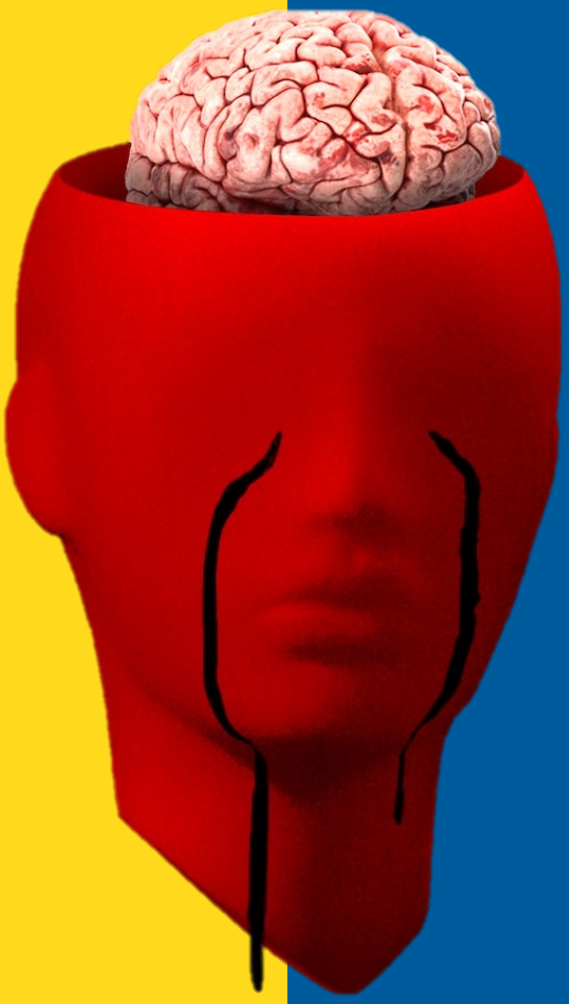


Tabloul sănătății mintale în România

Raportul studiului realizat de Consiliul Economic și Social

CES ROMÂNIA

Noiembrie 2023

CONSILIUL ECONOMIC ȘI SOCIAL
Str. Dimitrie D. Gerota nr. 7-9, sector 2, Bucureşti, cod poştal: 020027
Telefoane: 021.310.23.56, 021.316.31.34 Fax: 021.316.31.31
021.310.23.57, 021.316.31.33
Cod fiscal: 10464660 E-mail: ces@ces.ro www.ces.ro

Membru fondator al Asociației Internaționale a Consiliilor Economice și Sociale și Instituțiilor Similare (AICESIS)
Membru al Uniunii Consiliilor Economice și Sociale și Instituțiilor Similare Francofone (UCESIF)

„Consiliul Economic și Social este organ consultativ al Parlamentului și al Guvernului în domeniile de specialitate stabilite prin legea sa organică de înființare, organizare și funcționare.” *(Art. 141 din Constituția României revizuită)*

Sănătatea mintală în România: un tablou integrativ

sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață; riscuri psihosociale/stres cultural tipic; sănătatea mintală la locul de muncă; tabloul intervențiilor validate științific din România; povara afecțiunilor mintale; accesul la tratament și servicii medicale conexe;

Membri comisie temporară:

Marius BOLOGA
Daniela BOLOLOI
Viorica COJOCARU
Ștefan TEIȘANU
Florica VASILESCU

Președintă comisie
Mădălina SAVA

Experți - autori studiu:

Psiholog dr. **Monica BARTUCZ**
Conf. univ. dr. **Cezar GIOSAN**
Prof. univ. dr. **Aurora SZENTAGOTAI**
Conf. univ. dr. **SIMONA STEFAN**
Prof. univ. dr. **Anca DOBREAN** și Lect. univ. dr. **Costina PĂSĂRELU**
Prof. univ. dr. **Delia VÎRGĂ**

Coordonator:
Prof. univ. dr. **Cătălin NEDELCEA**

CUPRINS

0. **Rezumat Executiv**

1. **Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă -** Prof. univ. dr. Anca DOBREAN și Lect. univ. dr. Costina-Ruxandra PĂSĂRELU

2. **Riscuri psihosociale / stres tipic cultural în România -** Psiholog dr. Monica BARTUCZ

3. **Sănătatea mintală la locul de muncă -** Prof. univ. dr. Delia VÎRGĂ

4. **Povara și costurile afecțiunilor mintale în România -** Conf. univ. dr. Cezar GIOSAN

5. **Tabloul intervențiilor psihologice validate științific pentru promovarea sănătății mintale din România -** Prof. univ. dr. Aurora SZENTAGOTAI

6. **Situația și accesul la tratament ale persoanelor care suferă de probleme cronice de sanatate mintală -** Conf. univ. dr. SIMONA STEFAN

7. **ANEXE**

8. **BIBILIOGRAFIE**

REZUMAT EXECUTIV

CES ROMÂNIA

Noiembrie 2023

Raportul conține următoarele **șase secțiuni**, care abordează problematici specifice. În cadrul fiecărei secțiuni au fost elaborate recomandări de politici publice sau privind măsurile posibile pentru îmbunătățirea situației existente. În continuare, alături de cele șase secțiuni, sunt prezentate principalele concluzii ale fiecăreia.

1. Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Prof. univ. dr. Anca Dobrean și Lect. univ. dr. Costina-Ruxandra Păsărelu

Concluzii generale:

Datele existente cu privire la prevalența tulburărilor mintale în România sunt insuficiente pentru a contura o imagine exhaustivă asupra situației tulburărilor mintale în țara noastră. Datele existente sunt culese de mai mult de o decadă (17 ani) iar potrivit cercetărilor de specialitate **există diferențe în ceea ce privește evoluția tulburărilor mintale în decursul timpului.**

De exemplu, prevalența tulburărilor mintale în rândul copiilor a fost estimată pe baza unor scale de auto-raportare pentru identificarea simptomelor și nu prin interviuri clinice structurate. De asemenea, majoritatea datelor cu privire la prevalența în România provin din aceleași surse. **Totodată, nu au putut fi identificate studii de prevalență/date cu privire la categorii diagnostice frecvente (de ex., tulburări de personalitate).**

Astfel, **există discrepanțe între prevalența anumitor tulburări mintale** (de ex., tulburarea de stres posttraumatic, tulburările de comportament alimentar, tulburarea consumului de alcool/ de substanțe) **între datele din România și cele din SUA sau alte țări dezvoltate** (conform rezultatelor meta-analizelor citate).

O potențială explicație pentru această situație poate ține de **subdiagnosticare/ supraraportarea simptomelor.**

Având în vedere faptul că **majoritatea tulburărilor au debutul în copilărie/ adolescență sau la stadiul de adult tânăr, este nevoie de cercetări riguroase care să identifice prevalența tulburărilor mintale la aceste vârste** cu scopul de a ghida programele de prevenție și intervenție.

2. Riscuri psihosociale / stres tipic cultural în România

Psiholog dr. Monica BARTUCZI

Concluzii generale

Determinanții sociali ai sănătății mintale se referă la condițiile de viață în care indivizii trăiesc, și care au un impact major asupra distribuirii problemelor de sănătate mintală în rândul populației. Deși acești determinanți sunt prezenți în toate culturile studiate, prevalența acestora diferă de la o țară la alta, astfel că populațiile anumitor regiuni/națiuni pot prezenta un grad mai crescut de expunere la riscuri sociale asociate cu probleme multiple de sănătatea mintală. **În prezentul raport, au fost abordate trei categorii principale de riscuri sociale relevante pentru dezvoltarea și menținerea afecțiunilor psihologice în spațiul cultural Românesc.**

Primul risc social identificat a fost *lipsa prioritizării sănătății mintale la nivelul politicilor de stat.* Acesta a fost operaționalizat prin (a) lipsa monitorizării situației sănătății mintale la nivel național, (b) lipsa politicilor publice care vizează reducerea prevalenței problemelor de sănătate mintală în rândul populației și (c) alocarea deficitară a resurselor financiare și umane în domeniul sănătății mintale și (d) accesul precar al populației la serviciile de asistență psihologică.

Al doilea factor de risc identificat a fost *abuzul și violența în societate, comunitate, familii și cupluri.*

Al treilea risc social abordat a fost *stigmatizarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală.* Pentru fiecare categorie de risc, a fost evaluată situația României în comparație cu alte țări Europene. O recomandare generală pentru reducerea riscurilor sociale abordate în acest raport vizează prioritizarea sănătății mintale a populației prin creșterea bugetului alocat cercetărilor și din acest domeniu.

Este nevoie de o monitorizare mai eficientă a problemele sociale asociate tulburărilor mintale pentru a depăși problemele legate de subraportare și pentru a sprijini procesul de elaborare a politicilor publice bazate pe dovezi. Monitorizarea eficientă poate fi sprijinită prin crearea unui registru de date accesibil profesioniștilor din domeniul sănătății mintale și prin implementarea **unor studii naționale sistematice.**

La fel de importantă este **creșterea accesului la intervenții psihologice validate științific pentru persoane care se confruntă cu afecțiuni psihologice și/sau cu situații de abuz și violență în familie și în comunitate.**

În același timp, este esențială **implementarea unor programe naționale și locale de educare și destigmatizare privind problemele de sănătate mintală**. Aceste programe au rolul de a corecta prejudecățile indivizilor legate de problemele psihologice cu care se confruntă ei sau membri comunității lor, de a ajuta populația să recunoască prezența psihopatologiei și să cunoască modalitățile prin care pot fi accesate intervențiile de specialitate.

3. Sănătatea mintală la locul de muncă

Prof. univ. dr. Delia VÎRGĂ

Concluzii generale

Stresul la locul de muncă a crescut ca urmare a pandemiei iar expunerea prelungită la factori stresori duce la epuizare profesională. **Îmbunătățirea sănătății mintale la locul de muncă necesită acțiuni pentru prevenirea condițiilor de sănătate mintală legate de muncă, pentru protejarea și promovarea sănătății mintale la locul de muncă și pentru a sprijini toți lucrătorii să participe pe deplin și echitabil la muncă.**

Este nevoie ca autoritățile naționale și Parlamentul să dezvolte propuneri legislative noi sau să revizuiască legile, politicile și metodologiile privind ocuparea forței de muncă și SSM existente, **pentru a include prevederi privind sănătatea mintală în egală măsură cu cele privind sănătatea fizică.**

De asemenea, au rolul în construirea capacităților de gestionare a riscurilor psiho-sociale în rândul serviciilor de sănătate ocupațională la nivelul tuturor organizațiilor.

Persoanele care trăiesc cu probleme de sănătate mintală au dreptul la muncă. Autoritățile naționale trebuie să definească **politici și metodologii de lucru între serviciile de sănătate, sociale și de ocupare a forței de muncă pentru a facilita inițiativele de angajare și programele de reîntoarcere la locul de muncă**, inclusiv pentru a sprijini angajatorii să le implementeze.

Nu în ultimul rând, autoritățile naționale trebuie să contribuie la crearea unui mediu favorabil pentru îmbunătățirea sănătății mintale la locul de muncă.

Măsuri concrete recomandate:
introducerea prin lege a obligativității angajatorilor să evalueze anual factorii de risc psihosociali la nivelul angajaților, cu rol de screening pentru stres, burnout și probleme legate de sănătatea mintală a angajaților, precum și implementarea măsurilor de prevenție la nivelul fiecărei organizații, apoi a măsurilor de intervenție primară (modificări ale mediului de lucru), secundară (antrenarea angajatilor în utilizarea unor strategii adaptative eficiente) și terțiară (apelarea la terapie și asistență psihologică externă) pentru diminuarea acestora.

4. Povara tulburărilor mintale în România

Conf. univ. dr. Cezar GIOSAN

Concluzii generale

Costurile economice ale tulburărilor mintale netratate în România sunt substanțiale, fiind estimate, pentru 2022, la aproximativ 11 miliarde de dolari, reprezentând 3,47% din PIB.

Aceste date reprezintă, foarte probabil, o subestimare, din cauza faptului că nu exista studii de prevalență efectuate pe eșantioane representative.

Măsuri concrete:

Există o nevoie imperioasă de o acuratețe sporită a datelor, care s-ar realiza prin studii epidemiologice de prevalență a tulburarilor mintale pe eșantioane reprezentative la nivel național – efectuate, în mod ideal, în mod regulat, o dată la câțiva ani, pentru a vedea concret rezultatele anumitor inițiative.

De asemenea, din cauza faptului că în multe cazuri oamenii nu sunt conștienți că anumite trăiri emoționale pot reprezenta simptome ale unor tulburări mintale și că ar putea beneficia de intervenție specializată (e.g., tulburarea de anxietate), **este de maximă importanță derularea, la nivel național, de programe de educație și creștere a conștientizării pentru tulburările mintale, care ar putea ajuta la prevenție și duce la o creștere a numărului celor care caută tratament.**

5. Tabloul intervențiilor validate științific pentru promovarea sănătății mintale din România

Prof. univ. dr. Aurora SZENTAGOTAI

Concluzii generale

Mișcarea practicii validate științific în psihologie s-a dezvoltat ca răspuns la proliferarea tratamentelor psihologice și la nevoia de a stabili care sunt intervențiile eficiente pentru probleme de sănătate mintală specifice.

Datele rezultate din cercetări care respectă standarde clare de calitate sunt elementul principal al acestei abordări. Mulțumită acestor cercetări, avem azi un volum impresionant de informații privind intervențiile care dau rezultate, pentru o varietate de probleme de sănătate mintală.

Concluziile analizelor privind intervențiile psihologice validate științific sunt diseminate prin **ghiduri clinice și recomandări de bune practici**. În numeroase țări, acestea stau la baza practicii clinice și a programelor de formare și sunt criteriu pentru decontarea serviciilor psihologice/psihoterapeutice.

Miza majoră este creșterea accesului persoanelor cu tulburări mintale la servicii psihologice eficiente, iar datele acumulate susțin beneficiile acestei abordări nu doar pentru pacienți, ci pentru întregul sistem de sănătate.

Pe baza analizei statutului intervențiilor psihologice/psihoterapeutice validate științific în România, recomandăm:

(1) adoptarea ghidurilor internaționale privind intervențiile validate științific și susținerea adaptării și diseminării pe scară largă a acestora;

(2) susținerea programelor de formare în intervenții validate științific și adoptarea unor standarde clare de calitate în formare;

(3) decontarea, din fonduri publice, la un nivel comparabil cu cel din practica privată, a intervențiilor psihologice/ psihoterapeutice validate științific;

(4) asigurarea finanțării adecvate a cercetării privind psihopatologia și tratamentul acesteia.

6. Situația și accesul la tratament ale persoanelor care suferă de probleme cronice de sanatate mintală

Conf. univ. dr. SIMONA ȘTEFAN

Concluzii generale

În România există servicii de sănătate mintală (medicale, psihologice) la care au acces (gratuit) pacienții cu tulburări cronice de sănătate mentală, însă **discrepanța dintre prevalența tulburărilor și accesarea serviciilor (treatment gap) este dificil de estimat în absența unor date cantitative în acest sens.**

Sănătatea (și implicit sănătatea mintală) **este un domeniu sub-finanțat în România, după cum arată analizele prezentate, iar numărul de specialiști este semnificativ mai mic decât media UE**.

De asemenea, **discrepanța dintre zonele țării, sărăcia și discrepanța rural-urban, precum și stigma asociată tulburărilor mintale îngreunează suplimentar accesul** pacienților la tratamente validate științific.

Recomandările prezentei secțiuni vizează în principal respectarea recomandărilor formulate de OMS și anume:

- ✓ **crearea unei linii separate de finanțare pentru sănătatea mintală** și **crearea unei structuri specializate la nivelul Ministerului Sănătății;**
- ✓ **implementarea unor servicii etapizate de îngrijire** prin extinderea competențelor de bază **la nivelul serviciilor primare de sănătate;**
- ✓ **trecerea, în cazul pacienților cu tulburări severe de la instituționalizare la centre rezidențiale comunitare având în vedere respectarea drepturilor pacienților cu probleme de sănătate mintală;**
- ✓ **utilizarea tehnologiei pentru diseminarea serviciilor de sănătate mintală validate științific; extinderea accesului la servicii decontate conexe celor medicale – evaluare și consiliere psihologică, psihoterapie**.

1. SĂNĂTATEA MINTALĂ ÎN FUNCȚIE DE STADIILE VIEȚII

CES ROMÂNIA

Noiembrie 2023

1. Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Prof. univ. dr. Anca Dobrean și Lect. univ. dr. Costina-Ruxandra Păsărelu, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj Napoca

1. Prevalența tulburărilor mintale în România

Potrivit datelor provenite din studii realizate cu eșantioane reprezentative, cele mai prevalente tulburări mintale **în rândul adulților** din România sunt tulburările de anxietate (3.8% fobii specifice), urmate de tulburarea depresivă majoră (2.9% prevalența în decursul vieții).

