

Stereotipurile influențează și percepțiile legate de capacitatea profesională a persoanelor cu depresie. Studiile arată că indivizii afectați de depresie sunt adesea percepuți ca fiind mai puțin productivi sau ineficienți în mediul de muncă. Această percepție greșită poate duce la discriminare profesională, izolarea colegială și excluderea din oportunitățile de promovare. Aceasta are un

impact semnificativ asupra stării emoționale și economice a persoanelor afectate, creând un cerc vicios al excluderii și agravării simptomelor depresive [175].

Un aspect esențial în înțelegerea efectelor stereotipurilor este auto-stigmatizarea, studiile arătând că cei care internalizează aceste stereotipuri ajung să simtă rușine, vinovăție și să se auto-devalorizeze, ceea ce le afectează stima de sine și agravează starea lor de sănătate mintală [12]. Auto-stigmatizarea este un factor cheie care contribuie la evitarea tratamentului, multe persoane cu depresie alegând să nu solicite ajutor de teamă să nu fie judecate sau percepute negativ [12,176].

Stereotipurile legate de depresie contribuie, de asemenea, la izolarea socială a celor afectați. Cercetările arată că teama de a fi stigmatizați îi determină pe indivizii cu depresie să evite interacțiunile sociale, ceea ce intensifică sentimentele de singurătate și neputință [177]. Izolarea socială este un factor de risc major pentru agravarea stării de sănătate mintală și este strâns legată de un risc crescut de suicid în rândul persoanelor cu depresie, astfel un studiu a constatat că pacienții depresivi cu un istoric de tentative de suicid au raportat niveluri mai scăzute de sprijin social în comparație cu cei care nu au încercat niciodată să se sinucidă [178]. În acest context, intervențiile care urmăresc reducerea stigmatizării prin educație și conștientizare sunt cruciale pentru a îmbunătăți calitatea vieții celor afectați.

Combaterea stereotipurilor necesită o abordare sistematică și integrată. Campaniile de educare și conștientizare a sănătății mintale sunt identificate ca strategii eficiente pentru schimbarea percepțiilor publicului larg. De asemenea, promovarea contactului interpersonal între persoanele cu și fără tulburări mintale poate contribui la reducerea stereotipurilor și a fricilor nefondate legate de depresie. La nivel instituțional, este necesară adoptarea unor politici și practici care să asigure sprijinul adecvat pentru persoanele afectate de depresie, prevenind discriminarea la locul de muncă și în alte domenii ale vieții sociale.

Literatura de specialitate subliniază importanța intervențiilor educaționale și a politicilor instituționale menite să combată stereotipurile și să promoveze o mai bună înțelegere a depresiei ca boală medicală validă, reducând astfel stigmatizarea asociată cu această afecțiune [100,152,179]. Miturile legate de depresie și alte tulburări mintale sunt de asemenea o componentă esențială în perpetuarea stigmatizării, însă cercetările asupra miturilor specifice în contextul depresiei nu sunt la fel de numeroase ca cele asupra stereotipurilor. Totuși, literatura de specialitate recunoaște că miturile joacă un rol esențial în crearea și menținerea stigmei. Miturile sunt definiții eronate sau simplificate despre depresie, care influențează percepțiile publicului larg și contribuie la crearea unor bariere psihologice și sociale pentru persoanele afectate. În mod similar stereotipurilor, miturile minimalizează complexitatea depresiei și fac ca pacienții să evite să caute ajutor sau să accepte tratamente adecvate.

De exemplu, un mit comun este că depresia este „doar o stare de tristețe” sau „o fază

trecătoare”, ceea ce duce la neînțelegerea seriozității acestei afecțiuni. Persoanele care cred în acest mit tind să subestimeze necesitatea tratamentului specializat și să considere că depresia poate fi depășită prin voință sau schimbări minore în stilul de viață. Acest mit creează o barieră importantă în accesarea tratamentului, determinând indivizii afectați să nu ia în serios simptomele depresive, ceea ce agravează evoluția bolii [180].

Literatura de specialitate subliniază faptul că miturile legate de tratamentele antidepresive joacă un rol important în evitarea intervențiilor medicale. De exemplu, un mit răspândit este că medicamentele antidepresive „schimbă personalitatea” sau „provoacă dependență”. Pentru a clarifica concepția greșită că antidepresivele schimbă personalitatea, este important de menționat că aceste medicamente au rolul de a restabili echilibrul emoțional, fără a modifica trăsăturile de personalitate. Scopul lor este de a reduce simptomele depresiei, ajutând persoanele afectate să își desfășoare activitățile zilnice într-un mod mai eficient [181]. Aceste concepții greșite împiedică numeroase persoane să accepte tratamentul farmacologic, deși studiile arată că antidepresivele sunt esențiale pentru gestionarea depresiei moderate și severe [182].

Studiile demonstrează, de asemenea, că miturile legate de prevenirea depresiei, cum ar fi credința că „schimbările în stilul de viață sunt suficiente pentru a vindeca depresia,” contribuie la neînțelegerea gravității afecțiunii și la subestimarea necesității unui tratament complex, incluzând atât intervenții psihoterapeutice, cât și farmacologice. Acest tip de mit poate reduce semnificativ motivația indivizilor de a căuta ajutor specializat, ceea ce contribuie la întârzierea tratamentului [183].

Un alt mit des întâlnit este că depresia este rară, ceea ce perpetuează ideea că persoanele afectate sunt o minoritate neglijabilă. În realitate, depresia este o afecțiune comună care afectează milioane de oameni la nivel global [22]. Ignorarea prevalenței depresiei contribuie la lipsa de informare și la reducerea sensibilizării publicului asupra nevoilor de sănătate mintală. Literatura de specialitate sugerează că miturile legate de depresie și sănătatea mintală pot fi combătute prin educație și campanii de conștientizare. De exemplu, programele de educare a publicului care corectează concepțiile greșite despre depresie și promovează o mai bună înțelegere a tratamentului medical și psihoterapeutic s-au dovedit eficiente în reducerea stigmatizării și încurajarea indivizilor să caute ajutor [140,184,185].

În concluzie, deși literatura dedicată în mod specific miturilor despre depresie nu este la fel de abundentă ca cea referitoare la stereotipuri, studiile existente confirmă că aceste mituri joacă un rol major în crearea stigmatizării. Combaterea miturilor prin informare corectă și educație publică este esențială pentru reducerea stigmei și pentru îmbunătățirea accesului la tratament al persoanelor cu depresie.

1.10. Integrarea tematicii stigmatizării depresiei în curriculumul medical

Literatura de specialitate subliniază tot mai clar importanța intervențiilor educaționale în reducerea stigmatizării asociate tulburărilor mintale, în special a depresiei. Ghidul mhGAP al Organizației Mondiale a Sănătății (2022) recomandă instruirea personalului medical nespecializat în recunoașterea simptomelor depresive, în aplicarea intervențiilor de bază și în dezvoltarea unei comunicări empatică cu pacienții, accentuând rolul esențial al formării profesionale în combaterea stigmatizării [186]. Diverse studii internaționale au evidențiat că integrarea tematicii stigmei în curriculumul medical contribuie la schimbarea percepțiilor negative, la îmbunătățirea relației medic–pacient și la creșterea accesului la servicii de sănătate mintală [107,169]. În ciuda acestor recomandări, în contextul Republicii Moldova, formarea profesională a studenților, rezidenților și medicilor de familie include, în general, aspecte privind diagnosticul și tratamentul depresiei, însă nu abordează în mod specific fenomenul stigmatizării. Această lipsă de conținut educațional specializat justifică necesitatea elaborării materialelor educaționale relevante și integrarea acestora în curriculumul medical, care să sprijine dezvoltarea competențelor necesare recunoașterii și reducerii stigmei în practica medicală. Un studiu recent realizat în cinci țări din sud-estul Europei, inclusiv Republica Moldova, a identificat niveluri semnificative de atitudini stigmatizante în rândul studenților la medicină, evidențiind astfel necesitatea integrării explicite a tematicii stigmei în curriculumul medical [187].

Analiza literaturii de specialitate evidențiază complexitatea fenomenului de stigmatizare în cazul depresiei și subliniază importanța unei înțelegeri mai profunde a legăturilor dintre depresie și stigmatizare. Depresia, definită ca o tulburare cu un impact major asupra sănătății publice și asupra vieții personale, este frecvent însoțită de o stigmatizare severă care limitează accesul persoanelor afectate la tratament și le accentuează izolarea socială. Cercetările arată că stigmatizarea este un factor cheie în întârzierea căutării ajutorului medical, ceea ce afectează negativ evoluția depresiei.

De asemenea, literatura evidențiază diferențele importante dintre stigmatizarea publică și autostigmatizare, subliniind modul în care stereotipurile și miturile despre depresie contribuie la perpetuarea acestei stigmatizări. Factori precum vârsta, genul, nivelul de educație și statutul socioeconomic influențează percepția asupra depresiei și a stigmatizării asociate. Stereotipuri precum asocierea depresiei cu slăbiciunea personală sau ideea că depresia este o afecțiune temporară descurajează adesea persoanele afectate să solicite tratament și pot agrava simptomele.

Literatura științifică subliniază nevoia de a investiga mai detaliat interacțiunea dintre depresie și stigmatizare, precum și factorii care contribuie la această relație. Este esențial să se analizeze diferențele dintre stigmatizarea percepută și autostigmatizare și să se examineze rolul factorilor sociali în amplificarea stigmei.

2. 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.

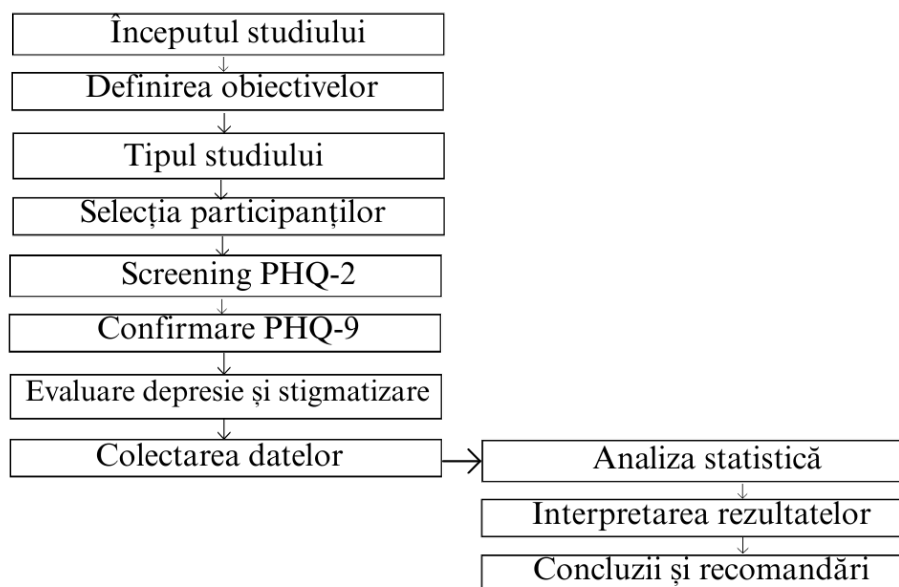


Figura 1. Diagrama de flux – Metodologia studiului

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.

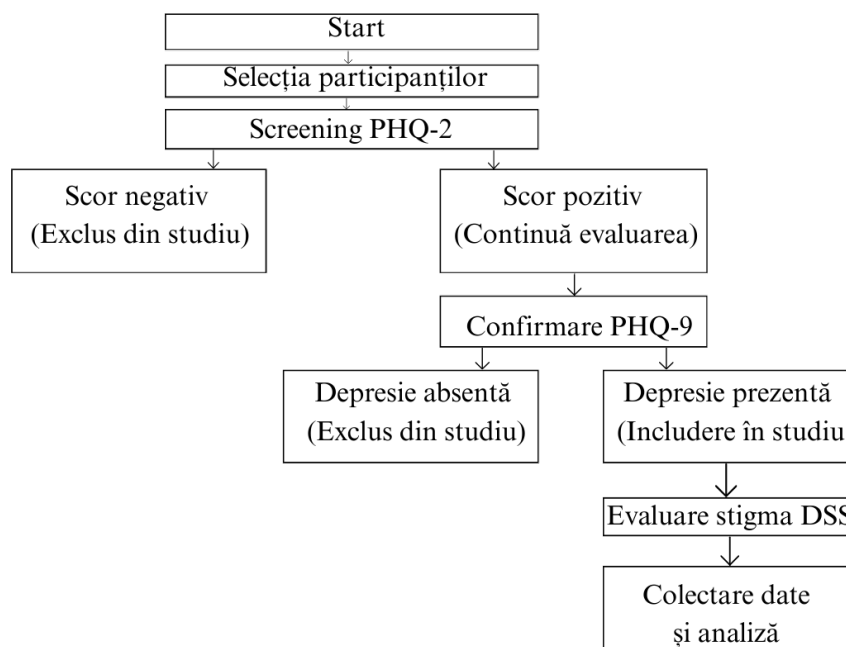


Figura 2. Algoritm de screening și includere în studiu

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, a fost stabilită includerea a 460 participanți 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).

PHQ-9 este un instrument standardizat, utilizat pentru a evalua prezența și severitatea depresiei [188]. Este compus din 9 întrebări care reflectă criteriile de diagnostic din CIM-10, acoperind simptomele principale ale depresiei, cum ar fi dispoziția depresivă, pierderea interesului, oboseala și dificultățile de somn. Fiecare întrebare primește un punctaj între 0 și 3, în funcție de frecvența simptomelor, iar scorul total, cuprins între 0 și 27, indică severitatea depresiei:

- 0–4: fără depresie
- 5–9: depresie ușoară
- 10–14: depresie moderată
- 15–19: depresie moderat-severă
- 20–27: depresie severă

Descrierea completă a întrebărilor PHQ-9:

1. Dispoziție depresivă: Tristețe sau depresie.
2. Pierderea interesului/plăcerii: Reducerea interesului pentru activități cotidiene.
3. Tulburări de somn: Probleme cu somnul, fie insomnie, fie hipersomnie.
4. Oboseală: Sentiment constant de epuizare sau lipsă de energie.
5. Modificări ale apetitului: Schimbări în greutatea corporală, fie prin creșterea, fie prin scăderea poftei de mâncare.
6. Sentimente de inutilitate sau vinovăție excesivă.
7. Dificultăți de concentrare.
8. Lentitudine psihomotorie sau agitație: Observate de ceilalți sau autopercepute.
9. Gânduri suicidare: Gânduri de moarte sau sinucidere.

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:

1. 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.

2. Stigma percepută – Această subscală măsoară modul în care participanții cred că societatea privește persoanele cu depresie. Se concentrează pe evaluarea percepției participanților asupra atitudinilor și normelor sociale legate de stigmatizarea depresiei.

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 fie la nivel personal, fie la nivel perceput. 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 detaliată 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 eșantioane 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.

3. REZULTATELE CERCETĂRII PRIVIND RELAȚIA DINTRE DEPRESIE, FACTORI SOCIALI ȘI STIGMATIZARE

3.1. Descrierea participanților la studiu.

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.

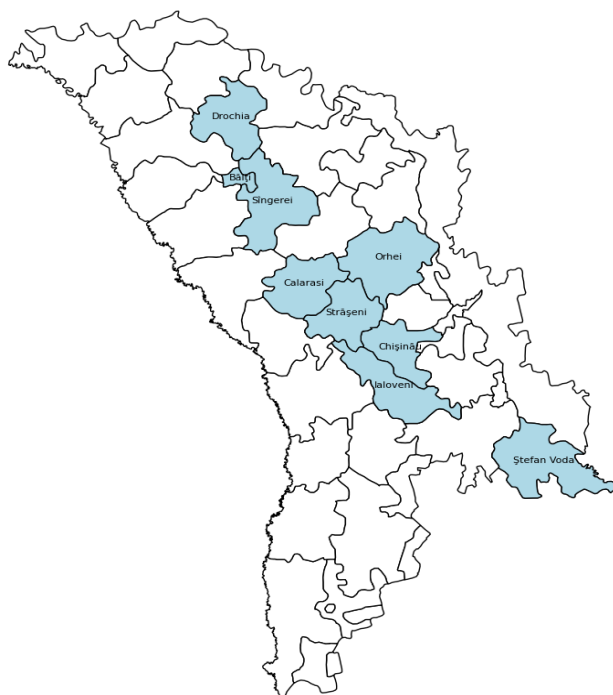


Figura 3. Distribuția geografică a participanților

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

Distribuția participanților în funcție de mediu de rezidență

Eșantionul studiat a inclus participanți din medii urbane și rurale, selectați printr-un proces de randomizare stratificată, pentru a asigura o reprezentativitate echilibrată a populației din Republica Moldova. Distribuția acestora în funcție de mediul de rezidență este ilustrată în Figura 4, care prezintă proporția participanților provenind din localități urbane și rurale. Conform datelor prezentate în Figura 4, 63.2% (n = 301) dintre participanți provin din mediul urban, în timp ce 36.8% (n = 175) provin din mediul rural. Intervalele de încredere de 95% indică faptul că proporția participanților urbani se situează între 58.9% și 67.6%, iar cea a participanților rurali între 32.4% și 41.1%.

Această distribuție reflectă realitățile demografice și accesibilitatea serviciilor de sănătate mintală în Republica Moldova, unde centrele urbane, în special Chișinău și Bălți, concentrează majoritatea resurselor medicale și psihosociale. Prezența unui procent semnificativ de participanți din mediul rural permite, totodată, compararea percepțiilor asupra depresiei și stigmatizării între aceste două medii și identificarea barierelor specifice în accesarea serviciilor de sănătate mintală. Distribuția participanților evidențiază o pondere mai mare a respondenților din mediul urban, aspect care poate influența atitudinile față de sănătatea mintală, accesibilitatea serviciilor și nivelul de stigmatizare perceput. Aceste diferențe vor fi analizate în capitolele ulterioare ale tezei, evidențiind impactul mediului de rezidență asupra percepțiilor și comportamentelor legate de depresie.

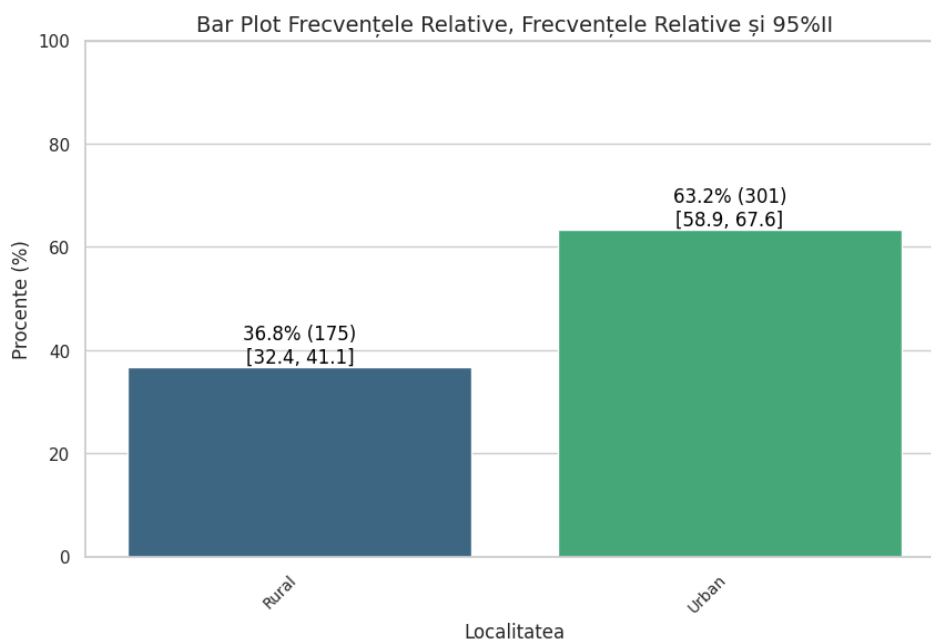


Figura 4. Distribuția participanților în funcție de mediu de rezidență

Descrierea participanților la studiu. Distribuția în funcție de sex

Eșantionul studiat prezintă o distribuție inegală între sexe, aspect ilustrat în Figura 5, care evidențiază proporțiile participanților de sex feminin și masculin. Conform rezultatelor, 73.3% ($n = 349$) dintre participanți sunt femei, în timp ce 26.7% ($n = 127$) sunt bărbați. Intervalele de încredere de 95% arată că proporția reală a femeilor în eșantionul studiat se află între 69.3% și 77.3%, iar cea a bărbaților între 22.7% și 30.7%. Preponderența participanților de sex feminin sugerează fie o tendință mai mare a femeilor de a participa la astfel de studii, fie o diferență reală în prevalența depresiei și atitudinilor față de sănătatea mintală. Acest fenomen este consistent cu literatura de specialitate, unde femeile sunt mai predispuse să solicite ajutor psihologic și să participe la studii legate de sănătatea mintală. Bărbații, pe de altă parte, pot fi mai puțin dispuși să discute despre depresie și să participe la studii, ceea ce poate influența datele obținute. Distribuția neuniformă între sexe poate influența concluziile despre percepția depresiei și stigmatizarea acesteia. Este posibil ca atitudinile față de sănătatea mintală să difere semnificativ între femei și bărbați, necesitând analize separate pe sexe pentru a evita generalizări inexacte. Se poate lua în considerare ponderarea statistică a datelor (ex. ponderare inversă la probabilitatea de selecție) pentru a ajusta eventualele biasuri. Participanții de sex feminin sunt mult mai numeroși decât cei de sex masculin în acest studiu. Acest dezechilibru trebuie luat în considerare în interpretarea rezultatelor, mai ales dacă diferențele de gen influențează percepția asupra depresiei și stigmatizării. În capitolele ulterioare, se vor analiza diferențele specifice dintre sexe pentru a determina în ce măsură acest factor influențează atitudinile față de sănătatea mintală.

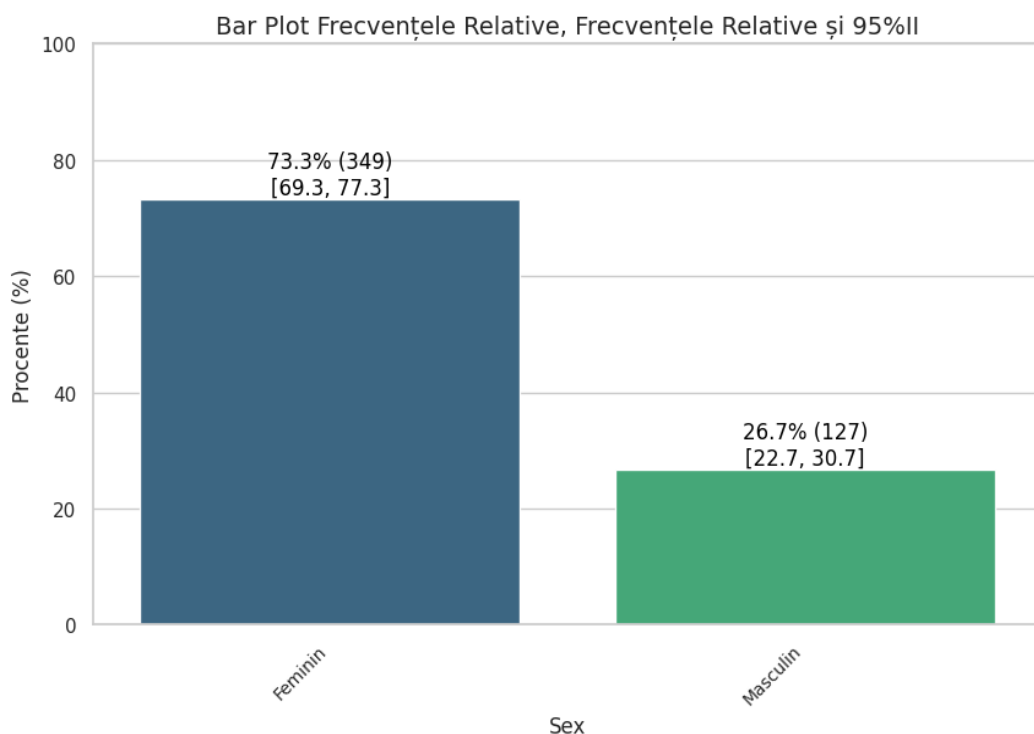


Figura 5. Distribuția în funcție de sex

Distribuția vârstei

Distribuția vârstei participanților este prezentată în Figura 6, care conține un boxplot (stânga) și o histogramă (dreapta).

Caracteristici statistice ale vârstei participanților:

- Minim: 18 ani
- Maxim: 89 ani
- Mediana: 55.5 ani
- Media aritmetică: 56.3 ani (SD = 15.3)
- Percentila 25% (Q1): 46 ani
- Percentila 75% (Q3): 68 ani

Boxplot-ul arată că distribuția vârstei este relativ simetrică, fără valori extreme evidente. Majoritatea participanților au vârste între 46 și 68 de ani, conform intervalului interquartilic. Histograma confirmă această distribuție, având o formă aproximativ normală, cu o ușoară tendință spre vârste mai înaintate. Linia roșie indică media vârstei (56.3 ani). Aceste date evidențiază o preponderență a persoanelor de vârstă medie și înaintată în eșantion. Distribuția vârstei va fi analizată în detaliu în corelație cu ceilalți factori studiați.

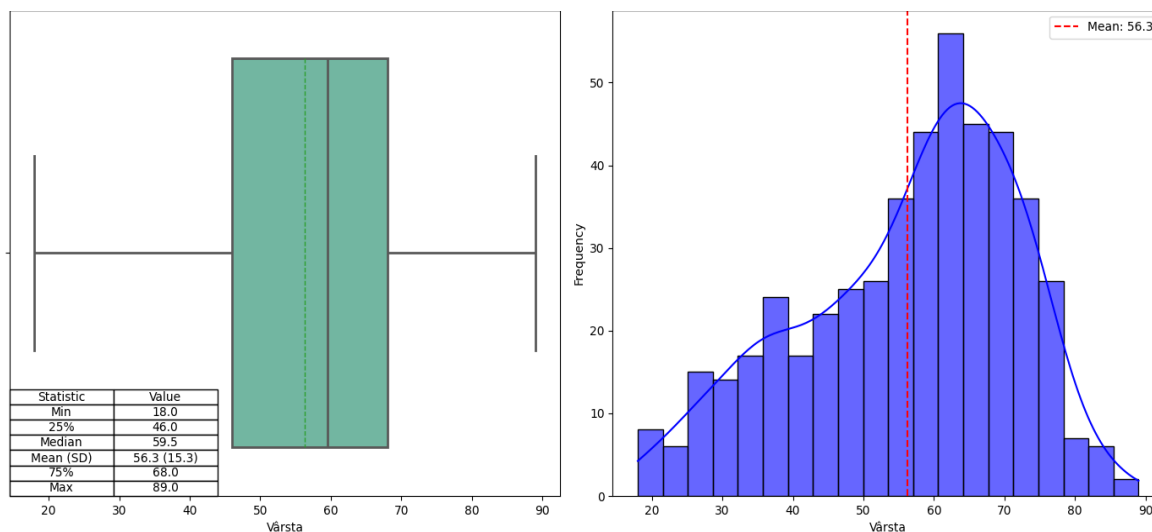


Figura 6. Distribuția vârstei

Distribuția în funcție de nivelul de educație finalizat

Distribuția participanților în funcție de ultimul nivel de educație finalizat este prezentată în Figura 7. Conform rezultatelor, cele mai frecvente niveluri de educație finalizată sunt:

- 9 clase – 36.3% (n = 173), cu un interval de încredere de 95% [32.0%, 40.7%].
- 12 clase sau școală profesională (SP) – 25.2% (n = 120), IC 95% [21.3%, 29.1%].
- Colegiu – 19.1% (n = 91), IC 95% [15.6%, 22.7%].
- Studii superioare (UI/UM) – 10.9% (n = 52), IC 95% [8.1%, 13.7%].
- 4 clase – 8.4% (n = 40), IC 95% [5.9%, 10.9%].

Aceste rezultate arată o preponderență a participanților cu studii medii (9 clase și 12 clase/SP), iar proporția celor cu studii superioare este mai redusă. Această distribuție va fi analizată în detaliu în capitolele următoare.

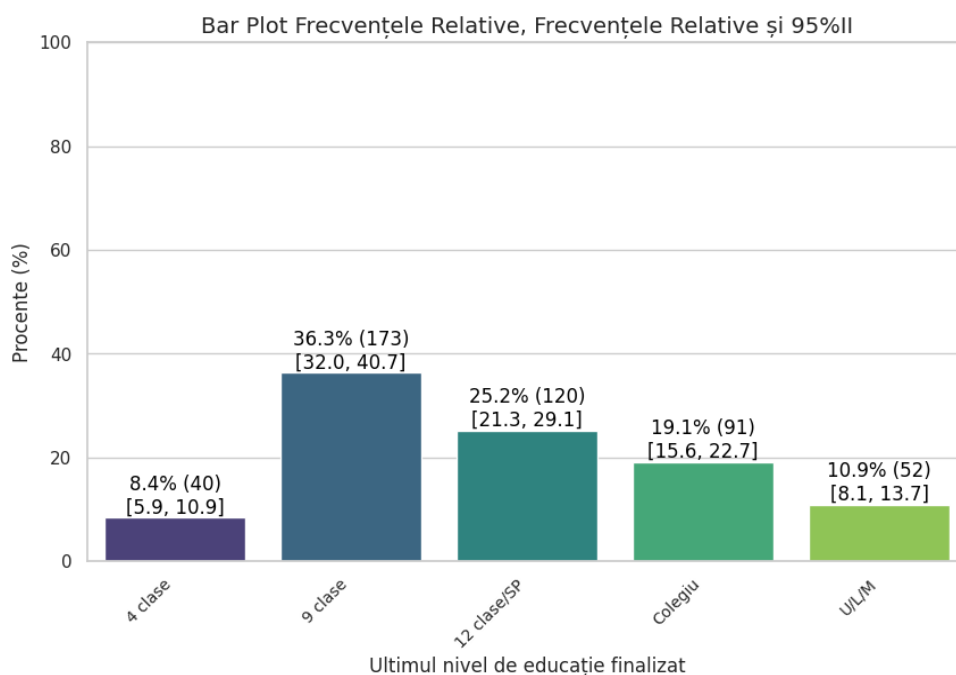


Figura 7. Distribuția în funcție de nivelul de educație finalizat

Distribuția în funcție de activitatea profesională

Distribuția participanților în funcție de activitatea profesională este prezentată în Figura 8. Conform rezultatelor, participanții au fost repartizați în următoarele categorii:

- Pensionari – 37.0% (n = 176), interval de încredere 95% [32.6%, 41.3%]
- Angajați cu normă întreagă – 33.0% (n = 157), IC 95% [28.8%, 37.2%]
- Angajați cu jumătate de normă – 14.7% (n = 70), IC 95% [11.5%, 17.9%]
- Șomeri – 11.1% (n = 53), IC 95% [8.3%, 14.0%]
- Studenți – 2.1% (n = 10), IC 95% [0.8%, 3.4%]
- Alte categorii – 2.1% (n = 10), IC 95% [0.8%, 3.4%]

Cele mai frecvente categorii ocupaționale în eșantion sunt pensionari (37.0%) și angajații cu normă întreagă (33.0%), indicând o preponderență a persoanelor active pe piața muncii și a celor retrase din activitate. Un procent mai mic este reprezentat de persoanele care lucrează cu jumătate de normă (14.7%) și de șomeri (11.1%). Proporțiile studenților și a celor din alte categorii profesionale sunt foarte redusă (2.1%).

Această distribuție va fi analizată în detaliu în raport cu alți factori relevanți ai studiului.

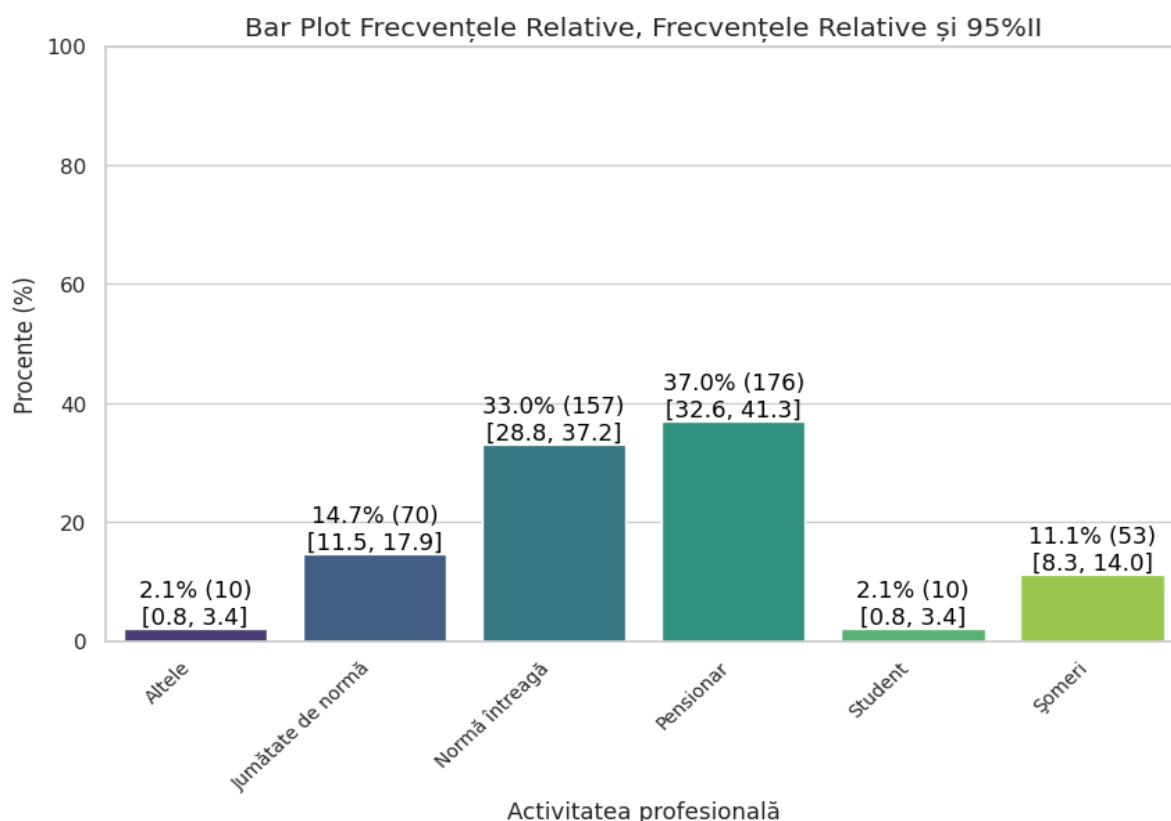


Figura 8. Distribuția în funcție de activitatea profesională

Distribuția în funcție de mărimea venitului per persoană

Distribuția veniturilor participanților este prezentată în Figura 9. Datele reflectă repartizarea respondenților în funcție de venitul lunar per persoană, împărțit în patru categorii:

- <2500 MDL – 35.5% (n = 169), interval de încredere 95% [31.2%, 39.8%]
- 2500-4000 MDL – 28.6% (n = 136), IC 95% [24.5%, 32.6%]
- 4000-7000 MDL – 22.5% (n = 107), IC 95% [18.7%, 26.2%]
- >7000 MDL – 13.4% (n = 64), IC 95% [10.4%, 16.5%]

Cei mai mulți participanți (35.5%) au raportat un venit sub 2500 MDL per lună, iar 64.1% dintre participanți câștigă sub 4000 MDL. O proporție mai redusă (22.5%) se încadrează în intervalul 4000-7000 MDL, iar doar 13.4% dintre respondenți au raportat venituri mai mari de 7000 MDL per lună. Această distribuție sugerează o preponderență a veniturilor mici și medii în rândul participanților, aspect care va fi analizat în detaliu în corelație cu ceilalți factori ai studiului.