Tabelul 1 (Anexe) prezintă o sistematizare a datelor existente cu privire la prevalența tulburărilor mintale în România. Dacă ne raportăm la datele legate de prevalența tulburării depresive majore în Statele Unite ale Americii (SUA), prevalența este mult mai crescută (20.6% în decursul vieții, 10.4% în ultimele 12 luni; Hasin et al., 2018). Datele mai recente culese din România indică o prevalență mai ridicată a tulburărilor de anxietate și a celor depresive în perioada pandemiei COVID-19, respectiv 11.9% prevalența tulburării de panică, 28.2% tulburare anxioasă generalizată, 26.8% prevalența tulburării depresive majore, 38% tulburare de stres posttraumatic (Georgieva et al., 2021), date similare cu cele raportare în meta-analize referitoare la prevalența tulburărilor mintale în perioada pandemiei (Liu et al., 2021; Wu et al., 2021).

Prevalența tulburării de stres posttraumatic (1.2% prevalența în decursul vieții) în România este mult mai scăzută față de SUA, unde potrivit unei analize sistematice a literaturii, aceasta variază între 3.4% și 26.9% în populația de civili, respectiv 7.7% și 17% la populația de militari (Schein et al., 2021). Tulburările de comportament alimentar au de asemenea o prevalență scăzută în România, 0% bulimia și 0.2% tulburarea de alimentație compulsivă (Kessler et al., 2013). Potrivit unei meta-analize asupra prevalenței tulburărilor de comportament alimentar, prevalența este de 0.16% pentru anorexie, 0.63% pentru bulimie, 1.53% pentru tulburarea de alimentație compulsivă (Qian et al., 2022).

Prevalența pentru tulburarea bipolară I este mult mai scăzută (0.1% în decursul vieții, 0.3% în ultimele 12 luni; Merikangas et al., 2011) în România comparativ cu datele din SUA (2.1% în decursul vieții, 1.5% în ultimele 12 luni; Blanco et al., 2017).

În ceea ce privește tulburările legate de consumul de substanțe și dependențe, prevalența pentru tulburarea consumului de alcool este de 3.1% în decursul vieții (Glantz et al., 2020), în timp ce prevalența pentru tulburarea consumului de cannabis a fost 0% potrivit datelor culese între 2005-2006 pe un eșantion reprezentativ național (Degenhardt et al., 2019). Aceste date sunt mult mai scăzute comparativ cu cele din SUA, unde prevalența tulburării consumului de alcool este de 13.9% în ultimele 12 luni (29.1% în decursul vieții), iar prevalența tulburării consumului de droguri este de 3.9% în ultimele 12 luni (9.9% în decursul vieții) (Grant et al., 2016).

Potrivit unui raport publicat în 2021 de Agenția Națională Antidrog pentru anul 2020 prevalența în România de-a lungul vieții pentru consumul a cel puțin un drog ilicit este de 10.7% pentru adolescenți și adulți (15-64), respectiv 3.9% prevalența în ultima lună. În mod specific, pentru tinerii între 15 și 34 ani prevalența pentru consumul de canabis de-a lungul vieții e de 9.5%, 6% pentru ultimul an (Agenția Națională Antidrog, 2021).

SĂNĂTATEA MINTALĂ ÎN FUNCȚIE DE STADIILE VIEȚII

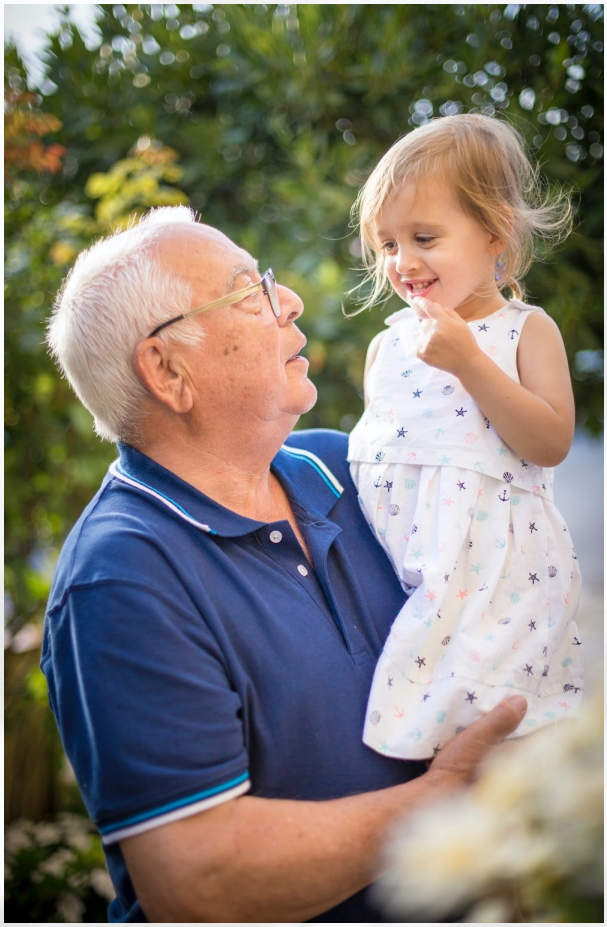
Segmentul **persoanelor vârstnice** nu este reprezentat separat de cel al adulților în studiile care au vizat analiza prevalențelor în România, în afara unui singur studiu care raportează un procent de 13.4% pentru depresie, scor obținut pe baza auto-raportării. Date din meta-analize indică prevalența demenței (orice cauză) la persoanele peste este 60 de ani în Europa Centrală și de Est ca fiind de 6,7%, respectiv 7,1% la cei peste 65 de ani (Cenko et al., 2021). Prevalența globală a depresiei în rândul persoanelor vârstnice este de 28.4% (Hu et al., 2022) potrivit scorurilor obținute la instrumentele de screening.

În ceea ce privește **copiii și adolescenții** din România datele existente indică problemele de internalizare (20.6% prevalența oricărei probleme de internalizare; 4.5% orice tulburare de anxietate; Gleason et al., 2011) și problemele de externalizare (3.7% probleme de conduită, 3.4% probleme de opoziție și comportament sfidător) (Husky et al., 2018) ca fiind cele mai frecvente. Jocul patologic de noroc are de asemenea o prevalență ridicată în rândul adolescenților din România, 13.5% prezintă joc patologic de noroc offline și 12.9% online în ultimul an (Andrie et al., 2019).

Aceste date sunt similare cu cele din alte țări, unde potrivit unor meta-analize asupra prevalenței tulburărilor mintale în rândul copiilor cu vârste cuprinse între 1 și 7 ani (Vasileva et al., 2021) sau asupra prevalenței tulburărilor mintale în rândul copiilor la nivel mondial (Polanczyk et al., 2015), prevalența pentru tulburările de anxietate variază între 6.5% și 8.5%.

Prevalența tulburărilor de anxietate într-un eșantion clinic de copii din România este de 9.88%, cu mai mulți copii diagnosticați cu fobii specifice comparativ cu adolescenții, care prezintă tulburare anxioasă generalizată sau tulburări anxioase și depresive mixte (Predescu et al., 2018).

Date provenite din meta-analize indică prevalența ADHD ca variind între 3.4% (Polanczyk et al., 2015) și 4.3% (Vasileva et al., 2021), în timp ce prevalența tulburării de opoziție și comportament sfidător este între 3.3% (Barican et al., 2022) și 4.9% (Vasileva et al., 2021). Pentru tulburarea de conduită prevalența la nivel internațional este mai scăzută comparativ cu datele din România, între 0.8% în rândul copiilor până în 7 ani (Vasileva et al., 2021) și 1.3% în țările dezvoltate (Barican et al., 2022).



Prof. univ. dr. Anca Dobrean și Lect. univ. dr. Costina-Ruxandra Păsărelu

Comorbiditatea este prezența uneia sau mai multor boli alături de o tulburare mintală diagnosticată. Comorbiditatea între tulburările mintale și cele fizice este frecventă și este bidirecțională. De exemplu o persoană cu o boală oncologică sau metabolică este mai probabil să dezvolte depresie (Anderson et. al., 2001), iar depresia constituie un factor de risc pentru cancer sau diabet. Astfel este important ca managementul bolilor fizice să aibă în vedere comorbiditatea acestora cu bolile mintale, iar tratamentul unei persoane cu o boală oncologică, sau cardiovasculară sau de alt tip fizic să aibă în vedere și identificarea/ tratamentul unei tulburări mintale asociate.

De asemenea, comorbiditatea tulburărilor mintale cu alte tulburări mintale reprezintă un fenomen comun, care contribuie la creșterea costurilor totale asociate afecțiunilor mintale și poate complica semnificativ deciziile de diagnostic și tratament. O meta-analiză recentă (Lai et al., 2019), raportează că la copiii diagnosticați cu tulburare de spectru autist prevalența tulburării de atenție și hiperactivitate este de 28%, prevalența tulburărilor de anxietate este de 20%, prevalența tulburărilor de somn este de 13%, a tulburărilor disruptive de comportament este de 12%, a tulburărilor afective este de 11%, a tulburării obsesiv-compulsive de 9%, a tulburărilor bipolare de 5% respectiv de 4% pentru tulburările psihotice.

Un studiu epidemiologic național derulat în Spania pe pacienți adulți (Roca, Gilli, Garcia-Garcia et al., 2009) a raportat faptul că aproximativ jumătate dintre aceștia aveau mai mult de o tulburare mintală. Mai mult, studiul național privind comorbiditatea derulat în SUA (U.S. National Comorbidity Survey – NCS, www.icpsr.umich.edu) a evidențiat faptul că 51% dintre pacienții cu diagnostic de depresie majoră prezentau de asemenea o tulburare de anxietate.

2. Debutul tulburărilor mintale

Aproximativ jumătate dintre tulburările mintale debutează înainte de vârsta de 18 ani. Potrivit unei meta-analize recente (Solmi et al., 2022) care include 192 de studii epidemiologice, 34.6% dintre persoane au vârsta de debut pentru orice tulburare mintală înainte de 14 ani, 48.4% înainte de 18 ani, 62.5% înainte de 25 de ani. Vârsta de debut este diferită pentru tulburările mintale, tulburările de neurodezvoltare (ADHD, tulburarea din spectrul autismului) având debutul în copilărie, în timp ce tulburările de anxietate și cele de comportament alimentar debutează majoritatea în adolescență, iar tulburările depresive, afective, cele de personalitate și tulburările psihotice au debutul la adulții tineri (Tabel 1 Anexe).

Datele din World Mental Health Survey (Vries et al., 2022), care conțin și informații cu privire la debutul și prevalența tulburărilor mintale din România, indică existența mai multor traiectorii în dezvoltarea tulburărilor de internalizare.

În mod specific, au fost identificate 8 clase pentru tulburările de internalizare: trei clase cu debut în copilărie (fobie specifică, tulburare anxioasă socială, tulburare depresivă majoră), traiectoriile pentru adulți sunt implicate în dezvoltarea tulburării depresive majore, iar cele din adolescență reflectă un pattern intermediar – o clasă cu simptome ușoare asociată cu debutul fobiilor specifice, tulburării depresive majore, tulburării anxioase sociale, cu aproape nicio altă tulburare dezvoltată când sunt adulți, iar o clasă de adolescenți cu simptome moderate, unde sunt prezente fobiile specifice și tulburarea anxioasă socială, însă majoritatea au dezvoltat ulterior tulburare depresivă majoră, tulburare anxioasă generalizată, tulburare de stres posttraumatic.

Prof. univ. dr. Anca Dobrean și Lect. univ. dr. Costina-Ruxandra Păsărelu

Vârsta de debut pentru tulburarea anxioasă socială este între adolescența mijlocie-târzie și vârsta de 40 de ani. Chiar dacă la nivel internațional datele referitoare la vârsta de debut sunt similare, se pare că există anumite diferențe între țări. În România 50% dintre persoanele cu această tulburare o dezvoltă până la vârsta de 21 de ani (Stein et al., 2017), în timp ce în Polonia 50% dezvoltă la vârsta de 11 ani.

Tulburarea anxioasă generalizată apare la adulți, doar în 5% apare înainte de 13 ani, în 50% din cazuri apar către vârsta de 39 de ani (Ruscio et al., 2017). Date provenite tot din World Health Survey indică 26 de ani (mediana) ca vârsta de debut pentru experiențele psihotice (McGrath et al., 2016), cu un sfert dintre primele apariții după vârsta de 40 de ani, neexistând diferențe de gen. Potrivit analizei riscului proiectat pentru experiențe psihotice, una din 13 persoane va avea cel puțin o experiență psihotică până la vârsta de 75 de ani.

3. Factori de risc

Tulburările de sănătate mintală afectează sute de milioane de persoane la nivel global în fiecare an și au un impact social și economic semnificativ. Identificarea factorilor de risc pentru problemele de sănătate mintală este o prioritate majoră de sănătate publică. Factorii care contribuie la apariția problemelor de sănătate mintală sunt multipli și se găsesc la interacțiunea dintre genetic și mediu.
Factorii de risc care țin de mediu includ acei factori individuali, familiali, școlari sau care țin de grupul de care sunt asociați cu o probabilitate crescută de apariție a problemelor de sănătate mintală la copii (Hawkins et al., 1998).

Deoarece două treimi din tulburările mintale debutează în copilărie până în perioada de adult tânăr vom sumariza în continuare factorii de risc cei mai frecvent citați în literatură pentru apariția tulburărilor mintale la aceste vârste.

- Problemele de sănătate mintală ale părinților constituie unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru dezvoltarea emoțională dezadaptativă și problemele comportamentale la copii (Cummings et al., 2005; Goodman et al., 2011; Hanington et al., 2010; Kane & Garber, 2004; McLaughlin et al., 2012). Mecanismele prin care sănătatea mintală a părinților poate avea un impact asupra dezvoltării copilului sunt genetice, neurobiologice, respectiv de mediu.

Într-o meta-analiză a 193 de studii, depresia maternă, a fost asociată cu niveluri mai ridicate ale problemelor de internalizare, externalizare și cu psihopatologia generală la copii (Goodman et al., 2011). Similar, copiii preșcolari ai părinților cu probleme de sănătate mintală au avut mai multe probleme comportamentale comparativ cu copiii care aveau părinți fără probleme de sănătate mintală.

Într-un eșantion de reprezentativ național de 97000 de părinți din SUA, s-a estimat că 7,2% din copiii de 0-17 ani incluși în studiu au părinți cu probleme de sănătate mintală (Wolicki et al., 2021), din care 5,1 % erau mame, iar 2,8 % tați. Comparativ cu copiii care au părinți fără probleme de sănătate mintală, copiii cu părinți cu probleme de sănătate mintală au un risc de 2.4 ori mai mare de a avea probleme de sănătate mintală (Wille et al., 2008).

Prof. univ. dr. Anca Dobrean și Lect. univ. dr. Costina-Ruxandra Păsărelu

Astfel problemele afective ale părinților, anxietatea, dependențele/ consumul de substanțe cresc semnificativ riscul de copiilor acestor părinți de a dezvolta probleme de sănătate mintală. De asemenea, dificultățile parentale cotidiene cum ar fi probleme la locul de muncă, îngrijirea familiei, problemele financiare, părinte singur, cresc de aproape 5 ori riscul de apariție a problemelor de sănătate mintală la copii.

Nu este de neglijat faptul că **problemele de sănătate mintală ale părinților sunt adesea asociate cu boli fizice pe care aceștia le au**, acest lucru fiind un factor de risc semnificativ pentru dezvoltarea problemelor de sănătate mintală la copii. Problemele de sănătate mintală ale părinților sau cele medicale acționează în principal asupra dezvoltării armonioase a copiilor prin faptul că părinții nu au suficiente resurse emoționale de a le oferi copiilor contexte de interacțiune optimă, respectiv prim modelare și întărire recompensează o serie de comportamente problematice.

- **Climatul familial**. Dincolo de problemele de sănătate mintală sau bolile fizice ale părinților, familiile în care există conflicte expun copiii la o rată de 5 ori mai mare decât familiile armonioase la a dezvolta probleme de sănătate mintală (Wille et al., 2008). Astfel, numeroase studii indică faptul că abuzul fizic între parteneri (Modi et al., 2014), strategiile conflictuale de rezolvare a problemelor, certurile frecvente constituie factori de risc pentru problemele de sănătate mintală ale copiilor (Monnat & Chandler, 2015).

- **Neglijența, abuzul și/sau evenimentele negative de viață** sunt factori de risc pentru dezvoltarea problemelor de sănătate mintală atât în copilărie și adolescență cât și la vârsta adultă (Lippard & Nemeroff, 2020). Astfel copiii expuși acestor factori sunt de 4 ori mai predispuși la a dezvolta probleme afective, tulburări bipolară, probleme somatice sau simptome psihotice, respectiv tulburare de personalitate borderline ca adulți (Chandan et al., 2019; WHO, 2017).

- **Statusul socio-economic scăzut** este unul dintre factorii de risc importanți asociați cu sănătatea mintală a copiilor. Astfel venitul familial scăzut, condițiile sărace de locuit asociate cel mai adesea cu un nivel educațional scăzut al părinților expun copiii și adolescenții la a dezvolta probleme de sănătate mintală atât în țările dezvoltate cât și în cele în curs de dezvoltare (Pérez-Marfil et al., 2020).

Un aspect deloc de neglijat este **relația dintre sărăcie și nivelul educațional.** Astfel cu cât un părinte are un nivel educațional mai scăzut cu atât riscul de sărăcie al familiei este mai mare. Datele Eurostat arată că în 2019 România este țara europeană cu cel mai mare procent (37,4 %) de părinți (25-59 de ani) cu nivel educațional scăzut ISCED 0-2 (maxim gimnaziu), comparativ cu o medie europeană de 20%.

Nivelul educațional al părinților este asociat direct în studii longitudinale cu sănătatea mintală a copiilor și prin alte mecanisme decât cele financiare, precum: valorile bazate pe învățare, abilitățile parentale, stil de viață sănătos, etc.

- **Izolarea socială** pare de asemenea a juca rolul unui factor de risc important pentru sănătatea mintală, în special în perioadele sensibile ale dezvoltării cum ar fi adolescența sau în contexte sociale speciale, cum a fost cel pandemic. Deși izolarea este un factor de risc cunoscut și general, acesta a fost investigat recent în contextul restricțiilor ocazionate de pandemia de COVID-19 pe un grup de adolescenți, rezultatele obținute indicând faptul că izolarea socială este asociată cu creșterea nivelului simptomelor de anxietate, depresie și tulburări de internalizare, precum și cu o serie de modificări la nivel cerebral (Gotlib et al., 2022).

Prof. univ. dr. Anca Dobrean și Lect. univ. dr. Costina-Ruxandra Păsărelu

De menționat de asemenea că izolare socială pare a juca rolul unui factor de risc important pentru sănătatea mintală și la vârste avansate, după cum indică alte studii recente (Shen et al., 2022).

4. Contexte în care se poate face screening-ul problemelor de sănătate mintală

4.1 Rolul sistemului educațional

În România, copiii sunt incluși în sisteme de îngrijire și educație începând cu vârsta de 1 an, întâi la creșă, apoi la grădiniță și ulterior la școală. Aceste sisteme constituie conform recomandărilor internaționale contexte eficiente de a identifica factorii de risc pentru problemele de sănătate mintală, iar apoi de a oferi programe de asistență (Hoare et al., 2017; Soneson et al., 2018).

Până în prezent, nu am identificat la nivel național nicio măsură care să își propună screening-ul problemelor de sănătate mintală sau identificarea factorilor de risc pentru problemelor de sănătate mintală la copii. Un screening eficient își propune ce prin metode simple, cu costuri minime să poată identifica copiii la risc și apoi de a-i evalua comprehensiv și/sau de a le oferi ulterior serviciile de care au nevoie, inclusiv pentru probleme de sănătate mintală cum ar fi suicidul (Gould et al., 2005). Costurile unui astfel de screening sunt mai mici decât intervențiile care ar trebui oferite copiilor care nu au fost identificați de timpuriu cu probleme de sănătate mintală (Burns & Rapee, 2021), iar sistemul educațional este unul dintre mediile optime în care se poate face acest screening.

4.2 Rolul medicilor de familie

Medicii de familie interacționează copiii și familiile acestora din primele zile de la naștere, astfel că acest context ar putea facilita screeningul problemelor de dezvoltare sau a problemelor de sănătate mintală ale copiilor și/ sau părinților și de a le oferi apoi recomandări fie de evaluare complexă la medicii specialiști fie de a-i îndruma către servici de specialitate. Dacă ne referim la tulburările pervazive de dezvoltare, acestea pot fi identificate de la vârsta de un an (Barbaro et al., 2022), dar vârsta medie de diagnostic este de 4-5 ani (van 't Hof et al., 2021), astfel pierderile cauzate de întârzierea diagnosticului cu 3 sau 4 ani sunt mari, atât pentru copil cât și pentru familie și societate. Un program național în care medicii de familie să poată identifica semnele timpurii prin instrumente simple și de a recomanda evaluarea unui medic specialist în psihiatrie pediatrică, ar putea reduce vârsta de diagnostic, ar facilita intervenția timpurie și astfel ar crește șansa de succes a intervențiilor și ar scădea costurile asociate întârzierii diagnosticului.

5. Concluzii

Având în vedere datele existente în literatura de specialitate, formulăm următoarele concluzii:

- ✓ **Există date insuficiente cu privire la prevalența tulburărilor mintale pentru a contura situația tulburărilor mintale în țara noastră**
- ✓ Datele existente sunt culese de mai mult de o decadă (17 ani), iar potrivit cercetărilor de specialitate există diferențe în ceea ce privește evoluția tulburărilor mintale în decursul timpului
- ✓ Prevalența tulburărilor mintale în rândul copiilor a fost estimată pe baza unor scale de auto-raportare pentru identificarea simptomelor și nu interviuri clinice.
- ✓ Majoritatea datelor cu privire la prevalența în România provin din aceleași surse
- ✓ **Nu am identificat studii de prevalență/date cu privire la categorii diagnostice frecvente (de ex., tulburări de personalitate)**
- ✓ **Există discrepanțe între prevalența anumitor tulburări mintale** (de ex., tulburarea de stres posttraumatic, tulburările de comportament alimentar, tulburarea consumului de alcool/ de substanțe) **între datele din România și cele din SUA sau alte țări dezvoltate** (conform rezultatelor meta-analizelor citate), o potențială explicație poate fi referitoare la subdiagnosticare/ supraportarea simptomelor

Prof. univ. dr. Anca Dobrean și Lect. univ. dr. Costina-Ruxandra Păsărelu

SĂNĂTATEA MINTALĂ ÎN FUNCȚIE DE STADIILE VIEȚII

- ✓ Având în vedere faptul că **majoritatea tulburărilor au debutul în copilărie/ adolescență sau la stadiul de adult tânăr, este nevoie de cercetări riguroase care să identifice prevalența tulburărilor mintale la aceste vârste cu scopul de a ghida programele de prevenție/ intervenție.**

6. Recomandări și propuneri de politici publice

- ✓ **Finanțarea unui studiu național de identificare a prevalenței tulburărilor mintale pe categorii de tulburări și pe vârste**, inclusiv copii, tineri, adulți și seniori. Datele existente nu includ toate grupele de vârstă respectiv sunt mai vechi de 18 ani. În plus, comparativ cu datele de prevalență din alte țări, valorile raportate în România sunt mai mici, lucru care ar trebui investigat în adâncime

- ✓ **Screeningul problemelor de sănătate mintală al copiilor prin programe naționale de screening** ar facilita identificarea timpurie a problemelor și inițierea timpurie a programelor de intervenție. Contextul educațional ar putea avea un rol cheie în implementarea acestor politici.

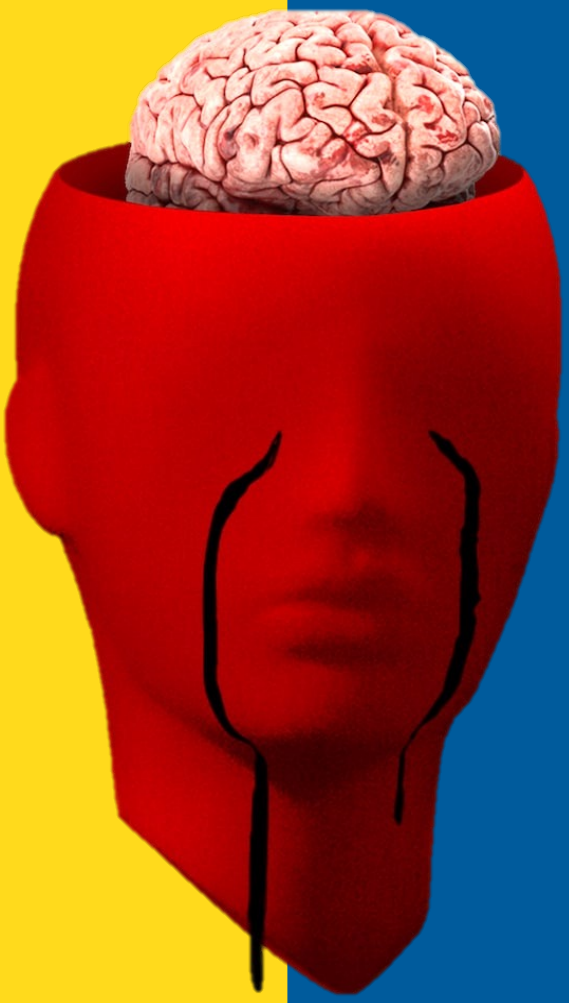
- ✓ **Educația părinților cu privire la rolul pe care ei îl au în dezvoltarea problemelor de sănătate mintală ale copiilor,**

- ✓ **Investirea în programe de alfabetizare privind tulburările mintale,** factorii problematici și oferirea de servicii de specialitate validate,

- ✓ **Politici publice care să reducă factorii de risc prin dezvoltarea de servicii adresate persoanelor și comunităților vulnerabile,**

- ✓ **Managementul bolilor fizice să aibă în vedere comorbiditatea acestora cu bolile mintale, iar tratamentul unei persoane cu o boală oncologică, sau cardiovasculară sau de alt tip fizic să aibă în vedere și identificarea/ tratamentul unei tulburări mintale asociate.**

Prof. univ. dr. Anca Dobrean și Lect. univ. dr. Costina-Ruxandra Păsărelu
Noiembrie 2023



2. RISCURI PSIHOSOCIALE / STRES TIPIC CULTURAL ÎN ROMÂNIA

CES ROMÂNIA

Noiembrie 2023

2. Riscuri psihosociale / stres tipic cultural în România

Psiholog dr. Monica BARTUCZI

1. Introducere

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) **determinanții sociali ai sănătății mintale se referă la *condițiile de viață în care indivizii se nasc, se dezvoltă și îmbătrânesc și care influențează riscurile, prevalența și consecințele problemelor de sănătate mintală*** (WHO, 2008). Determinanții sociali ai sănătății mintale au la bază o alocare inegală a resurselor și a oportunităților în rândul populației.

Conform experților care studiază sănătatea mintală la nivel global, lipsa politicilor publice și/sau implementarea precară a acestora, împreună cu normele sociale care ghidează percepția colectivă asupra importanței problemelor legate de sănătate mintală reprezintă principalii factori care pot conduce la o distribuție inegală a oportunităților și care susțin astfel apariția și menținerea determinanților sociali ai sănătății mintale (Compton & Shim, 2015; Shim & Compton, 2020).

Studiile de specialitate au evidențiat 8 categorii majore de determinanți sociali ai sănătății mintale: (1) factori economici, precum sărăcia și inegalitatea economică, (2) accesul limitat la resurse de bază, precum hrană, transport, locuri de muncă și servicii medicale și de sănătate mintală (3) educația precară, (4) abuzul și violența în societate, comunitate, familii și cupluri, (5) discriminarea și izolarea socială, (6) condiții precare la locul de muncă, (7) poluarea mediului și crizele climatice, (8) urgențele medicale, precum epidemiile și/sau pandemiile (Compton & Shim, 2015; WHO, 2022). Deși acești determinanți sunt asociați cu sănătatea mintală a indivizilor în toate culturile studiate până în prezent, prevalența lor variază de la o cultură la alta.

Majoritatea studiilor care investighează distribuția geo-politică a determinanților sociali ai sănătății mintale sunt desfășurate în țări cu venituri mari și cu un profil cultural predominant individualist. Astfel, prevalența determinanților sociali în rândul națiunilor colectiviste și/sau cu venituri mici și mijlocii este adesea greu de estimat din cauză că acestea nu sunt monitorizate și în consecință sunt sub-raportate (WHO, 2021; WHO, 2022).

RISCURI PSIHOSOCIALE / STRES TIPIC CULTURAL ÎN ROMÂNIA

Factorii sociali pot avea un impact profund asupra sănătății mintale generale a populației.

De exemplu, sărăcia și șomajul pot duce la creșterea stresului și a anxietății, care, la rândul lor, pot agrava problemele de sănătate mintală.

Locuințele necorespunzătoare și lipsa accesului la educație și asistență medicală/psihologică pot contribui, de asemenea, la o sănătate mintală precară.

Conform datelor oferite de Eurostat, în 2021 România a avut cel mai mare număr de persoane aflate la risc de sărăcie (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_01_10/default/bar?lang=en) și al doilea cel mai mare nivel de inegalitate a distribuției veniturilor (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tespm151/default/bar?lang=en) dintre națiunile Europene.

De asemenea, în România a fost raportat cel mai mare procent de persoane care părăsesc timpuriu sistemul de educație și formare profesională din Uniunea Europeană (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tesem020/default/bar?lang=en).

Conform acestor date, în 2019 populația din România a fost printre cele mai expuse la aer poluat (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_11_50/default/bar?lang=en), iar în 2021 incidența accidentelor fatale la locul de muncă a fost printre cele mai crescute printre țările Europene (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hsw_n2_02/default/bar?lang=en).

Așadar, factorii economici, educația, condițiile de mediu și siguranța la locul de muncă reprezintă vulnerabilități pentru sănătatea mintală a populației românești, însă acestea nu vor face obiectul acestui raport.

Analiza detaliată a situației României pe acești indicatori, precum și dezvoltarea politicilor publice pentru adresarea acestor vulnerabilități se recomandă a fi realizate de către comisii interdisciplinare formate din psihologi, sociologi, economiști, experți în științele educației și protecția mediului. În ceea ce privește sănătatea mintală în relație cu condițiile de muncă, această temă este abordată comprehensiv în studiul 3.

În cadrul acestui raport vor fi abordate preponderent trei tipuri de riscuri sociale pentru dezvoltarea și menținerea problemelor de sănătate mintală în rândul populației românești:

(1) **lipsa prioritizării sănătății mintale la nivelul politicii de stat,**

(2) **abuzul și violența în societate, comunitate, familii și cupluri și**

(3) **stigmatizarea persoanelor cu tulburări mintale. În continuare vor fi examinate importanța și prevalența acestor determinanților sociali ai sănătății mintale în România, prin raportare la alte națiuni din spațiul cultural European.**

De asemenea, vor fi adresate o serie de recomandări de politici publice pentru reducerea prevalenței acestor determinanți.

Psiholog dr. Monica BARTUCZ
Noiembrie 2023

2. Determinanții sociali ai sănătății mintale în spațiul Românesc

2.1. Prioritizarea sănătății mintale la nivelul politicii de stat

Potrivit unui raport publicat recent de către OMS, tulburările de sănătate mintală se numără printre principalele cauze de dizabilitate la nivel mondial și se preconizează o creștere a prevalenței acestora în anii următori (WHO, 2022). Pentru a aborda această provocare tot mai mare, este esențial ca națiunile să acorde prioritate problemelor de sănătate mintală.

Prioritizarea sănătății mintale presupune

(1) monitorizarea sănătății mintale a populației,
(2) dezvoltarea și implementarea politicilor publice pentru reducerea problemelor psihologice în rândul populației,
(3) alocarea resurselor financiare și umane pentru acoperirea nevoilor populației afectate de probleme psihologice, și
(4) sporirea accesului populației la servicii de sănătate mintală. Gradul de prioritizare a sănătății mintale și a stării de bine a unei populații reprezintă un determinant fundamental pentru apariția și menținerea factorilor de risc psiho-sociali asociați cu sănătatea mintală. Astfel, eșecul de a prioritiza sănătatea mintală reprezintă în sine un factor de vulnerabilitate pentru populație (Campton et al., 2015).

Un aspect important al prioritizării sănătății mintale la nivel de stat este implementarea unor sisteme de ***monitorizare*** eficiente pentru a urmări prevalența problemelor de sănătate mintală și eficacitatea serviciilor de specialitate din domeniu. Datele cu privire la sănătatea mintală a populației din România și la determinanții sociali ai acesteia sunt precare și uneori inconsistente (Copăceanu & Costache, 2022). Spre exemplu, România este una dintre puținele țări care nu au fost incluse în *Atlasul sănătății mintale 2020*, raportul OMS privind evoluția monitorizării sănătății mintale la nivelul statelor. Lipsa monitorizării împiedică estimarea corectă a prevalenței problemelor de sănătate mintală în rândul populației și a accesului real la serviciile de specialitate. Aceste lacune îngreunează procesul de elaborare a politicilor publice bazate pe dovezi (*evidence-based*) și de adaptare a intervențiilor psiho-sociale pentru scăderea prevalenței problemelor psihologice.