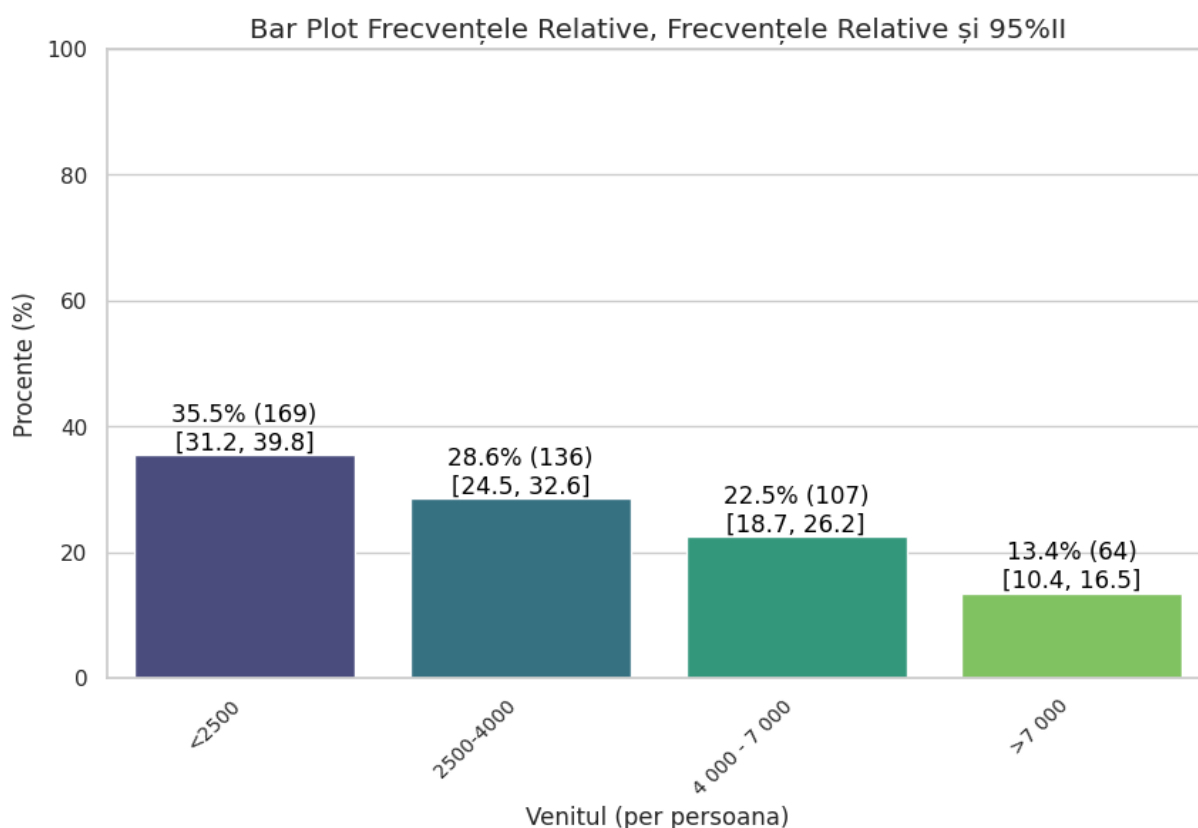


Figura 9. Distribuția în funcție de mărimea venitului per persoană

Tipul de locuință

Distribuția participanților în funcție de tipul de locuință este prezentată în Figura 10.

Conform rezultatelor, participanții trăiesc în următoarele condiții de locuire:

- Dețin propria locuință – 76.9% (n = 366), interval de încredere 95% [73.1%, 80.7%]
- Locuință oferită (de familie, angajator etc.) – 15.8% (n = 75), IC 95% [12.5%, 19.0%]
- Închiriere – 7.4% (n = 35), IC 95% [5.0%, 9.7%]

Majoritatea participanților (76.9%) dețin propria locuință, ceea ce reflectă o tendință comună în Republica Moldova, unde proprietatea asupra locuinței este predominantă. Un procent mai mic (15.8%) locuiește într-o locuință oferită, iar doar 7.4% dintre participanți trăiesc în chirie.

Această distribuție indică o predominanță a proprietății locative în rândul eșantionului studiat, aspect care poate influența percepțiile asupra sănătății mintale și nivelul de stres financiar. Analiza acestor factori va fi detaliată în capitolele ulterioare ale studiului.

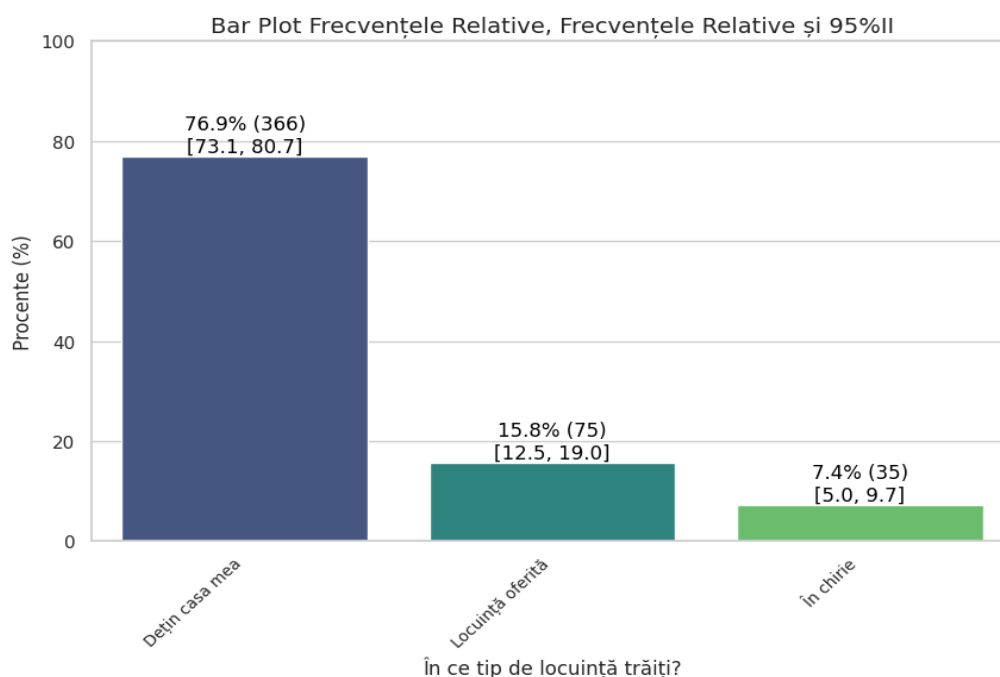


Figura 10. Distribuția participanților în funcție de tipul de locuință

Statutul marital

Distribuția participanților în funcție de statutul marital este prezentată în Figura 11.

Conform rezultatelor, participanții se încadrează în următoarele categorii:

- Căsătoriți (locuiesc împreună) – 52.9% (n = 252), interval de încredere 95% [48.5%, 57.4%]
- Văduvi – 21.2% (n = 101), IC 95% [17.5%, 24.9%]
- Concubinaj – 8.2% (n = 39), IC 95% [5.7%, 10.7%]
- Căsătoriți (nu locuiesc împreună) – 7.6% (n = 36), IC 95% [5.2%, 9.9%]
- Necăsătoriți – 6.3% (n = 30), IC 95% [4.1%, 8.5%]
- Divorțați – 3.8% (n = 18), IC 95% [2.1%, 5.5%]

Majoritatea participanților sunt căsătoriți și locuiesc împreună (52.9%), ceea ce sugerează un nivel ridicat de stabilitate familială în eșantion. O proporție semnificativă (21.2%) este formată din persoane văduve, reflectând prezența unei categorii de vârstă mai înaintată în eșantion.

Participanții care trăiesc în concubinaj (8.2%), cei căsătoriți, dar care nu locuiesc împreună (7.6%), precum și persoanele necăsătorite (6.3%) au o reprezentare mai redusă. Categoria divorțaților (3.8%) este cea mai puțin frecventă. Această distribuție va fi analizată în detaliu în relație cu alți factori ai studiului.

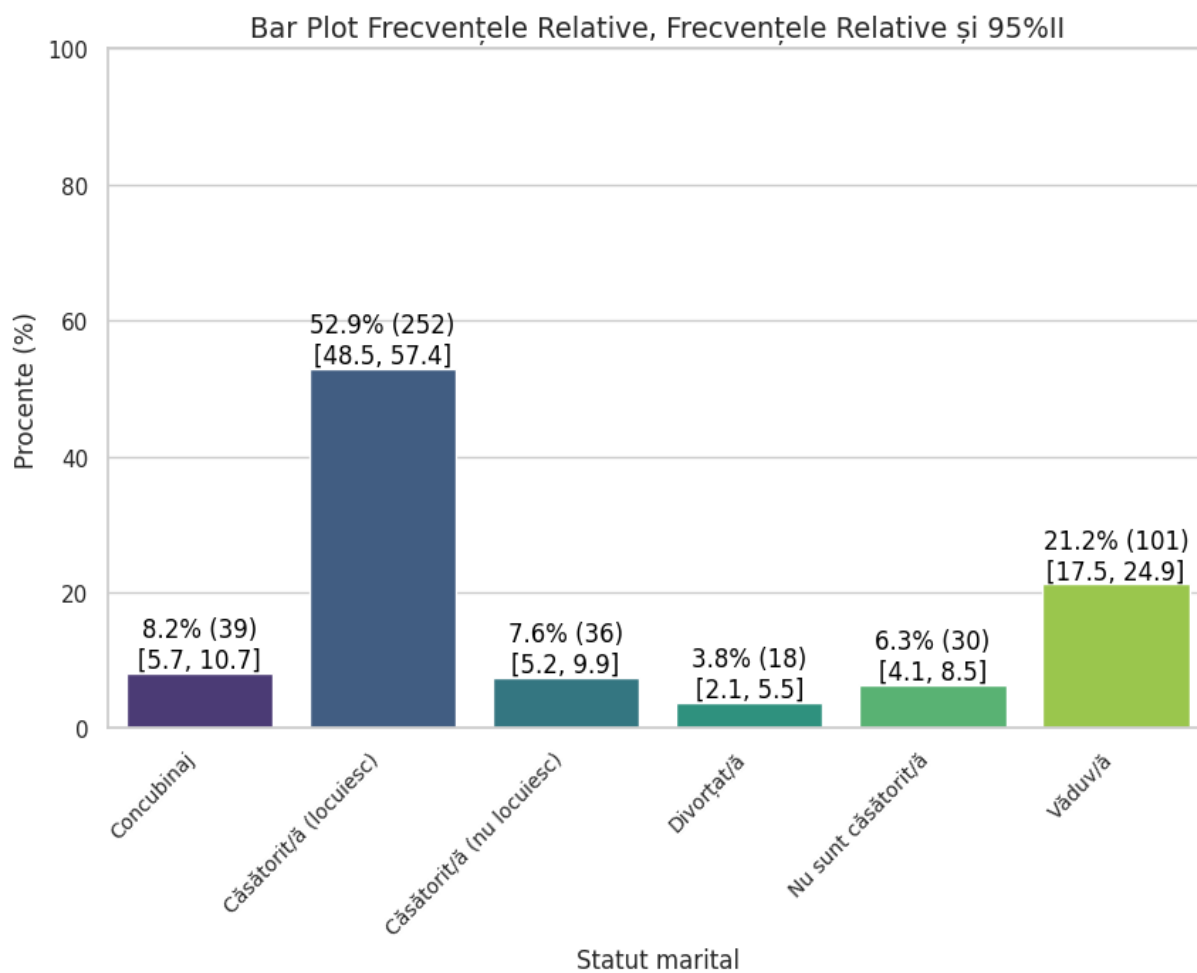


Figura 11. Distribuția participanților în funcție de statutul marital

Numărul de copii

Distribuția participanților în funcție de numărul de copii este prezentată în Figura 12.

Conform rezultatelor, participanții se încadrează în următoarele categorii:

- 2 copii – 46.8% (n = 223), interval de încredere 95% [42.4%, 51.3%]
- 1 copil – 25.6% (n = 122), IC 95% [21.7%, 29.6%]
- 3 copii – 15.8% (n = 75), IC 95% [12.5%, 19.0%]
- Fără copii – 9.9% (n = 47), IC 95% [7.2%, 12.6%]
- 4 sau mai mulți copii – 1.9% (n = 9), IC 95% [0.7%, 3.1%]

Cea mai frecventă situație în rândul participanților este familia cu 2 copii (46.8%), urmată de cei cu 1 copil (25.6%). Persoanele cu 3 copii (15.8%) au o reprezentare mai redusă, iar 9.9% dintre participanți nu au copii. Un număr foarte mic de participanți (1.9%) au 4 sau mai mulți copii. Această distribuție reflectă tendințele demografice din Republica Moldova, iar analiza detaliată va explora corelațiile dintre numărul de copii și alți factori socio-economici.

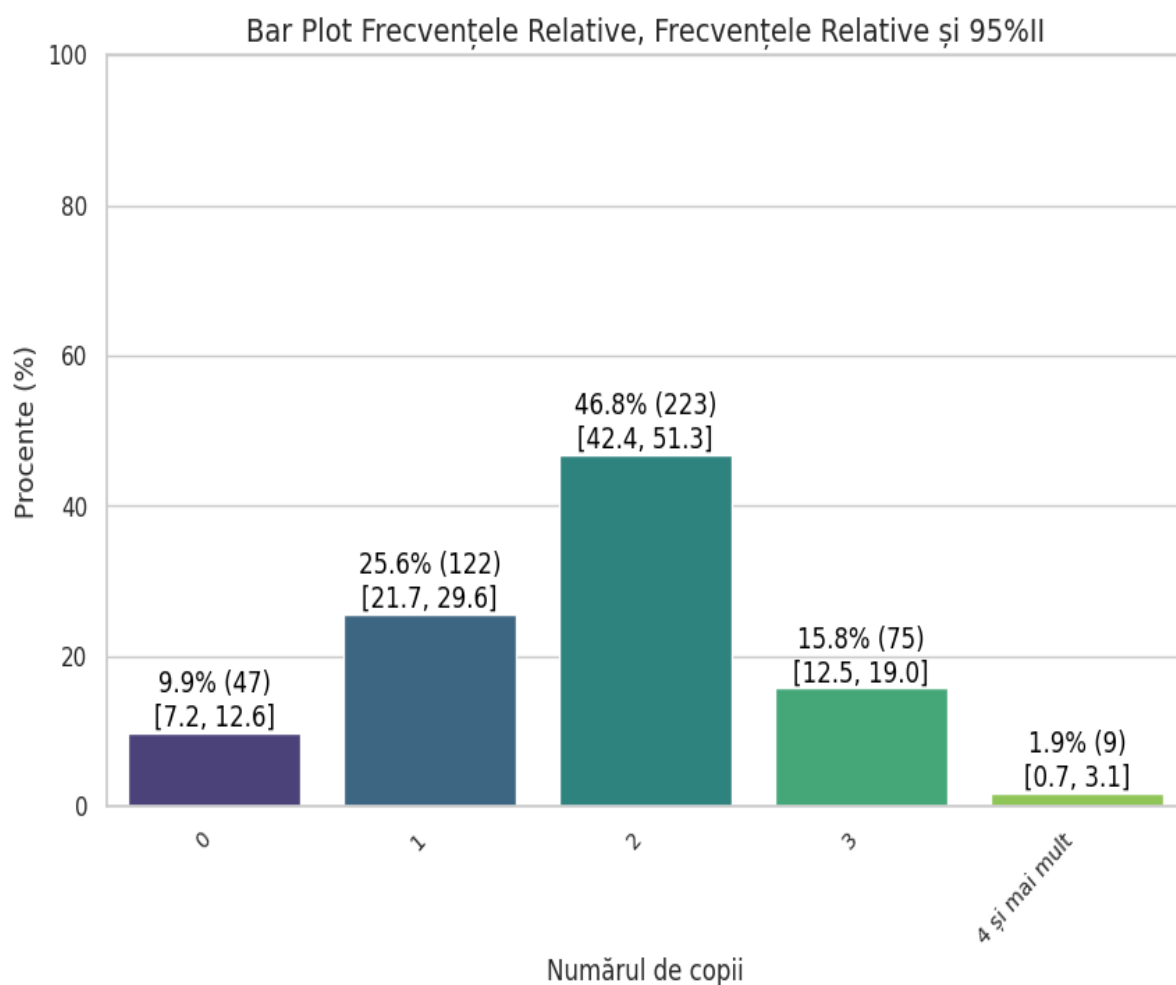


Figura 12. Distribuția participanților în funcție de numărul de copii

Nivelul de suport din partea familiei și/sau a prietenilor

Distribuția percepției asupra suportului primit din partea familiei și/sau a prietenilor este prezentată în Figura 1.

Conform rezultatelor, participanții au raportat următoarele niveluri de suport:

- Moderat – 50.6% (n = 241), interval de încredere 95% [46.1%, 55.1%]
- Puțin – 29.0% (n = 138), IC 95% [24.9%, 33.1%]
- Mult – 10.7% (n = 51), IC 95% [7.9%, 13.5%]
- Deloc – 5.7% (n = 27), IC 95% [3.6%, 7.8%]
- Foarte mult – 4.0% (n = 19), IC 95% [2.2%, 5.8%]

Cei mai mulți participanți au raportat că beneficiază de un suport moderat din partea familiei și prietenilor (50.6%), în timp ce 29.0% resimt un nivel redus de suport. Un procent mai mic de persoane percep un nivel ridicat de sprijin („mult” - 10.7% și „foarte mult” - 4.0%), iar 5.7% dintre participanți nu primesc deloc suport. Această distribuție evidențiază variații semnificative în percepția sprijinului social, aspect care va fi explorat în detaliu în raport cu ceilalți factori ai studiului.

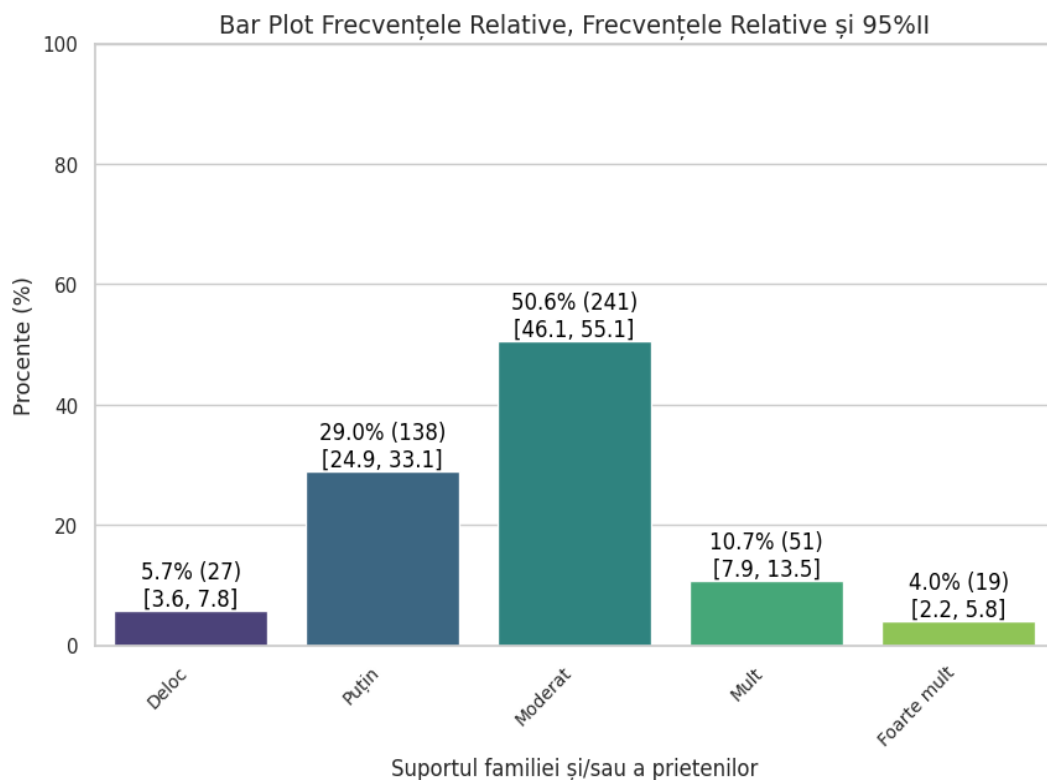


Figura 13. Distribuția percepției asupra suportului primit din partea familiei

Consumul de alcool

Distribuția consumului de alcool în rândul participanților este ilustrată în Figura 14, care include un boxplot (stânga) și o histogramă (dreapta).

Caracteristici statistice ale consumului de alcool:

- Minim: 0
- Maxim: 28.4
- Mediana: 1.2
- Media aritmetică: 2.5 (SD = 3.7)
- Percentila 25% (Q1): 0
- Percentila 75% (Q3): 4.2

Boxplot-ul indică o distribuție puternic asimetrică spre dreapta, cu numeroase valori extreme. Majoritatea participanților au un consum redus sau inexistent, dar există un număr mic de cazuri cu un consum ridicat.

Histograma confirmă această asimetrie, arătând că majoritatea valorilor sunt apropiate de zero, iar frecvența scade rapid pe măsură ce valorile cresc. Linia roșie indică media consumului de alcool (2.5 unități), dar aceasta este influențată de valorile extreme.

Această distribuție sugerează că majoritatea participanților consumă alcool ocazional sau deloc, în timp ce un subset mic prezintă un consum semnificativ mai ridicat. Analiza detaliată va explora corelațiile acestui factor cu alți indicatori ai studiului.

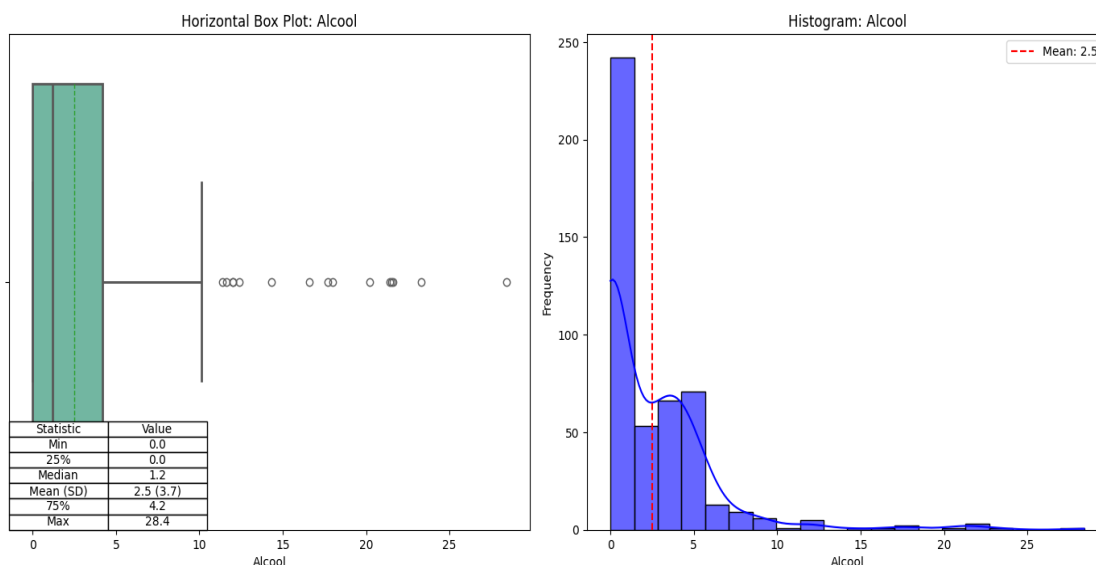


Figura 14. Distribuția consumului de alcool în rândul participanților

Consumul de droguri

Distribuția consumului de droguri în rândul participanților este prezentată în Figura 15.

Conform rezultatelor, participanții au raportat următoarele răspunsuri:

- Nu au consumat droguri – 95.4% (n = 454), interval de încredere 95% [93.5%, 97.3%]
- Au consumat droguri – 4.6% (n = 22), IC 95% [2.7%, 6.5%]

Majoritatea covârșitoare a participanților (95.4%) declară că nu au consumat droguri, în timp ce un procent mic (4.6%) a raportat un consum anterior. Această distribuție reflectă o prevalență scăzută a consumului de droguri în rândul eșantionului studiat. În capitolele ulterioare ale analizei, se va examina relația dintre acest factor și alți indicatori ai sănătății mintale și sociale.

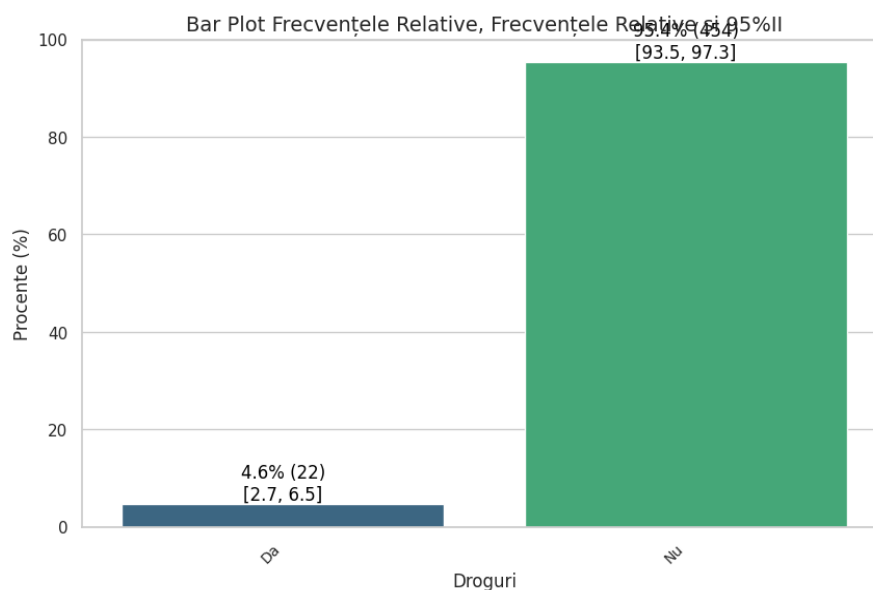


Figura 15. Distribuția consumului de droguri în rândul participanților

Adresarea pentru probleme de sănătate mintală și anxietate

Distribuția participanților în funcție de adresarea pentru probleme de sănătate mintală și anxietate este prezentată în Figura 16.

Conform rezultatelor, participanții au raportat următoarele opțiuni de adresare:

- Nu s-au adresat deloc pentru suport – 86.8% (n = 413), interval de încredere 95% [83.7%, 89.8%]
- Medic de familie – 6.7% (n = 32), IC 95% [4.5%, 9.0%]
- Centre Comunitare de Sănătate Mintală (CCSM) – 5.0% (n = 24), IC 95% [3.1%, 7.0%]
- Servicii private – 1.5% (n = 7), IC 95% [0.4%, 2.6%]

Această distribuție evidențiază o rată scăzută în accesarea a serviciilor de sănătate mintală, ceea ce sugerează posibile bariere în accesul la servicii de sănătate mintală sau reticență în a căuta ajutor profesional.

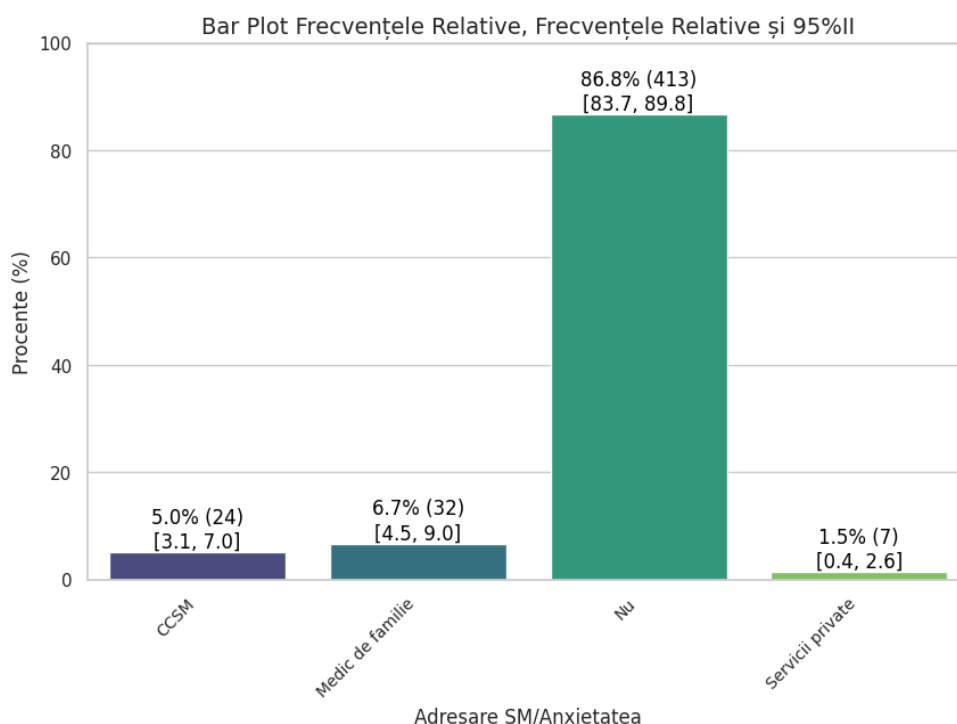


Figura 16. Distribuția participanților în funcție de adresarea pentru probleme de sănătate mintală și anxietate

Aderarea la tratament

Distribuția participanților în funcție de aderarea la tratament este prezentată în Figura 17.

Conform rezultatelor, participanții s-au încadrat în următoarele categorii:

- Nu au aderat la tratament – 80.9% (n = 385), interval de încredere 95% [77.3%, 84.4%]
- Au aderat la tratament – 19.1% (n = 91), IC 95% [15.6%, 22.7%]

Majoritatea participanților (80.9%) nu au aderat la tratament, ceea ce sugerează o rată ridicată de neconformare cu recomandările medicale în ceea ce privește tratamentul pentru problemele de sănătate mintală. Doar 19.1% dintre participanți au urmat tratamentul prescris.

Această distribuție indică o posibilă barieră în acceptarea și menținerea tratamentului, care va fi explorată în detaliu în corelație cu alți factori ai studiului, precum stigmatizarea, accesibilitatea serviciilor și percepțiile despre sănătatea mintală.

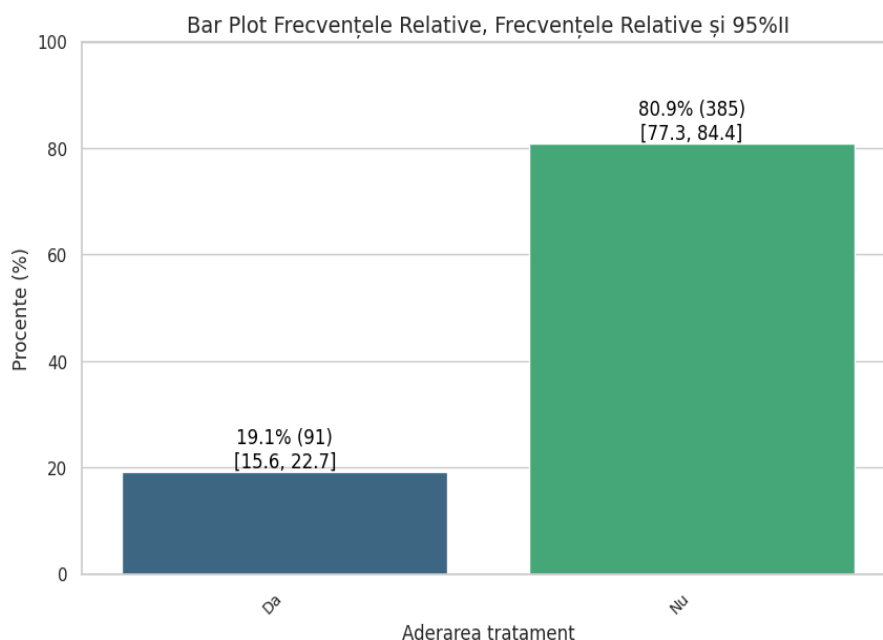


Figura 17. Distribuția participanților în funcție de aderarea la tratament

Capacitatea de muncă percepută

Distribuția participanților în funcție de dificultatea percepută în desfășurarea activității profesionale este ilustrată în Figura 18.

Conform rezultatelor, participanții au raportat următoarele niveluri de dificultate:

- Cumva dificil – 58.8% (n = 280), interval de încredere 95% [54.4%, 63.2%]
- Foarte dificil – 22.1% (n = 105), IC 95% [18.3%, 25.8%]
- Deloc dificil – 17.6% (n = 84), IC 95% [14.2%, 21.1%]
- Extrem de dificil – 1.5% (n = 7), IC 95% [0.4%, 2.6%]

Majoritatea participanților (58.8%) au declarat că desfășurarea muncii este „cumva dificilă”, iar 22.1% au raportat că este „foarte dificilă”. Doar 17.6% dintre participanți nu întâmpină dificultăți în capacitatea de muncă, iar un procent foarte mic (1.5%) percepe activitatea profesională ca fiind extrem de dificilă.

Această distribuție indică un nivel semnificativ de dificultate resimțită în activitatea profesională în rândul participanților, aspect care va fi analizat în detaliu în capitolele ulterioare ale studiului.

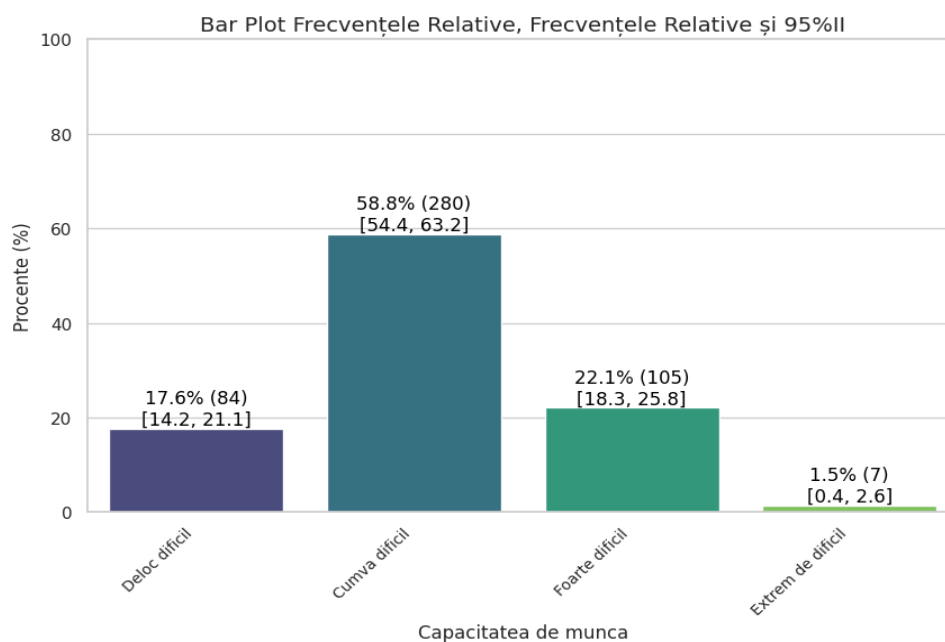


Figura 18. Distribuția participanților în funcție de dificultatea percepută în desfășurarea activității profesionale

3.2. Corelații între severitatea depresiei și stigmatizare

Descrierea corelației dintre stigmatizarea personală și percepută față de persoanele cu depresie

Graficul de dispersie prezentat în Figura 19 ilustrează relația dintre stigma personală și stigma percepută. Pe baza analizei corelației, rezultatele sunt următoarele:

- Coeficientul de corelație Spearman (ρ): 0.83
- Interval de încredere 95%: [0.79, 0.87]
- Valoare p : <0.001

Interpretarea rezultatelor

1. Direcția și forța relației

- 1) Există o corelație pozitivă puternică între stigma personală și stigma percepută ($\rho = 0.83$). Acest lucru sugerează că, pe măsură ce nivelul perceput al stigmatizării crește, și nivelul personal raportat de stigmatizare crește.
- 2) Panta regresiei evidențiate prin linia roșie confirmă această relație direct proporțională.