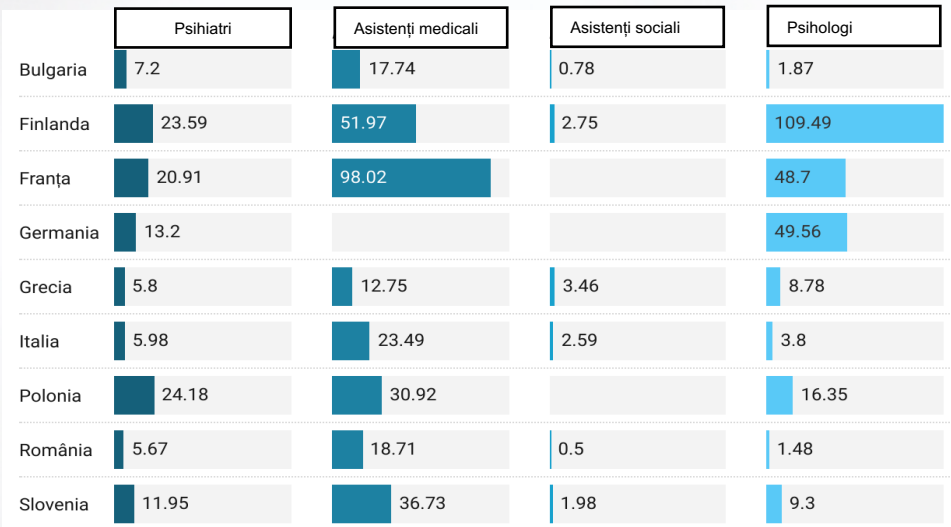
Sub-raportarea problemelor de sănătate mintală și a determinanților ei sociali poate avea mai multe cauze, printre care cele mai importante sunt finanțarea precară a studiilor epidemiologice populaționale, stigmatul social asociat tulburărilor mintale și lipsa cunoștințelor legate de problemele de sănătate mintală. Ultimele două cauze pot determina indivizii să ascundă faptul că au dificultăți psihologice sau să nu recunoască corect simptomele cu care se confruntă, și în consecință să nu le raporteze sau să nu apeleze la serviciile de specialitate.

Există o serie de progrese dar și de limitări în ceea ce privește starea ***politicilor publice*** pentru sănătate mintală în spațiul cultural românesc. România dispune de un program național pentru abordarea problemelor de sănătate mintală. De asemenea, România dispune de legi care protejează drepturile persoanelor cu afecțiuni psihologice, inclusiv dreptul de a avea acces la servicii de îngrijire și dreptul de a nu fi discriminate. Cu toate acestea, există limitări semnificative în ceea ce privește punerea în aplicare a acestor politici.

De exemplu, conform *Atlasul sănătății mintale* 2014, Planul Național pentru Sănătate Mintală adoptat de România este implementat parțial și nu este în totalitate în conformitate cu convențiile privind drepturile omului (WHO, 2015).

RISCURI PSIHOSOCIALE / STRES TIPIC CULTURAL ÎN ROMÂNIA

Figura 1. Numărul de (1) psihiatri, (2) asistenți medicali, (3) asistenți sociali și (psihologi) care lucrează în domeniul sănătății mentale per 100,000 locuitori. Datele pentru Italia și Germania au fost raportate în 2015; datele pentru Slovenia, România, Polonia, Grecia și Bulgaria au fost raportate în 2016; datele pentru Franța și Finlanda au fost raportate în 2017. Sursa datelor: https://apps.who.int/gho/data/view.main.HWF11v



În ceea ce privește ***alocarea resurselor financiare și umane***, Statul Român nu dispune de o linie de finanțare separată pentru sănătatea mintală a populației, iar o analiză din 2014 a arătat faptul că în 2010, România a avut cele mai mici cheltuieli relative pentru sănătate în comparație cu alte 6 națiuni Est-Europene incluse în studiu (Dlouhy, 2014).

Un alt studiu din 2007 a estimat faptul că România a cheltuit 3% din bugetul total alocat sănătății, pentru sănătatea mintală, în timp ce media Europeană a bugetului alocat sănătății mintale a fost de 6.3% (Jacob et al., 2007).

Un nivel insuficient de finanțare a serviciilor de sănătate duce la sub-dezvoltarea sistemului de sănătate mintală. Astfel, România are un deficit de profesioniști calificați în domeniul sănătății mintale, ceea ce limitează accesul la îngrijire pentru persoanele afectate.

În Figura 1 se poate observa numărul de specialiști în sănătate mintală per 100,000 de locuitori, în România și în alte state Europene.

Numărul limitat de specialiști în sănătate mintală limitează accesul populației la serviciile de specialitate.

De regulă, persoanele din în mediul rural au un acces mai precar la aceste de servicii, în comparație cu rezidenții orașelor mari. În plus, serviciile de sănătate mintală din România pun accent pe îngrijirea instituțională a pacienților, în detrimentul dezvoltării serviciilor psiho-sociale la nivel de comunitate.

Acest lucru poate rezulta într-o lipsă de sprijin pentru persoanele cu afecțiuni psihologice odată ce sunt externate din instituții. De asemenea, instituțiile psihiatrice prezintă deseori încălcări ale drepturilor fundamentale ale omului (Dlouhy, 2014; WHO, 2022).

Recomandarea Organizației Mondiale a Sănătății este aceea de a înlocui spitalele psihiatrice cu Centre de Sănătate Mintală, prin care pacienții pot primi sprijin interdisciplinar pentru integrarea lor în comunitate.

Mai multe informații și recomandări legate de accesul la serviciile de sănătate mentală sunt oferite în cadrul studiului 6 din acest raport.

Psiholog dr. Monica BARTUCZ
Noiembrie 2023

2.1.1. Recomandări

2.1.1.1. Monitorizarea sănătății mintale în rândul populației și dezvoltarea politicilor publice în domeniul sănătății mintale.

- ✓ **Implementarea unui studiu național privind sănătatea mintală pentru a evalua prevalența afecțiunilor psihologice în rândul populației României**. Studiul ar putea avea la bază ghidurile elaborate de către OMS și ar putea fi realizat de Ministerul Sănătății în colaborare cu alte organizații și instituții competente.

- ✓ **Creșterea finanțării pentru cercetarea în domeniul sănătății mintale pentru a sprijini dezvoltarea intervențiilor psihologice și a politicilor publice bazate pe dovezi.**

- ✓ **Înființarea unui registru național de sănătate mintală pentru a colecta date privind afecțiunile psihologice în rândul populației, dar și pentru a monitoriza eficacitatea serviciilor de sănătate mintală**. Acest registru ar putea fi similar cu (sau chiar integrat în) Dosarele Electronice de Sănătate (http://www.des-cnas.ro/pub/) și adaptat pentru colectarea datelor privind afecțiunile psihologice și eficiența intervențiilor psihologice și psihiatrice. Un asemenea demers ar putea fi util pentru a identifica și corecta lacunele existente în sistemul de îngrijire și pentru a sprijini cercetarea științifică în ceea ce privește prevalența pe termen lung a tulburărilor psihologice în România și eficiența serviciilor de specialitate. De asemenea, acest demers ar permite informarea procesul de elaborare a politicilor bazate pe dovezi pentru abordarea problemelor de sănătate mintală la nivel de stat.

- ✓ **Consolidarea capacității psihologilor și psihiatrilor din România de a colecta și analiza datele privind afecțiunile psihologice.** Acest obiectiv s-ar putea realiza prin furnizarea unor programe de formare pentru profesioniștii din domeniul sănătății mintale, pentru ca aceștia să deprindă abilități în utilizarea instrumentelor standardizate de evaluare psihologică și a unor sisteme integrate de stocare a datelor.

- ✓ **Respectarea standardelor internaționale în ceea ce privește livrarea intervențiilor în domeniul sănătății mintale**. Aceste standarde pot fi consultate în *Planul de acțiune cuprinzător pentru sănătate mintală 2013-2030*, și alte ghiduri internaționale. La ora actuală, printre prioritățile României în acest sens, se numără furnizarea acelor servicii psiho-sociale care sunt în conformitate cu drepturile fundamentale ale omului și care sunt bazate pe dovezi științifice.

- ✓ **Decontarea exclusivă a serviciilor psihologice *evidence-based*** ar putea încuraja cetățenii români să caute intervenții psihologice care s-au dovedit a fi eficiente în tratarea problemelor cu care se confruntă, și în același timp ar putea încuraja specialiștii din domeniul sănătății mentale să livreze acele servicii care au la bază dovezi științifice privind eficacitatea lor.

- ✓ **Colaborarea cu specialiști din alte țări Europene pentru a facilita schimbul de bune practici** privind monitorizarea și gestionarea tulburărilor de sănătate mintală la nivel de stat.

- ✓ **Colaborarea cu instituții de cercetare, cu societatea civilă și cu alte părți interesate în dezvoltarea politicilor publice de sănătate mintală în România**. OMS recomandă ca procesul elaborare a unor politici publice eficiente să cuprindă consultarea cu organizații profesionale, organizații care reprezintă persoanele cu tulburări de sănătate mintală, familiile acestora și alte grupuri competente în dezvoltarea politicilor și programelor de sănătate mintală.

2.1.1.2. Alocarea resurselor financiare și umane și creșterea accesului populației la serviciile de sănătate mintală

- ✓ **Creșterea finanțării pentru serviciile de sănătate mintală. Acest lucru include și creșterea accesibilității serviciilor de sănătate mintală decontate de către Casa de Asigurări de Sănătate**. De exemplu, acest lucru se poate face prin trimitere directă de către medicul de familie și la servicii de psihoterapie și consiliere psihologică, fără ca această trimitere să fie mediată de medici psihiatrii.

- ✓ **Crearea unui buget separat pentru sănătatea mintală a populației.**

- ✓ **Consolidarea forței de muncă în domeniul sănătății mintale prin creșterea numărului de profesioniști calificați** și prin furnizarea de formare continuă pentru personalul existent.

- ✓ **Implementarea unor programe psiho-educaționale în sectorul asistenței medicale primare.**

- ✓ **Creșterea accesului la serviciile de sănătate mintală în zonele rurale, inclusiv prin utilizarea serviciilor de telemedicină.**

- ✓ **Finanțarea și extinderea centrelor de sănătate mintală comunitare. Aceste tipuri de centre sunt recomandate de către OMS ca alternativă la instituțiile psihiatrice,** deoarece promovează integrarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală în comunitate urmând o abordare focalizată pe respectarea drepturilor și demnității omului.

2.2. Abuzul și violența în societate, comunitate, familii și cupluri

Conform Asociației Psihologilor Americani, abuzul poate fi definit ca orice interacțiune în care o persoană are un comportament crud, violent, degradant sau invaziv față de o altă persoană sau un animal. Abuzul poate fi de natură fizică (violența fizică), sexuală (abuzul sexual), sau psihologică (abuzul emoțional).

OMS definește violența, una dintre formele abuzului, ca fiind utilizarea intenționată sau amenințarea utilizării forței fizice sau a puterii împotriva unei alte persoane, a unui grup, sau a unei comunități, care are ca rezultat sau poate avea ca rezultat rănirea, moartea, vătămarea psihologică, dezvoltarea defectuoasă sau deprivarea (Krug & Dahlberg, 2002). Printre cele mai frecvente forme de abuz studiate în relație cu problemele de sănătate mintală sunt experiențele adverse timpurii și violența între parteneri intimi.

Experiențele adverse timpurii se referă la evenimente traumatice de viață care au loc de regulă în perioada copilăriei și a adolescenței și care au potențialul de a pune în pericol siguranța fizică și emoțională a copiilor și/sau a adolescenților

RISCURI PSIHOSOCIALE / STRES TIPIC CULTURAL ÎN ROMÂNIA

Aceste experiențe pot include abuzul fizic, sexual sau emoțional, neglijarea, expunerea la violență în familie și/sau în comunitate, abuzul de substanțe în familie, prezența tulburărilor mintale în familie, și decesul în familie (fără ca lista să fie exhaustivă). **Expunerea la experiențe adverse timpurii este asociată cu o prevalență mai crescută a tulburărilor psihologice precum stresul post-traumatic, tulburări de anxietate, depresie și tulburări de conduită din copilărie și până la vârsta adultă (Ceccarelli, 2022, Hughes et al., 2021).**

De asemenea, studiile arată **că problemele de sănătate mintală rezultante din expunerea la experiențele adverse timpurii reprezintă la rândul lor adversități pentru generațiile următoare.** Astfel, aceste experiențe reprezintă o vulnerabilitate inter-generațională care poate bloca familiile în cicluri de adversitate și sănătate mintală și fizică precară (Hughes et al., 2017).

Un studiu comprehensiv asupra prevalenței experiențelor adverse timpurii în populația românească, desfășurat în anul 2012, a **identificat o prevalență ridicată a abuzului fizic, a abuzului emoțional, a abuzului sexual și a neglijenței fizice și emoționale în rândul populației românești (Băban et al., 2013).** Abuzul și neglijarea fizică, precum și abuzul și neglijarea psihologică au fost cele mai frecvente forme raportate de experiențe adverse. **Participantele de sex feminin au raportat că au fost expuse semnificativ mai des la abuz sexual și emoțional.** Aproximativ 18% dintre persoanele incluse în studiu au raportat expunerea la cel puțin patru tipuri de experiențe adverse timpurii.

Cele mai frecvente disfuncții identificate în gospodărie au fost consumul de alcool de către un membru al familiei (21,9%) și tratamentul violent al mamei (17,4%).

Rezultatele au arătat faptul că **experiențele adverse timpurii au fost asociate pozitiv cu implicarea în comportamente de risc pentru sănătate**, iar expunerea la un număr mai mare de experiențe adverse timpurii a crescut probabilitatea de a avea probleme de sănătate fizică și mintală la vârsta adultă.

O meta-analiză mai recentă, publicată în revista The Lancet Public Health, a investigat prevalența și costurile financiare asociate experiențelor adverse timpurii în 28 de națiuni Europene (Hughes et al., 2021). **Rezultatele studiului au arătat faptul că în România prevalența acestor experiențe este de 37,9%, iar costurile atribuibile expunerii la experiențele adverse reprezintă 3.4% din valoarea Produsului Intern Brut (PIB).**

De asemenea, autorii studiului au arătat faptul că **în România, violența interpersonală, abuzul de alcool, abuzul de substanțe și anxietatea se numără printre cele mai importante consecințe ale expunerii la experiențe adverse timpurii.**

Psiholog dr. Monica BARTUCZ
Noiembrie 2023

RISCURI PSIHOSOCIALE / STRES TIPIC CULTURAL ÎN ROMÂNIA

Violența între parteneri intimi se referă la utilizarea intenționată a violenței fizice, sexuale sau psihologice, precum și la abuzul emoțional și economic al partenerului în contextul căsătoriei, sau a oricărei forme de conviețuire sau uniune (Sardinha et al., 2022).

Prevalența acestei forme de violență este îndreptată semnificativ mai mult împotriva femeilor, în toate culturile studiate. La nivel global se estimează faptul că, **pe parcursul vieții, 1 din 3 femei sunt victimele acestei forme de violență (Devries et al., 2013), iar între 38% și 50% dintre crimele îndreptate împotriva femeilor sunt comise de către parteneri intimi** (Stockl et al., 2013).

Violența interpersonală are consecințe negative atât asupra sănătății fizice și cât și psihice (Ellsberg et al., 2008).

Violența între parteneri intimi este mai frecventă în țările cu venituri scăzute**, iar factorii de risc cei mai importanți pentru săvârșirea acestei fapte se află statutul economic scăzut, educația precară, abuzul de alcool la bărbați, instabilitatea politică și epidemiile** (Tol, 2020).

Datele cu privire la prevalența violenței între parteneri pe teritoriul României sunt precare. Ultimele date privind acest subiect au fost raportate în anul 2014 de către Agenția pentru Drepturi Fundamentale ale Uniunii Europene. Conform acestor date, în 2014 prevalența pe parcursul vieții a violenței între parteneri a fost de 24%, iar prevalența în decursul a 12 luni a fost de 6%.

De asemenea, **majoritatea femeilor din România (74%) au raportat faptul că nu cunosc nicio instituție care oferă de servicii de suport pentru victimele violenței**. Lipsa monitorizării violenței între parteneri, împreună cu lipsa conștientizării fenomenului și tendința de sub-raportare, reprezintă în sine riscuri pentru perpetuarea fenomenului în rândul societății românești.

Sub-raportarea prevalenței experiențelor adverse timpurii, precum și a abuzului fizic, sexual și emoțional se leagă de stigmatul social mai puternic asociat acestora în rândul țărilor cu venituri mici și mijlocii, de încrederea mai slabă în instituțiile publice desemnate pentru apărarea cetățenilor (ex. poliție, aparatul justițiar), dar și de diferențe inter-culturale în ceea ce privește definirea și încadrarea legală a anumitor tipuri de abuz și violență.

De exemplu, conform datelor Eurostat, **abuzul sexual este mult mai prevalent în rândul țărilor cu venituri crescute, precum Suedia sau Norvegia, în comparație cu țări precum România sau Bulgaria. La o analiză mai atentă însă, se constată că țările nordice și vestice dezvoltate adoptă o definiție legală mult mai largă asupra comportamentelor de abuz sexual, astfel încât datele oficiale din cele două țări nu sunt comparabile** (Martín-Fernández et al., 2020).

Psiholog dr. Monica BARTUCZ
Noiembrie 2023

2.2.1. Recomandări

O recomandare generală se referă la etapizarea programelor de prevenție a evenimentelor adverse timpurii și a violenței între parteneri intimi. Acest lucru presupune **implementarea unor programe de intervenție primară universală, adresate întregii populații, programe de intervenție secundară, adresate populațiilor care sunt la risc (de ex., familii din medii defavorizate), și programe de intervenție terțiară, adresate copiilor, familiilor și cuplurilor în cazul cărora s-a produs expunerea la abuz.**

2.2.1.1. Prevenția experiențelor adverse timpurii și tratarea consecințelor expunerii la abuz, neglijare și violență

✓ Finanțarea cercetării și colectării de date pentru a înțelege mai bine corelatele, prevalența și impactul experiențelor adverse timpurii în rândul populației din România și pentru a dezvolta intervenții și politici publice eficiente și adaptate cultural, respectiv pentru a evalua aceste intervenții și politici. Mai multe exemple de bune practici în acest sens sunt oferite de Matjasko și colab. (2022). Aceștia recomandă:

(1) evaluarea determinanților specifici acestui fenomen pentru comunitățile vizate (ex. densitatea furnizorilor de alcool dintr-o comunitate)

(2) caracteristicile predominante a experiențelor adverse timpurii specifice pentru comunitate (ex. pedeapsa corporală) și

(3) consecințele expunerii la aceste experiențe (ex. anxietate pe termen scurt, abandon școlar pe termen mediu, șomaj pe termen lung).

✓ Consolidarea sprijinului economic pentru familii, prin politici și programe care să permită satisfacerea nevoilor de bază a copiilor, precum hrană, adăpost și îngrijire medicală. Aceste politici pot viza populația generală sau mai specific populațiile vulnerabile (ex. cu istoric de evenimente adverse, condiții economice precare, nivel scăzut de educație).

✓ Implementarea unor servicii integrative pentru a sprijini familiile, cum ar fi educația parentală, consiliere și asistență financiară, cu scopul de a reduce stresul părinților.

✓ Implementarea unor campanii de educație publică pentru a promova norme sociale care pot proteja copiii împotriva violenței și a abuzului.

✓ Consolidarea politicilor și a programelor accesibile populației care sprijină educația parentală. Un exemplu de bune practici în acest sens este programul Adults and Children Together (ACT) Against Violence Parents Raising Safe Kids, dezvoltat de către Asociația Psihologilor Americani și Asociația Națională pentru Educarea Copiilor din SUA. Programul s-a dovedit a fi eficient și poate fi livrat în mai multe contexte (Portwood et al, 2011).

✓ Implementarea unor programe de vizite la domiciliu pentru mame și copii cu istoric de expunere la experiențe adverse timpurii.

✓ Implementarea unor programe informative pentru medicii pediatrii, medicii de familie și organele de protecție publică (ex. poliție) în ceea ce privește recunoașterea semnelor expunerii la experiențe adverse timpurii.

✓ Implementarea unor programe anti-bullying în școli și în comunitate.

✓ Elaborarea și implementarea unor strategii bazate pe dovezi pentru prevenția și tratarea abuzului de alcool și de substanțe.

Conform datelor naționale și internaționale, abuzul de alcool este printre cei mai frecvenți determinanți ai comportamentelor de abuz în familii și cupluri. Astfel, reducerea prevalenței dependenței de alcool ar trebui să fie prioritară

- ✓ Asigurarea accesului facil și decontat la intervenții psihologice validate științific pentru copii care au fost expuși la maltratare și abuz. Una dintre cele mai importante scopuri în această etapă de intervenție este blocarea transmiterii inter-generaționale a comportamentelor abuzive.

2.2.1.2. Prevenția violenței între parteneri intimi și protejarea victimelor.

- ✓ Finanțarea programelor de colectare a datelor pentru a înțelege mai bine prevalența și impactul violenței domestice în rândul populației din România.
- ✓ Dezvoltarea unor programe de educație privind violența domestică în școli și comunități pentru a crește gradul de conștientizare asupra fenomenului și pentru a promova relațiile sănătoase.
- ✓ Elaborarea și implementarea unor politici și programe de promovare a egalității de gen.
- ✓ Consolidarea legilor și a eforturilor de aplicare a legii pentru a-i trage la răspundere pe agresori pentru acțiunile lor și pentru a proteja victimele. De exemplu, guvernul român ar putea adopta o legislație care să mărească pedepsele pentru infracțiunile de violență domestică și să ofere resurse pentru ca victimele să solicite asistență juridică. Acest lucru ar putea include instituirea unor instanțe specializate în violența domestică și extinderea serviciilor de sprijinire a victimelor, cum ar fi adăposturile și consilierea.
- ✓ Creșterea accesului la servicii de îngrijire pentru victimele violenței domestice, inclusiv linii telefonice de urgență, adăposturi, intervenții psihologice validate științific, consiliere și asistență juridică. Acest lucru ar putea presupune extinderea serviciilor de sprijin existente, și în crearea de noi servicii, cum ar fi clinici specializate în violența domestică în spitale.
- ✓ Promovarea unor campanii publice de conștientizare pentru a crește nivelul de cunoștințe legate de semnele și consecințele violenței domestice. De asemenea, este importantă diseminarea informațiilor publice cu privire la modalitățile în care victimele violenței domestice pot solicita adăpost sau alte forme de asistență, pentru ele și pentru copii lor.
- ✓ Promovarea și sprijinirea bărbaților care contribuie la eforturile de prevenire a violenței domestice.
- ✓ Inițierea sau extinderea unor colaborări cu instituții de cercetare, cu societatea civilă și cu organizații care reprezintă victimele violenței domestice pentru dezvoltarea și implementarea unor politici publice cu scopul de a reduce fenomenul vizat. Colaborarea cu organizații naționale și internaționale pentru pentru a face schimb de bune practici.

2.3.Stigmatizarea persoanelor cu tulburări mintale

Stigma este definită ca o atitudine negativă față de un individ sau a un grup de indivizi, în baza unei caracteristici comune, și care rezultă în respingere, discriminare și excludere de la participarea în diferite domenii ale societății (Thornicroft et al., 2007).

Stigmatizarea se poate manifesta în relație cu propria persoană (auto-stigmatizare), sau în relații interpersonale (față de alte persoane). **Stigmatizarea poate fi structurală** atunci când este împărtășită de majoritatea persoanelor dintr-o comunitate/regiune/națiune, și rezultă în discriminarea sistematică a persoanelor stigmatizate prin practici, politici sau legi care promovează și/sau mențin excluderea socială, politică și economică a acestora.

Printre cele mai frecvente stereotipuri legate de persoanele cu tulburări mintale se numără ideea că acestea sunt instabile, periculoase, iresponsabile, incurabile și contagioase (Corrigan & Miller, 2014; Hansson, 2017**). De asemenea, în societățile cu profil colectivist și cu venituri mici și mijlocii stigma asociată persoanelor cu tulburări mintale este deseori extinsă asupra familiei și/sau a îngrijitorilor (Corrigan & Miller, 2014), fapt care poate rezulta în încălcări majore ale drepturilor persoanelor care suferă de aceste tulburări (ex. limitarea circulației acestora).**

Stigmatizarea persoanelor cu tulburări mintale reprezintă una dintre barierele majore în ceea ce privește solicitarea ajutorului din partea serviciilor de asistență specializată, ceea ce rezultă în netratarea simptomelor, în înrăutățirea prognosticului și în perpetuarea stereotipului conform căruia acestea sunt incurabile. De asemenea, **afecțiunile psihologice pot reprezenta un factor de risc pentru dezvoltarea și/sau menținerea problemelor medicale, acestea fiind asociate cu angajarea în comportamente de risc (ex. fumat, consum de substanțe), solicitarea întârziată a serviciilor medicale și cu neaderența la tratament.**

Netratarea problemelor de sănătate mintală este asociată de asemenea cu performanța școlară precară și cu limitarea productivității la locul de muncă. **Efectele netratării tulburărilor mintale, împreună cu discriminarea și excluderea socială a persoanelor cu afecțiuni psihologice, poate bloca aceste persoane în condiții de sănătate precară și sărăcie. Astfel, pe lângă costurile psihologice uriașe ale stigmatizării resimțite de către persoanele afectate de tulburări mintale și familiile acestora, stigmatizarea afecțiunilor psihologice produce costuri financiare semnificative și la nivel de stat** (Javed et al., 2021).

Există foarte puține date cu privire la stigmatizarea persoanelor cu tulburări mintale în România. **În general, studiile arată faptul că indivizii din țările estice, cu un profil cultural predominant colectivist, prezintă un nivel mai crescut de stigmatizare a problemelor cu sănătate mintală, în comparație cu persoanele care provin dintr-un mediu cultural vestic și individualist** (Krendl și Pescosolido, 2020).

Un rol important în aceste discrepanțe culturale îl au diferențele privind atribuțiile pe care indivizii le fac legat de etiologia tulburărilor mintale. Astfel, indivizii din culturile estice tind să considere tulburările mintale ca fiind rezultatul unor probleme de caracter sau a lipsei de autocontrol (Krendl și Pescosolido, 2020).

De asemenea, un studiu efectuat pe populația românească a arătat faptul că **un rol important în menținerea stigmatizării tulburărilor mintale în România se leagă de lipsa cunoștințelor legate de problemele de sănătate mintală** (Stănculescu et al, 2008).

Același studiu arată faptul că românii diagnosticați de o tulburare mintală par să fie mai vulnerabili la stigmatizare și discriminare chiar și după dispariția simptomelor, în comparație cu indivizii de alte naționalități.

Un alt studiu din 2017 a comparat studenți români cu studenți străini din cadrul aceleiași facultăți de medicină, în ceea ce privește atitudinile negative legate de pacienții cu tulburări mintale (Popescu et al., 2017). **Rezultatele studiului au arătat faptul că, în general, studenții au prezentat un nivel crescut de atitudini negative față de persoanele cu probleme de sănătate mintală, și că aceste atitudini au fost mai pronunțare în rândul studenților români.**

De asemenea, **44,6% dintre studenții români nu au știut să identifice depresia, în comparație cu 11,6% dintre studenții internaționali, iar 21,8% dintre studenții români nu au știut să identifice simptomele schizofreniei, în comparație cu 3,7% din studenții străini.**

Un alt studiu din 2013 a investigat portretizarea persoanelor afectate de schizofrenie în 5 ziare românești (ex. Adevărul, Evenimentul zilei) între 2008 și 2011 (Calo și Băban, 2013).

Rezultatele studiului au evidențiat faptul că **majoritatea conținuturilor mass-media au atribuit caracteristici negative persoanelor cu schizofrenie, cea mai frecventă caracteristică negativă fiind periculozitatea (38%).**

Diferențele interculturale în ceea ce privește stigmatizarea problemelor de sănătate mintală sunt aproximate deseori prin numărul de specialiști în sănătate mintală pe cap de locuitor.

Conform datelor oferite de către OMS, **România are un număr redus de specialiști în domeniul sănătății mintale per 100,000 de locuitori, în comparație cu alte state Europene**. Acest lucru indică un nivel crescut al stigmatizării structurale în populația românească.

2.3.1. Recomandări

- ✓ **Implementarea unor campanii de reducere a stigmatizării persoanelor cu probleme de sănătate mintală, la nivel național și local**. Conform studiilor de specialitate, există 4 mari categorii de intervenții pentru reducerea stigmatului social atașat persoanelor cu probleme de sănătate mintală.

- ✓ **Intervențiile educaționale se focalizează corectarea miturilor și a informațiilor false legate de afecțiunile psihologice, cu scopul de a diminua atitudinile negative legate de acestea.** Un exemplu este corectarea convingerilor legate de periculozitatea persoanelor afectate de schizofrenie prin prezentarea statisticilor care arată faptul că prevalența comportamentelor criminale nu diferă între persoanele diagnosticate cu schizofrenie și populația generală.

Aceste tipuri de programe s-au demonstrat a fi mai eficiente în diminuarea autostigmatizării decât în diminuarea stigmei publice (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016).

RISCURI PSIHOSOCIALE / STRES TIPIC CULTURAL ÎN ROMÂNIA

- ✓ **De asemenea, intervențiile care s-au focalizat pe educarea populației privind explicațiile biologice (ex. genetice) ale schizofreniei au dus la o creștere a stigmatizării persoanelor cu această afecțiune,** deoarece au scos în evidență diferențele între acestea și populația generală, și au întărit convingerile privind incurabilitatea tulburării (Schomerus et al., 2012). În același timp, în unele culturi, explicațiile bio-medicale ale problemelor de sănătate mintală pot reduce auto-blamarea și pot încuraja indivizii să apeleze la ajutor de specialitate (Yang et al., 2013).

- ✓ **Programele de alfabetizare în domeniul sănătății mintale sunt inițiative care au ca scop creșterea gradului de înțelegere și conștientizare a afecțiunilor de sănătate mintală, precum și promovarea acceptării și sprijinului pentru persoanele cu afecțiuni de sănătate mintală** (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016). Aceste campanii pot fi desfășurate într-o varietate de forme, cum ar fi anunțuri publicitare de sensibilizare a publicului sau programe educaționale la nivelul școlilor și a comunității.

- ✓ **Intervențiile prin contact urmăresc să reducă stigmatizarea sănătății mintale prin creșterea interacțiunilor pozitive între persoanele cu afecțiuni de sănătate mintală și populația generală**. Cercetările au arătat că intervențiile de contact pot fi eficiente în reducerea stigmatizării sănătății mintale prin creșterea înțelegerii și a empatiei și prin reducerea stereotipurilor și atitudinilor negative (Corrigan et al.,2014).

- ✓ **Intervențiile de tip peer services sunt intervenții conduse sau mediate de persoane care s-au confruntat cu probleme de sănătate mintală**. Cercetările au arătat aceste intervenții pot fi eficiente în reducerea stigmatizării, creșterea sprijinului social și îmbunătățirea rezultatelor pentru persoanele cu afecțiuni mintale, dar și pentru persoanele recuperate (Solomon, 2004).

- ✓ **Elaborarea și implementarea unor campanii de conștientizare pentru a promova înțelegerea și acceptarea afecțiunilor de sănătate mintală**. Aceste campanii ar putea lua forma unor reclame la radio și televiziune, afișe și campanii pe rețelele de socializare care să prezinte poveștile personale ale persoanelor cu afecțiuni de sănătate mintală, precum și informații despre accesul la resursele disponibile.

Psiholog dr. Monica BARTUCZ
Noiembrie 2023

- ✓ **Implicarea mass-media pentru a promova reprezentări corecte și pozitive ale persoanelor care se confruntă cu probleme de sănătate mintală.** Acest lucru ar putea include promovarea unor figuri publice (ex. celebrități) care s-au confruntat cu afecțiuni psihologice, și/sau persoane care s-au recuperat în urma tratamentului psihologic. De asemenea, acest obiectiv poate fi urmărit prin colaborarea cu jurnaliști și cu instituțiile media pentru a elabora ghiduri de raportare responsabilă.

- ✓ **Conform studiilor, generalizările cu privire la toate tulburările mintale promovează stigmatizarea (Javed et al., 2021); prin urmare, se recomandă focalizarea pe destigmatizarea etichetelor asociate cu diagnosticul individual**. Acest lucru presupune dedicarea unor campanii specifice pentru reducerea stigmatizării față de persoanele care suferă de depresie, care să fie separate de campanille destinate destigmatizării schizofreniei.

- ✓ **Implementarea unor inițiative de reducere a stigmatizării în cadrul sistemului de sănătate.** Acest obiectiv ar putea include oferirea de cursuri de formare obligatorie sau continuă pentru specialiștii din domeniul medical, cu privire la modul de recunoaștere și abordare a tulburărilor mintale și a stigmatizării acestora.

3. Concluzii

Determinanții sociali ai sănătății mintale se referă la condițiile de viață în care indivizii trăiesc, și care au un impact major asupra distribuirii problemelor de sănătate mintală în rândul populației.

Deși acești determinanți sunt prezenți în toate culturile studiate, prevalența acestora diferă de la o țară la alta, astfel că populațiile anumitor regiuni/națiuni pot prezenta un grad mai crescut de expunere la riscuri sociale asociate cu probleme multiple de sănătatea mintală.

În prezentul raport, au fost abordate trei categorii principale de riscuri sociale relevante pentru dezvoltarea și menținerea afecțiunilor psihologice în spațiul cultural Românesc.

Primul risc social identificat a fost *lipsa prioritizării sănătății mintale la nivelul politicilor de stat.* Acesta a fost operaționalizat prin

(a) lipsa monitorizării situației sănătății mintale la nivel național,

(b) lipsa politicilor publice care vizează reducerea prevalenței problemelor de sănătate mintală în rândul populației și

(c) alocarea deficitară a resurselor financiare și umane în domeniul sănătății mintale și

(d) accesul precar al populației la serviciile de asistență psihologică.

Al doilea factor de risc identificat a fost *abuzul și violența în societate, comunitate, familii și cupluri.*

***Al* treilea risc social abordat a fost *stigmatizarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală*.** Pentru fiecare categorie de risc, a fost evaluată situația României în comparație cu alte țări Europene.