2. Semnificația statistică

- 1) Valoarea $p < 0.001$ indică faptul că relația observată este statistic semnificativă, reducând probabilitatea ca aceasta să fie rezultatul întâmplării.
- 2) Intervalul de încredere [0.79, 0.87] arată că această corelație este stabilă și reproductibilă.

Se poate observa că persoanele care percep că societatea stigmatizează sănătatea mintală au tendința să interiorizeze această percepție, ceea ce poate duce la evitarea serviciilor de sănătate mintală și întârzierea accesului la tratament.

Deoarece stigmatizarea percepută este strâns legată de stigmatizarea personală, intervențiile pentru reducerea stigmatizării trebuie să vizeze atât atitudinile sociale generale, cât și convingerile individuale. Aceste date sugerează că campaniile anti-stigmă ar trebui să se concentreze nu doar pe educația publicului, ci și pe sprijinul individual pentru a combate auto-stigmatizarea.

Rezultatele sugerează că integrarea serviciilor de sănătate mintală în medii accesibile (ex. medicina de familie, educație comunitară) ar putea contribui la normalizarea cererii de ajutor psihologic, reducând astfel percepția stigmatizării.

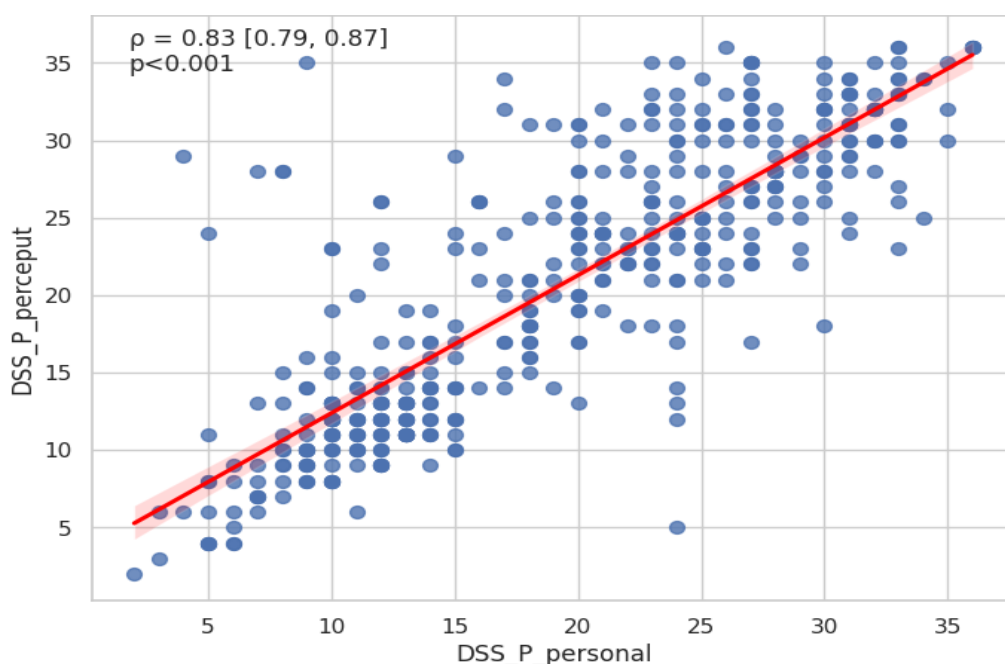


Figura 19. Graficul de dispersie ce ilustrează relația dintre stigma personală și stigma percepută

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.

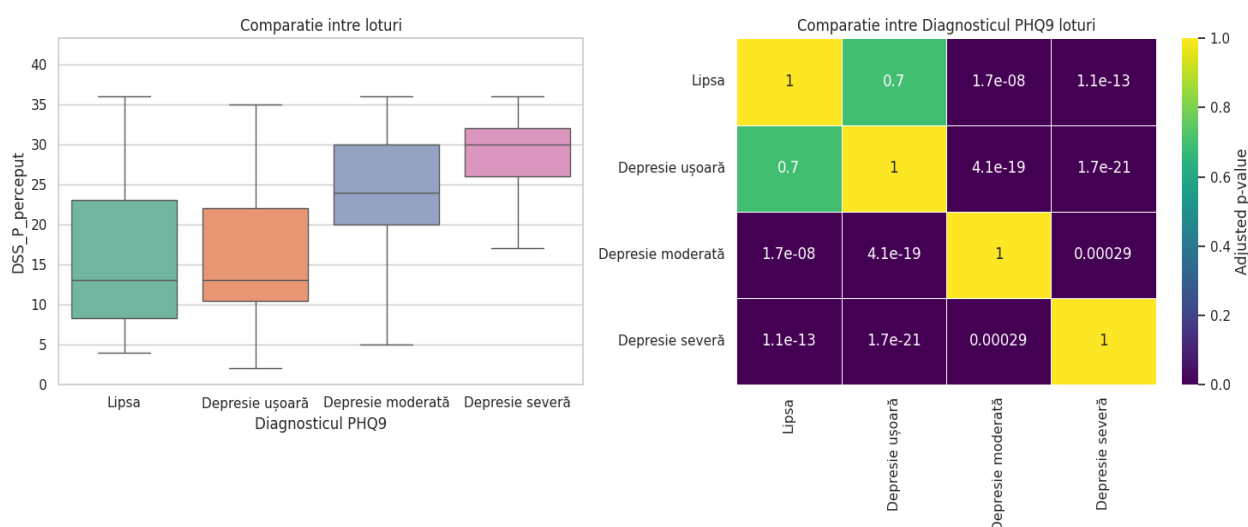


Figura 20. Compararea stigmatizării percepute (DSS_P_percept) în funcție de severitatea depresiei

Compararea stigmatizării personale în funcție de severitatea depresiei

Figura 21 prezintă analiza stigmatizării personale (DSS_P_personal) în funcție de severitatea depresiei (PHQ-9), similar cu analiza anterioară pentru stigmatizarea percepută (DSS_P_percept).

Graficul boxplot din partea stângă arată că:

- Participanții fără depresie au cele mai scăzute scoruri de stigmatizare personală, dar cu o variabilitate destul de mare.
- Persoanele cu depresie ușoară și moderată prezintă o creștere progresivă a stigmatizării personale.

- Persoanele cu depresie severă au cele mai ridicate scoruri de stigmatizare personală, cu valori mediane semnificativ mai mari comparativ cu celelalte grupuri.

Matricea de comparații din partea dreaptă arată valorile p ajustate pentru testele de semnificație statistică între grupuri. Diferențele dintre lipsa depresiei și toate nivelurile de depresie sunt extrem de semnificative ($p < 2e-08$). Diferențele dintre depresia moderată și severă sunt, de asemenea, semnificative ($p = 2e-05$). Depresia ușoară și lipsa depresiei nu prezintă o diferență majoră în stigmatizarea personală ($p = 0.88$), sugerând că stigmatizarea personală devine mai vizibilă doar în cazurile de depresie moderată și severă.

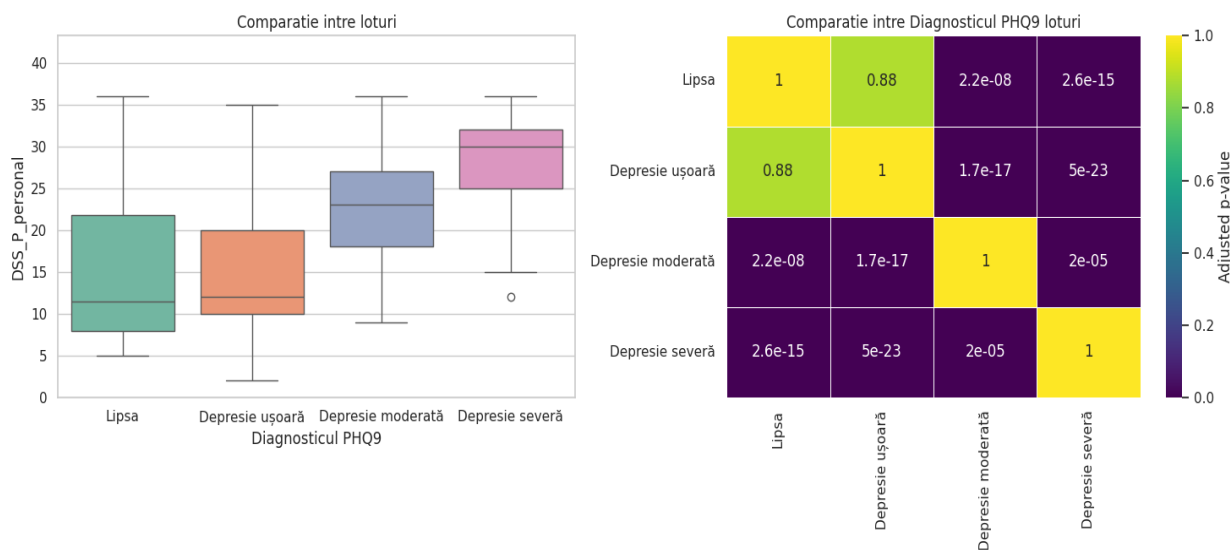


Figura 21. Compararea stigmatizării personale (DSS_P_personal) în funcție de severitatea depresiei

Diferența dintre stigmatizarea personală și percepută

Comparând aceste rezultate cu analiza anterioară pentru stigmatizarea percepută (DSS_P_perceptu):

- Stigmatizarea percepută a crescut treptat pentru toate nivelurile de depresie, inclusiv pentru depresia ușoară.
- Stigmatizarea personală nu este semnificativ mai mare în depresia ușoară, dar crește vizibil în depresia moderată și severă.
- Acest lucru sugerează că, în stadiile incipiente ale depresiei, stigmatizarea este resimțită mai degrabă ca un fenomen extern (perceput), dar pe măsură ce depresia devine mai severă, persoanele afectate încep să interiorizeze stigmatizarea (stigmatizare personală).

Analiza datelor indică faptul că persoanele cu depresie severă au cel mai ridicat nivel de stigmatizare personală, iar diferențele față de celelalte grupuri sunt semnificative statistic. Stigmatizarea percepută apare încă din stadii ușoare ale depresiei, dar stigmatizarea personală devine evidentă mai ales la depresia moderată și severă. Intervențiile pentru reducerea stigmatizării

trebuie să abordeze nu doar atitudinile sociale generale, ci și auto-stigmatizarea la persoanele cu depresie moderată și severă. Stigmatizarea percepută poate contribui la evitarea tratamentului, iar stigmatizarea personală poate duce la întărirea acestui cerc vicios, ceea ce subliniază importanța strategiilor de educație, sprijin psihologic și reducere a stigmatizării în sănătatea mintală.

Aceste rezultate susțin necesitatea unor programe direcționate de combatere a stigmatizării, mai ales pentru persoanele cu depresie moderată și severă.

Compararea atitudinilor față de depresie și stigmatizarea asociată

Figura 22 prezintă distribuția scorurilor DSSa (Depression Stigma Scale – atitudinal) pentru diferite afirmații stigmatizante despre depresie. Această analiză oferă o perspectivă asupra gradului de stigmatizare socială prezent în eșantion.

Distribuția scorurilor DSSa pentru diverse convingeri despre depresie

Graficul boxplot (stânga) arată variabilitatea scorurilor DSSa pentru diferite afirmații stigmatizante:

- Cele mai ridicate scoruri sunt asociate cu afirmațiile despre integrarea socială și profesională („Nu aş angaja pe cineva care a fost depresiv” și „Nu aş vota un politician care a fost depresiv”). Aceste rezultate sugerează că stigmatizarea socială afectează mai ales percepția asupra capacității persoanelor cu depresie de a îndeplini roluri profesionale sau publice.

- Afirmațiile referitoare la percepția depresiei ca slăbiciune personală („Depresia este un semn de slăbiciune” și „Depresia poate fi depășită cu voință”) prezintă o variabilitate mai mare a scorurilor, indicând opinii divizate în rândul participanților.

- Scorurile pentru afirmația „Persoanele cu depresie sunt periculoase” sunt mai scăzute comparativ cu afirmațiile privind integrarea profesională și socială, ceea ce sugerează că stigmatizarea depresiei este mai puternică în sfera profesională decât în sfera siguranței publice.

Diferențele semnificative între convingeri (Heatmap-ul Valorilor p)

Matricea de comparații (dreapta) prezintă testele de semnificație statistică între diverse convingeri:

- Afirmațiile referitoare la angajare și votarea unei persoane cu depresie prezintă scoruri semnificativ diferite de afirmațiile despre slăbiciune personală, indicând că stigmatizarea profesională este o componentă distinctă a percepțiilor sociale asupra depresiei.

- Afirmațiile despre impredictibilitatea și periculozitatea persoanelor cu depresie nu prezintă cele mai ridicate scoruri, ceea ce sugerează că aceste convingeri nu sunt predominante în eșantionul analizat.

- Valorile p foarte mici (<0.05 , zone mov) indică diferențe semnificative între anumite convingeri, ceea ce arată că participanții fac distincție între diferite tipuri de stigmatizare.

Rezultatele ne indică faptul că:

- Stigmatizarea depresiei este mai accentuată în sfera profesională și publică, participanții exprimând mai multe rețineri în a vota sau angaja persoane care au trecut prin episoade depresive.
- Percepția depresiei ca o slăbiciune personală sau ca o lipsă de voință are o variabilitate mai mare, ceea ce sugerează că aceste convingeri sunt mai contestate în rândul participanților.
- Afirmatia „Persoanele cu depresie sunt periculoase” nu se află printre convingerile cele mai puternic susținute în eșantion, ceea ce indică faptul că percepția depresiei ca o amenințare directă nu este la fel de răspândită precum alte forme de stigmatizare.
- Diferențele semnificative între convingeri arată că nu toate formele de stigmatizare sunt percepute la fel, subliniind necesitatea unor intervenții specifice care să reducă mai ales stigmatizarea profesională.

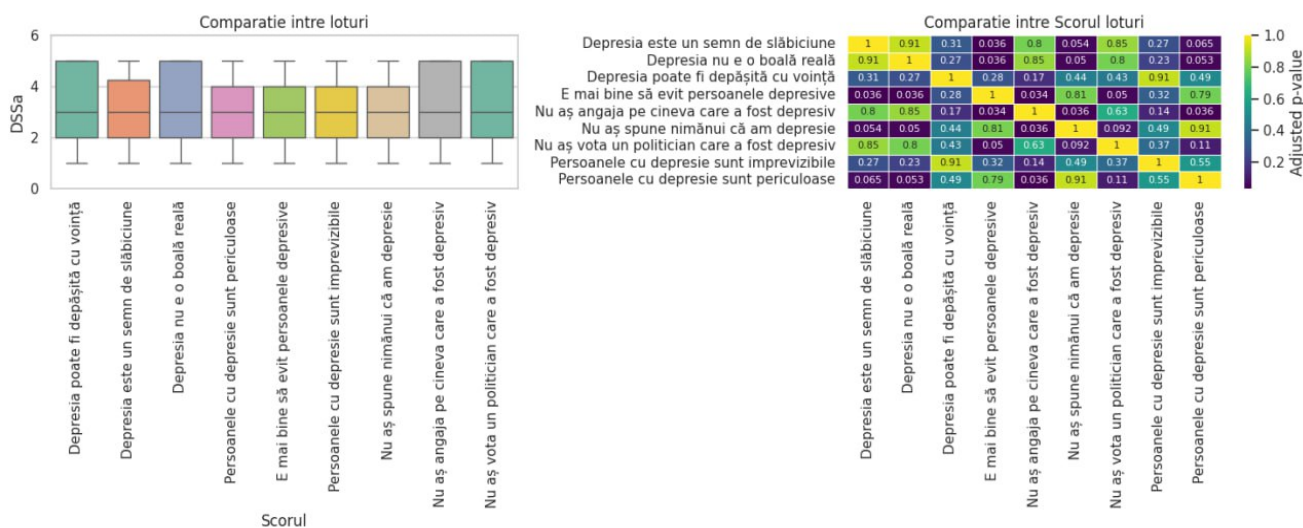


Figura 22. Distribuția scorurilor DSSa pentru diferite afirmații stigmatizante despre depresie

Distribuția scorurilor DSSa în funcție de categoriile de stigmatizare

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 mintală.

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.

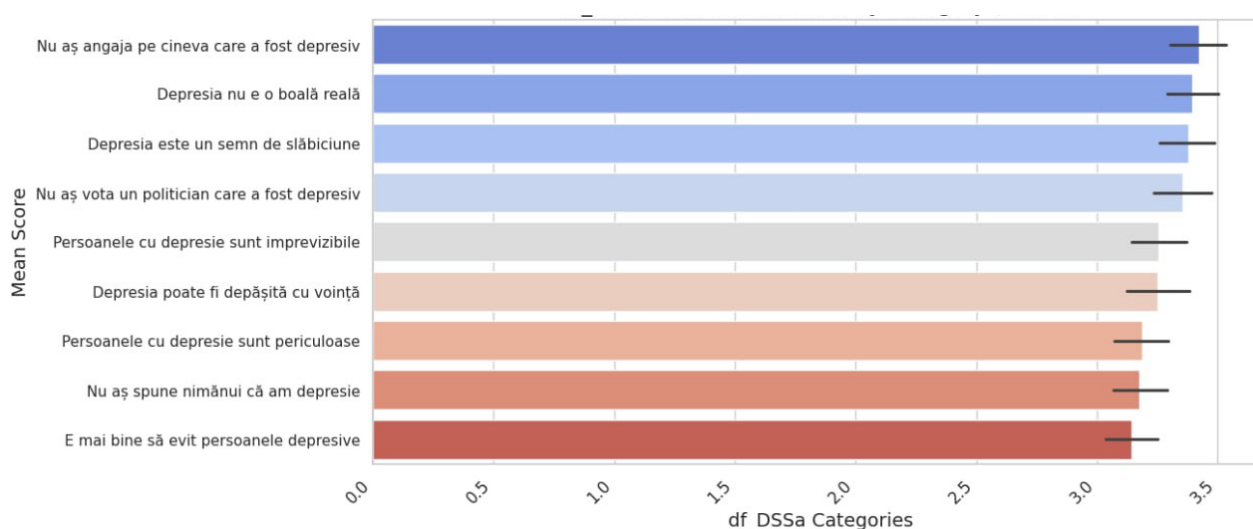


Figura 23. Media scorurilor DSSa pentru diferite afirmații despre depresie

Auto-stigmatizarea în rândul participanților

Figura 24 prezintă distribuția scorurilor medii DSSp (Depression Stigma Scale – personal) pentru diferitele afirmații referitoare la depresie. Spre deosebire de scorurile DSSa, care reflectă atitudinile generale ale populației față de depresie, DSSp măsoară gradul de auto-stigmatizare, adică în ce măsură respondenții aplică aceste convingeri asupra propriei persoane.

Distribuția scorurilor DSSp

Analiza scorurilor medii indică faptul că cele mai puternic internalizate convingeri sunt următoarele:

- „Depresia este un semn de slăbiciune”,
- „Nu aş vota un politician care a fost depresiv”,
- „Depresia poate fi depăşită cu voinţă”,
- „Nu aş angaja pe cineva care a fost depresiv”.

Aceste rezultate sugerează că auto-stigmatizarea este predominant influențată de percepția depresiei ca slăbiciune personală și de credința că recuperarea depinde exclusiv de voința individuală. În mod particular, faptul că participanții evită să voteze sau să angajeze persoane care au trecut printr-un episod depresiv poate reflecta teama de a fi ei înșiși judecați în mod similar în cazul în care ar dezvălui că suferă de depresie.

La polul opus, afirmațiile cu scoruri DSSp mai scăzute includ:

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

Deși aceste afirmații au înregistrat valori mai mici, rezultatele sugerează totuși o tendință de evitare socială și reținere în a dezvălui prezența depresiei, ceea ce poate avea implicații directe asupra accesării serviciilor de sănătate mintală.

Compararea auto-stigmatizării cu stigmatizarea atitudinală

Comparativ cu analiza DSSa, care reflectă percepțiile generale despre depresie, rezultatele DSSp indică o asocierie puternică între stigmatizarea socială și auto-stigmatizare, însă ordinea afirmațiilor în funcție de intensitatea scorului diferă:

- Convingerile despre depresie ca slăbiciune personală și lipsă de voință sunt mai puternic internalizate decât cele despre pericolozitatea persoanelor cu depresie.

- Afirmațiile „Persoanele cu depresie sunt periculoase” și „E mai bine să evit persoanele depressive” au scoruri DSSp mai scăzute, ceea ce sugerează că aceste convingeri, deși sunt prezente la nivelul stigmatizării sociale, nu sunt la fel de profund internalizate de către participanți în ceea ce privește propria persoană.

- Auto-stigmatizarea este mai accentuată în jurul percepției că depresia este o slăbiciune

personală sau o lipsă de voință, ceea ce poate contribui la ezitarea de a căuta ajutor specializat.

- Afirmatia „Nu aş spune nimănui că am depresie” indică teama de discriminare socială și confirmă prezența auto-stigmatizării ca barieră în accesarea serviciilor de sănătate mintală.

Rezultatele evidențiază că auto-stigmatizarea este strâns legată de percepția depresiei ca o problemă de caracter și de teama de a fi judecat de către ceilalți.

- Convingerile legate de slăbiciune personală și lipsa de voință sunt puternic internalizate, sugerând necesitatea unor intervenții educaționale care să combată aceste mituri.

- Teamă de discriminare este vizibilă în scorurile ridicate ale afirmației „Nu aş spune nimănui că am depresie”, ceea ce indică faptul că stigmatizarea socială poate contribui direct la perpetuarea auto-stigmatizării.

- Rezultatele sugerează că reducerea stigmatizării sociale nu este suficientă fără abordarea directă a auto-stigmatizării, prin strategii de sprijin și programe de conștientizare care să încurajeze deschiderea față de problemele de sănătate mintală.

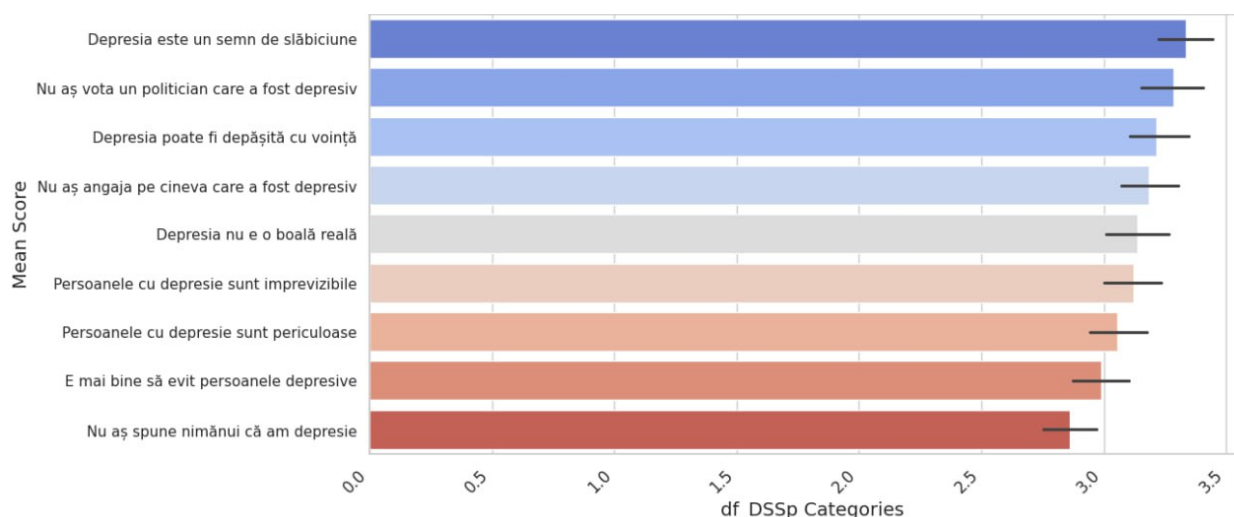


Figura 24. Distribuția scorurilor DSSp pentru diferite afirmații despre depresie

Distribuția scorurilor PHQ-9 în funcție de categoria simptomatică

Figura 25 prezintă distribuția medie a scorurilor pentru fiecare dintre cele nouă categorii simptomatice incluse în PHQ-9, un instrument utilizat pentru evaluarea severității depresiei.

Distribuția simptomelor depresive

- Simptomele cele mai frecvente (cu cele mai mari scoruri medii) sunt oboseala/lipsa de energie, tristețea/lipsa de speranță și problemele cu somnul. Acestea sunt manifestări comune ale depresiei, indicând că majoritatea participanților au raportat niveluri crescute ale acestor simptome.

- Simptomele cognitive și psihomotorii, precum dificultățile de concentrare și lentoarea/agitația, prezintă scoruri intermediare, ceea ce sugerează o afectare moderată a funcționării cognitive și motorii în eșantion.

- Simptomele cu cele mai mici scoruri medii sunt gândurile de moarte/auto-vătămare, ceea ce indică faptul că acest simptom este raportat de un număr mai redus de participanți, dar rămâne un aspect esențial de monitorizat, având implicații clinice semnificative.

Aceste rezultate oferă o imagine clară asupra distribuției simptomelor depresive în eșantion.

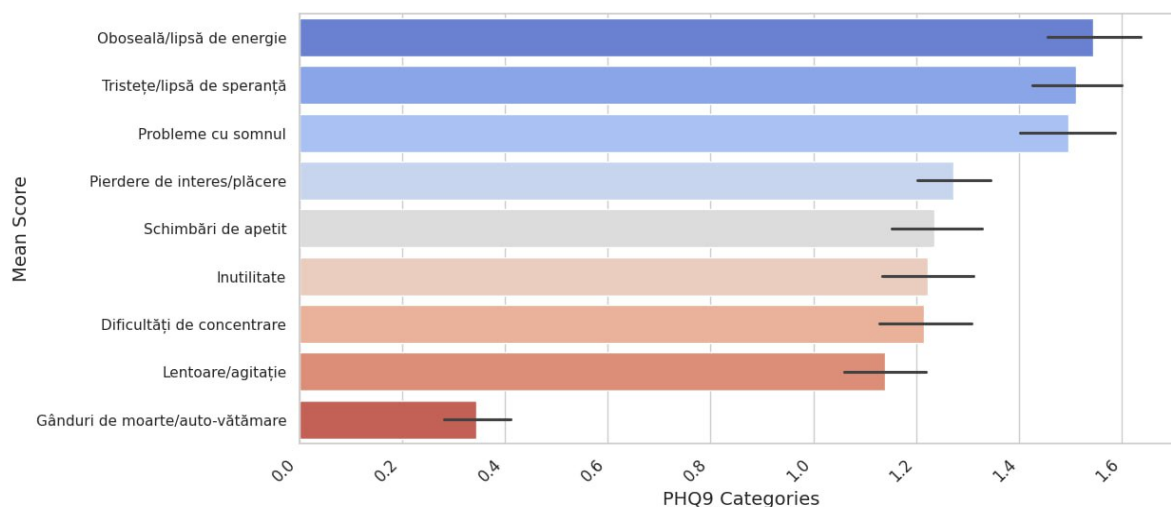


Figura 25. Distribuția medie a scorurilor pentru fiecare categorie din PHQ-9

Compararea atitudinilor față de depresie și auto-stigmatizarea asociată

Figura 26 prezintă analiza comparativă a scorurilor DSSp (Depression Stigma Scale – personal) pentru diferite afirmații legate de depresie, evaluând gradul de auto-stigmatizare în rândul participanților.

Graficul boxplot (stânga) ilustrează variabilitatea scorurilor pentru diferite convingeri despre depresie:

- Scorurile sunt relativ apropiate între afirmații, dar se observă unele variații în ceea ce privește intensitatea auto-stigmatizării.
- Afirmațiile care exprimă o teamă de dezvăluire a depresiei („Nu aș spune nimănui că am depresie”) au scoruri ridicate, indicând un nivel semnificativ de auto-stigmatizare.
- Afirmațiile referitoare la percepția depresiei ca slăbiciune personală („Depresia este un semn de slăbiciune”) au o distribuție eterogenă, ceea ce sugerează opinii divizate în rândul participanților.
- Afirmațiile care exprimă stigmatizare socială („Persoanele cu depresie sunt periculoase”) nu sunt la fel de puternic internalizate, dar rămân relevante.

Matricea de comparații (dreapta) prezintă valorile p ajustate pentru testele de semnificație statistică între diferite convingeri:

- Valorile p foarte mici (<0.05 , zone mov) indică diferențe semnificative între anumite convingeri, confirmând faptul că nu toate formele de stigmatizare sunt percepute la fel.
- Afirmația „Nu aș spune nimănui că am depresie” diferă semnificativ de alte convingeri,

subliniind impactul puternic al stigmatizării internalizate asupra deciziei de a căuta ajutor.

- Afirmările referitoare la evitarea socială a persoanelor cu depresie („E mai bine să evit persoanele depressive”) sunt semnificativ corelate cu percepțiile negative despre depresie, dar nu diferă major de alte convingeri.

- Diferențele dintre percepția depresiei ca boală reală și celelalte convingeri sunt semnificative, sugerând că înțelegerea naturii depresiei influențează nivelul de auto-stigmatizare.

Aceste rezultate sugerează că intervențiile anti-stigmă ar trebui să vizeze în special teama de dezvoltare a depresiei, încurajând căutarea ajutorului profesional și combaterea miturilor despre tratamentul depresiei.



Figura 26. Compararea atitudinilor față de depresie și auto-stigmatizarea asociată

Distribuția simptomelor depressive conform PHQ-9

Figura 27 prezintă analiza comparativă a scorurilor PHQ-9 pentru diferite simptome depressive, evidențiind intensitatea și corelațiile dintre acestea.

Graficul boxplot (stânga) ilustrează variabilitatea scorurilor PHQ-9 pentru fiecare simptom depresiv:

- Simptomele cu scoruri ridicate, cum ar fi oboseala/lipsa de energie, tristețea/lipsa de speranță și problemele cu somnul, sunt cele mai frecvent raportate de participanți.

- Gândurile de moarte sau auto-vătămare au scoruri mai scăzute, dar rămân semnificative, indicând un subgrup de participanți cu simptome severe.

- Simptomele cognitive, precum dificultățile de concentrare și sentimentul de inutilitate, au o variabilitate mai mare, sugerând diferențe individuale în percepția și severitatea acestora.

Matricea de comparații (dreapta) prezintă valorile p ajustate pentru testele de semnificație statistică între simptomele depressive:

- Valorile p foarte mici (<0.05 , zone mov) indică diferențe semnificative între anumite simptome, confirmând faptul că nu toate simptomele depressive sunt resimțite în mod egal de

participanți.

- Oboseala/lipsa de energie este semnificativ corelată cu pierderea interesului și problemele cu somnul, ceea ce indică un nucleu de simptome fizice și motivaționale.

- Gândurile de moarte/auto-vătămare sunt semnificativ diferite de alte simptome, dar sunt corelate cu sentimentele de inutilitate și dificultățile de concentrare, ceea ce poate sugera o progresie către simptome depresive severe.

- Simptomele afective, precum tristețea/lipsa de speranță și schimbările de apetit, prezintă diferențe semnificative față de simptomele cognitive și somatice.

Aceste rezultate subliniază necesitatea unor abordări diferențiate în evaluarea și intervenția în depresie, cu accent pe simptomele predominante și relațiile dintre acestea.

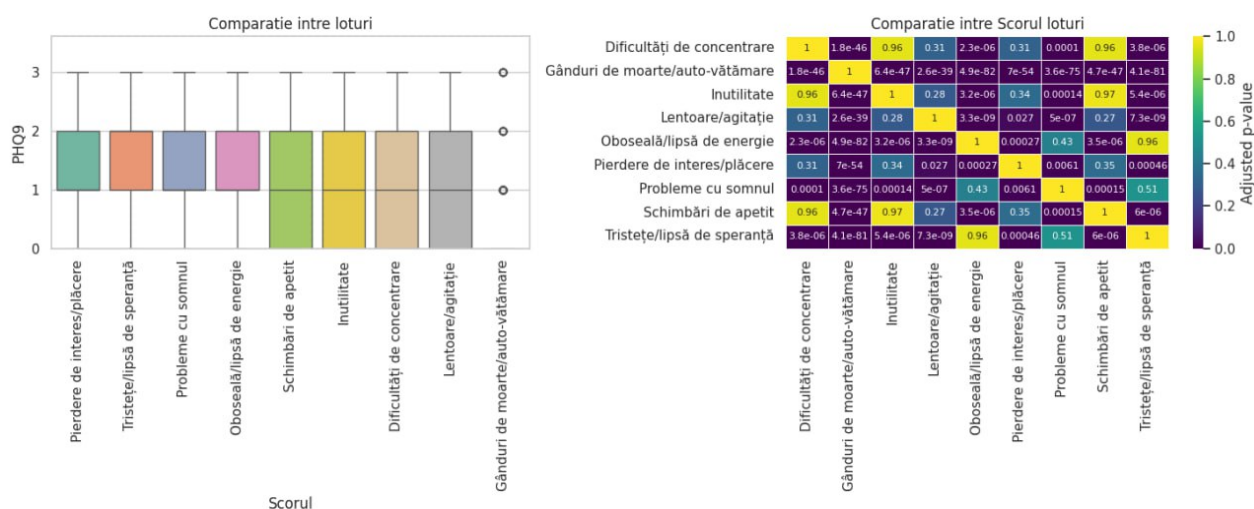


Figura 27. Distribuția simptomelor depresive conform PHQ-9

Corelațiile dintre factorii sociodemografici, nivelul de stigmatizare și simptomele depresive

Figura 28 prezintă matricea de corelații Spearman între diferiți factori relevanți în analiza stigmatizării și simptomelor anxio-depresive, incluzând vârsta, consumul de alcool și fumatul, nivelurile de stigmatizare personală și percepută (DSS_P), diagnosticul de depresie (PHQ-9). Valorile indică forța și direcția relațiilor dintre variabile, iar intervalele de încredere de 95% sunt incluse pentru fiecare coeficient de corelație.

Principalele constatări ale analizei corelaționale

1. Corelațiile între stigmatizare personală și percepută:

- Stigmatizarea percepută (DSS_P_perceput) și stigmatizarea personală (DSS_P_personal) prezintă o corelație puternică ($\rho = 0.83$, $p < 0.001$), sugerând că indivizii care internalizează stigmatizarea sunt cei care o percep și în societate.

- Ambele dimensiuni ale stigmatizării sunt semnificativ corelate cu depresia (PHQ-9), ceea ce indică faptul că un nivel mai ridicat de stigmatizare este asociat cu o simptomatologie mai

severă.

2. Asocierea stigmatizării cu depresia:

–DSS_P_personal și DSS_P_perceput corelează pozitiv cu PHQ-9 ($p = 0.53$), indicând că persoanele cu niveluri mai ridicate de depresie tind să aibă și scoruri mai mari de stigmatizare.

3. Factorii comportamentali (consumul de alcool și fumatul):

–Consumul de alcool și fumatul sunt puternic corelate între ele ($p = 0.59$, $p < 0.001$), ceea ce sugerează un tipar de comportamente de risc.

–Acele comportamente au corelații negative ușoare cu stigmatizarea personală și percepută, ceea ce ar putea indica faptul că persoanele care manifestă astfel de comportamente au o toleranță mai mare la stigmatizare sau o percepție mai redusă a acesteia.

4. Vârsta și simptomele depresive:

–Vârsta are corelații slabe, dar semnificative, cu depresia ($p = 0.20$), sugerând o ușoară tendință de creștere a simptomatologiei odată cu înaintarea în vârstă.

–Corelațiile slabe dintre vârstă și stigmatizare indică faptul că percepția stigmatizării nu este influențată semnificativ de această variabilă.