Psiholog dr. Monica BARTUCZ
Noiembrie 2023

RISCURI PSIHOSOCIALE / STRES TIPIC CULTURAL ÎN ROMÂNIA

O recomandare generală pentru reducerea riscurilor sociale abordate în acest raport vizează **prioritizarea sănătății mintale a populației prin creșterea bugetului alocat cercetărilor și din acest domeniu**.

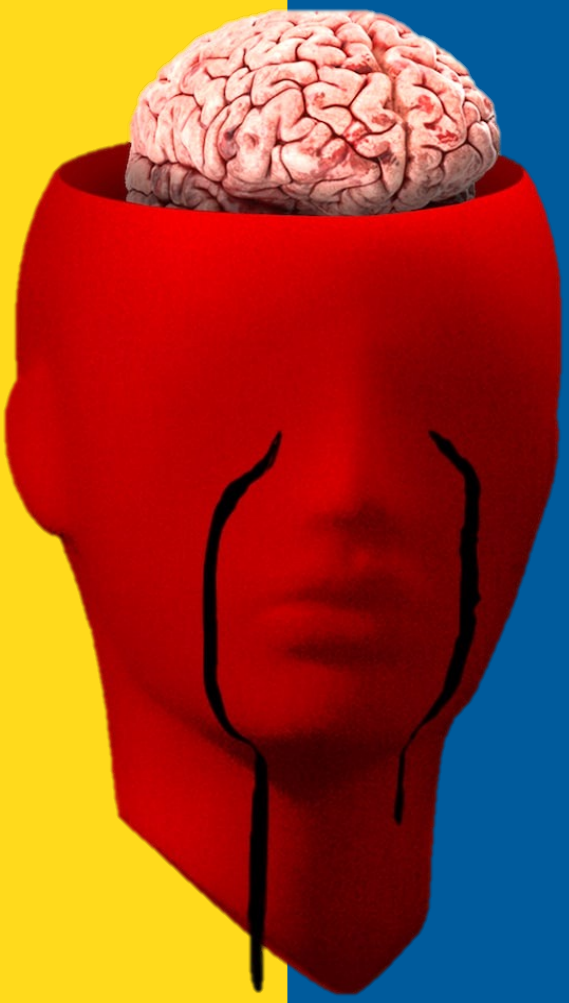
Este nevoie de o monitorizare mai eficientă a problemele sociale asociate tulburărilor mintale pentru a depăși problemele legate de subraportare și pentru a sprijini procesul de elaborare a politicilor publice bazate pe dovezi.

Monitorizarea eficientă poate fi sprijinită prin **crearea unui registru de date accesibil profesioniștilor din domeniul sănătății mintale și prin implementarea unor studii naționale sistematice.**

La fel de importantă este **creșterea accesului la intervenții psihologice validate științific pentru persoane care se confruntă cu afecțiuni psihologice și/sau cu situații de abuz și violență în familie și în comunitate**. În același timp, este esențială implementarea unor programe naționale și locale de educare și destigmatizare privind problemele de sănătate mintală.

Aceste programe au rolul de a corecta prejudecățile indivizilor legate de problemele psihologice cu care se confruntă ei sau membri comunității lor, de a ajuta populația să recunoască prezența psihopatologiei și să cunoască modalitățile prin care pot fi accesate intervențiile de specialitate.

Psiholog dr. Monica BARTUCZ
Noiembrie 2023



3. SĂNĂTATEA MINTALĂ LA LOCUL DE MUNCĂ

CES ROMÂNIA

Noiembrie 2023

3. Sănătatea mintală la locul de muncă

Prof. univ. dr. Delia VÎRGĂ

Munca și sănătatea mintală

La nivel global, **15% dintre adulții de vârstă activă trăiesc cu o tulburare mintală** (vezi Fig. 1) (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019). Tulburările mintale și alte afecțiuni de sănătate mintală sunt experimentate în moduri diferite de către diferite persoane, cu grade diferite de dificultate și suferință (World Health Organization, 2022). Fără structuri și sprijin eficace, în ciuda dorinței de a munci, unele condiții de sănătate mintală nesusținute pot afecta încrederea în sine, plăcerea de a munci, capacitatea de a lucra, absenteismul și șansa de a obține un loc de muncă. În mod similar, îngrijitorii și membrii familiei sunt afectați.

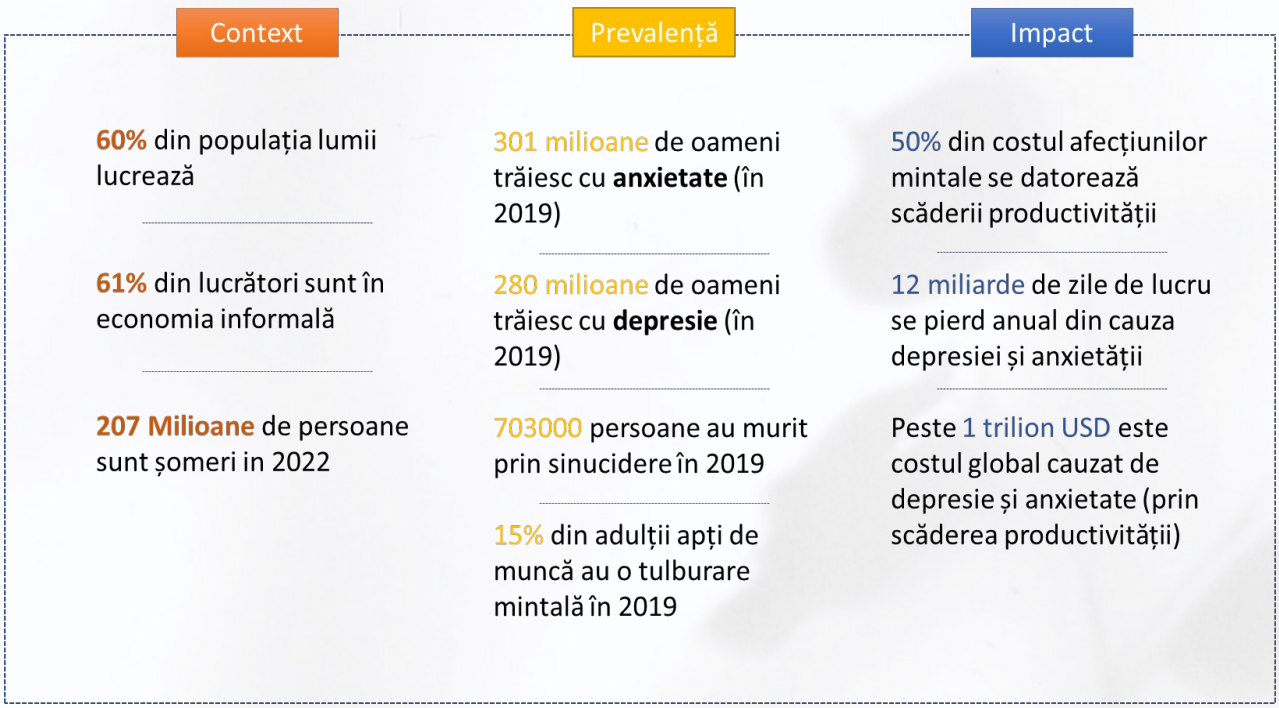


Fig.1 Sănătatea mintală în cifre

Surse: IHME (2019); ILO (2018); ILO (2022); Christensen et al. (2020); Chisholm et al. (2016).

2. Contextul post-pandemic și sănătatea mintală la locul de muncă

Ca și în alte țări, pandemia de COVID-19 a avut un impact grav asupra pieței muncii din România. După o stare de urgență inițială, urmată de o stare de alertă care s-a încheiat în martie 2022, starea actuală a pieței muncii încă suportă consecințele pandemiei.

Sănătatea și siguranța au devenit un pilon de referință pentru condițiile de angajare în noul context. Echilibrul dintre viața profesională și viața privată este, mai mult ca niciodată, privit ca o componentă importantă a unui mediu de lucru sănătos și sigur și este solicitat de angajați atât la angajare, cât și în timpul relației de muncă.

2. Contextul post-pandemic și sănătatea mintală la locul de muncă

Potrivit sondajului EU-OSHA în rândul angajaților (Pulsul SSM – Securitatea și sănătatea în muncă la locurile de muncă post-pandemie, octombrie 2022), **peste patru lucrători din zece (44%) spun că stresul la locul de muncă a crescut ca urmare a pandemiei.** Sunt analizați factorii de stres fizic și psihic pentru angajați și măsurile de sănătate și securitate în muncă (SSM) luate la locul de muncă.

Aproape jumătate din respondenți (46%) au spus că se confruntă cu presiunea timpului sau cu un volum excesiv de muncă. Alți factori care provoacă stres sunt comunicarea sau cooperarea deficitară în cadrul organizației, precum și lipsa controlului asupra ritmului de lucru sau a proceselor de lucru.

Un procent destul de mare de lucrători raportează o serie de probleme de sănătate legate de muncă, asociate frecvent cu stresul: **30% din respondenți au raportat cel puțin o problemă de sănătate (oboseală generală, dureri de cap, oboseala ochilor, probleme sau dureri musculare) cauzată sau agravată de muncă. La acestea se adaugă afecțiuni musculo-scheletale, munca sedentară fiind un nou stresor la locul de muncă, la fel de dăunător pentru sănătate ca și munca fizică intensă.**

O schimbare semnificativă față de perioada pre-pandemică este faptul că a vorbi despre **sănătatea psihică nu mai este un tabu. După cum afirmă 50% din angajați, pandemia a facilitat discuțiile pe această temă la locul de muncă**. Însă, nu tuturor lucrătorilor le este ușor să vorbească despre cum se simt. Deși 59% au spus că le-ar veni ușor să vorbească cu șeful sau superiorul despre starea lor psihică, **50% sunt îngrijorați că dezvăluirea unei afecțiuni psihice le-ar putea afecta cariera profesională.**

Cât privește inițiativele și activitățile de la locul de muncă de prevenire sau reducere a riscurilor, **42% dintre respondenți au spus că la locul de muncă există informații și cursuri de formare despre starea de bine și combaterea stresului**.

De asemenea, există acces la consiliere și sprijin psihosocial (38%) și la activități de conștientizare și alte activități de informare cu privire la securitate și sănătate (59%).

.

SĂNĂTATEA MINTALĂ LA LOCUL DE MUNCĂ

Expunerea prelungită la factori stresori duce la epuizare profesională.

Epuizarea profesională (engl. Burnout) este definit conform Clasificării Internaționale a Bolilor (ICD-11) astfel: Epuizarea profesională este un sindrom rezultat în urma stresului cronic de la locul de munca, care nu a fost gestionat cu succes.

Se caracterizează prin trei aspecte:

- ✓ **sentimentul de epuizare emoțională** sau epuizarea energiei;
- ✓ **detașare crescută față de locul de muncă sau sentimente de negativism sau cinism** legate de locul de muncă;
- ✓ **eficacitate profesională redusă.**

Epuizarea profesională se referă în mod specific, la fenomene din contextul ocupațional și nu ar trebui aplicat pentru a descrie experiențe din alte domenii ale vieții.

Burnout-ul este inclus în a 11-a revizuire a Clasificării Internaționale a Bolilor (ICD-11) ca fenomen profesional. Nu este clasificat ca afecțiune medicală.

În cadrul conceptului general de „**echilibru între muncă și viața privată**”, atât viața personală, cât și cea profesională sunt considerate la fel de valoroase pentru angajați și, prin urmare, ar trebui să fie complementare și consecvente reciproc.
Pe scurt, echilibrul dintre viața profesională și viața privată este starea de echilibru în care o persoană acordă prioritate în mod egal cerințelor carierei și cerințelor vieții personale.

Menținerea unui echilibru sănătos între viața profesională și viața privată este importantă atât pentru sănătate și relații, cât și pentru îmbunătățirea productivității angajatului și, în cele din urmă, performanța.

În urma trecerii forțate către munca hibridă și de la distanță cauzată de COVID-19, munca la domiciliu a devenit, pentru mulți, noua normalitate. **Adesea, avantajele depășesc aspectele negative: zero costuri cu naveta, mai multă independență și o concentrare pe productivitate, nu pe orele de lucru. Întrucât angajații nu mai sunt nevoiți să stea în trafic sau să cheltuie cu transportul public, toate aceste transformări pot adăuga ore la timpul lor liber, fără a le compromite productivitatea**.

Prof. univ. dr. Delia VÎRGĂ
Noiembrie 2023

Este important totuși de reținut că **munca la domiciliu poate avea și efecte negative.**

- ✓ **Prelungirea muncii peste programul de 8 ore** când se lucrează la domiciliu,
- ✓ **Afectarea sănătății fizice:** În 2021, Societatea Regală pentru Sănătate Publică (RSPH, Marea Britanie) a constatat că 48 % dintre angajații chestionați care lucrau de pe canapea sau din dormitor au spus că suferă de *afecțiuni musculo-scheletice*.
- ✓ **Impact asupra sănătății mintale**: Munca la domiciliu are un impact asupra sănătății mintale a oamenilor, 67% spunând că se simt mai puțin conectați cu colegii lor și 56% spunând că le este mai greu să se oprească. Cu toate acestea, doar o treime dintre respondenți li sa oferit sprijin pentru sănătatea mintală (34%) de la angajator.
- ✓ **Granițe slabe între viața personală și viața profesională**. Multe persoane care lucrează la domiciliu nu au spațiu suficient pentru un birou dedicat și lucrează din dormitor sau din camera de zi. Această lipsă a unui spațiu de lucru separat poate avea un impact psihologic semnificativ.
- ✓ În rândul angajaților chestionați pentru raportul RSPH, **56% dintre cei care lucrau de acasă întâmpinau dificultăți în a se deconecta după programul de lucru.**
- ✓ **Contextul locuirii: Oamenii care locuiesc cu mai mulți colegi au fost mai susceptibili să creadă că munca de acasă are un impact negativ pentru sănătatea și bunăstarea lor (41%),** comparativ cu persoanele care locuiesc singure (29%) sau doar cu partenerul lor (24%).

Concluziile sondajului au arătat, de asemenea, că **majoritatea oamenilor nu dorea să se întoarcă la muncă la birou cu normă întreagă, aproape trei sferturi dintre oameni (74%) spunând că doresc să-și împartă timpul între munca la domiciliu și lucrul într-un birou.**

Cu toate acestea, problemele de sănătate și bunăstare care afectează lucrătorii la domiciliu și faptul că unele grupuri de oameni sunt afectate mai grav decât altele trebuie să fie abordate de către angajatori.

Pentru a aborda problemele de sănătate și bunăstare cu care oamenii se confruntă ca urmare a lucrului de acasă, putem recomanda ca:

- ✓ **Angajatorii să se asigure că toți angajații au acces la sprijin pentru sănătatea mintală** pentru a-i ajuta să facă față izolării și anxietății crescute;
- ✓ **Toți angajații să aibă acces la echipamente și o evaluare de la distanță pentru a-i sprijini cu sănătatea fizică,**
- ✓ **Organizațiile să dezvolte o cultură care să încurajeze angajații să-și separe viața profesională de cea de acasă atunci când lucrează de acasă, inclusiv încurajarea angajaților să-și blocheze comunicațiile de serviciu în afara orelor de lucru.**

Prof. univ. dr. Delia VÎRGĂ

Noiembrie 2023

SĂNĂTATEA MINTALĂ LA LOCUL DE MUNCĂ

Hărțuirea morală la locul de muncă sau ”mobbing-ul” este considerată de către specialiști cea mai nocivă sursă de stres la locul de muncă. Termenul „*mobbing*”, mai puțin cunoscut în România, a fost introdus recent în legislația națională ***„prin hărțuire psihologică se înțelege orice comportament necorespunzător care are loc într-o perioadă, este repetitiv sau sistematic și implică un comportament fizic, limbaj oral sau scris, gesturi sau alte acte intenționate și care ar putea afecta personalitatea, demnitatea sau integritatea fizică ori psihologică a unei persoane;”***

În mediul organizațional, mobbing-ul se referă la persecuția sau violența psihologică perpetuată de angajator sau de colegi față de un alt angajat, cu scopul de a-l determina să-și dea demisia.

Cercetătorii au identificat **45 de comportamente asociate mobbing-ului, grupate în cinci categorii**, în funcție de efectele asupra victimelor:

1. **Îngrădirea posibilității de exprimare a victimei**: aceasta nu are posibilitatea de a-și expune punctul de vedere în fața șefilor; este întreruptă atunci când vorbește; colegii se adresează necuviincios, critică munca și viața personală;
2. **Izolarea victimei**: nu se vorbește niciodată cu victima; victima nu este lăsată să se adreseze altei persoane; victimei i se atribuie un loc de muncă ce o izolează de colegi; li se interzice colegilor să vorbească cu victima; se ignoră prezența fizică a victimei;
3. **Desconsiderarea victimei în fața colegilor**: victima este criticata și se lansează diverse zvonuri; este ridiculizată; se glumește pe seama originii, naționalității și vieții particulare a victimei; victima este hărțuită sexual
4. **Discreditarea profesională a victimei**: victimei nu i se atribuie sarcini sau i se atribuie unele peste nivelul calificării sale sau sub nivelul calificării;
5. **Compromiterea sănătății victimei**: încredințarea unor sarcini periculoase și nocive pentru sănătate; agresarea fizică ușoară și gravă a victimei, ajungându-se până la agresiune sexuală.

Acțiuni anti-mobbing la nivel de organizații:

- ✓ **identificarea și evaluarea situației de mobbing**
- ✓ **Informare și consiliere antimobbing** (se oferă repere psihologice, legale și profesionale pentru ca persoana să se poată proteja sănătos în situația dată și să ia decizia optimă referitoare la păstrarea / părăsirea locului de muncă / reintegrarea sau reorientarea profesională);
- ✓ **Consiliere psihologică, psihoterapie și/sau consilierea carierei /consiliere profesională;**
- ✓ **Grupuri de suport anti-mobbing;**
- ✓ **Direcționarea către specialiști: avocați, consilieri juridici, mediatori, psihoterapeuți, consilieri profesionali, medici psihiatri și instituții abilitate în domeniu.**
- ✓ **Campanii de informare, conștientizare și sensibilizare asupra fenomenului;**
- ✓ **Diagnoză organizațională periodică (care să integreze alături de identificarea surselor de stres psihosocial și acțiunile de tip mobbing)** și intervenții de well-being în organizații.

Dar aceste măsuri la nivel organizațional trebuie susținute și extinse de măsuri luate la nivel național, de către autoritățile naționale și Parlament, care să aducă o contribuție semnificativă la prevenirea și îmbunătățirea sănătății la locul de muncă, in România.

Prof. univ. dr. Delia VÎRGĂ

Noiembrie 2023

3. Ce avem până acum în legislația din România?

Legislația din România s-a aliniat, într-o oarecare măsură, la legislația europeană și a adoptat de curând o Directivă ce vizează echilibrul dintre viața profesională și cea privată pentru părinți și îngrijitori. În România, această Directivă a fost transpusă prin Legea nr. 283/2022 care a intrat în vigoare la 22 octombrie 2022, reglementând o serie de măsuri menite să concilieze viața profesională cu cea personală.

Noile modificări legislative sporesc și nivelul de protecție al angajaților împotriva discriminării și tratamentelor nefavorabile, precizând în mod explicit interdicția concedierii salariaților pentru depunerea unei plângeri pentru încălcarea drepturilor lor legale sau a principiilor egalității de tratament și nediscriminării. Interdicția de a concedia salariații se prelungește și pentru perioada concediului de paternitate, concediu de îngrijire sau concediu pentru circumstanțe neprevăzute.

Un aspect esențial de reținut este că **stresul și epuizarea profesională (*sindromul burnout*) intră sub incidența hărțuirii morale la locul de muncă în noua legislație din România**. Mai multe detalii regăsim în Anexa 1 legate de conținutul legislativ ce urmează să se implementeze și la noi în țară. Dar acesta este un prim pas, dar nu acoperă toate aspectele necesare pentru prevenția și îmbunătățirea sănătății mintale la locul de muncă.

Vom argumenta în continuare direcțiile ce trebuie dezvoltate la nivel guvernamental și organizațional pentru a îmbunătății sănătatea mintală la locul de muncă.

4. Nevoia de acțiune pentru îmbunătățirea sănătății mintale la locul de muncă

În contextul actual sunt esențiale politici și acțiuni eficiente pentru îmbunătățirea sănătății mintale la locul de muncă pentru a susține dreptul omului la o sănătate bună, inclusiv la sănătatea mintală, și pentru a avansa către realizarea Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă (ODD), în special ODD 3 privind sănătatea și ODD 8 privind munca decentă pentru toți.

Pentru *indivizi*, o sănătate mintală mai bună la locul de muncă poate reduce excluziunea, poate îmbunătăți sănătatea și bunăstarea generală și poate crește securitatea economică. *Organizațiile* vor beneficia, de asemenea, de o participare mai mare pe piața muncii și de o productivitate mai mare, astfel profitul unei companii va fi îmbunătățit.

Și **pentru *guverne***, abordarea sănătății mintale la locul de muncă poate duce la economii în cheltuielile pentru îngrijirea sănătății și în sprijinul pentru bunăstare. Costurile inacțiunii pentru *societate* sunt semnificative.

Asistența medicală mintală (sau fizică) disponibilă are un cost direct. Cu toate acestea, **costurile indirecte ale productivității reduse (care pot include decesul prematur, invaliditatea și productivitatea redusă la locul de muncă) depășesc adesea cu mult costurile directe ale îngrijirii (WHO, 2022).**

Prof. univ. dr. Delia VÎRGĂ

Îmbunătățirea sănătății mintale la locul de muncă necesită acțiuni pentru prevenirea condițiilor de sănătate mintală legate de muncă, pentru protejarea și promovarea sănătății mintale la locul de muncă și pentru a sprijini toți lucrătorii să participe pe deplin și echitabil la muncă (vezi Fig. 2).

Fiecare domeniu de acțiune are o valoare limitată în sine și funcționează cel mai bine atunci când este implementat împreună cu celelalte, ca parte a unei abordări ample și cuprinzătoare. Părțile interesate pot contribui la crearea unui mediu favorabil pentru schimbare prin asigurarea angajamentului și a fondurilor, abordând stigmatizarea și discriminarea, coordonând abordări multisectoriale și participative și consolidarea dovezilor pentru intervenții eficiente.

Secțiunile care urmează analizează mai atent atât strategiile specifice, cât și acțiunile transversale pe care diferitele părți interesate le pot folosi pentru a aborda sănătatea mintală la locul de muncă.

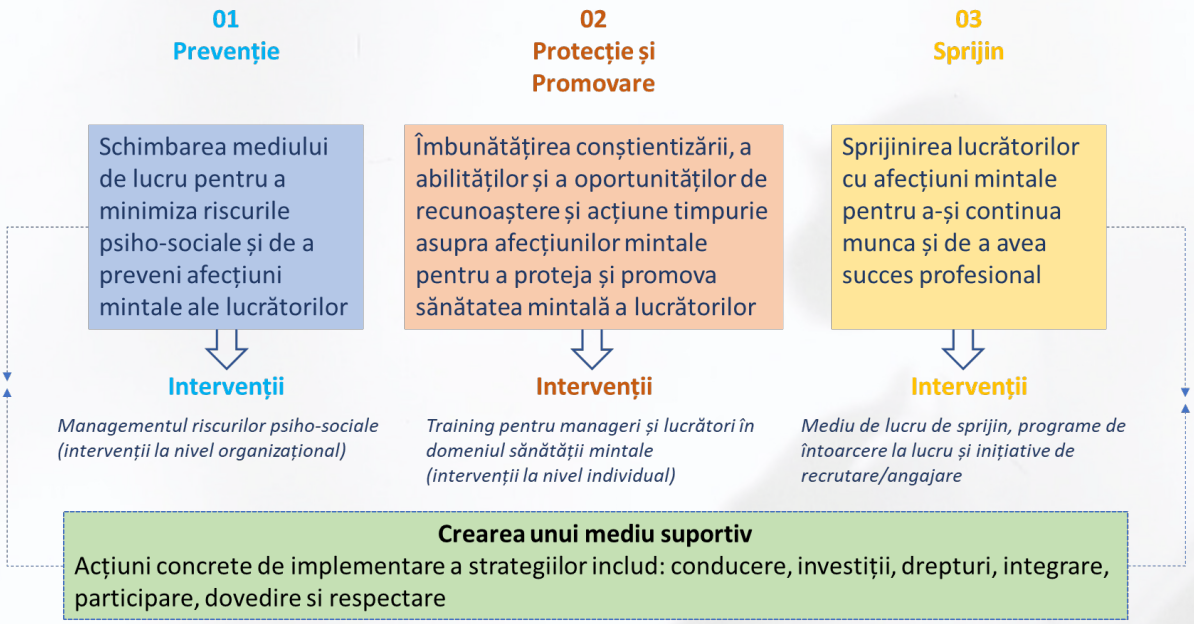


Fig. 2 Strategii pentru sănătate mintală în muncă

5. Cum putem preveni afecțiunile de sănătate mintală legate de muncă?

Pentru **autoritățile naționale și parlament**, aceasta înseamnă **colaborarea cu organizațiile angajatorilor și ale lucrătorilor pentru a dezvolta propuneri legislative noi sau pentru a revizui legile, politicile și metodologiile privind ocuparea forței de muncă și SSM existente, pentru a include prevederi privind sănătatea mintală în egală măsură cu cele privind sănătatea fizică.**

Aceasta implică asigurarea faptului că definiția sănătății profesionale acoperă întotdeauna atât sănătatea fizică, cât și cea mintală, precum și includerea tulburărilor mintale în listele naționale de boli profesionale, în conformitate cu Lista OIM a Bolilor Profesionale (revizuită în 2010). Alte prevederi pot fi, de exemplu:

- ✓ **să se asigure că munca poate fi adaptată la capacitățile fizice și mintale ale lucrătorilor** sau să se asigure transferul la un loc de muncă alternativ adecvat fără nicio scădere a salariului sau reducere a vechimii;
- ✓ **să sublinieze necesitatea măsurilor preventive** (mai degrabă decât măsuri reactive, cum ar fi compensarea);
- ✓ **să ofere îndrumări cu privire la evaluarea și gestionarea riscurilor psihosociale**, inclusiv violența, hărțuirea și discriminarea;
- ✓ **să protejeze ori de câte ori este posibil angajarea și veniturile lucrătorilor afectați de stări de sănătate mintală**; și
- ✓ **Să asigure că lucrătorii și reprezentanții acestora participă la identificarea riscurilor psiho-sociale** și sunt consultați în orice acțiune întreprinsă pentru a atenua riscurile asociate – ca și pentru orice alte riscuri la locul de muncă.

Autoritățile naționale și Parlamentul au, de asemenea, un rol în construirea capacităților de gestionare a riscurilor psiho-sociale în rândul serviciilor de sănătate ocupațională.

Guvernele ar trebui să consolideze rolul acestor servicii în prevenirea, monitorizarea și propunerea de acțiuni de remediere a prejudiciului cauzat de riscurile psiho-sociale, în special pentru a sprijini angajatorii cu resurse mai reduse, cum ar fi întreprinderile mici și mijlocii (IMM-uri).

Pentru **angajatori**, atenuarea riscurilor psiho-sociale poate fi realizată în mod similar prin încorporarea sănătății mintale în sistemul lor de management al SSM existent (International Organization for Standardization, 2021), nu ca un supliment opțional, ci ca un element esențial. Integrarea ar trebui să se extindă în fiecare componentă a sistemului de management: politică, organizare, planificare și implementare, evaluare și acțiune pentru îmbunătățire (International Labour Organization, 2009).

Activitățile de îmbunătățire a sănătății mintale la locul de muncă ar trebui să acorde prioritate măsurilor colective și ar trebui să se bazeze pe un proces solid de evaluare și gestionare a riscurilor, realizat cu implicarea semnificativă a lucrătorilor și a reprezentanților acestora. **Angajații și reprezentanții acestora ar trebui să fie implicați** în identificarea riscurilor psiho-sociale la locul de muncă și ar trebui să fie informați și instruiți cu privire la măsurile adoptate pentru prevenirea riscurilor asociate.

Circumstanțele care pot genera riscuri – cum ar fi restructurarea sau schimbările în personal, procese, metode de lucru sau alte chestiuni de fond la locul de muncă – **ar trebui gestionate într-un mod care să prevină sau să minimizeze riscurile psiho-sociale.**

În ultimă instanță, a avea un cadru legal puternic care vizează prevenirea riscurilor psiho-sociale și protejarea sănătății mintale la locul de muncă nu este suficient dacă acest cadru nu este susținut de mecanisme adecvate de conformitate, inclusiv prin acțiuni de consiliere, investigare și de aplicare a legii desfășurate de inspectori de muncă competenți și instruiți.

Prof. univ. dr. Delia VÎRGĂ

6. Cum putem proteja și promova sănătatea mintală la locul de muncă?

Protejarea și promovarea sănătății mintale la locul de muncă înseamnă întărirea capacităților, creșterea gradului de conștientizare și oferirea de oportunități de recunoaștere și acțiune timpurie asupra condițiilor de sănătate mintală la locul de muncă.

OMS recomandă trei intervenții bazate pe dovezi:

1) formarea managerilor pentru sănătatea mintală,
2) formarea angajaților (alfabetizarea și conștientizarea afecțiunilor sănătății mintale) și
3) intervenții individuale furnizate direct lucrătorilor (a se vedea Anexa 2 pentru detalierea acestor intervenții).

Autoritățile naționale și Parlamentul au un rol important în protejarea și promovarea sănătății mintale la locul de muncă, prin:

- ✓ **dezvoltarea cadrului juridic și politic care să solicite sau să încurajeze implementarea intervențiilor** pentru protejarea și promovarea sănătății mintale;
- ✓ **furnizarea de linii directoare și standarde de asigurare a calității pentru instruire și intervenții psihosociale;**
- ✓ **sprijinirea IMM-urilor în implementarea intervențiilor de formare și a celor psihosociale;** și
- ✓ **consolidarea capacităților în cadrul serviciilor de îngrijire primară, de sănătate a muncii și de sănătate mintală** pentru a recunoaște și a răspunde la condițiile de sănătate mintală în contextul muncii, inclusiv prin evaluarea și consilierea cu privire la necesitatea concediului specific, modificări la locul de muncă și, după caz, prin furnizarea intervenții psihosociale.

Pentru angajatori, este important să aibă o politică sau un plan pentru protejarea și promovarea sănătății mintale la locul de muncă, care ar trebui integrat în sistemul de management al SSM (International Labour Organization, 2012).

7. Susținerea persoanelor cu probleme de sănătate mintală la locul de muncă

Persoanele care trăiesc cu probleme de sănătate mintală au dreptul la muncă. Atât autoritățile naționale, cât și angajatorii ar trebui să susțină acest drept prin strategii centrate pe persoană, orientate spre recuperare, care sprijină persoanele care trăiesc cu afecțiuni de sănătate mintală să câștige, să se susțină și să prospere în muncă.

OMS recomandă trei intervenții bazate pe dovezi pentru a sprijini persoanele cu afecțiuni de sănătate mintală la locul de muncă:

1) organizare rezonabilă la locul de muncă,
2) programe de reîntoarcere la locul de muncă și
3) inițiative de angajare susținută (vezi Anexa 3 pentru detalierea acestor intervenții) (WHO, 2022).

Toate trei pot crește incluziunea la locul de muncă și îi pot ajuta pe cei cu afecțiuni de sănătate mintală să își împlinească potențialul.

Prof. univ. dr. Delia VÎRGĂ

Noiembrie 2023

Pot fi necesare organizări rezonabile și programe de revenire la locul de muncă pentru lucrătorii care se confruntă cu o afecțiune mintală sau pentru lucrătorii care au grijă de cineva cu o afecțiune mintală.

Programele de revenire la locul de muncă și inițiativele de angajare sunt intervenții cu mai multe componente, cuprinzând un amestec de intervenții care previn și protejează sănătatea mintală la locul de muncă și sunt adaptate pentru fiecare lucrător. Ambele necesită coordonare cu mai multe părți interesate – de ex. între furnizorii de servicii medicale, angajatori și lucrătorii individuali sau reprezentanții și avocații acestora (inclusiv îngrijitorii și membrii familiei), serviciile sociale și specialiștii în ocuparea forței de muncă – pentru a identifica și mobiliza cele mai adecvate resurse și strategii de utilizat.

Deciziile privind părțile interesate și intervențiile care trebuie incluse ar trebui să se bazeze pe preferințele lucrătorului. Deoarece nevoile de asistență pot varia în timp, toate intervențiile ar trebui revizuite în mod regulat și, acolo unde este necesar, ajustate.

Autoritățile naționale și Parlamentul – în consultare cu organizațiile lucrătorilor și angajatorilor – au un rol esențial în facilitarea intervențiilor de sprijin. **Legislația muncii trebuie să se alinieze cu reglementările internaționale privind drepturile omului și prevede nediscriminarea lucrătorilor cu afecțiuni de sănătate mintală**, inclusiv prin acoperirea unor aspecte cheie precum confidențialitatea, organizarea rezonabilă a locului de muncă și protecția socială.

Guvernele definesc politici și metodologii de lucru între serviciile de sănătate, sociale și de ocupare a forței de muncă pentru a facilita inițiativele de angajare și programele de reîntoarcere la locul de muncă, inclusiv pentru a sprijini angajatorii să le implementeze.

Angajatorii au responsabilitatea de a respecta legile și drepturile definite de acestea pentru a implementa politici și practici nediscriminatorii de recrutare și angajare. Aceștia ar trebui să se consulte cu lucrătorii și/sau cu reprezentanții acestora și să fie sprijiniți să colaboreze cu mai multe părți interesate, după caz, pentru a se asigura că abordează toate nevoile de sănătate mintală și de sprijin vocațional ale lucrătorului.