Aceste rezultate vor fi analizate în capitolul Discuții, unde vor fi integrate cu literatura de specialitate pentru a înțelege mai bine mecanismele stigmatizării și impactul acesteia asupra sănătății mintale.

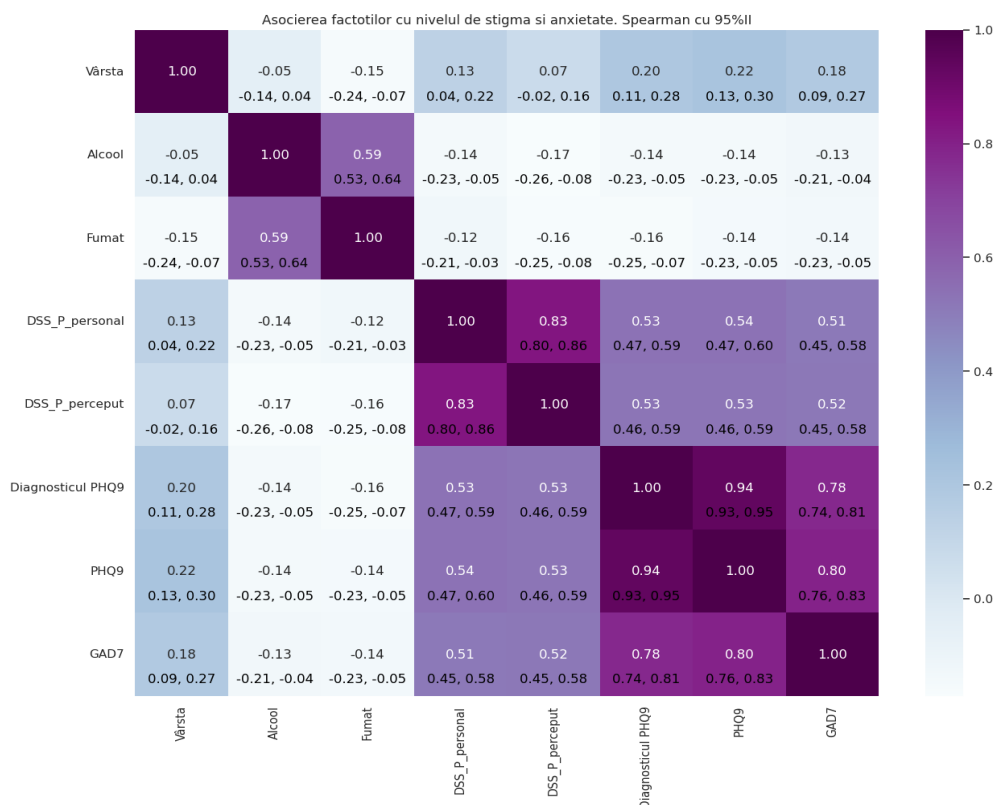


Figura 28. Matricea de corelații Spearman între diferiți factori

3.3. Influența factorilor sociali asupra stigmatizării

Compararea scorurilor de stigmatizare personală (DSS_P_personal) între mediul urban și rural

Figura 29 prezintă distribuția scorurilor DSS_P_personal în funcție de localitate, evidențiind o diferență semnificativă statistic între urban și rural (Mann-Whitney U = 31536.0, $p < 0.001$).

Scorurile mai mari în mediul urban sugerează o stigmatizare personală mai ridicată, posibil influențată de o conștientizare sporită sau de presiuni sociale mai mari. În contrast, mediul rural prezintă scoruri mai mici, ceea ce poate indica o percepție diferită a depresiei. Aceste rezultate subliniază necesitatea unor intervenții adaptate contextului socio-cultural pentru reducerea auto-stigmatizării.

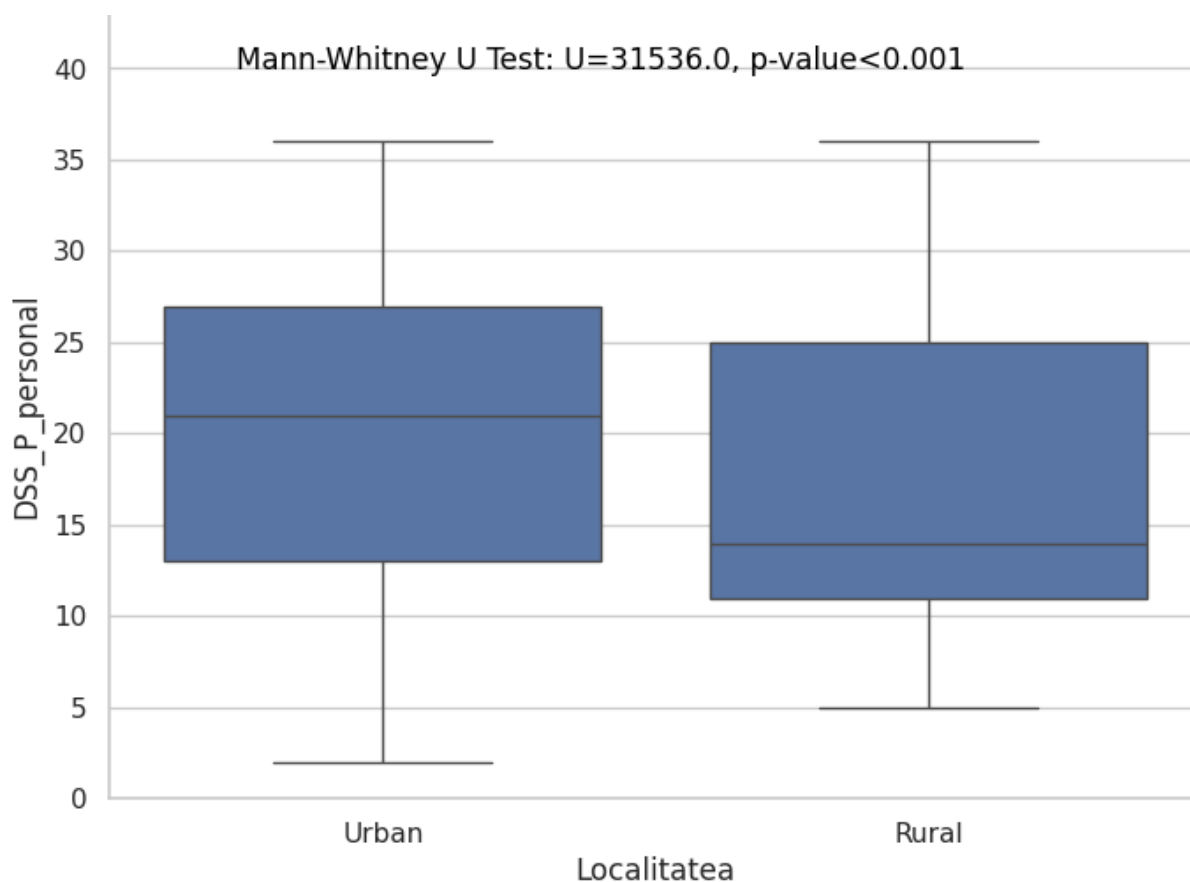


Figura 29. Distribuția scorurilor DSS_P_personal în funcție de localitate

Compararea stigmatizării percepute (DSS_P_perceptut) între mediul urban și rural

Figura 30 ilustrează distribuția scorurilor DSS_P_perceptut în funcție de localitate, evidențiind o diferență semnificativă statistic (Mann-Whitney U = 32517.5, $p < 0.001$).

Persoanele din mediul urban au raportat niveluri mai ridicate de stigmatizare percepută comparativ cu cele din mediul rural, ceea ce poate indica o conștientizare mai mare a stereotipurilor sociale legate de depresie.

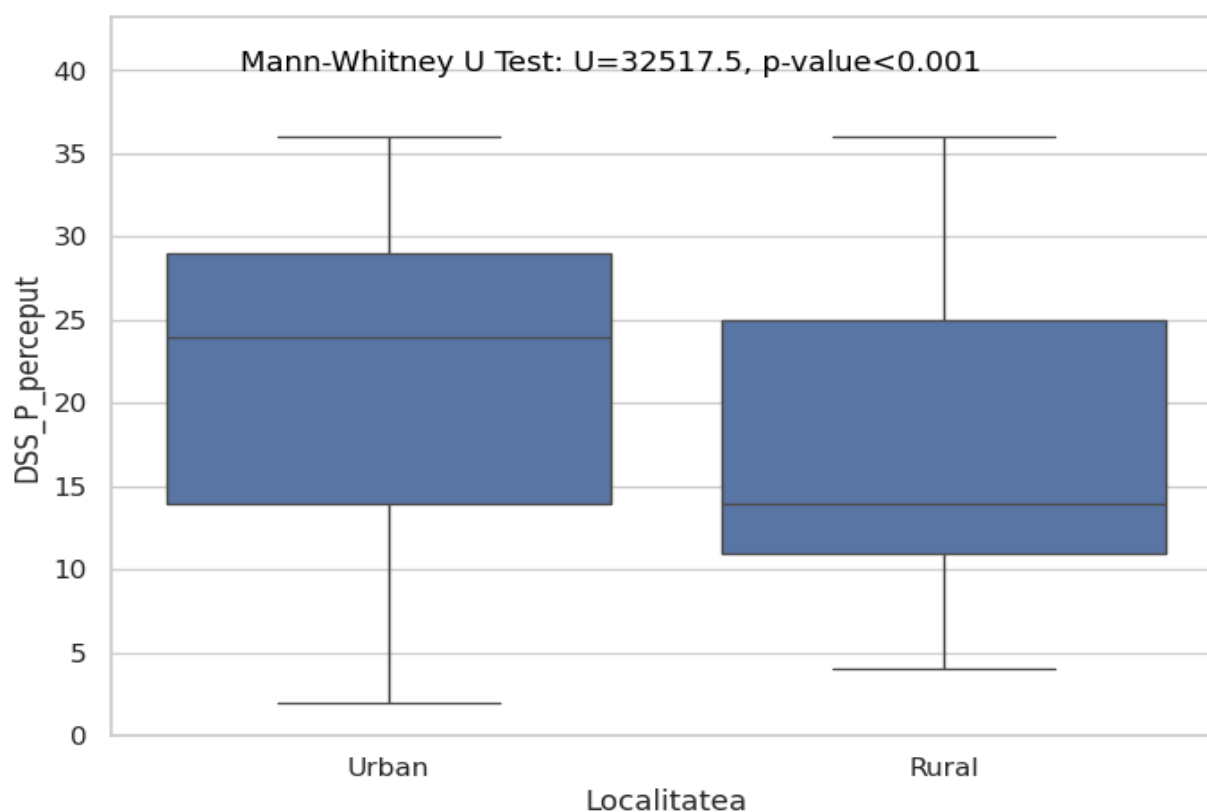


Figura 30. Distribuția scorurilor DSS_P_perceput în funcție de localitate

Compararea stigmatizării personale (DSS_P_personal) în funcție de sex

Figura 31 prezintă distribuția scorurilor DSS_P_personal pentru participanții de sex feminin și masculin. Rezultatele testului Mann-Whitney U ($U = 20048.0$, $p = 0.1111$) indică faptul că nu există o diferență semnificativă statistic între cele două grupuri.

Aceste date sugerează că nivelul de auto-stigmatizare față de depresie este similar indiferent de sex, ceea ce indică o tendință comparabilă de internalizare a stigmatizării în rândul participanților, fără influențe semnificative legate de gen.

Compararea nivelului de stigmatizare personală și percepută în funcție de sex

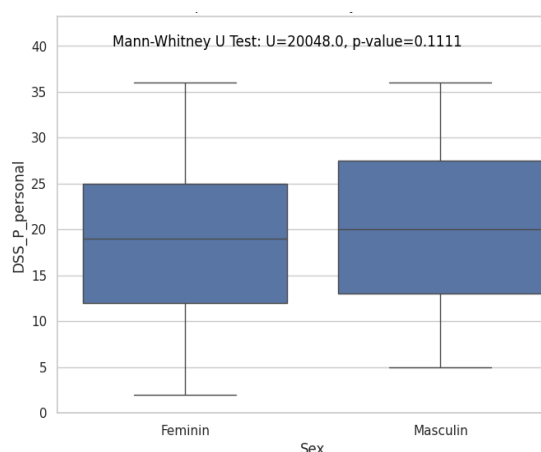
Figura 32 prezintă analiza comparativă a scorurilor DSS_P_personal și DSS_P_perceput în funcție de sex, utilizând testul Mann-Whitney U pentru a evalua diferențele dintre grupuri.

- DSS_P_personal: Nu s-au identificat diferențe semnificative statistic între bărbați și femei ($U = 20048.0$, $p = 0.1111$). Distribuția scorurilor este similară între cele două grupuri, ceea ce sugerează că nivelul auto-stigmatizării nu variază semnificativ în funcție de sex.

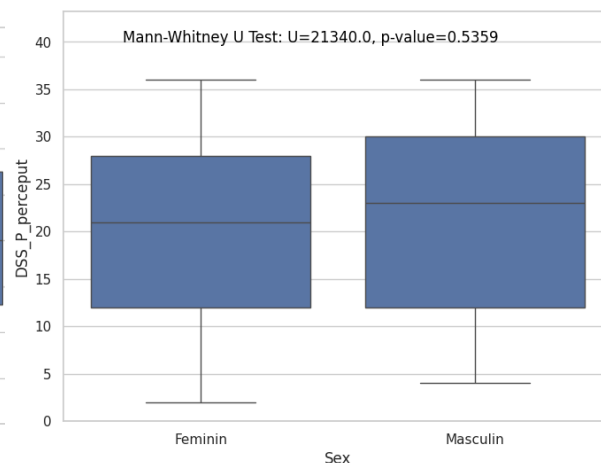
- DSS_P_perceput: De asemenea, nu s-au observat diferențe semnificative între sexe ($U = 21340.0$, $p = 0.5359$). Percepția stigmatizării sociale este relativ uniformă între bărbați și femei, indicând faptul că ambele grupuri experimentează un nivel similar de conștientizare a stigmatizării.

Aceste rezultate sugerează că atât auto-stigmatizarea, cât și percepția stigmatizării sociale sunt similare între bărbați și femei, fără diferențe semnificative.

**Figura 31. Distribuția scorurilor
DSS_P_personal în funcție de sex**



**Figura 32. Distribuția scorurilor
DSS_P_perceptut în funcție de sex**



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

Analiza scorurilor DSS-Personal (stigmatizare personală) și DSS-Perceptut (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.

Distribuția scorurilor DSS-P în funcție de activitatea profesională, reprezentată grafic prin boxplot și matricea de comparație a p-valorilor ajustate, indică diferențe moderate între grupurile analizate.

- Șomerii și pensionarii tind să aibă valori mediane mai ridicate comparativ cu celelalte categorii, ceea ce sugerează o percepție mai puternică a stigmatizării personale.
- Studenții și persoanele angajate cu jumătate de normă prezintă scoruri DSS-P mai scăzute, indicând o internalizare mai redusă a stigmatizării.
- Compararea statistică între grupuri evidențiază o diferență semnificativă ($p < 0.05$) între angajații cu normă întreagă și cei cu jumătate de normă, ceea ce sugerează că stabilitatea locului de muncă ar putea avea un rol în modul în care persoana resimte stigmatizarea.

Aceste rezultate indică faptul că factorii socio-economici și stabilitatea profesională ar putea influența stigmatizarea personală, însă diferențele nu sunt generalizabile pentru toate categoriile profesionale.

Similar analizei DSS-Personal, analiza scorurilor DSS-Perceptut sugerează variații în funcție

de activitatea profesională:

- Șomerii și pensionarii au din nou tendința de a înregistra scoruri mai mari, ceea ce sugerează că aceste grupuri percep mai multă stigmatizare socială.

- Persoanele angajate cu normă întreagă au o percepție a stigmatizării mai scăzută comparativ cu șomerii, dar mai ridicată față de studenți sau angajații cu jumătate de normă.

- Compararea statistică între grupuri indică diferențe semnificative ($p < 0.05$) între persoanele cu jumătate de normă și cele cu normă întreagă, dar și între pensionari și studenți, ceea ce poate reflecta niveluri diferite de expunere la stigma socială.

Aceste constatări ar putea fi explicate prin nivelul diferit de interacțiune socială și percepția asupra propriei identități profesionale. Persoanele integrate în mediul educațional sau profesional ar putea avea mecanisme mai eficiente de combatere a stigmatizării sau o rețea de sprijin mai puternică.

Analiza comparativă a stigmatizării personale și percepute indică un pattern general de concordanță între cele două dimensiuni, însă există și discrepanțe notabile:

- Șomerii și pensionarii au scoruri ridicate în ambele dimensiuni, sugerând o tendință crescută de a percepe stigmatizarea din exterior și de a o internaliza.

- Studenții și angajații cu jumătate de normă percep un nivel mai scăzut de stigmatizare externă și resimt mai puțin stigmatizarea personală.

- Diferențele între percepția stigmatizării și internalizarea acesteia pot sugera că unele grupuri resimt stigmatizarea socială, dar nu o internalizează la fel de puternic, ceea ce poate indica existența unor factori protectori, precum educația, suportul social sau sentimentul de apartenență la o comunitate.

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.

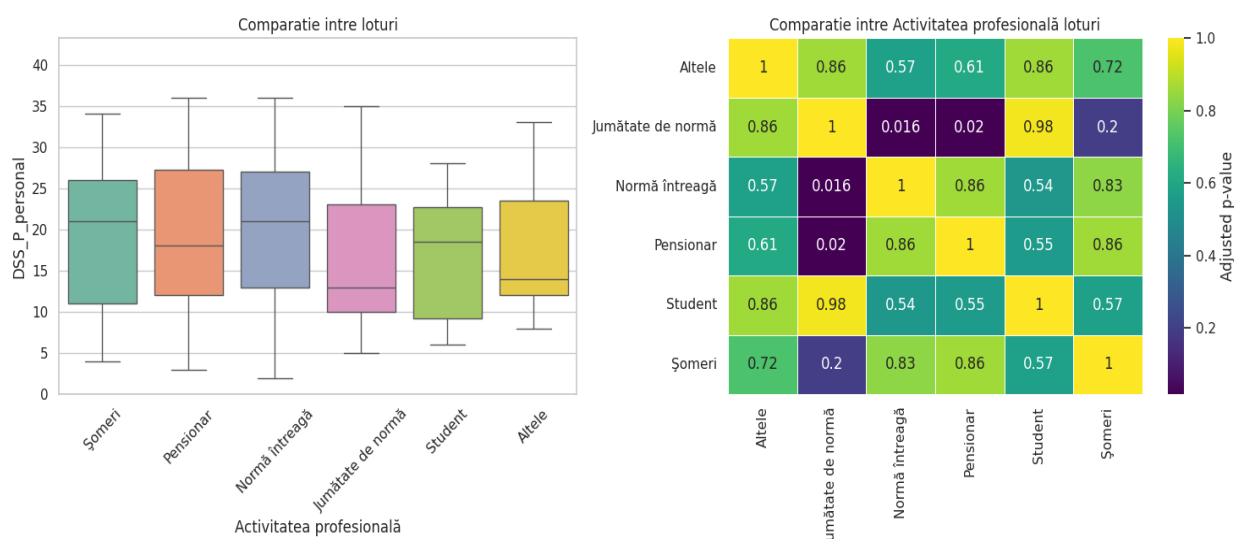


Figura 33. Compararea scorurilor DSS-Personal în funcție de activitatea profesională

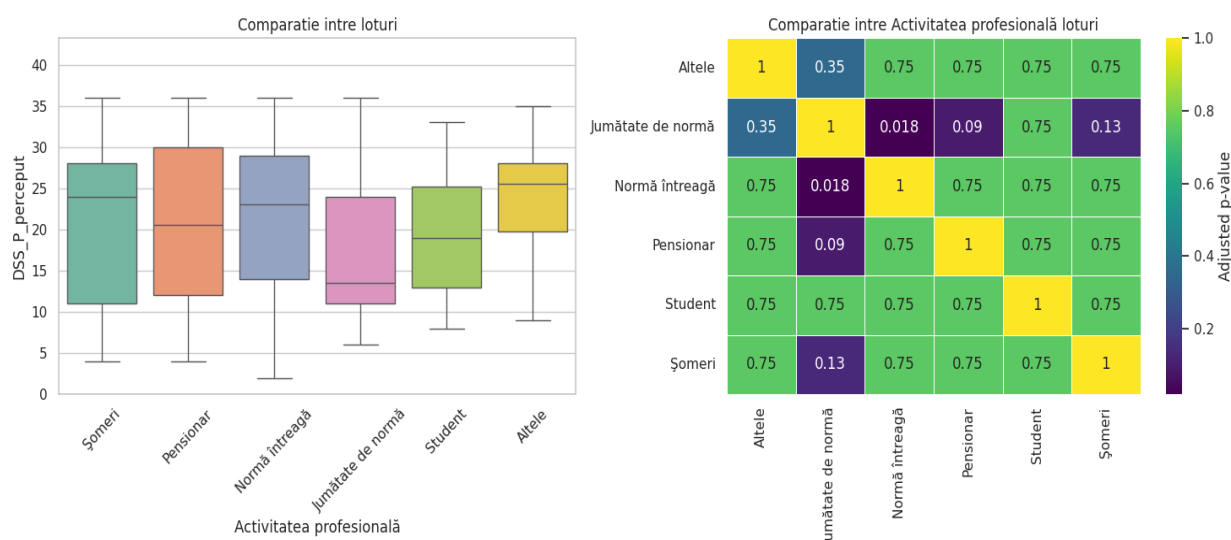


Figura 34. Compararea scorurilor DSS-Percept (stigmatizare percepută) în funcție de activitatea profesională

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-Perceptută (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-Perceptută pentru categoriile de educație analizate: 4 clase, 12 clase (fără bacalaureat), 12 clase (cu bacalaureat), colegiu și universitate/licență/masterat (U/L/M).

În Figura 35, graficul boxplot indică variații semnificative între grupurile cu diferite niveluri de educație:

- Persoanele cu un nivel scăzut de educație (4 clase, 12 clase fără bacalaureat) au scoruri DSS-P mai ridicate, ceea ce sugerează o tendință crescută de internalizare a stigmatizării.

- Persoanele cu studii superioare (U/L/M) au scoruri mai scăzute, ceea ce indică o reziliență mai mare la stigmatizare personală.

- Compararea statistică a grupurilor în Figura 35 arată diferențe semnificative ($p < 0.05$) între persoanele cu studii superioare și cele cu un nivel educațional mai scăzut.

Aceste rezultate sugerează că educația joacă un rol protectiv împotriva internalizării stigmatizării, probabil datorită unei mai bune înțelegeri a sănătății mintale și a unei mai mari expuneri la informații științifice și dezbateri sociale.

În Figura 36 distribuția scorurilor DSS-Perceput în funcție de nivelul de educație indică un model similar cu cel observat pentru DSS-Personal:

- Persoanele cu studii inferioare percep un nivel mai ridicat de stigmatizare socială, ceea ce poate fi influențat de un acces mai redus la servicii de sănătate mintală și de o mai mică expunere la campanii de conștientizare.

- Categoriile cu studii superioare raportează o percepție mai redusă a stigmatizării, sugerând o atitudine mai deschisă față de sănătatea mintală în rândul acestui grup.

- Figura 36 arată diferențe semnificative între grupuri, în special între persoanele cu 4 clase și cele cu U/L/M, confirmând ipoteza conform căreia educația reduce percepția stigmatizării.

Aceste rezultate sugerează că stigmatizarea percepută este influențată de nivelul educațional, iar persoanele cu un nivel de educație mai ridicat sunt mai puțin afectate de stigmatizarea socială.

Analizând împreună Figura 35 și Figura 36, 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 în Figura 35 și Figura 36 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.

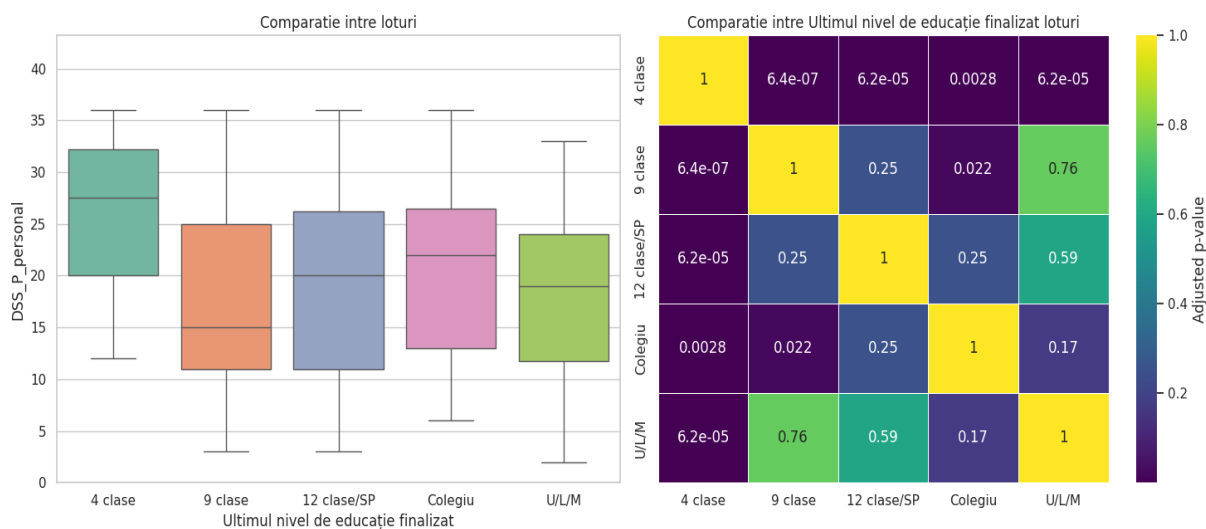


Figura 35. Compararea scorurilor de stigmatizare personală în funcție de nivelul de educație finalizat

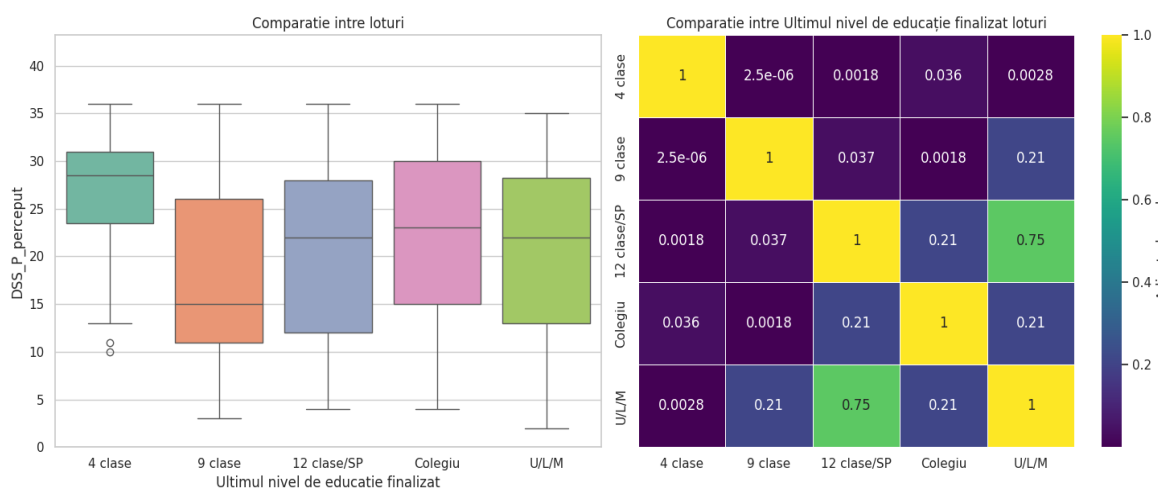


Figura 36. Compararea scorurilor de stigmatizare percepută în funcție de nivelul de educație finalizat

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-Perceptut în funcție de acest factor este ilustrată în Figura 37 și Figura 38, care 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 în Figura 37 indică variații moderate între grupurile analizate:

- Persoanele divorțate și văduve au scoruri mai ridicate, sugerând o internalizare mai puternică a stigmatizării.

- Persoanele căsătorite (care locuiesc împreună cu soțul/soția) au cele mai scăzute scoruri DSS-Personal, ceea ce poate indica un efect protector al sprijinului familial împotriva stigmatizării.

- Figura 37 prezintă comparațiile statistice între grupuri, unde se observă diferențe semnificative ($p < 0.05$) între văduvi și persoanele căsătorite, dar și între cei divorțați și necategorizați.

Aceste rezultate sugerează că sprijinul social din cadrul familiei ar putea fi un factor de protecție împotriva stigmatizării personale, în timp ce evenimentele de separare (divorț, decesul partenerului) pot contribui la creșterea internalizării stigmatizării.

În Figura 38, scorurile DSS-Perceput arată o distribuție similară cu cea a stigmatizării personale:

- Persoanele divorțate și văduve percep mai multă stigmatizare socială comparativ cu cele căsătorite.

- Persoanele necategorisite și cele aflate într-o relație de concubinaj au scoruri mai apropiate de medie.

- Figura 38 arată diferențe semnificative ($p < 0.05$) între divorțați și căsătoriți, dar și între văduvi și alte categorii, ceea ce sugerează că persoanele care au trecut printr-o pierdere sau separare percep mai multă stigmatizare externă.

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.

Analizând Figura 37 și Figura 38, 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 în Figura 37 și Figura 38 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.

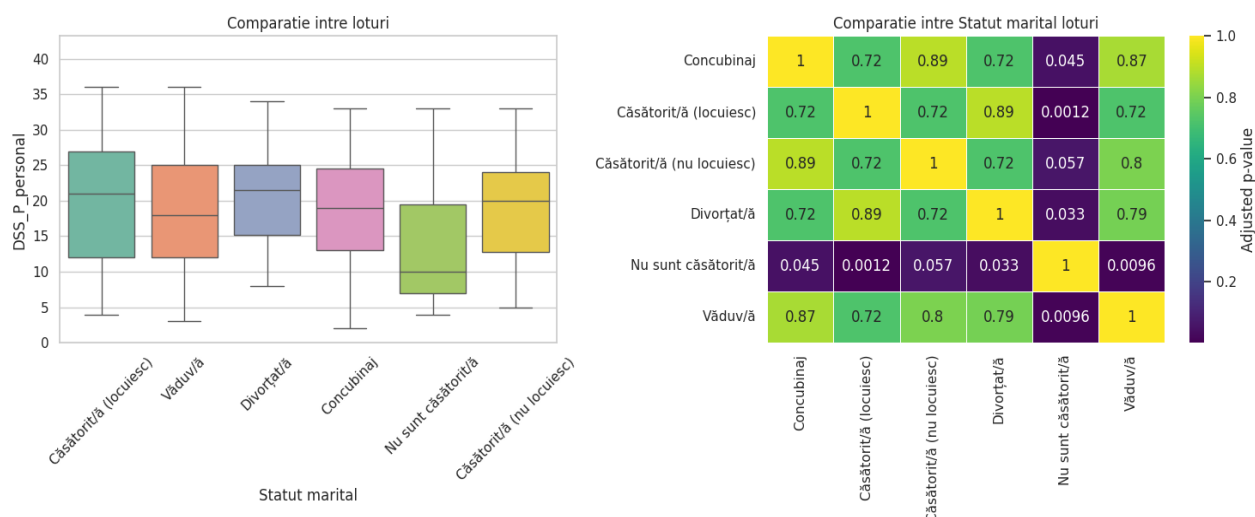


Figura 37. Compararea scorurilor de stigmatizare personală în funcție de statutul marital

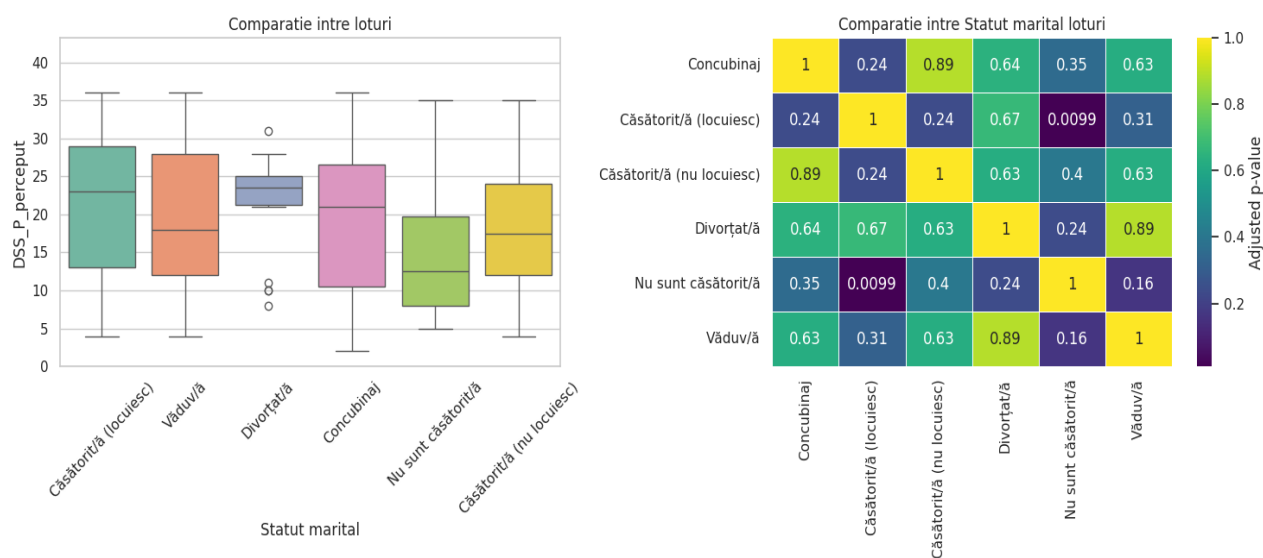


Figura 38. Compararea scorurilor de stigmatizare percepută în funcție de statutul marital

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. În Figura 39 și Figura 40 sunt prezentate distribuțiile scorurilor DSS-Personal și DSS-Perceptut în funcție de numărul de copii, analizându-se categoriile: 0 copii, 1 copil, 2 copii, 3 copii și 4 sau mai mulți copii.

Distribuția scorurilor DSS-Personal prezentată în Figura 39 arată diferențe moderate între grupuri:

- Persoanele fără copii prezintă scoruri DSS-Personal mai ridicate, ceea ce poate indica o

internalizare mai mare a stigmatizării.

- Persoanele cu 2 sau mai mulți copii au scoruri DSS-Personal mai scăzute, ceea ce ar putea reflecta un nivel mai redus de internalizare a stigmatizării, posibil datorită unui rol social clar definit și a sprijinului familial.

- Figura 39 indică diferențe semnificative statistic ($p < 0.05$) între persoanele fără copii și cele cu 3 sau mai mulți copii, sugerând că persoanele cu mai mulți copii sunt mai puțin afectate de stigmatizare personală.

Aceste rezultate 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 în Figura 40 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.

- Figura 40 indică 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 împreună Figura 39 și Figura 40, 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 în Figura 39 și Figura 40 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 rețelilor de sprijin și a apartenenței sociale în reducerea stigmatizării.

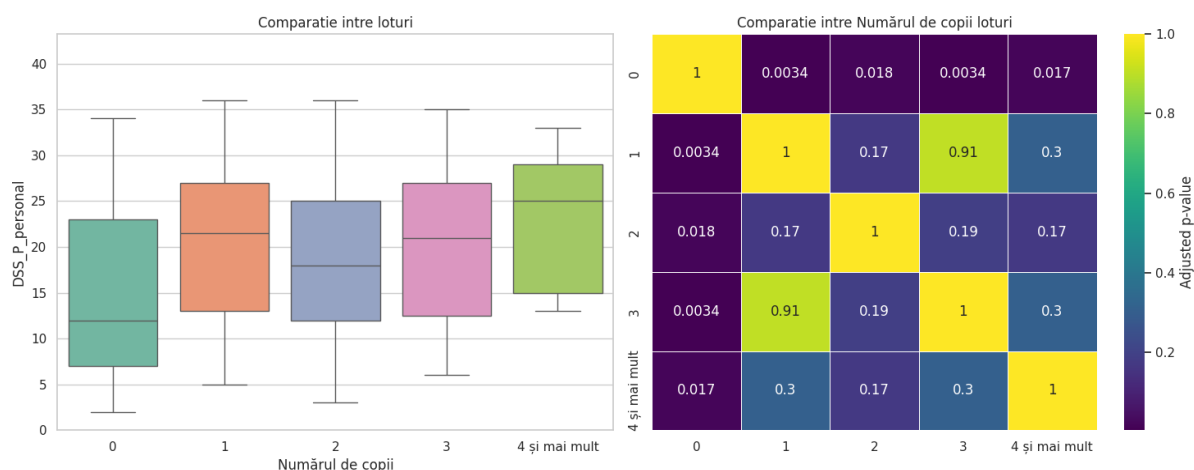


Figura 39. Compararea scorurilor de stigmatizare personală în funcție de numărul de copii

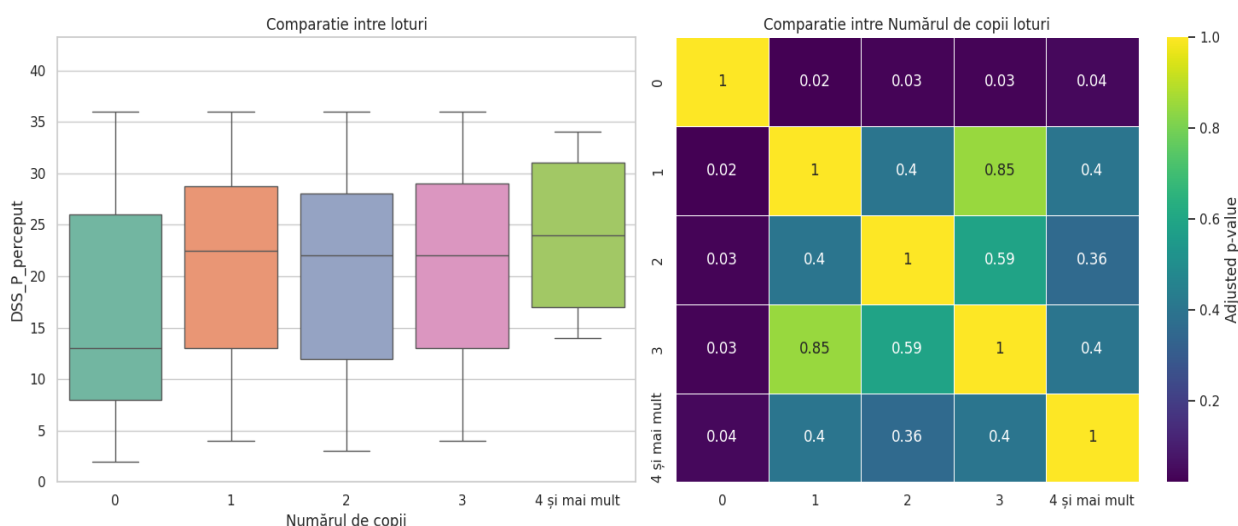


Figura 40. Compararea scorurilor de stigmatizare percepută în funcție de numărul de copii

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. În Figura 41 și Figura 42 sunt prezentate distribuțiile scorurilor DSS-Personal și DSS-Perceptut în funcție de categoriile de venit analizate: <2500, 2500-4000, 4000-7000 și >7000.

Distribuția scorurilor DSS-Personal, ilustrată în Figura 41, sugerează diferențe moderate între grupurile analizate:

- Persoanele cu venituri mai mici (<2500) au scoruri DSS-Personal mai ridicate, ceea ce poate indica o internalizare mai mare a stigmatizării.
- Persoanele cu venituri mai mari (>7000) au scoruri DSS-Personal mai scăzute, ceea ce

poate reflecta un nivel mai redus de vulnerabilitate la stigmatizare.

- Figura 41 indică diferențe semnificative statistic ($p < 0.05$) între grupurile cu venituri mici și cele cu venituri mai ridicate, ceea ce sugerează că nivelul economic poate influența gradul de internalizare a stigmatizării.

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, ilustrată în Figura 42, 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.

- Figura 42 indică 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.

Analizând împreună Figura 41 și Figura 42, se observă:

- 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 în Figura 41 și Figura 42 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.

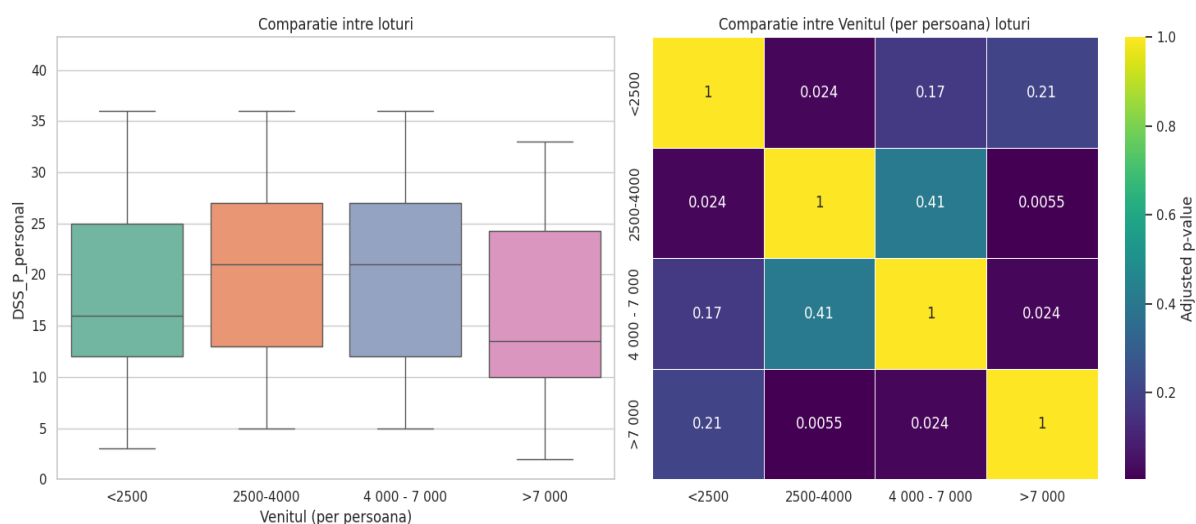


Figura 41. Compararea scorurilor de stigmatizare personală în funcție de venitul personal

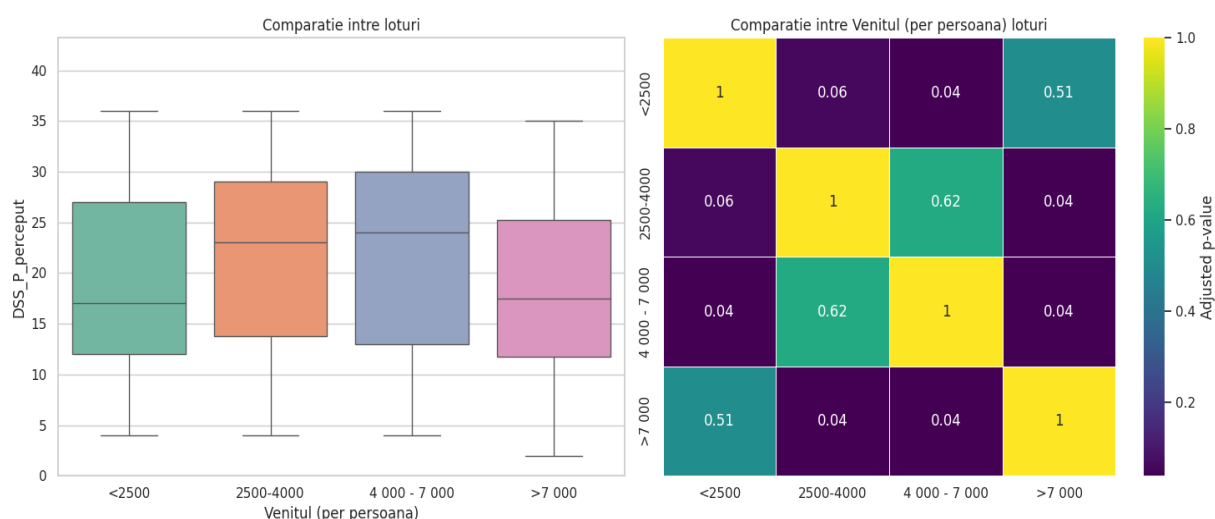


Figura 42. Compararea scorurilor de stigmatizare percepută în funcție de venitul personal

Compararea scorurilor de stigmatizare personală și percepută în funcție de suportul oferit de familie și prieteni

Sprijinul oferit de familie și prieteni reprezintă un factor esențial în reducerea stigmatizării, atât la nivel personal, cât și perceput. În Figura 43 și Figura 44 sunt prezentate distribuțiile scorurilor DSS-Personal și DSS-Percept în funcție de nivelul de suport social, categoriile analizate fiind: Deloc, Puțin, Moderat, Mult, Foarte mult.

Distribuția scorurilor DSS-Personal, ilustrată în Figura 43, arată o corelație clară între nivelul de suport social și internalizarea stigmatizării:

- Persoanele care nu beneficiază de sprijin din partea familiei și prietenilor (categorie „Deloc”) au cele mai mari scoruri DSS-Personal, ceea ce indică o internalizare mai puternică a

stigmatizării.

- Persoanele care beneficiază de un suport social ridicat („Mult” și „Foarte mult”) au scoruri DSS-Personal mai scăzute, sugerând o mai bună reziliență împotriva stigmatizării.

- Figura 43 arată diferențe semnificative statistice ($p < 0.05$) între grupurile fără sprijin și cele cu sprijin moderat sau ridicat, ceea ce indică impactul pozitiv al suportului social în reducerea stigmatizării personale.

Aceste rezultate confirmă că sprijinul social este un factor protector împotriva stigmatizării personale, probabil datorită validării emoționale și a sentimentului de apartenență pe care îl oferă relațiile de sprijin.

Distribuția scorurilor DSS-Perceput, ilustrată în Figura 44, urmează un model similar cu DSS-Personal:

- Persoanele fără suport social percep un grad mai ridicat de stigmatizare socială, ceea ce poate indica lipsa resurselor necesare pentru a combate stereotipurile și discriminarea.

- Persoanele cu un sprijin social puternic raportează scoruri DSS-Perceput mai scăzute, ceea ce sugerează că rețeaua de suport poate ajuta la combaterea percepției asupra stigmatizării.

- Figura 44 arată diferențe semnificative între grupurile cu suport scăzut și cele cu suport ridicat, confirmând faptul că percepția stigmatizării sociale este mai intens resimțită în absența sprijinului social.

Aceste rezultate indică faptul că sprijinul din partea familiei și prietenilor reduce atât percepția stigmatizării sociale, cât și internalizarea acesteia.

Analizând împreună Figura 43 și Figura 44, se observă:

- Persoanele fără suport social au scoruri ridicate atât la DSS-Personal, cât și la DSS-Perceput, ceea ce sugerează că lipsa rețelelor de sprijin contribuie la o experiență mai intensă a stigmatizării.

- Persoanele cu sprijin social ridicat au scoruri mai scăzute în ambele dimensiuni, indicând un rol protector clar al suportului social.

- Discrepanțele dintre DSS-Personal și DSS-Perceput în grupurile cu suport moderat sugerează că persoanele care primesc un sprijin parțial pot percepe stigmatizare din partea societății, dar nu o internalizează la fel de profund.

Rezultatele prezentate în Figura 43 și Figura 44 confirmă faptul că sprijinul social din partea familiei și prietenilor joacă un rol crucial în reducerea stigmatizării. Persoanele care nu beneficiază de suport social sunt mai vulnerabile atât la stigmatizarea personală, cât și la stigmatizarea percepută, în timp ce sprijinul emoțional și relațiile de susținere ajută la combaterea efectelor negative ale stigmatizării. Aceste constatări subliniază importanța rețelelor sociale de sprijin și a intervențiilor comunitare, care pot ajuta persoanele afectate de stigmatizare să își dezvolte

mecanisme mai bune de adaptare și reziliență.

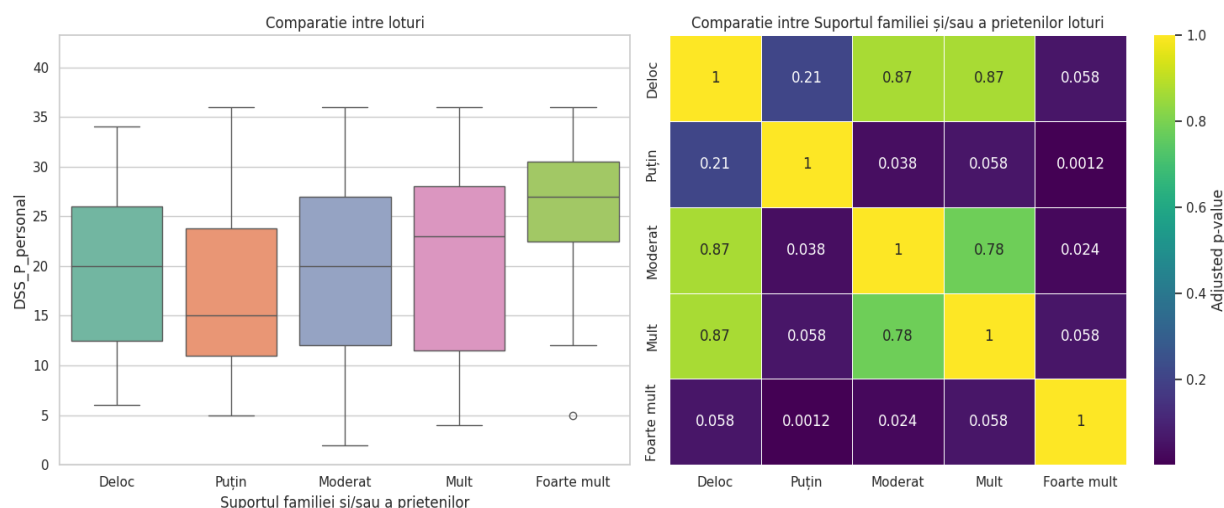


Figura 43. Compararea scorurilor de stigmatizare personală în funcție de suportul oferit de familie și prieteni

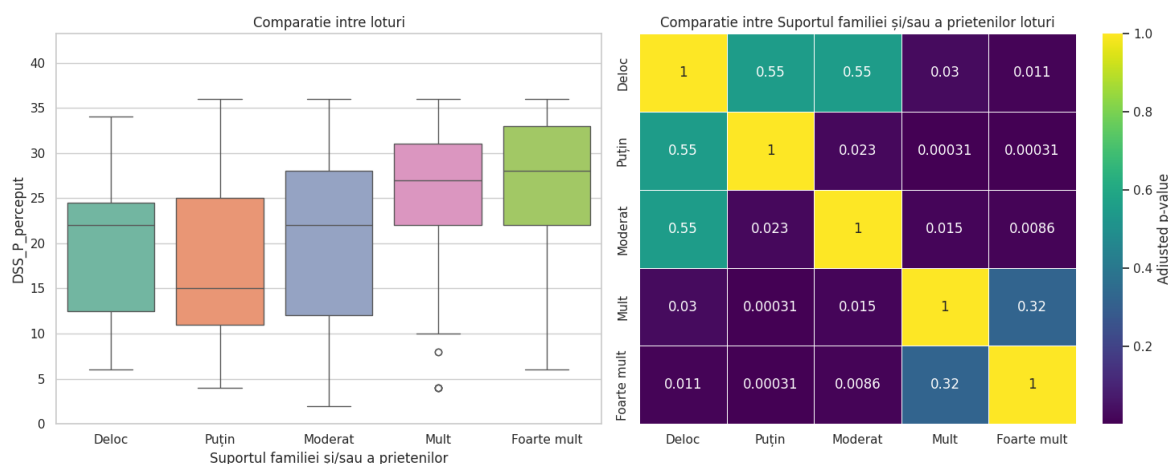


Figura 44. Compararea scorurilor de stigmatizare percepută în funcție de suportul oferit de familie și prieteni

Compararea scorurilor de stigmatizare personală și percepută în funcție de accesarea serviciilor de sănătate mintală

Accesarea serviciilor de sănătate mintală poate influența atât nivelul de stigmatizare personală (DSS_P_personal), cât și percepția stigmatizării sociale (DSS_P_perceptut). În Figura 45 și Figura 46 sunt prezentate distribuțiile scorurilor DSS-Personal și DSS-Perceptut pentru patru categorii de răspuns: Nu au căutat ajutor, Medic de familie, CCSM și Servicii private.

- Persoanele care nu au accesat servicii au obținut scoruri DSS-Personal mai ridicate, indicând o internalizare mai mare a stigmatizării.
- Cei care au solicitat ajutor de la un CCSM sau servicii private au avut scoruri mai scăzute, sugerând o atitudine mai deschisă față de sănătatea mintală.
- Diferențele statistice ($p < 0.05$) arată o asociere semnificativă între accesarea serviciilor și

stigmatizarea personală, mai ales între cei care nu au cerut ajutor și cei care au apelat la servicii specializate.

- Persoanele care nu au accesat servicii percep un nivel mai ridicat de stigmatizare socială, ceea ce poate descuraja căutarea ajutorului.

- Cei care au consultat un medic de familie au un nivel intermediar de stigmatizare percepută, în timp ce utilizatorii CCSM și ai serviciilor private percep mai puțină stigmatizare.

- Matricea de comparație confirmă diferențe semnificative între cei care nu au accesat servicii și cei care au utilizat CCSM sau servicii private ($p < 0.05$), ceea ce sugerează că expunerea la tratament și interacțiunea cu profesioniștii reduc percepția stigmatizării.

- Persoanele care evită serviciile de sănătate mintală prezintă un nivel mai ridicat de stigmatizare personală și percepută, ceea ce indică o barieră psihologică importantă în accesarea tratamentului.

- Accesarea serviciilor specializate (CCSM și servicii private) este asociată cu scăderea stigmatizării în ambele dimensiuni.

- Percepția stigmatizării sociale poate influența decizia de a căuta ajutor, iar interacțiunea cu serviciile de sănătate mintală poate contribui la reducerea stereotipurilor.

Aceste rezultate subliniază necesitatea unor campanii de conștientizare pentru reducerea stigmatizării asociate accesării serviciilor de sănătate mintală, cu accent pe importanța educației comunitare și a îmbunătățirii accesului la servicii pentru persoanele reticente în a căuta ajutor.

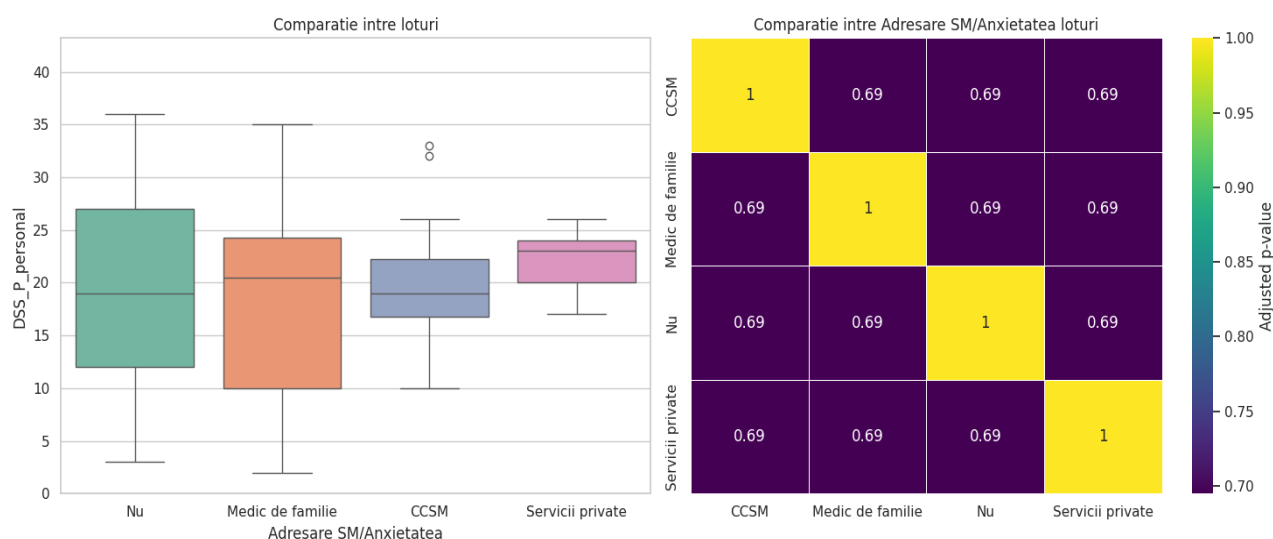


Figura 45. Compararea scorurilor de stigmatizare personală în funcție de accesarea serviciilor de sănătate mintală

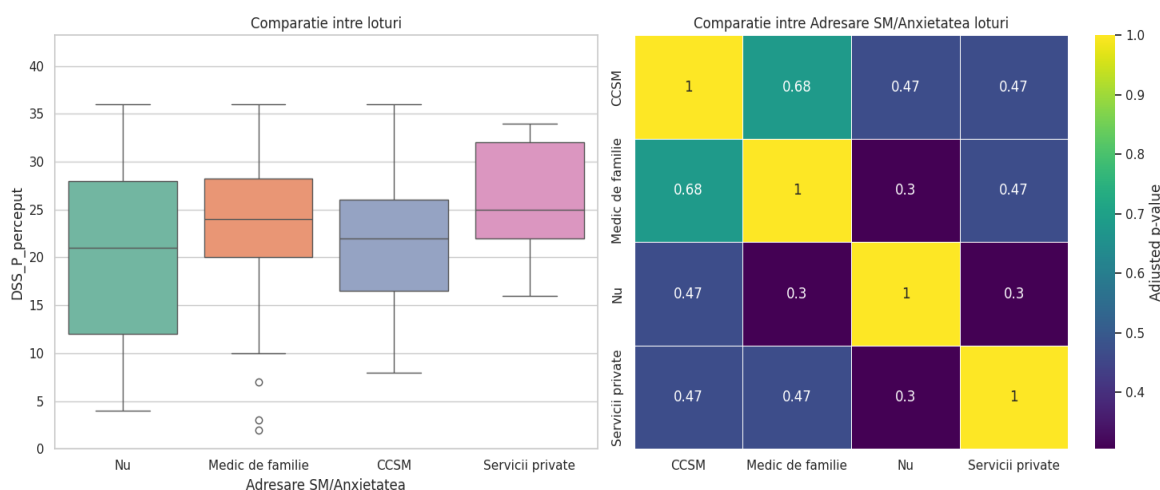


Figura 46. Compararea scorurilor de stigmatizare percepută în funcție de accesarea serviciilor de sănătate mintală

3.4. Influența factorilor sociali asupra severității depresiei

Analiza distribuției vârstei în funcție de diagnosticul depresiei (PHQ-9)

Vârsta este un factor important în manifestarea și percepția depresiei. Figura 47 prezintă distribuția vârstei participanților în funcție de diagnosticul de depresie, evaluat prin scala PHQ-9, iar matricea de comparație arată diferențele statistice dintre grupurile analizate.

În Figura 47, se observă variații ale distribuției vârstei în funcție de severitatea depresiei:

- Persoanele fără depresie au o distribuție largă a vârstei, cu o mediană situată în jurul valorii de 55 de ani.
- Persoanele cu depresie ușoară și moderată prezintă distribuții similare, însă valorile mediane sunt ușor mai ridicate, indicând o tendință de creștere a depresiei odată cu înaintarea în vârstă.
- Persoanele cu depresie severă au o distribuție a vârstei mai ridicată comparativ cu celelalte grupuri, iar boxplot-ul indică prezența unor valori extreme, ceea ce sugerează că acest diagnostic este mai frecvent la persoanele mai în vârstă.

În Figura 47 sunt prezentate diferențele statistice dintre grupuri:

- Există diferențe semnificative statistic ($p < 0.05$) între persoanele fără depresie și cele cu depresie moderată sau severă, ceea ce sugerează că severitatea depresiei este influențată de vârstă.
- De asemenea, diferența dintre depresia ușoară și depresia severă este semnificativă ($p = 0.0015$), ceea ce indică o posibilă progresie a simptomelor odată cu vârsta.
- Comparativ, diferențele dintre depresia ușoară și depresia moderată nu sunt semnificative ($p = 0.69$), ceea ce sugerează că aceste două stadii au caracteristici similare în ceea ce privește distribuția vârstei.

Aceste rezultate indică o asociere între vârstă și severitatea depresiei, persoanele mai în

vârstă fiind mai susceptibile la depresie severă. Acest fenomen poate fi explicat printr-o combinație de factori, inclusiv:

- Creșterea riscului de izolare socială și pierderea sprijinului familial odată cu înaintarea în vârstă.
- Apariția problemelor de sănătate cronice, care pot contribui la deteriorarea stării psihologice.
- Accesul redus la servicii de sănătate mintală în rândul persoanelor mai în vârstă, ceea ce poate duce la întârzierea tratamentului și agravarea simptomelor.

Rezultatele prezentate în Figura 47 subliniază importanța luării în considerare a vârstei în strategiile de prevenție și intervenție pentru depresie. Persoanele mai în vârstă, în special cele cu simptome severe, necesită măsuri specifice de sprijin și îngrijire, inclusiv programe de intervenție timpurie și acces îmbunătățit la serviciile de sănătate mintală.

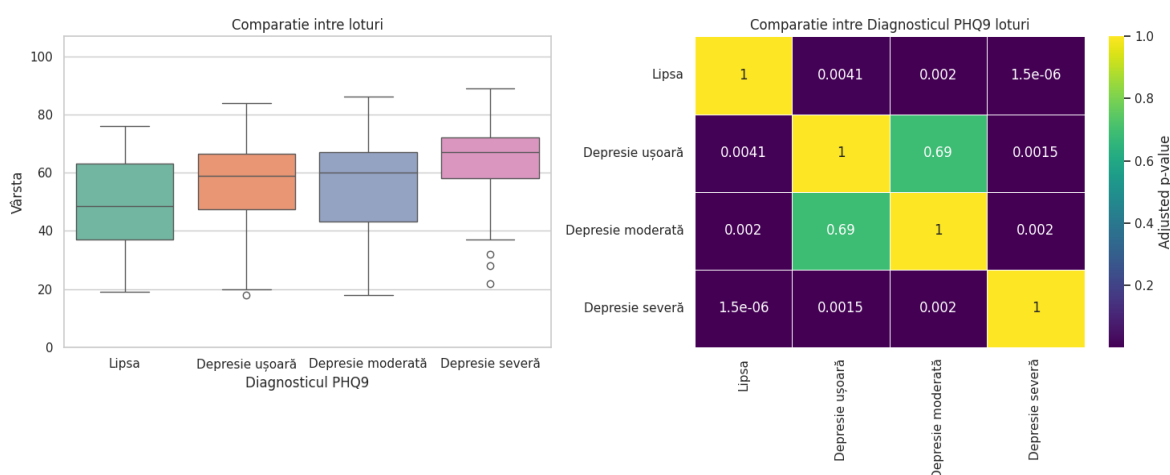


Figura 47. Distribuției vârstei în funcție de diagnosticul depresiei (PHQ-9)

Analiza fumatului și a consumului de alcool în funcție de diagnosticul depresiei (PHQ-9)

Fumatul și consumul de alcool sunt comportamente de risc adesea asociate cu depresia. Figura 48 și Figura 49 prezintă distribuția acestora în funcție de severitatea depresiei, evaluată prin PHQ-9, precum și comparațiile statistice dintre grupuri.

În Figura 48 boxplot-ul ilustrează variațiile consumului de alcool între persoanele fără depresie și cele cu depresie de diferite grade:

- Persoanele fără depresie au o distribuție largă a consumului de alcool, însă valorile extreme sunt mai puțin frecvente.
- Persoanele cu depresie moderată și severă tind să aibă un consum mai scăzut de alcool, în comparație cu grupul fără depresie.
- Figura 48 (sus, dreapta) prezintă analiza statistică, unde se observă diferențe semnificative între persoanele fără depresie și cele cu depresie severă ($p = 0.031$), indicând o posibilă reducere

a consumului de alcool la persoanele cu simptome severe de depresie.

Rezultatele sugerează că depresia severă poate fi asociată cu un consum mai redus de alcool. Acest lucru poate fi explicat prin:

- Scăderea motivației și a inițiativei sociale la persoanele cu depresie severă, ceea ce reduce probabilitatea de a consuma alcool.
- Posibile modificări ale stilului de viață din cauza stării de sănătate, inclusiv tratament medicamentos, care limitează consumul de alcool.
- Severitatea depresiei putând duce la o retragere din activitățile de consum social de alcool, spre deosebire de depresia ușoară sau moderată, unde consumul poate fi mai frecvent.

În Figura 49 boxplot-ul arată distribuția consumului de tutun în funcție de diagnosticul de depresie:

- Persoanele fără depresie și cele cu depresie ușoară prezintă o distribuție relativ similară a consumului de tutun.
- Persoanele cu depresie moderată și severă au scoruri mai ridicate la fumat, ceea ce sugerează că acest comportament este mai frecvent în aceste grupuri.
- Figura 49 indică diferențe semnificative statistic între persoanele fără depresie și cele cu depresie severă ($p = 0.031$), dar și între depresia ușoară și depresia severă ($p = 0.036$).

Rezultatele indică o posibilă asociere între depresie și creșterea consumului de tutun, în special în formele moderate și severe ale depresiei. Acest lucru poate fi explicat prin:

- Fumatul ca mecanism de coping – persoanele cu depresie pot folosi nicotina pentru a gestiona stresul și simptomele depresive.
- Interacțiunea dintre depresie și dependența de nicotină, unde simptomele depresive pot crește dificultatea de a renunța la fumat.
- Diferențe în stilul de viață și comportamentele de sănătate, unde persoanele cu depresie severă pot avea rate mai mari de fumat comparativ cu cele fără depresie.

Rezultatele prezentate în Figura 48 și Figura 49 sugerează o diferență în comportamentele de consum de substanțe între persoanele fără depresie și cele cu depresie moderată și severă:

- Consumul de alcool scade odată cu severitatea depresiei, posibil din cauza retragerii sociale și a efectelor depresiei asupra motivației.
- Consumul de tutun crește în rândul persoanelor cu depresie severă, ceea ce poate indica utilizarea fumatului ca mecanism de reglare emoțională.

Aceste constatări subliniază necesitatea unor intervenții direcționate spre:

- Programe de reducere a fumatului pentru persoanele cu depresie severă, incluzând sprijin psihologic și alternative sănătoase de coping.
- Monitorizarea consumului de alcool la persoanele cu depresie ușoară și moderată, unde

consumul poate fi mai frecvent.

- Integrarea tratamentului depresiei cu strategiile de prevenție și reducere a consumului de substanțe, având în vedere interacțiunea dintre aceste comportamente și sănătatea mintală.

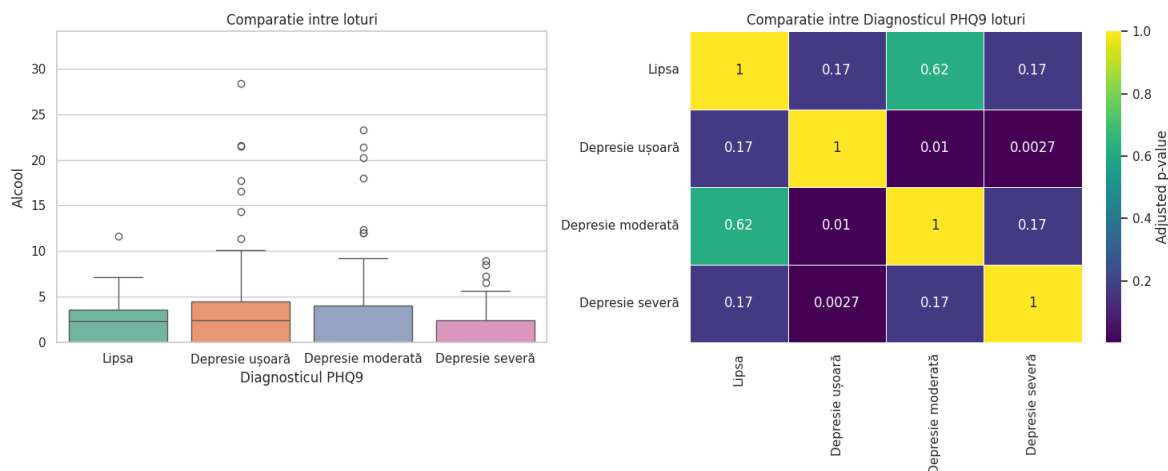


Figura 48. Consumul de alcool în funcție de diagnosticul depresiei (PHQ-9)

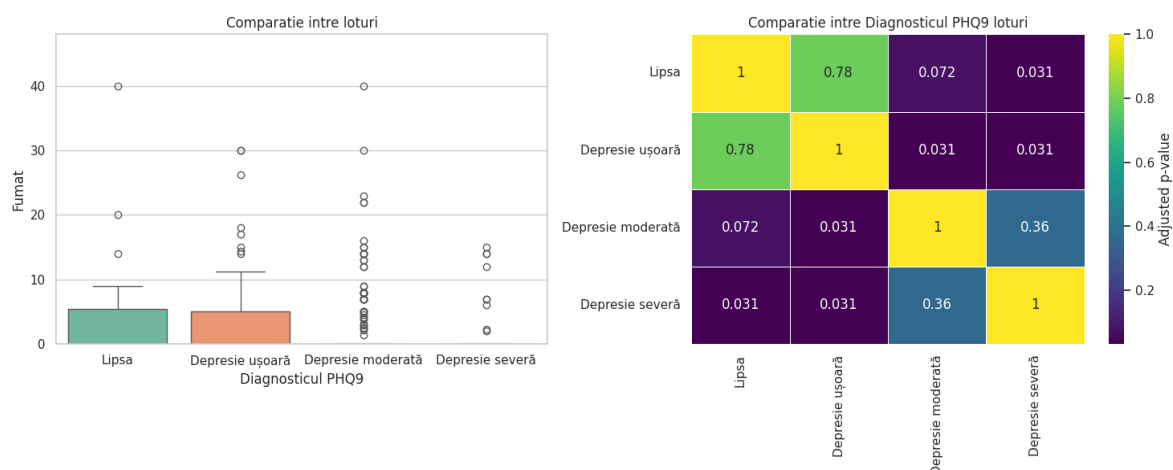


Figura 49. Fumatul în funcție de diagnosticul depresiei (PHQ-9)

Distribuția depresiei (PHQ-9) în funcție de mediul de rezidență

Figura 50 prezintă distribuția severității depresiei în funcție de localitate (rural vs. urban), cu frecvențele relative și intervalele de încredere de 95%.

- Depresia ușoară este mai frecventă în mediul rural (48.0%) decât în urban (32.9%), sugerând o posibilă subdiagnosticare sau acces limitat la servicii de sănătate mintală.

- Depresia moderată este mai frecventă în mediul urban (43.9%) față de rural (30.9%), ceea ce poate indica o mai bună recunoaștere a simptomelor și accesibilitate la diagnostic.

- Depresia severă are distribuții similare (9.7% rural vs. 12.0% urban), fără diferențe semnificative.

- Rezultatele indică diferențe semnificative între rural și urban ($p = 0.0065$), ceea ce sugerează influența accesului la servicii și a stigmatizării asupra recunoașterii depresiei.

- Este necesară îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate mintală în mediul rural și creșterea conștientizării privind depresia.

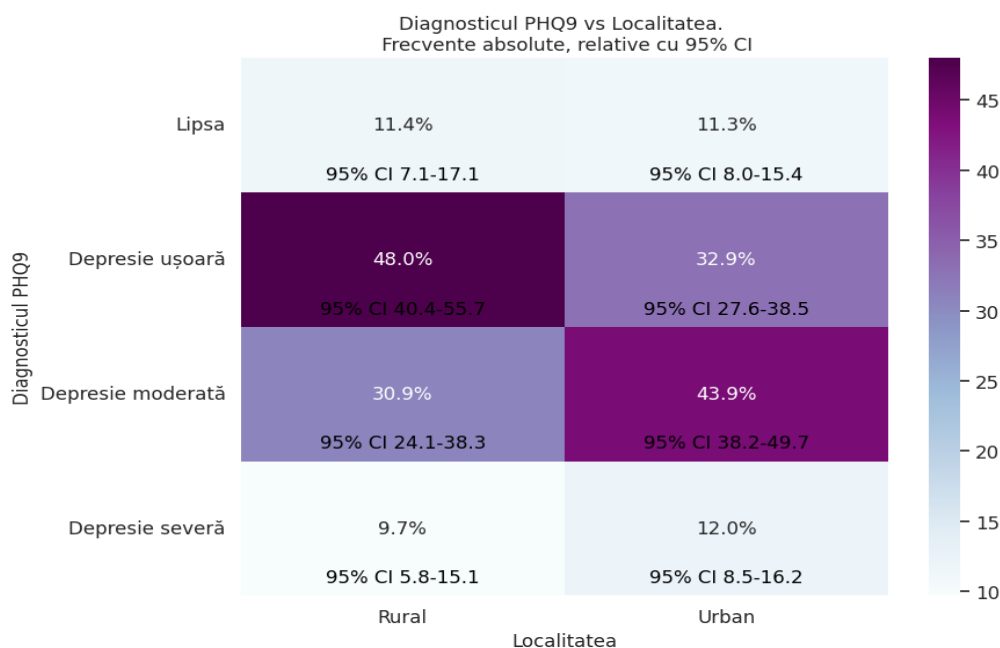


Figura 50. Distribuția depresiei (PHQ-9) în funcție de mediul de rezidență

Compararea distribuției depresiei (PHQ-9) în funcție de sex

Sexul este un factor important în prevalența depresiei, influențând atât manifestările simptomatice, cât și accesul la tratament. Figura 51 prezintă distribuția severității depresiei în funcție de sex, oferind frecvențele relative și intervalele de încredere de 95%.

Distribuția severității depresiei, ilustrată în Figura 51 indică diferențe minore între sexe:

- Lipsa depresiei este mai frecventă la bărbați (16.5%) decât la femei (9.5%), ceea ce sugerează o posibilă subraportare a simptomelor depresive la bărbați.
- Depresia ușoară și moderată au prevalențe similare între femei și bărbați, cu diferențe nesemnificative statistic.
- Depresia severă este ușor mai frecventă la femei (11.5%) decât la bărbați (10.2%), dar diferența nu este semnificativă.

În Figura 51 testul Chi-pătrat indică o valoare $p = 0.1618$, ceea ce sugerează că diferențele observate între sexe nu sunt semnificative statistic.

- Distribuția depresiei este similară între femei și bărbați, fără o tendință clară care să indice o vulnerabilitate crescută a unui anumit sex.

- Prevalența depresiei moderat-severe este apropiată între grupuri, ceea ce sugerează că atât bărbații, cât și femeile sunt afectați într-o măsură similară.

Rezultatele sugerează că, în eșantionul studiat, sexul nu este un predictor semnificativ al severității depresiei. Acest lucru poate fi explicat prin:

- Factori culturali, unde femeile tind să caute ajutor mai frecvent, dar bărbații pot subraporta simptomele depresive.

- Diferențe în mecanismele de coping, unde femeile pot avea o rețea de suport mai dezvoltată, iar bărbații pot recurge la strategii de evitare.

- Posibile biaiuri în raportare, având în vedere că bărbații pot fi mai puțin dispuși să recunoască simptomele depresive.

Deși literatura de specialitate sugerează adesea o prevalență mai mare a depresiei la femei, în acest eșantion nu au fost identificate diferențe semnificative între sexe. Acest rezultat subliniază necesitatea unor intervenții adaptate ambelor sexe, cu strategii care să ia în considerare:

- Reducerea stigmatizării în rândul bărbaților, pentru a îmbunătăți raportarea și accesul la tratament.

- Dezvoltarea unor strategii de suport pentru femei și bărbați, având în vedere că severitatea depresiei nu diferă semnificativ între sexe.

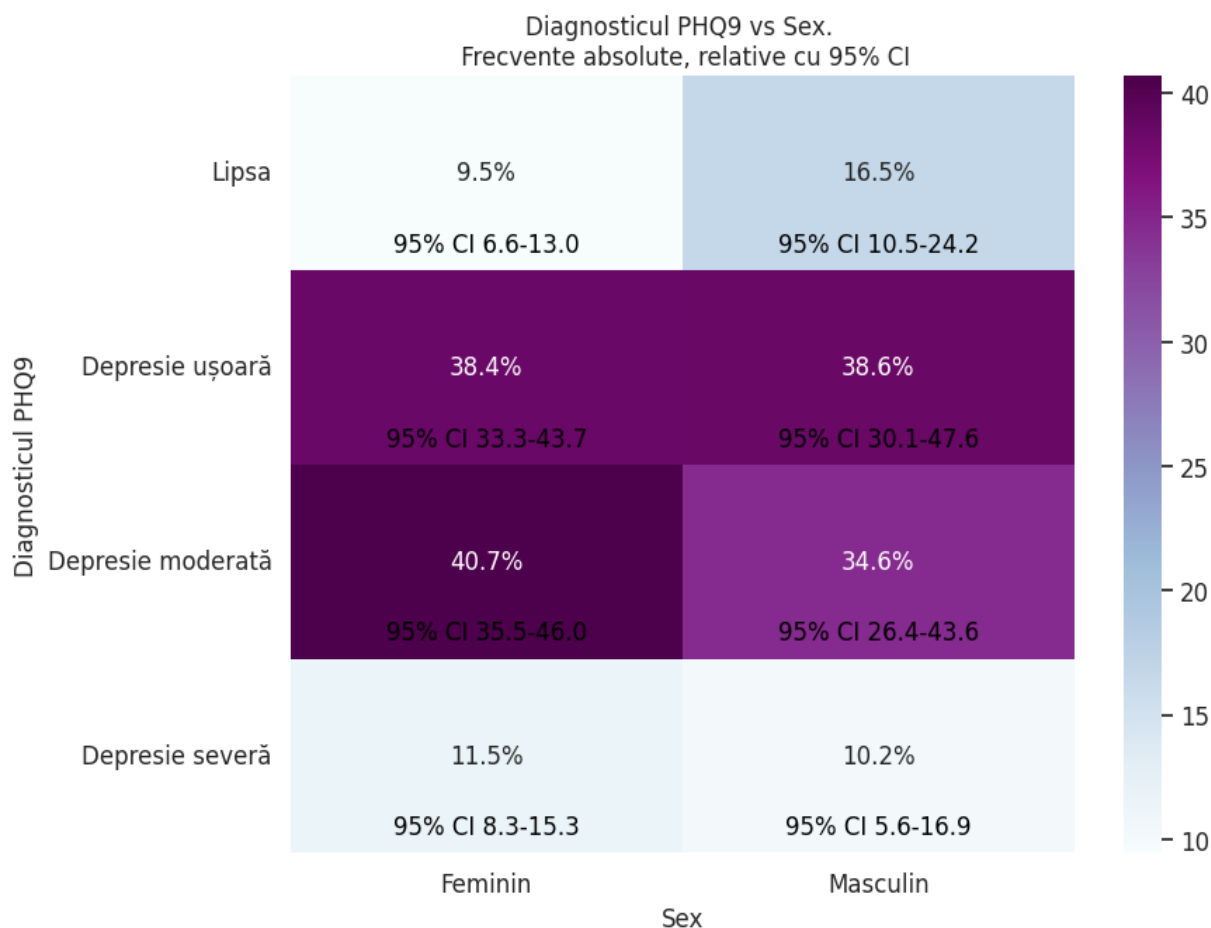


Figura 51. Distribuția depresiei (PHQ-9) în funcție de sex

Compararea distribuției depresiei (PHQ-9) în funcție de aderarea la tratament

Aderarea la tratament este un factor esențial în evoluția depresiei și în eficiența intervențiilor terapeutice. Figura 52 prezintă distribuția severității depresiei în funcție de aderarea sau neaderarea

la tratament, evidențiind frecvențele relative și intervalele de încredere de 95%.

Distribuția severității depresiei, ilustrată în Figura 52 arată diferențe importante între persoanele care urmează tratamentul și cele care nu:

- Lipsa depresiei este mai frecventă la cei care nu aderă la tratament (13.2%) față de cei care urmează tratamentul (3.3%).
- Depresia ușoară este mai frecventă la cei care aderă la tratament (48.4%), comparativ cu cei care nu urmează tratamentul (36.1%).
- Depresia moderată este distribuită similar între cele două grupuri (40.7% vs. 38.7%), fără diferențe semnificative.
- Depresia severă este mai frecventă în rândul celor care nu urmează tratamentul (11.9%), comparativ cu cei care aderă la tratament (7.7%).

În Figura 52 testul Chi-pătrat indică o diferență semnificativă statistic între grupuri ($p = 0.0127$).

- Cei care aderă la tratament prezintă mai frecvent depresie ușoară, ceea ce poate indica o mai mare disponibilitate a acestora de a solicita ajutor în stadii mai puțin severe.
- Cei care nu aderă la tratament au o proporție mai mare de depresie severă, sugerând posibile bariere în accesul la tratament sau reticență în menținerea acestuia.

Aceste rezultate indică faptul că persoanele cu depresie severă sunt mai puțin aderente la tratament, ceea ce poate avea mai multe explicații:

- Reticența în a căuta ajutor din cauza stigmatizării sau a lipsei de conștientizare asupra beneficiilor tratamentului.
- Efectele depresiei severe asupra motivației, care pot reduce capacitatea de a urma un tratament pe termen lung.
- Accesibilitatea redusă la servicii de sănătate mintală, în special pentru persoanele cu simptome severe.

Rezultatele evidențiază importanța strategiilor de îmbunătățire a aderării la tratament, mai ales pentru pacienții cu depresie severă. Acestea ar putea include:

- Programe de suport psihologic și educație despre depresie, pentru a îmbunătăți acceptarea tratamentului.
- Intervenții personalizate pentru pacienții cu depresie severă, care să le ofere un sprijin suplimentar în menținerea tratamentului.
- Reducerea barierelor legate de accesibilitatea serviciilor și dezvoltarea unor metode flexibile de administrare a tratamentului (ex. telepsihiatrie, consiliere online).

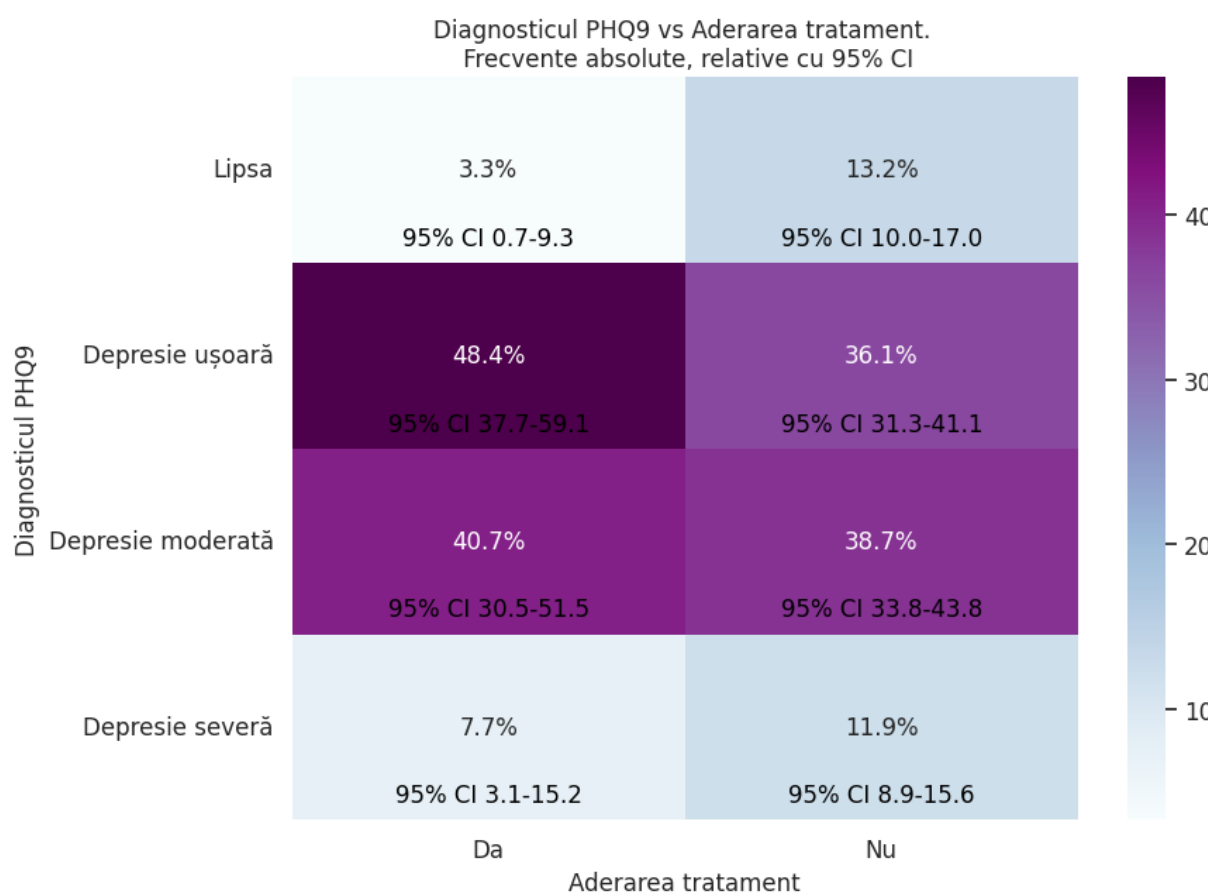


Figura 52. Distribuția depresiei (PHQ-9) în funcție de aderarea la tratament

Asocierea dintre statutul marital și severitatea depresiei

Analiza relației dintre statutul marital și severitatea depresiei în baza la figura 53 sugerează că persoanele căsătorite care locuiesc împreună au un risc mai redus de depresie moderată și severă comparativ cu alte grupuri, indicând un posibil efect protector al căsătoriei asupra sănătății mintale.

- Cea mai mare prevalență a depresiei moderate se observă la persoanele văduve (41.6%) și divorțate (44.4%), ceea ce sugerează că pierderea sau separarea de partener este un factor de risc important.

- Persoanele căsătorite care locuiesc împreună au o prevalență mai mică a depresiei moderate (33.3%), indicând un posibil efect protector al relației conjugale stabile.

- Persoanele văduve au cea mai mare prevalență a depresiei severe (19.8%), urmate de cele divorțate (11.1%), ceea ce arată un risc crescut de deteriorare a stării psihologice în aceste grupuri.

- Persoanele căsătorite care locuiesc împreună au o prevalență mai mică a depresiei severe (9.5%), ceea ce sugerează că sprijinul unui partener poate contribui la reducerea riscului de depresie severă.

Rezultatele sugerează că persoanele căsătorite care locuiesc împreună prezintă rate mai scăzute de depresie moderată și severă comparativ cu persoanele văduve și divorțate, confirmând

că pierderea unui partener poate fi un factor de vulnerabilitate psihologică. Acest lucru indică un posibil efect protector al căsătoriei asupra sănătății mintale, probabil datorită sprijinului emoțional și social oferit de relația stabilă.

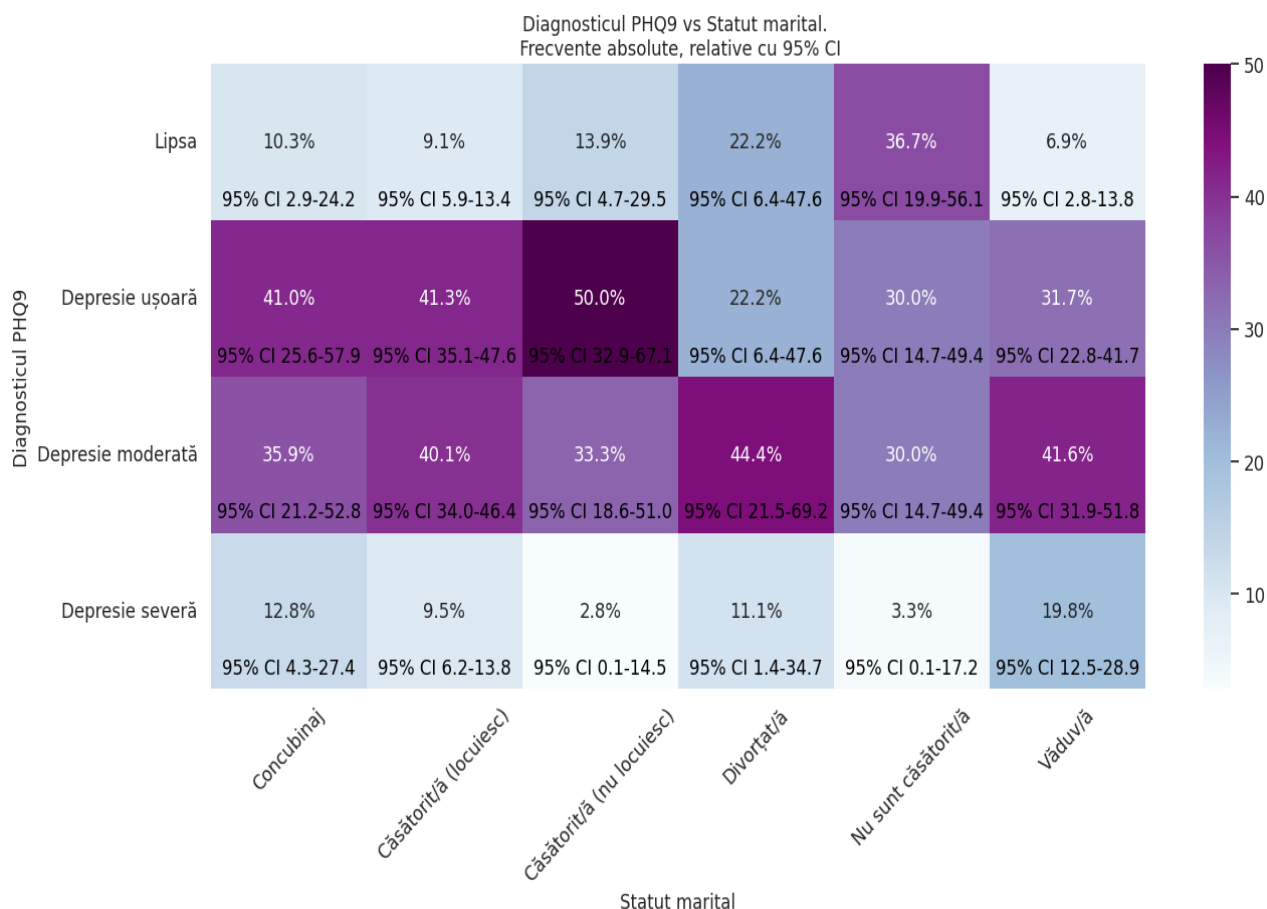


Figura 53. Relația dintre statutul marital și severitatea depresiei

Relația dintre activitatea profesională și severitatea depresiei

Conform figurii 54, analiza Chi-pătrat (simulare Monte Carlo) arată o asocierie semnificativă statistic între severitatea depresiei și activitatea profesională ($\chi^2=52.07$, $p<0.001$).

- Studenții au cel mai mare risc de depresie clinică, având cea mai înaltă prevalență a depresiei moderate (60%) și o prevalență semnificativă a depresiei severe (10%).
- Șomerii și pensionarii au de asemenea risc crescut, prezentând frecvent depresie moderată (35,8% și, respectiv, 42%) și severă (20,8% și 15,9%).

În schimb, riscul cel mai redus pentru depresie clinic semnificativă (moderată și severă) apare la persoanele cu alt tip de activitate profesională (moderată 20%, severă 10%), la persoanele care lucrează jumătate de normă (moderată 28,6%, severă 4,3%) și la persoanele care lucrează cu normă întreagă (moderată 41,4%, severă 5,7%) Aceste grupuri probabil au risc mai mic datorită unui grad mai mare de flexibilitate, unui nivel redus de stres ocupațional sau implicării într-o activitate profesională adaptată mai bine nevoilor personale și emoționale.

Astfel, rezultatele sugerează că activitățile profesionale flexibile (jumătate de normă și alte

activității) sunt asociate cu o prevalență mai redusă a depresiei clinice comparativ cu statutul de student, șomer sau pensionar.

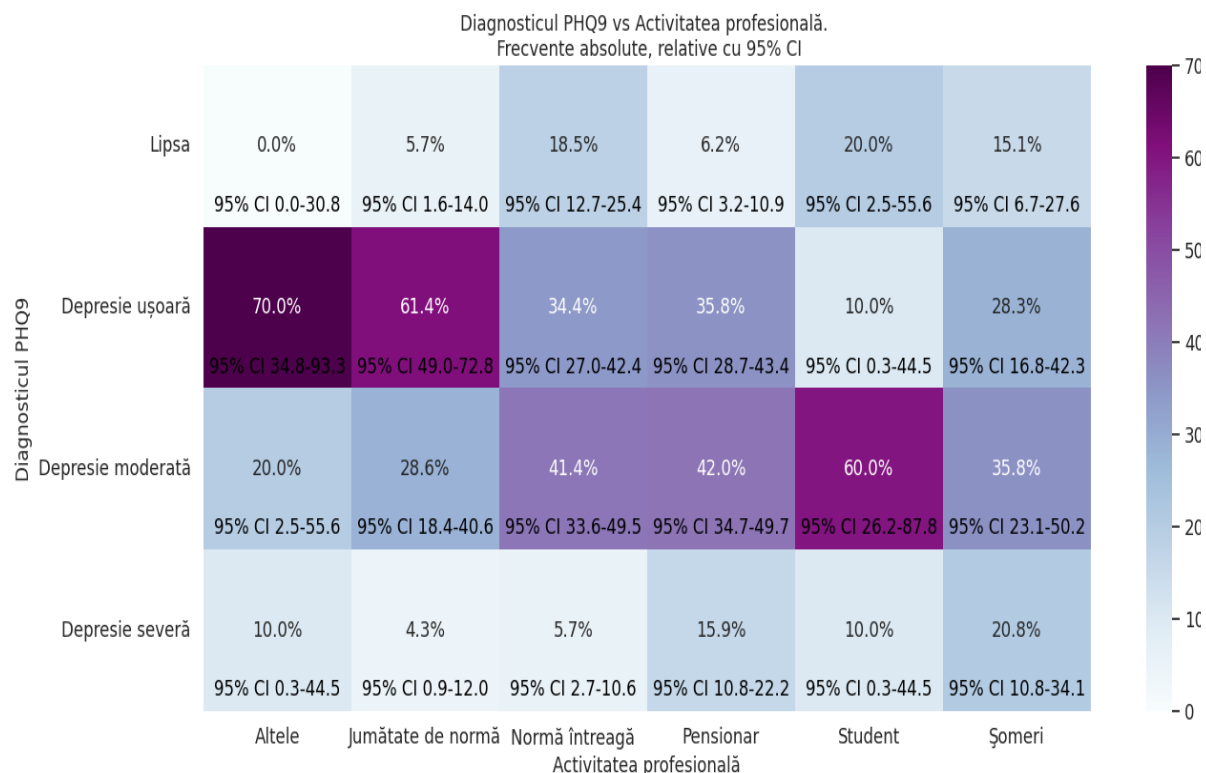


Figura 54. Relația dintre activitatea profesională și severitatea depresiei

Asocierea dintre severitatea depresiei și adresarea pentru probleme de sănătate mintală

Analiza Chi-pătrat (simulare Monte Carlo) indică o asociere semnificativă statistic între severitatea depresiei (conform PHQ-9) și adresarea pentru servicii de sănătate mintală ($\chi^2=26.34$, $p=0.0014$).

Dintre persoanele care nu s-au adresat deloc, 36,8% au avut depresie moderată și 10,7% depresie severă. Aceste rezultate sugerează că o proporție semnificativă de persoane cu depresie clinic semnificativă (moderată sau severă) fie nu solicită ajutor specializat, fie nu au acces la servicii corespunzătoare.

Astfel, datele sugerează că multe persoane cu depresie clinică (în special moderată) se adresează mai des la servicii private sau la CCSM, dar există totuși un grup semnificativ de persoane care nu se adresează deloc, în ciuda severității simptomelor depressive.

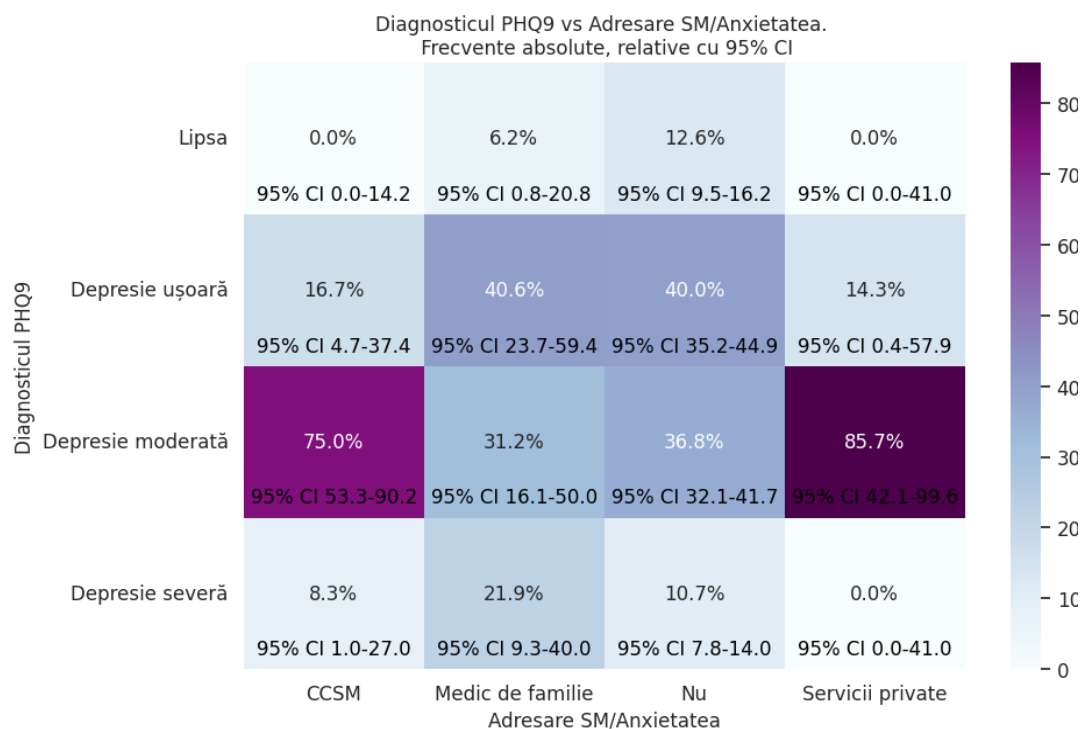


Figura 55. Relația dintre severitatea depresiei și adresarea pentru probleme de SM

Asocierea dintre severitatea depresiei și nivelul de educație finalizat

Analiza statistică prin testul Chi-pătrat (Monte Carlo Simulation, $\chi^2=111.11$, $p<0.001$) indică existența unei relații semnificative între severitatea depresiei (evaluată cu PHQ-9) și nivelul de educație al persoanelor incluse în studiu.

- Depresia severă este cel mai frecvent întâlnită la persoanele cu nivel educațional scăzut (57,5% la cei cu 4 clase), sugerând că persoanele cu educație redusă prezintă un risc ridicat pentru forme severe de depresie. Pe măsură ce nivelul educației crește, prevalența depresiei severe scade considerabil: 6,9% la persoanele cu 9 clase, 10,0% la cele cu 12 clase sau școală profesională, 6,6% la cele cu studii colegiale și 0% la persoanele cu studii universitare/licență/master.

- Depresia moderată apare cel mai frecvent la persoanele cu studii colegiale (46,2%) și universitare/licență/master (38,5%), ceea ce sugerează că, deși depresia severă scade cu creșterea nivelului educațional, depresia moderată rămâne frecventă la persoanele cu educație superioară. Acest lucru ar putea reflecta un alt tip de stres emoțional sau provocări legate de responsabilități profesionale și academice mai mari.

- În schimb, la persoanele cu educație scăzută (4 clase), depresia moderată este mai puțin frecventă (35%), dar aceste persoane tind să aibă predominant forme severe de depresie, ceea ce poate indica o vulnerabilitate crescută datorată lipsei accesului la informație, servicii medicale și suport social adecvat.

Prin urmare, rezultatele sugerează că un nivel educațional scăzut se corelează puternic cu depresia severă, în timp ce persoanele cu educație medie și superioară, deși rar dezvoltă forme

severe, au o prevalență ridicată a depresiei moderate. Aceste observații subliniază importanța intervențiilor diferențiate în funcție de nivelul de educație, pentru a preveni și trata eficient depresia clinică în diverse categorii sociale.

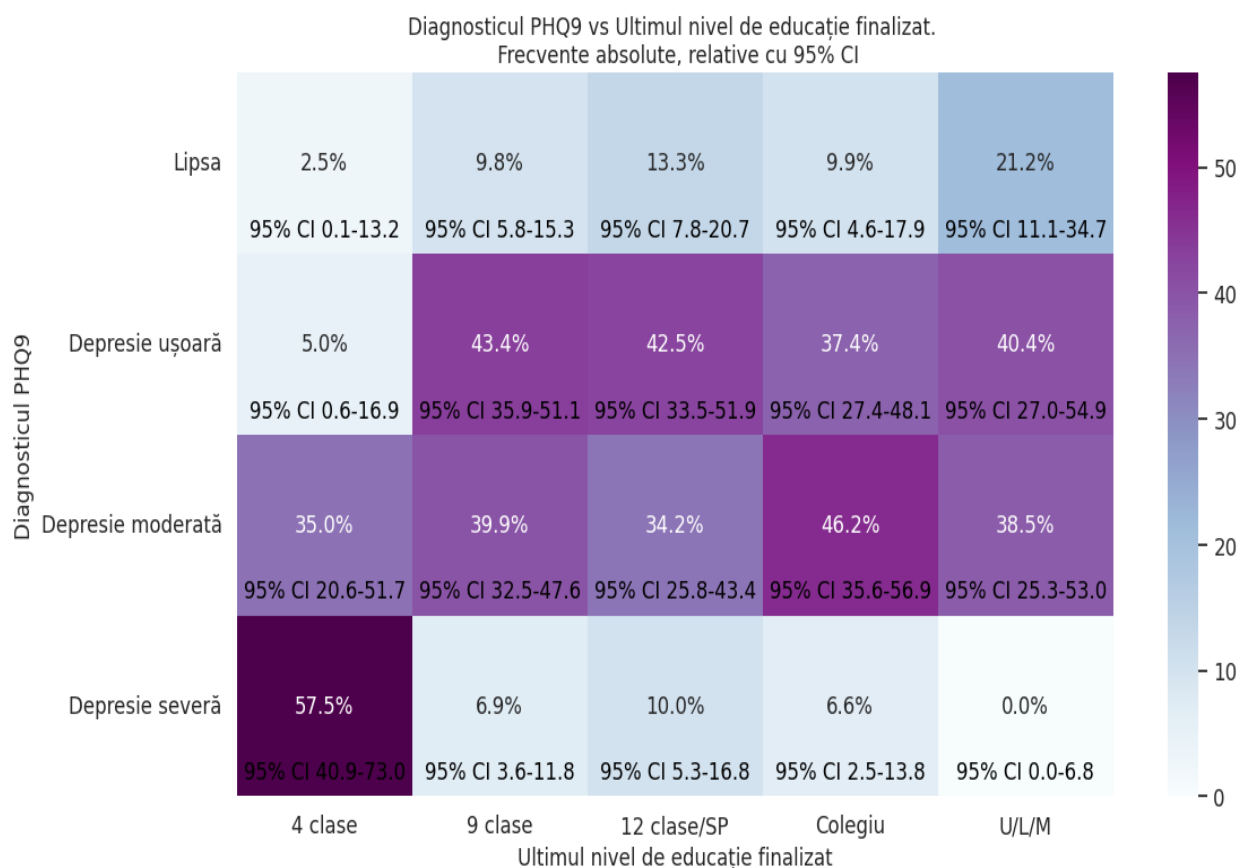


Figura 56. Relația dintre severitatea depresiei și nivelul de educație finalizat

Asocierea dintre severitatea depresiei și numărul de copii

Analiza Chi-pătrat (simulare Monte Carlo) arată o asociere statistic semnificativă între severitatea depresiei și numărul de copii ($\chi^2=32.11$, $p=0.0013$).

- Persoanele fără copii au cea mai scăzută prevalență atât a depresiei severe (4,3%), cât și a celei moderate (31,9%).
- Persoanele care au între 1 și 3 copii prezintă o prevalență a depresiei moderate între 37,7% și 44,3%, iar cea a depresiei severe este în jur de 9-12%.
- La persoanele cu 4 sau mai mulți copii se observă o prevalență mai mare a depresiei severe (22,2%), însă depresia moderată (33,3%) este comparabilă cu cea din celelalte categorii.

Datele nu indică neapărat o relație cauzală directă, ci sugerează mai degrabă că persoanele cu familii numeroase pot avea uneori provocări suplimentare în gestionarea resurselor emoționale și financiare, ceea ce subliniază necesitatea unor măsuri suplimentare de sprijin social și emoțional pentru aceste familii.

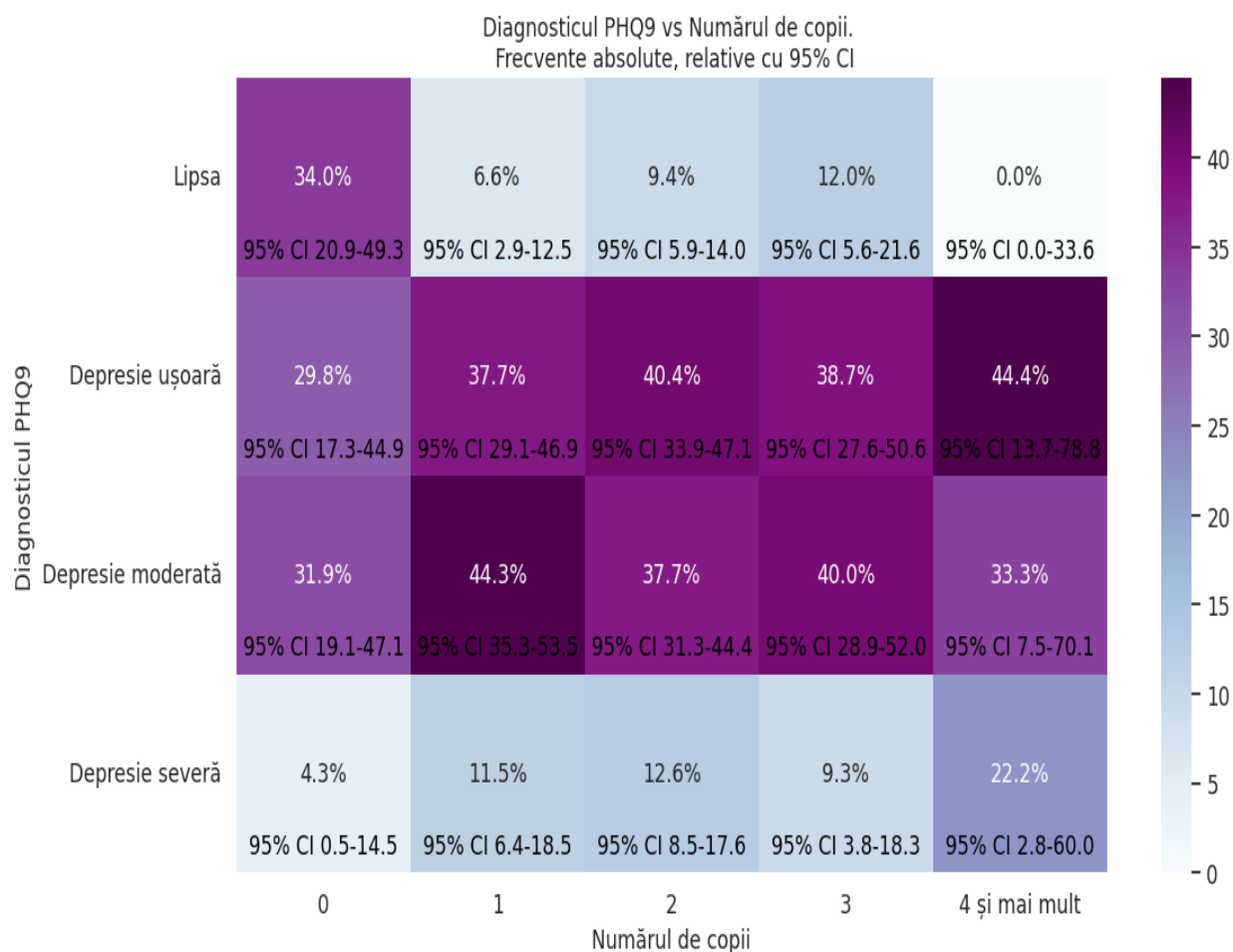


Figura 57. Relația dintre severitatea depresiei și numărul de copii

Corelația dintre severitatea depresiei și venitul lunar (per persoană)

Analiza Chi-pătrat (simulare Monte Carlo) indică o asocierie semnificativă statistic între severitatea depresiei (evaluată prin PHQ-9) și nivelul venitului lunar pe persoană ($\chi^2=19.05$, $p=0.0239$).

- Depresia severă este cel mai frecvent raportată în grupul persoanelor cu veniturile cele mai mici (sub 2500 lei, 13,6%) și în cele cu venituri între 4000–7000 lei (13,1%). Persoanele cu venituri mai mari de 7000 lei au cea mai scăzută prevalență a depresiei severe (3,1%).

- Depresia moderată a fost cel mai frecvent întâlnită în grupul persoanelor cu venituri medii între 2500–4000 lei (46,3%), urmată de persoanele cu venituri mici (sub 2500 lei – 36,7%) și cele cu venituri între 4000–7000 lei (38,3%). Persoanele cu venituri mai mari de 7000 lei au prezentat cea mai mică prevalență a depresiei moderate (31,2%).

Astfel, rezultatele arată că persoanele cu venituri lunare reduse (sub 2500 lei) și medii (2500–7000 lei) au o prevalență mai mare a depresiei moderate și severe comparativ cu persoanele cu venituri mari (peste 7000 lei), sugerând că venitul mai mare ar putea fi un factor protector împotriva depresiei clinice.

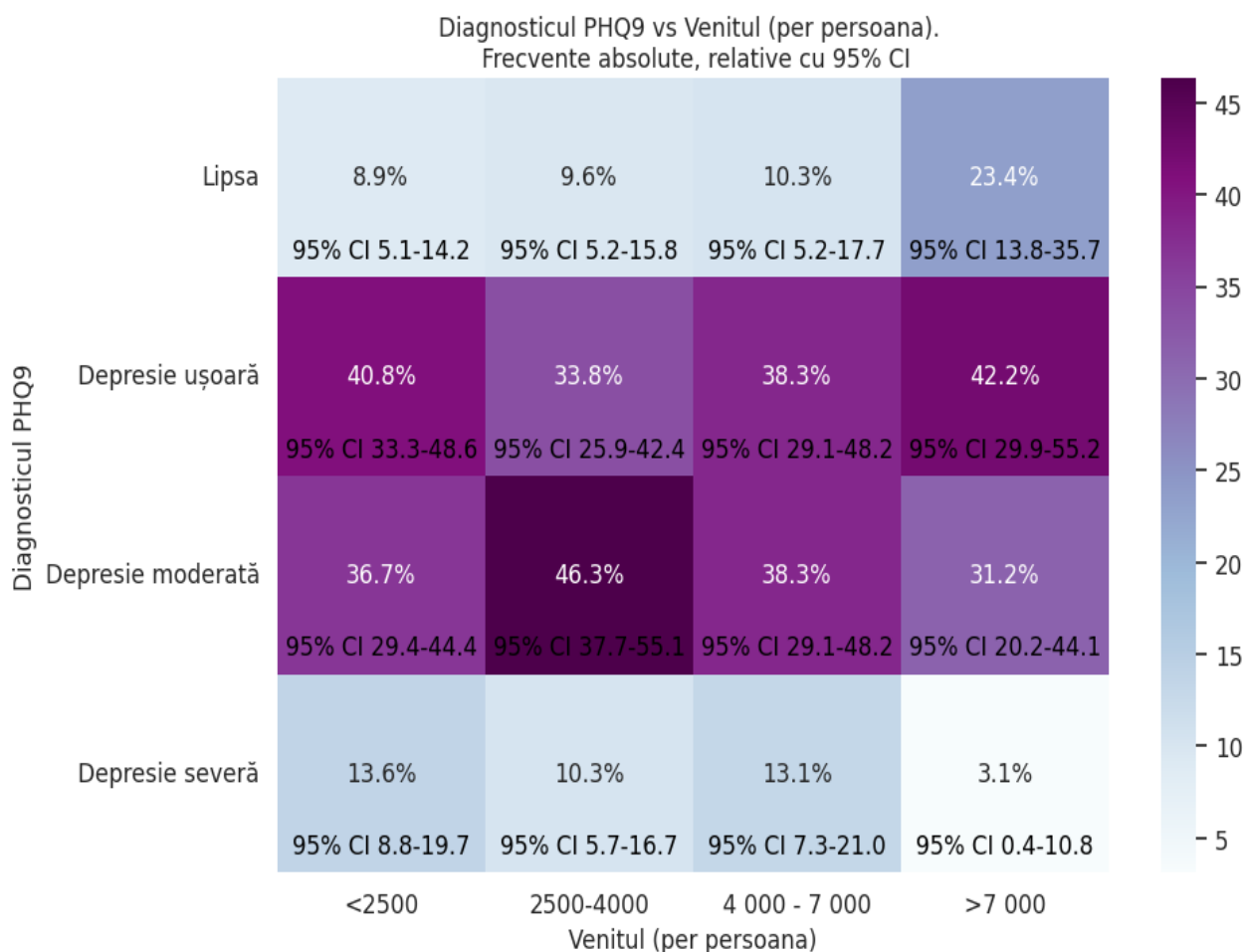


Figura 58. Corelația dintre severitatea depresiei și venitul lunar (per persoană)

Corelația dintre severitatea depresiei și suportul familiei și/sau prietenilor

Analiza Chi-pătrat (simulare Monte Carlo) nu a identificat o asocierie semnificativă statistic între severitatea depresiei (evaluată prin PHQ-9) și nivelul de suport oferit de familie și/sau prieteni ($\chi^2=8.63$, $p=0.7192$).

- Depresia severă a avut prevalențe similare în grupurile cu suport deloc (11,1%), puțin (11,6%), moderat (11,2%) și mult suport (11,8%), fiind cea mai scăzută la persoanele cu suport foarte ridicat (5,3%).

- Depresia moderată a fost cel mai des raportată de persoanele care percep „deloc” suport (37,0%), dar procentele sunt similare și la persoanele care au „puțin” (36,3%), „moderat” (36,8%), „mult” (35,3%) și „foarte mult” suport (31,6%).

Astfel, severitatea depresiei pare să nu difere semnificativ în funcție de suportul familial sau al prietenilor în această analiză ($\chi^2=8.63$, $p=0.7192$).

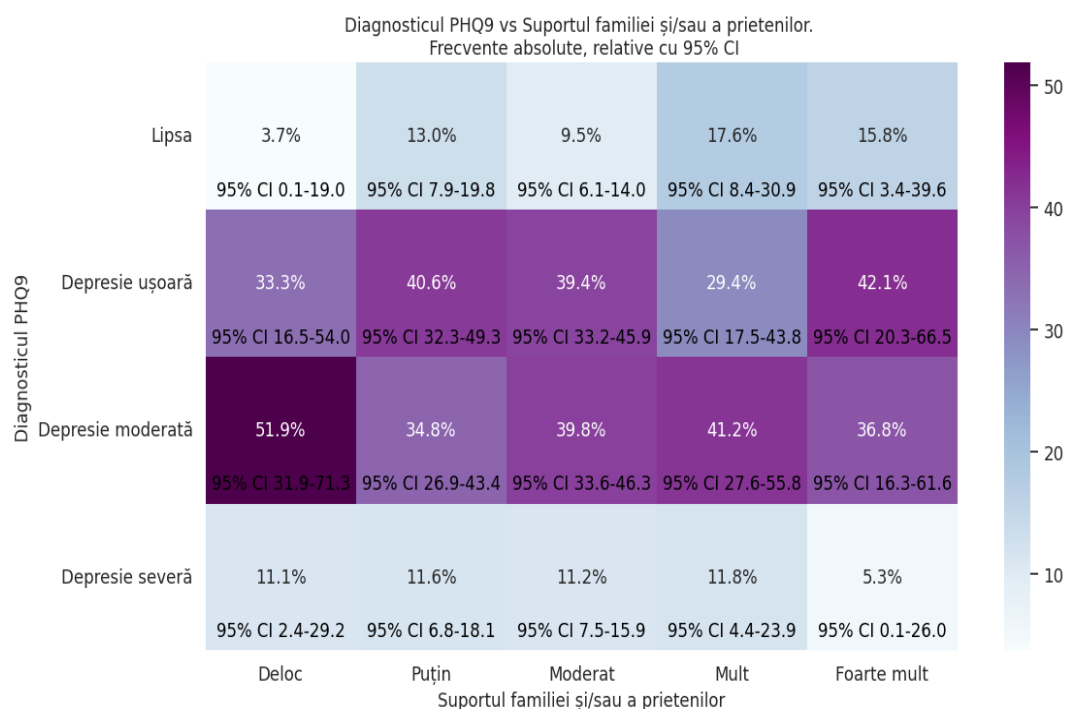


Figura 59. Corelația dintre severitatea depresiei și suportul familiei și/sau prietenilor

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

N r.	Item DSS (mit/stereotip)	Severă (%)	Moderată (%)	Ușoară (%)	Lipsă (%)	Chi²	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 depressive”	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 depressive 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.

Tabel 3. Analiza corelațiilor pentru stigmatizarea percepută (DSS perceput) și nivelurile de depresie (PHQ-9):

Nr.	Item DSS perceput (mit/stereotip perceput la alții)	Severă (%)	Moderată (%)	Ușoară (%)	Lipsă (%)	Chi ²	p-value	Intensitatea relației
1	„Depresia poate fi depășită cu voință (altora)”	18,55	50,90	22,45	8,10	134,81	<0,001	Puternică
2	„Depresia este un semn de slăbiciune (altora)”	19,25	49,70	23,75	7,35	100,07	<0,001	Puternică
3	„Depresia nu e o boală reală (altora)”	18,95	49,55	23,35	8,10	93,77	<0,001	Puternică
4	„Persoanele cu depresie sunt periculoase (altora)”	19,50	50,20	22,95	7,70	107,18	<0,001	Puternică
5	„E mai bine să evit persoanele depresive (altora)”	22,15	46,45	23,95	7,45	85,98	<0,001	Puternică
6	„Persoanele cu depresie sunt imprevizibile (altora)”	23,35	46,60	23,65	6,40	106,59	<0,001	Puternică
7	„Nu aş spune nimănui că am depresie (altora)”	20,25	52,60	22,30	4,85	104,53	<0,001	Puternică
8	„Nu aş angaja pe cineva care a fost depresiv (altora)”	18,80	52,65	22,50	6,10	117,07	<0,001	Puternică
9	„Nu aş vota un politician care a fost depresiv (altora)”	19,05	51,70	22,60	6,80	142,79	<0,001	Puternică

Analiza corelațiilor dintre severitatea depresiei (PHQ-9) și stigmatizarea percepută (DSS perceput) a identificat corelații semnificative statistic ($p < 0,001$) pentru toți cei 9 itemi analizați.

- Afirmatia „Persoanele cu depresie sunt imprevizibile” prezintă cea mai mare frecvență de depresie severă percepută (23,35%), sugerând că perceperea depresivilor ca persoane imprevizibile este asociată puternic cu forme severe ale depresiei.

- Afirmatia „E mai bine să evit persoanele depressive” s-a corelat de asemenea puternic cu depresia severă (22,15%), indicând că evitarea persoanelor depressive percepută ca normă socială crește riscul dezvoltării unei forme severe de depresie.

- Pe de altă parte, afirmațiile legate de secretizarea depresiei („Nu aș spune nimănui că am depresie”) și de discriminarea profesională („Nu aș angaja pe cineva care a fost depresiv” sau „Nu aș vota un politician care a fost depresiv”) au avut cele mai puternice corelații cu depresia moderată (peste 51%).

Astfel, perceperea stigmatizării în societate contribuie semnificativ la gravitatea simptomelor depressive, accentuând necesitatea unor intervenții sociale și educaționale pentru combaterea acestor stereotipuri și sprijinirea persoanelor afectate.

3.5. 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.

Pe baza datelor obținute, a fost elaborat un set de materiale educaționale destinate formării competențelor privind recunoașterea și reducerea stigmatizării asociate depresiei. Aceste materiale au fost concepute pentru a fi integrate atât în procesul de formare universitară, cât și în programele de educație medicală continuă, adaptate diferitelor categorii de profesioniști din domeniul sănătății.

Astfel, pentru studenții la medicină au fost incluse materialele în cadrul cursurilor de psihiatrie și medicină de familie, pentru medicii rezidenți au fost integrate în programele de formare clinică, iar pentru medicii de familie au fost incluse în cadrul modulelor de educație medicală continuă, sub formă de ateliere interactive.

Materialele educaționale elaborate abordează o serie de tematici esențiale: formele de manifestare a stigmei (stigmatizare personală, percepută și socială), cu exemple concrete din practica medicală; analiza și deconstrucția miturilor și stereotipurilor frecvente („depresia nu este o boală reală”, „persoanele cu depresie sunt slabe”, „depresia poate fi depășită cu voința”), prin activități interactive precum studii de caz și reflecții colective; consecințele stigmatizării asupra pacienților (întârzierea solicitării ajutorului, aderență scăzută la tratament, scăderea stimei de sine, izolare socială, cronicizarea tulburării); responsabilitatea profesională a cadrelor medicale în promovarea unei atitudini empatică și bazate pe dovezi științifice, cu prezentarea unor bune practici internaționale, inclusiv recomandările OMS (ghidul mhGAP); dezvoltarea abilităților de comunicare centrată pe pacient, prin limbaj accesibil, evitarea etichetelor stigmatizante, validarea emoțiilor și consolidarea relației de încredere cu pacientul.

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.

Rezultatele cercetării au fost valorificate și prin publicații cu drept de autor, care consolidează valoarea didactică și aplicativă a tezei. Printre acestea se numără: *Manual de Psihoterapie* (2025), *Tulburările depressive. Managementul actualizat al pacienților în Republica Moldova* (2025), *Recuperare și reabilitarea psihosocială. Tratamentul contemporan în psihiatrie* (2025) și *Probleme etice și juridice în psihiatrie. Cadrul Național de politici și normativ* (2025). Aceste lucrări reprezintă repere practice pentru studenți, rezidenți și profesioniști și au fost înregistrate oficial ca obiecte de drept de autor.

Totodată, concluziile cercetării au stat la baza revizuirii și actualizării Protocolului Clinic Național (PCN) pe Depresie, document esențial pentru standardizarea diagnosticului și tratamentului acestei tulburări în Republica Moldova, ceea ce confirmă impactul aplicativ și valoarea strategică a datelor obținute.

Severitatea depresiei este asociată cu niveluri crescute de stigmatizare percepută și internalizată. Rezultatele studiului confirmă existența unei relații semnificative între intensitatea

simptomelor depresive și nivelul de stigmatizare resimțit de către indivizi. Persoanele care au înregistrat scoruri ridicate la scala PHQ-9 au prezentat o tendință clară de a experimenta forme accentuate de autostigmatizare, manifestate prin rușine, vinovăție, sentiment de inferioritate și evitarea comunicării despre starea proprie. Această asociere este susținută și de literatura de specialitate, care evidențiază faptul că indivizii cu depresie severă sunt mai susceptibili să internalizeze mesajele stigmatizante ale societății, contribuind astfel la cronificarea suferinței și la diminuarea șanselor de recuperare psihosocială.

Factori sociodemografici precum sexul, vârsta, statutul socioeconomic și nivelul educațional influențează semnificativ stigmatizarea depresiei. Analiza datelor a evidențiat că anumite caracteristici sociodemografice sunt asociate cu niveluri diferite de stigmatizare percepută și internalizată. Femeile, persoanele cu vârste înaintate, cu venituri scăzute sau cu un nivel educațional redus prezintă un risc mai mare de a resimți stigmatizare în raport cu depresia. Aceste constatări reflectă o realitate socio-culturală în care accesul inegal la educație și la resurse influențează nu doar percepția asupra propriei suferințe, ci și disponibilitatea de a căuta ajutor profesional.

Stigmatizarea percepută constituie o barieră majoră în accesarea serviciilor de sprijin psihologic și psihiatric. Studiul relevă că persoanele care percep un nivel ridicat de stigmatizare sunt mai puțin dispuse să solicite ajutor specializat, chiar și în prezența unor simptome depresive severe. Teama de judecată socială, anticiparea reacțiilor negative din partea apropiaților și lipsa încrederii în profesioniștii din domeniul sănătății mintale contribuie la evitarea tratamentului, întârzierea intervenției și, implicit, la agravarea stării clinice. Acest comportament de evitare, documentat și în alte contexte internaționale, subliniază necesitatea unor intervenții multidimensionale pentru reducerea stigmei.

Există o distincție clară între stigmatizarea percepută și stigmatizarea personală, cu implicații importante asupra comportamentelor de ajutorare. O parte semnificativă a respondenților a indicat o diferență între convingerile atribuite societății despre depresie și propriile atitudini față de persoanele depresive. Această distincție sugerează că percepția stigmei nu implică automat internalizarea acesteia. Persoanele care reușesc să mențină o imagine de sine pozitivă în pofida presiunilor sociale sunt mai deschise în a căuta ajutor și prezintă o reziliență mai mare în fața suferinței psihice. Astfel, factorii personali și contextuali joacă un rol crucial în medierea efectelor stigmatizării.

Comorbiditățile somatice și lipsa sprijinului social agravează simultan depresia și fenomenul stigmatizării. Persoanele care suferă concomitent de depresie și afecțiuni somatice cronice raportează niveluri mai ridicate atât ale simptomelor depresive, cât și ale stigmatizării. De asemenea, lipsa unei rețele de sprijin social sau familial adecvat este asociată cu o percepție mai

accentuată a stigmei și cu tendința de izolare. Aceste elemente contribuie la vulnerabilitatea psihologică a individului și la dificultăți sporite în integrarea socială și accesarea serviciilor de sănătate mintală.

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.

4. 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 aş 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 [150].

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 [152]. 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 [169].

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 [22].

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 stigmatizate 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 stimei 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 determinantilor structurali, inclusiv educația, veniturile și poziționarea socială [42].

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 [131].

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 [112]. 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 [114].

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 [123].

Într-un studiu focalizat pe formarea cadrelor medicale, se arată că absența instruirii anti-stigmă contribuie la menținerea acestor bariere de acces. De aceea, autorul recomandă includerea formării axate pe empatie și reducerea biasului profesional în toate nivelele de educație medicală [137]. Iar în ceea ce privește impactul personal, explicațiile teoretice indică faptul că stigmatizarea percepută poate duce la o diminuare a valorii de sine și la o formă pasivă de auto-excludere din

circuitul medical [151].

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.

Această distincție a fost teoretizată într-un studiu care a diferențiat între componenta cognitivă externă a stigmei (percepută din societate) și internalizarea acesteia la nivelul identității [117]. În aceeași direcție, într-un alt studiu se afirmă că stigmatizarea percepută este adesea primul pas în procesul de formare a unei identități stigmatizate, dar că nu toate persoanele ajung să adopte acea identitate negativă. Astfel, stigmatul perceput poate exista fără ca individul să-l accepte sau să-l internalizeze, în funcție de factori personali și contextuali [115].

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 [144].

În studiul de față, diferențele între cele două tipuri de stigmatizare sunt relevante pentru înțelegerea barierelor în solicitarea ajutorului. De exemplu, un participant care percepe stigma socială, dar nu o internalizează, poate fi mai înclinat să caute ajutor, comparativ cu un altul care resimte aceleași presiuni sociale dar le transformă în convingeri negative despre sine. Un alt studiu oferă dovezi că percepția stigmatizării nu are un impact comportamental direct decât în măsura în care este internalizată [105].

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 [110].

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 [120].

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 [37,47,50]. Mai mult, comorbiditățile pot amplifica sentimentul de inutilitate, neputință și autoînvinovățire, care alimentează procesul de autostigmatizare [33,40].

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 [24,28].

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 [41,53]. 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 [178,179]. 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 [34,177].

Integrarea sprijinului social în strategiile de intervenție și prevenție este, prin urmare, esențială. Nu doar pentru susținerea pacientului, ci și pentru reducerea stigmatizării la nivel comunitar. Implicarea rețelei de suport în procesul terapeutic, educația familiei și promovarea

contactului pozitiv cu persoane cu tulburări afective pot contribui la demitizarea depresiei și la facilitarea incluziunii sociale.

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 [41,167].

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 [29,34].

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 [37,73].

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 [74,76].

Deși analiza comorbidităților nu a constituit un obiectiv central al studiului, o parte dintre respondenți au raportat afecțiuni cronice, iar aceștia au înregistrat scoruri PHQ-9 mai ridicate decât media eșantionului. Această constatare este susținută de studii care arată că depresia se agravează în prezența bolilor somatice concomitente [40,50].

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 [178].

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 [186].

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.

Astfel, discuțiile bazate pe datele obținute au permis o validare robustă a ipotezelor formulate în cadrul tezei, demonstrând că stigmatizarea depresiei este influențată atât de factori clinici, cât și de factori sociali. Studiul contribuie la consolidarea bazei empirice în acest domeniu și oferă fundamente solide pentru dezvoltarea de politici și programe de prevenire și combatere a stigmei în sănătatea mintală, cu un accent particular pe adaptarea acestora la realitățile socio-culturale locale.

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 acestora.

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. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017. Disponibil la: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
2. Kanter JW, Rusch LC, Brondino MJ. Depression self-stigma. *J Nerv Ment Dis.* 2008 Sep;196(9):663–70.
3. Campo-Arias A, Herazo E, Ceballos-Ospino GA. Stigma-discrimination complex associated with major depressive disorder. *Rev Fac Med.* 2019 Oct 1;67(4):531–2.
4. Al-Shannaq Y, Jaradat D, Ta'an WF, et al. 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, et al. Internalized stigma and associated factors among patients with major depressive disorder... Addis Ababa, Ethiopia, 2019: a cross-sectional study. *Psychiatry J.* 2020 Aug 17;2020:1–9.
6. Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *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 GBD 2019. În: Royle G, Lipkin SM, eds. *Second International Conference on Biological Engineering and Medical Science (ICBioMed 2022)*. Bellingham (WA): SPIE; 2023. p. 180.
8. Feliciano L, Renn BN, Segal DL. Depressive disorders. În: Beidel DC, Frueh BC, eds. *Adult Psychopathology and Diagnosis*. 8th ed. Hoboken (NJ): 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, 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, 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. *Eur Psychiatry.* 2023 Mar 19;66(S1):S1032.
13. Esposito CM, Mancini M, Estradé A, et al. 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, et al. 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. *Ment Health Wkly.* 2023 Mar 6;33(10):7–8.
16. Hamidi S, Ebrahimi H, Vahidi M, et al. 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. *Int J Soc Psychiatry*. 2023 Sep 7;69(6):1409–19.
18. Yadav J, Mishra S, Nischal A, et al. 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;64(2).
19. Zhang D. Predictors of perceived, personal, and self-stigma on depression and relevant interventions. *Lect Notes Educ Psychol Public Media*. 2023 Mar 1;3(1):207–14.
20. Scholze K, Reich H, Passow P, et al. 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;23:414.
21. Du N, Chong ESK, Wei D, 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. World Health Organization. Depressive disorder (depression). 2023. Disponibil la: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
23. Boerema AM, Kleiboer A, Beekman ATF, et al. Determinants of help-seeking behavior in depression: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2016 Dec 23;16:78.
24. Culpepper L. Understanding the burden of depression. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(6):e19.
25. Van Baar JM, Ciofu C, Thompson F, et al. Socioeconomic correlates of mental health in Moldova: a nationally representative door-to-door survey. *J Affect Disord Rep*. 2025 Apr;20:100876.
26. Shields-Zeeman L, Chihai J. Eight years of mental health reform in Moldova. În: *All together for mental health: trauma and its prices for humanity*. 2023 Oct 12; p. 61.
27. Pincus H, Pettit A. The societal costs of chronic major depression. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl:5–9.
28. Evers S. *Health economics of depression*. 2nd ed. Vol. 28. 1994. 175 p.
29. 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.
30. Chihai J, Spinei L, Garaz G, et al. Probleme psihosociale determinate de pandemia COVID-19. *Revista de Științe ale Sănătății din Moldova*. 2020;2(24):161–9.
31. Chihai J. The psycho-emotional impact of COVID-19 infection on medical staff in the first-line medical in Moldova. *Archiv Euromedica*. 2021 Sep 30;11(4):17–9.
32. Cernitanu M, Spinei L, Chihai J. Statutul psihoemoțional al studenților USMF „Nicolae Testemițanu” în condiții de pandemie. *Chișinău*; 2021 Jun.
33. Berlim MT, Fleck MPA. Quality of life and major depression. În: *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders*. Dordrecht: Springer; 2007. p. 241–52.
34. Paykel ES. Depression: major problem for public health. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2006 Mar 18;15(1):4–10.
35. World Health Organization. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 2019.

36. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, et al. Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2012 Jan;5(1):8–23.
37. Adhikari MA, Karna MV, Sangroula MD. Depression: symptoms, causes, and effective coping strategies. *Am J Patient Health Info*. 2024 Jul 10;1(1).
38. Falk A, Joseph R, Smith S, Wilk A. Mood and anxiety disorders: major depressive disorder. *FP Essent*. 2023 Apr;527:7–12.
39. World Health Organization. Mental health. 2022. Disponibil la: <https://www.who.int/health-topics/mental-health>
40. Balatif R, Mawadhani Sukma AA. Depression and its impact on various aspects of life – a narrative review. *Curr Psychiatry Res Rev*. 2024 May;20(2):83–93.
41. Lewis G, Srinivasan R. Causes of depression. In: *Seminars in General Adult Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2024. p. 89–107.
42. Ventriglio A, Castaldelli-Maia JM, Torales J, et al. Social aspects of depression. In: Bhugra D, Moussaoui D, Craig TJ, editors. *Oxford Textbook of Social Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2022. p. 361–8.
43. Kulbat A, Karwańska A, Kulbat M, et al. Impact of physical activity and health education on the development of depression. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023 Feb 22;13(4):188–95.
44. **Eșanu A**, Chihai J. Rolul familiei în prevenirea stigmatizării persoanelor cu depresie în timpul pandemiei COVID-19. În: *Sănătate mintală într-o lume plină de provocări: Congresul Internațional al Societății Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni*. 2012 Jun 23; p. 93–4.
45. Rojnic Kuzman M, Fiorillo A, Beezhold J, et al. Mental health services during the first wave of the COVID-19 pandemic in Europe: results from the EPA Ambassadors Survey and implications for clinical practice. *European Psychiatry*. 2021;64(1):e41. doi:10.1192/j.eurpsy.2021.41.
46. Burlea S, Chihai J, Rudnic I, et al. The impact of COVID-19 on mental health. *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*. 2021;13(1):129–37.
47. Chang TE, Boyden SD. Depression and chronic medical illness: new treatment approaches. In: *The Massachusetts General Hospital Guide to Depression*. Cham: Springer; 2019. p. 33–44.
48. Kasper S, Schindler S, Neumeister A. Risk of suicide in depression and its implication for psychopharmacological treatment. *Int Clin Psychopharmacol*. 1996 Jun;11(2):71–9.
49. Arroll B, Roskvist R, Moir F, et al. Antidepressants in primary care: limited value at the first visit. *World Psychiatry*. 2023 Jun 9;22(2):340.
50. Schlebusch L. Depression and suicidal behaviour. *South African Family Practice*. 2005 Jun 15;47(5):61–3.
51. Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, et al. Cognitive behavior therapy vs control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*. 2023 Feb;22(1):105–15. doi:10.1002/wps.21069.

52. Naher S. A comparative efficacy of antidepressants in the treatment of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Sociology, Psychology & Religious Studies*. 2023 Nov 6;5(2):40–69.
53. Goldberg JF. Perspectives on the success rate of current antidepressant pharmacotherapy. *Expert Opin Pharmacother*. 2022 Nov 2;23(16):1781–91.
54. Lopez MA, Basco MA. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in public mental health: comparison to treatment as usual for treatment-resistant depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2015 Jan;42(1):87–98.
55. Guo Y. Analysis of the effectiveness of cognitive behavioural therapy in treating major depressive disorder with comparison to that of antidepressant and other forms of psychotherapy. In: Sukumaran S, editor. *International Conference on Modern Medicine and Global Health (ICMMGH 2023)*. SPIE; 2023. p. 2.
56. Haddad RH, Alhusamiah BKh, et al. The effectiveness of using cognitive behavioral therapy and internet-based cognitive behavioral therapy interventions on relapse prevention and severity of symptoms among patients diagnosed with major depressive disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *Mental Health and Social Inclusion*. 2024 Dec 3;28(6):1274–91.
57. Gülpen J, Brouwer ME, Geurtsen GJ, et al. Treatments for partial remission of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Ment Health*. 2023 Nov 1;26(1):1–9. doi:10.1136/bmjment-2023-300789.
58. Dardas LA, Xu H, Franklin MS, et al. Cognitive behavioural therapy and medication for treatment of adolescent depression: a network meta-analysis. *Behav Cogn Psychother*. 2023;51(3):230–45. doi:10.1017/S1352465823000013.
59. Xiong Y. Effectiveness of interpersonal psychotherapy for adolescent depression: a systematic review and meta-analysis. *Advances in Education, Humanities and Social Science Research*. 2024 Jul 19;11(1):215.
60. Srivastava K, Chatterjee K, Prakash J, et al. Comparative efficacy of cognitive behavior therapy and interpersonal therapy in the treatment of depression: a randomized controlled study. *Ind Psychiatry J*. 2024 Jan;33(1):160–7. doi:10.4103/ipj.ipj_83_23.
61. Smith MM, Hewitt PL. The equivalence of psychodynamic therapy and cognitive behavioral therapy for depressive disorders in adults: a meta-analytic review. *J Clin Psychol*. 2024 May 7;80(5):945–67. doi:10.1002/jclp.23586.
62. Peeters F, Huibers M, Roelofs J, et al. The clinical effectiveness of evidence-based interventions for depression: a pragmatic trial in routine practice. *J Affect Disord*. 2013 Mar;145(3):349–55.
63. Rogan T, Wilkinson ST. The role of psychotherapy in the management of treatment-resistant depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2023 Jun;46(2):349–58. doi:10.1016/j.psc.2023.02.010.
64. Paganin W. Difficult-to-treat depression versus treatment-resistant depression: a new integrative perspective for managing depression. *Eur Psychiatry*. 2023 Sep 8;66(1):e73. doi:10.1192/j.eurpsy.2023.2336.
65. Paganin W. Difficult-to-treat depression: an integrative approach to therapeutic resistance. *Recent Prog Med*. 2024 Mar;115(3):127–30. doi:10.1701/4249.42305.
66. Lorente-Català R, Font-Furnieles P, Escrivà-Sanchis R, et al. Telephone support vs self-guidance in an internet-based self-administered psychological program for the treatment of

- depression: protocol for a hybrid type 1 effectiveness-implementation randomized controlled trial. *Internet Interv.* 2024 Jun;36:100742. doi:10.1016/j.invent.2024.100742.
67. Cosulean R, Chihai J. Comprehensive medical and functional assessment of patients with severe mental illnesses receiving care in period of reforming mental health system 2017–2020 in Republic of Moldova. In: 5th Eastern European Conference of Mental Health: In and Out of Your Mind. 2021 Sep 30.
 68. Gherasim S. Severe mental illnesses – impact and burden on community mental health. Chişinău; 2020 Sep.
 69. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med.* 2013;43(3):471–81. doi:10.1017/S0033291712001511.
 70. Patel V, Araya R, Bolton P. Editorial: Treating depression in the developing world. *Trop Med Int Health.* 2004 May;9(5):539–41.
 71. Jörns-Presentati A, Napp AK, Dessauvagie AS, et al. The prevalence of mental health problems in sub-Saharan adolescents: a systematic review. *PLoS One.* 2021;16(5):e0251689. doi:10.1371/journal.pone.0251689.
 72. Susser E, Patel V. Psychiatric epidemiology and global mental health: joining forces. *Int J Epidemiol.* 2014 Apr;43(2):287–93.
 73. 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.
 74. Mubarak N, Kanwal S, Rana FR, 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).
 75. Kantipudi V. The effect of environmental factors on depression. *Journal of Student Research.* 2023 Nov 30;12(4).
 76. Limenih G, MacDougall A, Wedlake M, et al. Depression and global mental health in the Global South: a critical analysis of policy and discourse. *Int J Soc Determinants Health Health Serv.* 2024;54(2):95–107. doi:10.1177/27551938231220230.
 77. **Eşanu A**, Chihai J. Stigmatization of people with depression. Chişinău; 2023 Oct.
 78. Ikhtiar Khan S, Irfan M. Stigmatization and Self-Perception regarding issues related to Mental Health: A qualitative survey from a lower and middle-income country. *Pak J Med Sci.* 2023 Jul 18;39(5).
 79. Altuwairqi Y. Factors Influencing Delay in Seeking Care for Mental Illness Among a Sample of Adult Saudi Arabian Patients. *Cureus.* 2023 Nov 26;
 80. Mehra N, Bhatia A, Ayis S, Kordowicz M, Hack-Polay D, Akilan V, et al. Reasons for diagnostic delays in Bipolar Disorder: Systematic review and narrative synthesis. *Qeios.* 2024 Jul 8;
 81. Vaishnav M, Javed A, Gupta S, et al. Stigma towards mental illness in Asian nations and low- and middle-income countries, and comparison with high-income countries: a literature review and practice implications. *Indian J Psychiatry.* 2023 Oct;65(10):995–1011.
 82. Nacu A, Chihai J, Boderscova L, Ghid pentru Servicii comunitare de sănătate mentală. Chişinău; 2007.

83. Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *Br J Gen Pract.* 2007 Aug;57(541):650–2.
84. Thombs BD, Benedetti A, Kloda LA, et al. The diagnostic accuracy of the PHQ-2, PHQ-8, and PHQ-9 for detecting major depression: protocol for a systematic review and IPD meta-analyses. *Syst Rev.* 2014 Dec 27;3(1):124.
85. Ell K, Unützer J, Aranda M, Sanchez K, Lee PJ. Routine PHQ-9 depression screening in home health care: prevalence, clinical and treatment characteristics, and screening implementation. *Home Health Care Serv Q.* 2006;24(4):1–19.
86. Ustün TB, Goldberg D, Cooper J, Simon GE, Sartorius N. New classification for mental disorders with management guidelines for use in primary care: ICD-10 PHC chapter five. *Br J Gen Pract.* 1995 Apr;45(393):211–5.
87. Shedler J, Beck A, Bensen S. Practical mental health assessment in primary care: validity and utility of the Quick PsychoDiagnostics Panel. *J Fam Pract.* 2000 Jul;49(7):614–21.
88. Kendrick T, Dowrick C, Lewis G, et al. Depression follow-up monitoring with the PHQ-9: an open cluster-randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2024 Feb 26. (Epub ahead of print).
89. Shaff J, Kahn G, Wilcox HC. An examination of the psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in a multiracial/ethnic population in the United States. *Front Psychiatry.* 2024 Jan 16;14.
90. Shelia MB. Implementing the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) to identify and refer adults with depression. *Int J Depression Anxiety.* 2023 Dec 31;6(1).
91. Chihai J, Boderscova L. Evaluarea serviciului de asistență medicală primară din Republica Moldova prin perspectiva integrării serviciilor de sănătate mintală în medicina primară. *Analele Științifice ale USMF „N. Testemițanu”.* 2013;3(14):615–20.
92. Gherasim S, Chihai J, Carp L. Severe mental disorders: psycho-social rehabilitation within community mental health services. Chișinău; 2022 Nov.
93. Bschor T. When the mind affects the body: unmasking “masked” depression. *MMW Fortschr Med.* 2000 Sep 21;142(38):26–8.
94. Chihai J. A cross-sectional study of service user needs in the Republic of Moldova: first step of implementation of mental health reform. Sibiu; 2019 Sep.
95. Nacu A, Chihai J, Nastas I, et al. La psychiatrie en Moldavie: le parcours d’une psychiatrie totalitaire vers une psychiatrie communautaire. *L’Évolution Psychiatrique.* 2017 Jan;82(1):143–59.
96. Petrea I, Keet R, Nica R, et al. Mental health system reform in Moldova: description of the program and reflections on its implementation between 2014 and 2019. *Health Policy.* 2020 Jan;124(1):83–8.
97. Chihai J, Boderscova L, Spinei L. Aspecte istorice de dezvoltare a serviciilor comunitare de sănătate mintală în Europa de Vest. *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină.* 2008;2(24):19–25.
98. Vetten-Mc Mahon M, Shields-Zeeman LS, Petrea I, et al. Assessing the need for a mental health services reform in Moldova: a situation analysis. *Int J Ment Health Syst.* 2019;13:45.
99. Iacubovschi C, Chihai J, Boderscova L. An overview of mental health in Moldova. 2020. p. 117–39.

100. Manescu EA, Henderson C, Paroiu CR, et al. Mental health related stigma in Romania: systematic review and narrative synthesis. *BMC Psychiatry*. 2023 Sep 8;23(1):662.
101. Iordache MM, Sorici CO, Aivaz KA, et al. Depression in Central and Eastern Europe: how much it costs? Cost of depression in Romania. *Healthcare (Basel)*. 2023 Mar 22;11(6):921.
102. Iovu MB, Breaz MA. The prevalence and burden of mental and substance use disorders in Romania: findings from the Global Burden of Disease Study 2016. *Psychiatr Danub*. 2019 Nov 5;31(4):457–64.
103. Duric P, Harhaji S, O'May F, et al. General practitioners' views towards diagnosing and treating depression in five south-eastern European countries. *Early Interv Psychiatry*. 2019 Oct 2;13(5):1155–64.
104. Ordu F. Evaluation of stigma of mental illnesses: a review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2023;15(1):38–49.
105. Antin TMJ, Sanders E. Stigma and public health. In: *Encyclopedia of Health Research in the Social Sciences*. Edward Elgar Publishing; 2023. p. 315–9.
106. Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*. 2005 Sep;11(3):179–90.
107. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016 Mar;387(10023):1123–32.
108. Frasch JJ, Petrea I, Chihai J, et al. Taking steps towards deinstitutionalizing mental health care within a low- and middle-income country: a cross-sectional study of service user needs in the Republic of Moldova. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 Feb 11;66(1):49–57.
109. Eşanu A, Morais V, Araújo J, et al. Stigma toward people with mental disorders in adolescents: comparison between Portugal and Moldova. *Porto Biomed J*. 2020 Nov;5(6):e089.
110. Imai T. Mental illness: stigma. In: *The International Encyclopedia of Health Communication*. Wiley; 2022. p. 1–6.
111. The Lancet. Can we end stigma and discrimination in mental health? *Lancet*. 2022 Oct;400(10361):1381.
112. Subu MA, Wati DF, Netrida N, 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.
113. Ulyukin I, Berezovskiy A, Orlova E. Stigmatization and tolerance in affection of young people with socially significant affections. *S M Kirov Mil Med Acad Russ Def Min Bull*. 2019;38(1):39–49.
114. Vaccari P, Ramírez-Vielma R, Saldivia S, 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.
115. Zboun M. The stigma in the mental health. *Open Science Journal of Psychology*. 2017;4(2):17–20.
116. Chekuri L, Mittal D, Ounpraseuth S. Relationship between stereotypes, prejudice, and social distancing in a sample of health care providers. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2018 May 24;20(3).
117. Link BG, Phelan JC. Labeling and stigma. 2013. p. 525–41.

118. Ping Tsao CI, Tummala A, Roberts LW. Stigma in mental health care. *Acad Psychiatry*. 2008 Apr;32(2):70–2.
119. Lannin DG, Vogel DL, Brenner RE, Tucker JR. Predicting self-esteem and intentions to seek counseling. *Couns Psychol*. 2015 Jan 22;43(1):64–93.
120. Holley LC, Stromwall LK, Bashor KE. Reconceptualizing stigma: toward a critical anti-oppression paradigm. *Stigma Res Action*. 2012 Mar 7;2(2).
121. Wasserman D, Bienkowski P, Camilleri N, Chihai J, **Eşanu A**, et al. Compulsory admissions of patients with mental disorders: state of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):e82.
122. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, et al. “A disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry*. 2010;167(11):1321–30.
123. 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;19(1):e0296221. doi:10.1371/journal.pone.0296221
124. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res*. 2004;129(3):257–65.
125. Chen Y. How and why does social exclusion affect individuals? *Lect Notes Educ Psychol Public Media*. 2024;51(1):119–24.
126. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*. 2004;59(7):614–25.
127. Aigner CJ. The role of self-stigma and depressive symptomology in mental health help-seeking. *J Coll Stud Ment Health*. 2025;39(1):130–41.
128. Favre S, Richard-Lepouriel H. Stigmatisation et autostigmatisation dans les maladies psychiatriques: enjeux et pratiques actuels. *Rev Med Suisse*. 2022;18(796):1749–52.
129. Eui Ching Sie, Tan Wei Hong, Rahman T. The mediating role of self-stigma in perceived public stigma and attitudes toward mental health help-seeking among university students in Malaysia. *Psychology*. 2019.
130. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol Sci Public Interest*. 2014;15(2):37–70.
131. Aziz A, Khan N. The exploration of stigma and discrimination among patients suffering from depression: a phenomenological study. *NUST J Soc Sci Humanit*. 2022;7(2):206–30.
132. Mawey FM, Karimah A, Kusmiati T. Workplace interventions to overcome stigma and depression in patients with multiple drug-resistant tuberculosis (MDR TB). *Bali Med J*. 2023;12(2):1353–7.
133. **Eşanu A**, Chihai J. Stigmatizarea persoanelor cu depresie. *Stud Univ Mold (Ser Științe ale Educației)*. 2018;9(119):41–4.
134. Casares MÁ, Díez-Gómez A, Pérez-Albéniz A, et al. Anxiety and depression in educational settings: prevalence, assessment, and impact on psychological adjustment. *Revista de Psicodidáctica (Engl Ed)*. 2024;29(1):1–8.
135. Sun Q. Combining humanized education management with psychological education on the intervention of depression in students. *CNS Spectr*. 2023;28(S2):S48–9.

136. Chukwuma OV, Ezeani EI, Fatoye EO, et al. A systematic review of the effect of stigmatization on psychiatric illness outcomes. *Cureus*. 2024 Jun 18.
137. Lin CLE. Incorporating anti-stigma training into psychiatric mental health nursing education. *Hu Li Za Zhi*. 2023;70(1):29–34.
138. Damsté C, Gronholm PC, de Groot T, et al. Social contact as a strategy to reduce stigma in low- and middle-income countries: a systematic review and expert perspectives. *PLOS Glob Public Health*. 2024;4(3):e0003053. doi:10.1371/journal.pgph.0003053
139. Thornicroft G, Sunkel C, Milenova M. How to stop stigma: implementing The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet Psychiatry*. 2024;11(2):88–9.
140. McCulloch SP, Scrivano RM. The effectiveness of mental illness stigma-reduction interventions: a systematic meta-review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2023;100:102242.
141. Bitter I, Mohr P, Raspopova N, et al. Assessment and treatment of negative symptoms in schizophrenia—A regional perspective. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021;12:820801. Disponibil la: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.820801/full>
142. Trani JF, Yen BJ, Duncan A, et al. People with mental illness stigmatize mental illness less: a comparison study between a hospital-based sample of people with mental illness and a non-clinical general population sample in urban India. *Transcult Psychiatry*. 2023;60(6):954–72.
143. Mannarini S, Taccini F, Sato I, et al. Understanding stigma toward schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2022;318:114970.
144. Chen M. Stigma on people with mental illness. *Lect Notes Educ Psychol Public Media*. 2023;7(1):513–8.
145. Calluso C, Bilotta E. The impact of stigma in seeking mental healthcare. 2023. p. 51–77.
146. Zheng S, Wang R, Zhang S, et al. Depression severity mediates stigma and quality of life in clinically stable people with schizophrenia in rural China. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):826.
147. Fond G, Vidal M, Joseph M, et al. Self-stigma in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of 37 studies from 25 high- and low-to-middle income countries. *Mol Psychiatry*. 2023;28(5):1920–31.
148. Suman A, Nehra R, Grover S. Correlates of stigma in patients with schizophrenia. *Indian J Psychiatry*. 2022;64(9):542.
149. Hazell CM, Berry C, Bogen-Johnston L, Banerjee M. Creating a hierarchy of mental health stigma: testing the effect of psychiatric diagnosis on stigma. *BJPsych Open*. 2022;8(5):e174.
150. Talluri SS, Corrigan PW. The stigma of behavioral health conditions. In: *Encyclopedia of Mental Health*. Elsevier; 2023. p. 375–81.
151. Burwell RA, Bias S. Mental health self-stigma: links with social self-worth contingencies and ally support. *Cogent Ment Health*. 2024;3(1):1–26.
152. Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A, et al. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*. 2014;13(2):161–75.

153. Nica R, Pirlog M, Chihai J. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness: stigma as a predictor of service access, treatment and social integration. *Romanian J Psychiatry Psychother.* 2016;18(3):75–80.
154. Chihai J. Assessing the community needs of mental health residential care service users in Republic of Moldova [dissertation]. Lisbon: Universidade NOVA de Lisboa; 2014.
155. Mihai A, Duric P, Pirlog MC, et al. EPA-1268 – Mental health disorders in emergency departments of general hospital in east European countries. *Eur Psychiatry.* 2014;29(Suppl):1.
156. Wasserman D. Achieving equality, inclusiveness, and cultural sensitivity in mental health. *World Psychiatry.* 2024;23(2):302–3.
157. Morris J, Lora A, McBain R, et al. Global mental health resources and services: a WHO survey of 184 countries. *Public Health Rev.* 2012;34(2):3.
158. Ndeti D, Mutiso V, Musyimi C, et al. Mental health in Africa. În: Bhugra D, Moussaoui D, Craig TJ, editors. *Oxford Textbook of Social Psychiatry.* Oxford: Oxford University Press; 2022. p. 751–64.
159. **Eșanu A**, Chihai J, Eșanu D. Educational intervention for adolescents in order to decrease stigma towards people with mental disorders: cluster randomized controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2016;26(Suppl):S739.
160. Jacob A, Sneed KB, Pathak Y. Religion and philosophy affected stigma against mental illness and impact on the mental health care in India and China. *Nurs Prim Care.* 2023;7(4).
161. Chihai J. Rationale of the community-based services for patients with psychic disorders. 2011.
162. Chihai J. Terapia comunitar afirmativă în serviciile de sănătate mintală. 2010;2(11):378–88.
163. Zinkler M, Boderscova L, Chihai J. Mental healthcare reform in the Republic of Moldova. *Int Psychiatry.* 2009;6(1):8–10. Available from: Royal College of Psychiatrists. *Frontiers*
164. **Eșanu A**. Stigma towards people with mental disorders in adolescents. *Romanian Journal of Psychiatry.* 2020 Mar;22(1):29–30. (ex. de link: Google Scholar) scholar.google.com
165. Roeloffs C, Sherbourne C, Unützer J, et al. Stigma and depression among primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003;25(5):311–5.
166. Sartorius N. Introduction: Stigma and discrimination against older people with mental disorders. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003;18(8):669–69.
167. Grigoriadis S, Robinson GE. Gender issues in depression. *Ann Clin Psychiatry.* 2007;19(4):247–55.
168. Martin JM. Stigma and student mental health in higher education. *Higher Educ Res Dev.* 2010;29(3):259–74.
169. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health.* 2013;103(5):777–80. doi:10.2105/AJPH.2012.301056. ResearchGate
170. Nugent C, Rosato M, Hughes L, et al. Risk factors associated with experienced stigma among people diagnosed with mental ill-health: a cross-sectional study. *Psychiatr Q.* 2021;92(2):633–43. doi:10.1007/s11126-020-09832-0. [pmc.ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

171. Choudhury SN, Chopra P, Minas H. Culture, perception of mental illness and stigma. *Asia-Pac Psychiatry*. 2011;3(1):42–2.
172. Ziano I, Koc Y. Prototypes of people with depression. *Psychol Sci*. 2023;34(12):1295–308. doi:10.1177/09567976241258692. PubMed
173. Yokoya S, Maeno T, Sakamoto N, et al. A brief survey of public knowledge and stigma towards depression. *J Clin Med Res*. 2018;10(3):202–9.
174. Wolpert L. Stigma of depression—A personal view. *Br Med Bull*. 2001;57(1):221–4.
175. Van Bortel T, Wickramasinghe ND, Treacy S, et al. Anticipated and experienced stigma and discrimination in the workplace among individuals with major depressive disorder in 35 countries: qualitative framework analysis of a mixed-method cross-sectional study. *BMJ Open*. 2024;14(6):e077528. doi:10.1136/bmjopen-2023-077528. PubMed
176. Okoli C. Board of Directors' Column: (de)Stigmatization of mental illness and mental health care. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2023;29(5):432–5.
177. Viduani A, Benetti S, Martini T, 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;16(1):1950912. doi:10.1080/17482631.2021.1950912. Cambridge University Press & Assessment
178. Silva C, McGovern C, Gomez S, et al. Can I count on you? Social support, depression and suicide risk. *Clin Psychol Psychother*. 2023;30(6):1407–15. doi:10.1002/cpp.2883.
179. Borecki L, Gozdzik-Zelazny A, Pokorski M. Personality and perception of stigma in psychiatric patients with depressive disorders. *Eur J Med Res*. 2010;15(S2):10.
180. Jungmann SM, Witthöft M. Myths of clinical psychology and psychotherapy: Development and testing of a questionnaire for standardized assessment. *Verhaltenstherapie*. 2022;32(Suppl 1):160–9.
181. Di Vincenzo M, Martiadis V, Della Rocca B, et al. Facts and myths about use of esketamine for treatment-resistant depression: a narrative clinical review. *Front Psychiatry*. 2024;15:1454892. doi:10.3389/fpsyt.2024.1454892. journals.sagepub.com
182. Hengartner MP, Plöderl M. False beliefs in academic psychiatry: The case of antidepressant drugs. *Ethical Hum Psychol Psychiatry*. 2018;20(1):6–16.
183. Barnwell PV, Mann SL, Fedorenko EJ, et al. Lay beliefs about the causes and treatment of depression: Tests of measurement models and associations. *J Affect Disord*. 2022;299:93–101. doi:10.1016/j.jad.2021.11.052. d197for5662m48.cloudfront.net
184. Sreeram A, Cross WM, Townsin L. Anti-stigma initiatives for mental health professionals—A systematic literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2022;29(4):512–28.
185. Wong JCM, Chua JYX, Chan PY, et al. Effectiveness of educational interventions in reducing the stigma of healthcare professionals and healthcare students towards mental illness: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2024;80(10):4074–88. doi:10.1111/jan.16127. tandfonline.com
186. 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: WHO; 2022. Available from: WHO publications page. who.int

187. Harhaji S, Tomori S, Nakov V, **Eşanu A**, et al. Stigmatising attitudes towards mental health conditions among medical students in five South-Eastern European countries. *Slov J Public Health*. 2024;63(4):188–97.
188. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606–13.

ANEXE

Anexa 1: Formular de Consimțământ Informat

1. Titlul studiului: „Factorii clinico-sociali în dezvoltarea fenomenului de stigma în depresie ”
2. Numele și adresa centrului de studii:
Centre de sănătate/Centre comunitare de sănătate mintală din Moldova
3. Numele și prenumele participantului la studiu: _____
4. Data nașterii participantului la studiu: _____
5. Când este cazul: Numele și Numele reprezentantului legal (martorului) participantului la studiu
: _____
6. Declarație:
 1. Am fost informat despre natura, importanța și implicațiile studiului „Factorii clinico-sociali în dezvoltarea fenomenului de stigma în depresie ”
 2. Am fost informat cu privire la scopul și desfășurarea studiului, inclusiv beneficiile așteptate și riscurile posibile asociate cu participarea la studiu.
Înțeleg că participarea mea poate implica:
 - Completarea chestionarului socio-demografic, a chestionarelor de sănătate mintală care durează aproximativ 30 de minute.
 3. Am fost informat cu privire la drepturile și responsabilitățile mele ca participant la acest studiu. Am avut ocazia să pun întrebări, iar răspunsurile primite au fost satisfăcătoare. Am avut suficient timp să reflectez și să iau o decizie informată cu privire la implicarea mea în studiu.
 4. Confirm că am decis să particip voluntar la acest studiu și că înțeleg că am dreptul de a-mi retrage consimțământul în orice moment, fără a fi obligat să justific această decizie și fără a suferi consecințe negative. De asemenea, știu că retragerea mea din studiu nu va avea niciun impact asupra dreptului meu de a primi îngrijiri medicale suplimentare.
 5. Am fost informat că datele mele personale vor fi stocate electronic și utilizate în scopuri de cercetare științifică, eventual folosind datele obținute în alte proiecte de cercetare consecutive. Aceste date vor fi identificate doar printr-un număr aleator și inițiale pentru a-mi asigura confidențialitatea. Sunt de acord ca datele mele medicale să fie colectate, prelucrate și publicate

fără a-mi dezvălui identitatea personală. Consimțământul meu este dat pentru a răspunde la toate întrebările din chestionarele medicale standardizate și toate legile și reglementările privind protecția datelor vor fi respectate în mod corespunzător.

Subsemnatul, sunt de acord voluntar să particip la acest studiu de cercetare în conformitate cu informațiile furnizate mai sus. Am primit, citit și înțeles conținutul Formularului de informații. Am semnat două copii ale acestui document, din care am primit o copie înapoi, inclusiv formularul de consimțământ informat și formularul de informații.

Numele participantului (LITERE MAJUSCULE)

Semnătura

Data Ora (format 24 de ore)

I-am explicat pacientului mai sus menționat natura și scopul studiului și i-am oferit posibilitatea de a pune întrebări, răspunzând la ele complet, precum și suficient timp pentru a lua decizia de a participa sau nu la studiu.

Numele investigatorului care a furnizat informațiile
(LITERE MAJUSCULE)

Semnătura

Data

Anexa 2: Fișă de Informații

1. Titlul studiului de cercetare

Factorii clinico-sociali în dezvoltarea fenomenului de stigmat în depresie

2. Invitația

Suntem încântați să vă invităm să participați la acest studiu de cercetare care urmărește integrarea serviciilor de sănătate mintală în mediile de asistență medicală primară. Contribuția dumneavoastră este voluntară și vitală pentru succesul acestui proiect.

3. Scopul studiului / Care este scopul studiului?

Scopul acestui studiu este de a determina factorii clinico-sociali în dezvoltarea fenomenului de stigmat în depresie.

4. Motivele selecției / De ce am fost selectat?

Ați fost selectat deoarece sunteți pacient sau medic de familie într-o unitate de asistență medicală primară care participă la acest studiu. Aproximativ 460 de pacienți vor participa la acest studiu pentru a asigura o evaluare cuprinzătoare și reprezentativă.

5. Participare obligatorie / Trebuie neapărat să particip?

Participarea la acest studiu este complet voluntară. Puteți refuza participarea sau vă puteți retrage din studiu în orice moment, fără a afecta îngrijirea medicală pe care o primiți. Dacă renunțați, datele colectate până în acel moment vor fi utilizate numai cu acordul dumneavoastră.

6. Desfășurarea studiului / Ce se va întâmpla cu mine dacă particip?

Participarea dvs. poate implica:

- Completarea chestionarelor socio-demografice, chestionarelor de sănătate mintală

7. Cheltuieli și recompense / Voi suporta cheltuieli ca urmare a participării la studiu?

Nu va fi nici un cost pentru dvs. pentru participarea la acest studiu.

8. Obligațiile pacientului. Ce trebuie să fac?

În calitate de participant, este responsabilitatea dumneavoastră să:

- Completați chestionarele și fișele necesare.

9. Alternative de diagnostic și tratament / Ce alternative de diagnostic și tratament există?

Există și alte metode de diagnostic și tratament pentru depresie și anxietate, cum ar fi terapiile psihologice și tratamentele medicamentoase standard. Acest studiu nu vom oferi nici un fel de terapie. Opțiunile terapeutice trebuie discutate cu dumneavoastră de către medicul dumneavoastră

10. Dezavantaje și riscuri ale participării / Ce dezavantaje și riscuri ale participării sunt posibile?

Participarea la acest studiu poate implica riscuri minore, cum ar fi:

- Disconfort emoțional sau psihologic în timpul chestionarelor și interviurilor.

- Sentimentul de stigmatizare percepută din cauza implicării în cercetarea în domeniul sănătății mintale.

Se vor lua toate măsurile pentru a minimiza aceste riscuri și pentru a asigura un sprijin adecvat în cazul în care acestea apar.

11. Despăgubiri

Cercetarea nu oferă compensații. Veți contribui la procesul de cercetare doar participând la procesele de interviu.

12. Beneficiile participării / Care sunt posibilele beneficii ale participării?

Beneficiile directe ale participării includ accesul îmbunătățit la îngrijirea sănătății mintale și sprijinul psihologic în viitor. Participarea dumneavoastră va contribui la dezvoltarea unor strategii mai eficiente pentru tratarea depresiei și a anxietății, beneficiind astfel comunitatea mai largă.

13. Apariția de noi informații relevante / Ce se întâmplă dacă apar noi informații relevante?

Dacă în timpul studiului apar noi informații relevante, acestea vă vor fi comunicate.

14. Confidențialitate / Participarea mea la acest studiu va fi confidențială?

Participarea dumneavoastră la acest studiu va fi strict confidențială. Datele colectate vor fi anonimizate și stocate în siguranță, fiind accesibile doar echipei de cercetare. Datele vor fi păstrate pentru o perioadă de 5 ani de la finalizarea studiului.

15. Încheierea studiului / Ce se întâmplă la finalul cercetării?

La sfârșitul studiului, veți fi informat cu privire la rezultatele generale. Dacă doriți, veți putea accesa un rezumat al constatărilor.

16. Organizarea și finanțarea studiului / Cine organizează și finanțează studiul?

Studiul este organizat de URC (Compania de Cercetare Universitară) și finanțat de USAID (Agenția Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională) în colaborare cu Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

17. Aprobarea studiului / Cine a aprobat studiul?

Studiul a fost aprobat de URC (Compania de Cercetare Universitară) și de comisia de etică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

18. Contacte

Pentru informații și sfaturi suplimentare, puteți contacta:

- Nume: Andrei Esanu
- Telefon: 079099289
- Email: andrei.esanu@usmf.md
- Informații despre drepturile dumneavoastră pot fi obținute de la Comitetul de etică al USMF, telefon: (022)205-383, e-mail: comitetetica@usmf.md

Dacă sunteți de acord să participați la studiu, va trebui să semnați acest formular. Veți primi o

copie a acestuia.

Nume și prenume: _____

Semnătura: _____

Data: _____

Participantul va primi o copie a acestui document.

Anexa 3: Chestionare Pacienți Date Demografice

1. ID (formula)

2. Vârsta (ani)

3. Localitatea

☐ Urban

☐ Rurală

4. În ce localitate/raion locuiți?

☐ Botanica , Chisinau

☐ Centru, Chișinău

☐ Buiucani , Chișinău

☐ Rascani , Chisinau

☐ Ciocana , Chisinau

☐ Balti

☐ Anenii Noi

☐ Ialoveni

☐ Straseni

☐ Causeni

5. Sexul :

☐ Masculin

☐ Feminin

6. Activitate profesională:

☐ Lucrez cu normă întreagă

☐ Lucrez part-time

☐ •Șomerii

☐ •Student

☐ •Retras

7. Ultimul nivel de studii absolvit:

☐ 4 clase

☐ 9 clase

☐ 12 clase/școală profesională/facultate

- ☐ Universitatea (Licență/Master)
- ☐ Doctorat

8. Starea civilă:

- ☐ Nu sunt căsătorit
- ☐ Căsătorit și locuit cu soțul meu
- ☐ Căsătorit, dar nu locuiește cu soțul/soția
- ☐ Coabitare
- ☐ Văduvă
- ☐ Divorțat

9. Numărul de copii:

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 și mai multe

10. Nivelul de trai (se calculează venitul mediu pe persoană, suma tuturor veniturilor este împărțită la numărul total de persoane din gospodărie, inclusiv copiii):

- ☐ Sub 2500 lei de persoană
- ☐ Între 2500 și 4000 lei de persoană
- ☐ Între 4000 și 7000 lei de persoană
- ☐ Între 7000 și 10.000 lei de persoană
- ☐ Peste 10.000 lei de persoană

11. În ce tip de locuință locuiți în prezent?

- ☐ Locuințe închiriate
- ☐ Locuința asigurată de rude/prieteni
- ☐ Casa proprie

12. În ce măsură te simți susținut de familie, prieteni?

- ☐ Deloc
- ☐ Un pic
- ☐ Moderat

- ☐ Multe
- ☐ Foarte mult

13. A consumat alcool (băuturi) în ultimul an, în medie pe zi
(<https://alcoholchange.org.uk/alcohol-facts/interactive-tools/unit-calculator>):

14. A fumat pachet de ani (<https://shouldiscreen.com/English/pack-year-calculator>):

15. Droguri folosite:

- ☐ Nu
- ☐ Da

16. Ați accesat vreodată servicii de sănătate mintală pentru depresie și/sau anxietate în ultimii ani?

- ☐ Nu
- ☐ Centru comunitar de sănătate mintală
- ☐ Spitalul public de psihiatrie
- ☐ Servicii private
- ☐ Medic de familie

17. Urmați în prezent un plan de tratament pentru Depresie și/sau Anxietate recomandat ție?

- ☐ Da
- ☐ Nu
- ☐ Nu am primit un plan de tratament

Anexa 4: PHQ-2 (Chestionar pentru sănătatea pacientului-2)

Instrucțiuni: În ultimele 2 săptămâni, ați fost deranjat de vreuna dintre următoarele probleme?

1. Puțin interes sau plăcere în a face lucruri.
☐ Da
☐ Nu
2. Senzație de dezamăgire, depresie sau fără speranță.
☐ Da
☐ Nu

Anexa 5: Chestionar Sănătatea Pacientului 9 articole (PHQ-9)

CHESTIONAR SĂNĂTATEA PACIENTULUI-9 (PHQ-9)				
În <u>ultimele 2 săptămâni</u> , cât de des ați fost deranjat de oricare dintre următoarele probleme? (Folosiți „✓” pentru a indica răspunsul dvs.)	Deloc	Câteva zile	Mai mult de jumătate din zile	Aproape în fiecare zi
1. Puțin interes sau plăcere în a face lucruri	0	1	2	3
2. Senzație de dezamăgire, depresie sau fără speranță	0	1	2	3
3. Probleme de a adormi sau de a rămâne, sau de a dormi prea mult	0	1	2	3
4. Te simți obosit sau ai puțină energie	0	1	2	3
5. Poftă de mâncare scăzută sau supraalimentare	0	1	2	3
6. Să te simți rău cu tine însuși – sau că ești un eșec sau că te-ai dezamăgit pe tine sau familia ta	0	1	2	3
7. Dificultăți de concentrare asupra lucrurilor, cum ar fi să citești ziarul sau să te uiți la televizor	0	1	2	3
8. Se mișcă sau vorbește atât de încet încât alți oameni ar fi putut observa? Sau dimpotrivă - să fii atât de agitat sau neliniștit încât te-ai mișcat mult mai mult decât de obicei	0	1	2	3
9. Gânduri că ar fi mai bine să mori sau să te rănești într-un fel	0	1	2	3

= Scorul total: _____

Dacă ați bifat orice problemă, cât de dificil v-au făcut aceste probleme să vă faceți munca, să vă ocupați de lucrurile acasă sau să vă înțelegeți cu alți oameni?

**Deloc
greu**

☐

**Oarecum
dificil**

☐

**Foarte
dificil**

☐

**Extrem de
dificil**

☐

Anexa 6: Scala Stigma Depresiei. DSS.

Stigma personală

	Total dezacord	Nu sunt de acord	Nici de acord, nici de dezacord	De acord	Foarte de acord
Persoanele cu depresie ar putea scăpa de ea dacă ar vrea.					
Depresia este un semn de slăbiciune personală.					
Depresia nu este o boală medicală reală.					
Persoanele cu depresie sunt periculoase.					
Cel mai bine este să eviți persoanele care suferă de depresie, pentru a nu deveni singuri depresie.					
Persoanele cu depresie sunt imprevizibile.					
Dacă aș avea depresie nu aș spune nimănui.					
Nu aș angaja pe cineva dacă aș ști că a fost deprimat.					
Nu aș vota un politician dacă aș ști că au fost depresivi					

Stigma percepută

	Total dezacord	Nu sunt de acord	Nici de acord, nici de dezacord	De acord	Foarte de acord
Majoritatea oamenilor cred că persoanele cu depresie ar putea scăpa de ea dacă ar vrea.					
Majoritatea oamenilor cred că depresia este un semn al slăbiciunii personale.					
Majoritatea oamenilor cred că depresia nu este o boală medicală.					
Majoritatea oamenilor cred că persoanele cu depresie sunt					

periculoase.					
Majoritatea oamenilor cred că cel mai bine este să eviți persoanele cu depresie, astfel încât să nu devii depresiv.					
Majoritatea oamenilor cred că persoanele cu depresie sunt imprevizibile.					
Dacă ar avea depresie, majoritatea oamenilor nu ar spune nimănui.					
Majoritatea oamenilor nu ar angaja pe cineva despre care știau că este deprimat.					
Majoritatea oamenilor nu ar vota pentru un politician despre care știau că a fost deprimat.					

Anexa 7: Aviz favorabil de la Comitetul de Etică a USMF

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”
DIN REPUBLICA MOLDOVA



MINISTRY OF HEALTH, LABOUR
AND SOCIAL PROTECTION OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA
NICOLAE TESTEMIȚANU STATE UNIVERSITY
OF MEDICINE AND PHARMACY
OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA

MD-2004, Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, tel.: (+373) 22 205 701, fax: (+373) 22 242 344, contact@usmf.md, www.usmf.md

19.06.2018 nr. 66
la nr. 94 din _____

Aviz favorabil al Comitetului de Etică a Cercetării

La Proiectul științific de doctorand „*Determinarea factorilor clinico-epidemiologici și sociali în dezvoltarea fenomenului de stigma în depresii*”, realizat Eșanu Andrei; conducător științific: Chihai Jana – doctor în științe medicale, conferențiar universitar; grupul de îndrumare: Nacu Anatol – doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar; Cărașu Ghenadie – doctor în științe medicale, conferențiar universitar; Deliv Inga – doctor în științe medicale, conferențiar universitar.

Comitetul de Etică a Cercetării USMF „Nicolae Testemițanu”, examinând la ședința din 14 mai 2018 următoarele documente:

1. Forma de solicitare pentru evaluare etică a cercetării.
2. Protocolul proiectului.
3. Acordul informat.
4. Fișa de informare a participantului.
5. Adnotarea la teza de doctor în științe medicale.
6. Chestionarul studiului.
7. CV-ul doctorandului și al conducătorului științific.

A decis că proiectul de cercetare „*Determinarea factorilor clinico-epidemiologici și sociali în dezvoltarea fenomenului de stigma în depresii*”, corespunde exigențelor etice.

Lista nominală a membrilor CEC prezenți în ședință: Nacu Viorel, Spinei Larisa, Diug Eugen, Guțu Luminița, Caproș Natalia, Groppa Liliana, Vovc Victor, Uncuța Diana, Chesov Ion, Parii Sergiu.

Președinte
al Comitetului de Etică a Cercetării

Nacu Viorel

LISTA PUBLICAȚIILOR ȘI PARTICIPĂRILOR 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. **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.
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. Sanja H, Tomori S, Nakov V, Chihai J, Radić I, Mana T, Stoychev K, **Eșanu A**, and Pirlog M. 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)

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

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

4. **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.
5. 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.
6. Chihai J, **Eșanu A**, Nastas I, Deliv I, Bologan A, Adeola C, Coșulean R, Bivol M, Belous M, Jelaga D, Popescu R. Identifying core stigmatizing beliefs about depression: results from an item-level statistical approach. In: *Revista de Științe ale Sănătății din Moldova*, 2025, vol. 12, nr. 3, pp. 117-121. ISSN 2345-1467
7. Belous M, Coșulean R, Jelaga D, Nastas I, Chihai J, Boronin L, **Eșanu A**, Bologan A, Adeola C. Prevalence and severity of depression, anxiety, and cognitive impairment in acute ischemic stroke patients: a cross-sectional study. In: *Revista de Științe ale Sănătății din Moldova*, 2025, vol. 12, nr. 4, pp. 42-49. ISSN 2345-1467.

- **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. Tratamentul 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. Tratamentul contemporan în Republica Moldova. Adeverință privind înscrierea obiectului dreptului de autor și drepturi conexe. Seria OȘ Nr. 8235, 07.07.2025.

- **Participări cu comunicări la forumuri științifice:**

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.

DECLARAȚIE

Prin prezenta, subsemnatul Eșanu Andrei declar pe propria răspundere, că teza de doctor în științe medicale cu tema "FACTORII CLINICO-SOCIALI ÎN DEZVOLTAREA FENOMENULUI DE STIGMA ÎN DEPRESIE" este elaborată de către mine personal, materialele prezentate sunt rezultatele propriilor cercetări, nu sunt plagiate din alte lucrări științifice și nu a mai fost prezentată la o instituție de învățământ superior din țară sau străinătate.

De asemenea declar, că toate sursele utilizate, inclusiv din Internet, sunt indicate în teza de licență, cu respectarea regulilor de evitare a plagiatului:

- ✓ toate fragmentele de text reproduse exact, chiar și în traducere proprie din altă limbă, sunt scrise cu referința asupra sursei originale;
- ✓ reformularea în cuvinte proprii a textelor altor autori deține referința asupra sursei originale;
- ✓ rezumarea ideilor altor autori deține referința exactă la textul original;
- ✓ metodele și tehnicile de lucru preluate din alte surse dețin referințe exacte la sursele originale.

Data _____

Doctorand _____

(Prenume Nume)

(Semnătura)

Conducător de doctorat/consultant științific _____

(Prenume Nume)

(Semnătura)