Angajatorii ar trebui să se asigure că lucrătorii sunt conștienți de opțiunile lor de sprijin. Managerii au un rol esențial în sprijinirea nevoilor de sănătate mintală ale lucrătorilor care raportează direct și ar trebui să fie echipați (de exemplu, prin formare) pentru a face acest lucru. Protejarea intimității celor care caută ajutor este esențială. Acțiunea anti-stigmatizare este necesară pentru a contracara concepțiile greșite despre condițiile de sănătate mintală.

Nici măsurile de confidențialitate și nici măsurile de combatere a stigmatizării nu sunt costisitoare în ceea ce privește implementarea. Ambele sunt importante pentru a ne asigura că oricine se confruntă cu dificultăți cu sănătatea mintală se simte capabil să ceară sprijin fără teama de represalii sau judecată.

Prof. univ. dr. Delia VÎRGĂ

Noiembrie 2023

8. Crearea unui mediu favorabil pentru îmbunătățirea sănătății mintale la locul de muncă

La baza tuturor strategiilor pentru îmbunătățirea sănătății mintale la locul de muncă – prevenirea, protejarea și promovarea și sprijinirea – se află șapte factori transversali care sunt esențiali pentru progres, și anume: ***leadership, investiții, drepturi, integrare, participare, dovezi și conformitate.***

Pentru autorități naționale și Parlament (de exemplu, măsuri adoptate de către autoritățile naționale, în consultare cu organizațiile angajatorilor și/sau ale lucrătorilor)

1. ***Leadership*** - *Consolidarea angajamentului față de sănătatea mintală la locul de muncă*

✓ **Atribuiți un punct focal principal sau un „campion" pentru sănătatea mintală la locul de muncă cu autoritatea de luare a deciziilor** pentru a crește gradul de conștientizare, a susține acțiuni specifice și a conduce dezvoltarea politicilor.

✓ **Integrarea sănătății mintale la locul de muncă în alte politici și planuri naționale/regionale relevante** din diferite sectoare.

✓ **Stabiliți mecanisme de coordonare multisectorială în sectoarele de ocupare a forței de muncă,** sănătate publică și bunăstare socială, de ex. prin asociații profesionale sau organisme tripartite SSM.

2. Investiții - *Asigurarea de fonduri și resurse suficiente pentru a proteja, promova și susține sănătatea mintală la locul de muncă*

✓ **Stabiliți un buget dedicat** pentru sănătate, servicii sociale și forță de muncă pentru a proiecta și furniza activități de sănătate mintală la locul de muncă, inclusiv oferirea de sfaturi de specialitate cu privire la intervenții eficiente.

✓ **Sprijiniți întreprinderile cu resurse reduse (IMM-urile) să pună în aplicare recomandările fără a crea sarcini suplimentare,** punând la dispoziție servicii de sănătate mintală și de ocupare a forței de muncă.

✓ **Asigurați resurse pentru consilierea, inspectarea și aplicarea standardelor de siguranță pentru sănătatea mintală la locul de muncă.**

✓ **Dezvoltarea capacităților serviciilor de sănătate și de muncă, inclusiv asistența medicală primară,** pentru a recunoaște și a răspunde la probleme de sănătate mintală legate de muncă pentru a spori accesul la îngrijiri de sănătate mintală, în special pentru lucrătorii informali.

✓ **Includeți sănătatea mintală în pachetele de acoperire universală de servicii esențiale de sănătate și în scheme de protecție financiară.**

3. Drepturi *- Susținerea drepturilor oamenilor de a participa pe deplin și efectiv la muncă*

- ✓ **Armonizați legile și reglementările în materie de muncă cu instrumentele internaționale privind drepturile omului** pentru a asigura nediscriminarea.
- ✓ **Dezvoltați căi de trimitere pentru lucrătorii cu afecțiuni de sănătate mintală care să fie sprijiniți în sistemele de sănătate**, asistență socială și la locul de muncă.
- ✓ **Implementați intervenții anti-stigmatizare** dovedite în comunitate pentru a reduce concepțiile greșite despre persoanele cu probleme de sănătate mintală.

4. Integrare *- Acțiuni de integrare pentru prevenirea, protejarea și promovarea și sprijinirea sănătății mintale la locul de muncă în toate sectoarele*

- ✓ **Valorificați sănătatea mintală la fel de mult ca și sănătatea fizică în strategiile naționale de SSM** și în reglementările și recomandările legate de angajare.
- ✓ **Adăugați locurile de muncă ca un cadru pentru prevenirea tulburărilor mintale și promovarea comunității** în planurile naționale de sănătate mintală.
- ✓ **Dezvoltarea capacităților de SSM și asistență medicală primară** pentru a răspunde nevoilor de sănătate mintală ale lucrătorilor, în colaborare cu specialiști în sănătate mintală.
- ✓ **Integrarea sănătății mintale la locul de muncă în programele de formare** pentru actorii din lumea muncii și pentru îngrijirea primară, sănătatea mintală și sănătatea ocupațională.

5. Participare *- Implicarea lucrătorilor și a persoanelor cu experiență trăită în luarea deciziilor privind sănătatea mintală la locul de muncă la toate nivelurile*

- ✓ **Dezvoltați în comun cu oameni cu experiență trăită în afecțiunile de sănătate mintală toate politicile, planurile, legile, serviciile și cercetările despre sănătatea mintală la locul de muncă.**
- ✓ **Promovați discuțiile tripartite privind sănătatea mintală la locul de muncă cu organizațiile guvernamentale, ale angajatorilor și ale lucrătorilor.**

Prof. univ. dr. Delia VÎRGĂ

Noiembrie 2023

6. Abordare bazată pe Dovezi - *Consolidarea bazei de dovezi privind prevalența și impactul riscurilor legate de muncă și eficacitatea intervențiilor*

- ✓ **Stabiliți și revizuiți legi, coduri de practică și îndrumări** pentru a vă asigura că acestea sunt adecvate și suficiente pentru a aborda riscurile psihosociale.
- ✓ **Folosiți lecțiile învățate în situații de urgență și în alte crize** pentru a documenta politicile și planurile privind sănătatea mintală la locul de muncă.
- ✓ **Stabiliți o agendă de cercetare pentru a dezvolta o mai bună înțelegere și răspuns la riscurile psihosociale din diferite industrii.**
- ✓ **Mobilizați colectarea de dovezi privind prevalența riscurilor și eficacitatea intervențiilor** în timp și spațiu și în diferite grupuri socio-demografice și industrii.

7. Conformitate - *Consolidarea adoptării și conformității cu legile, reglementările și recomandările bazate pe dovezi*

- ✓ **Stabiliți procese de reglementare care pot ghida angajatorii să implementeze intervenții**, inclusiv atunci când se folosesc furnizori de servicii contractați.
- ✓ **Monitorizați și evaluați continuu impactul legilor, codurilor și politicilor pentru sănătatea mintală la locul de muncă**, inclusiv măsura în care acestea sunt implementate în industrii.
- ✓ **Integrați sănătatea mintală în responsabilitățile inspecției naționale a muncii și a altor mecanisme de conformitate** și permiteți acestora să tragă angajatorii la răspundere pentru nerespectare.
- ✓ **Utilizați o combinație de opțiuni de aplicare, inclusiv inspecții proactive, precum și investigații reactive** după o plângere sau un incident.
- ✓ **Oferiți consiliere și îndrumări de specialitate cu privire la standarde și performanță**, inclusiv prin vizite la fața locului.

Pentru angajatori se pot adopta măsuri specifice după aceleași șapte coordonate prezentate mai sus pentru autorități naționale pentru a avea continuitate și sens măsurile guvernamentale și să aibă impact la nivel individual și organizațional.

Mai multe detalii găsiți în Anexa 4.

Concluzie

Stresul la locul de muncă a crescut ca urmare a pandemiei iar expunerea prelungită la factori stresori duce la epuizare profesională.

Îmbunătățirea sănătății mintale la locul de muncă necesită acțiuni pentru prevenirea condițiilor de sănătate mintală legate de muncă, pentru protejarea și promovarea sănătății mintale la locul de muncă și pentru a sprijini toți lucrătorii să participe pe deplin și echitabil la muncă.

Este nevoie ca autoritățile naționale și Parlamentul să dezvolte propuneri legislative noi sau să revizuiască legile, politicile și metodologiile privind ocuparea forței de muncă și SSM existente, pentru a include prevederi privind sănătatea mintală în egală măsură cu cele privind sănătatea fizică. De asemenea, au rolul în construirea capacităților de gestionare a riscurilor psiho-sociale în rândul serviciilor de sănătate ocupațională la nivelul tuturor organizațiilor.

Persoanele care trăiesc cu probleme de sănătate mintală au dreptul la muncă.

Autoritățile naționale trebuie să definească politici și metodologii de lucru între serviciile de sănătate, sociale și de ocupare a forței de muncă pentru a facilita inițiativele de angajare și programele de reîntoarcere la locul de muncă, inclusiv pentru a sprijini angajatorii să le implementeze.

Nu în ultimul rând, autoritățile naționale trebuie să contribuie la crearea unui mediu favorabil pentru îmbunătățirea sănătății mintale la locul de muncă.

Resurse online:

https://osha.europa.eu/ro/themes/psychosocial-risks-and-stress

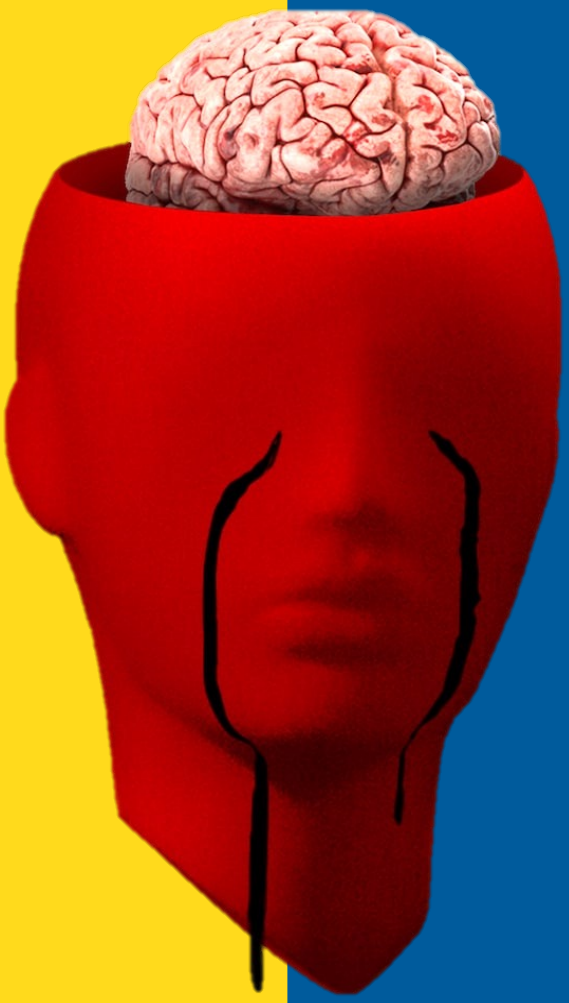
https://oshwiki.eu/wiki/Work-related_stress:_Nature_and_management

https://rlw.juridice.ro/21400/work-life-balance-in-modern-times-key-legislative-updates-and-challenges-for-romanian-employers.html

https://www.rsph.org.uk/about-us/news/survey-reveals-the-mintal-and-physical-health-impacts-of-home-working-during-covid-19.html

Prof. univ. dr. Delia VÎRGĂ

Noiembrie 2023



4. POVARA ȘI COSTURILE AFECȚIUNILOR MINTALE ÎN ROMÂNIA

CES ROMÂNIA

Noiembrie 2023

4. Povara și costurile afecțiunilor mintale în România

Conf. Univ. Dr. Cezar Giosan

Punct cheie

Costurile economice ale tulburărilor mintale netratate în România sunt substanțiale, fiind estimate, pentru 2022, la aproximativ 11 miliarde de dolari, reprezentând 3,47% din PIB

1. Introducere

Costurile tulburărilor mintale sunt substanțiale peste tot în lume, acestea fiind puse în mod frecvent pe primele locuri, atât în Europa cât și în SUA. Tulburările psihice duc la probleme interpersonale, de sănătate sau la locul de muncă, risc mai mare de a dezvolta alte probleme psihice, precum și o capacitate mai redusă de dezvoltare personală.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) sau organizații similare (de exemplu, IHME) cuantifică impactul negativ al unei boli prin așa-numitul *disability weight* (DW) (pondere/coeficient de dizabilitate)[1].

Diferite tulburări au DW diferite, valorile acestora fiind prezentate pe site-urile oficiale ale acestor organizații. De exemplu, la aceeași durată a unui episod, depresia moderată (DW=0,396) sau severă (DW=0,658) sau o tulburare de anxietate severă (DW=0,523) sunt considerate a afecta o persoană mai mult decât ar afecta-o orbirea completă (DW=0,187)[1] [2] [3]

Costurile asociate unei tulburări nu trebuie văzute doar prin cât scade productivitatea măsurată direct (e.g., numărul de bunuri create la bandă rulantă), ci și prin factori ca durata de pregătire necesară ca o persoană să dezvolte o anumită competență (e.g., să ajungă trăgător de elită) sau efortul maxim pe care îl poate depune persoana pentru a învăța lucruri noi (e.g., să învețe pentru un examen, să asimileze informații de specialitate), sau probabilitatea de a dezvolta alte afecțiuni.

Spre exemplu, tulburările anxioase sunt asociate cu o frecvență mai ridicată a unor afecțiuni medicale (probleme cardiace, dermatologice, neurologice, metabolice) precum și cu o rată crescută a mortalității, atât la pacienți cardiaci, cât și la persoane sănătoase[3–9].

Persoanele cu astfel de probleme prezintă costuri medicale mai crescute și o probabilitate semnificativ mai mare să primească un diagnostic suplimentar, să folosească mai multe servicii medicale,

să necesite mai multe spitalizări sau vizite la secția de urgență față de cei fără anxietate, toate acestea ducând la o scădere și mai mare a productivității[10].

2. Statistici internaționale

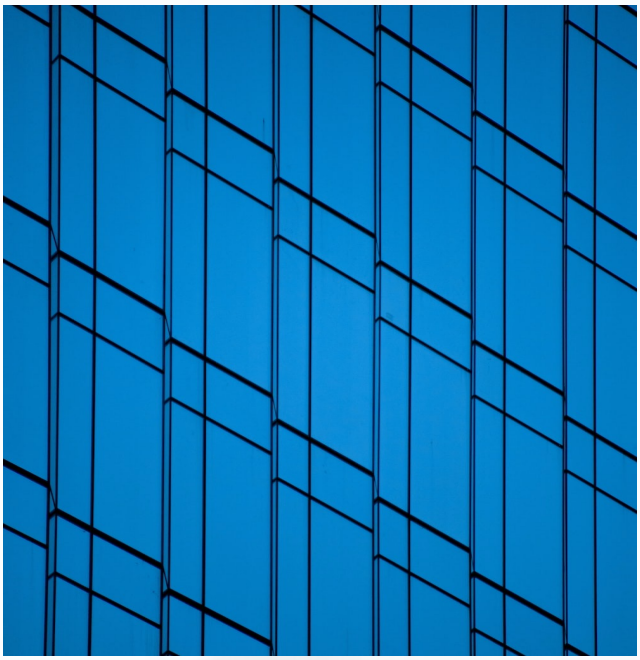
Există numeroase studii și statistici internaționale care prezintă costurile sau complicațiile aferente tulburărilor mintale. De exemplu, OMS listează depresia ca cea mai importantă cauză a dizabilității în lume[11]. Anxietatea este cea mai comună tulburare mintală, afectând 1 în 14 oameni la nivel global[12]

Statele Unite:
Tulburările mintale sunt considerate cele mai costisitoare afecțiuni medicale în SUA. În 2018, în acea țară, depresia a fost asociată cu costuri de 236 miliarde de dolari, o creștere de 35% față de 2010[13]. Tulburările anxioase reprezintă în SUA cea mai comună cauză de dizabilitate la locul de muncă[14,15].

Europa:
În Europa, tulburările de dispoziție sunt cele mai costisitoare boli mintale (113 miliarde de euro pe an) și sunt urmate de demență (~105 miliarde de euro) și de tulburările anxioase. Acestea din urmă au costuri anuale directe de îngrijire medicală (e.g., psihoterapie) de ~46 miliarde de euro, costuri non-medicale directe (e.g., transport) de ~144 de milioane de euro și costuri indirecte (de exemplu, productivitate scăzută) de ~28 miliarde de euro, ajungând la un total considerabil de ~74 miliarde de euro anual[16].

3. DALY al tulburărilor mintale în România

Unul din constructele des utilizate în estimarea impactului unei afecțiuni este așa numitul DALY[3] (ani afectați de dizabilitate)[17]. Conform literaturii de specialitate, la nivelul României, in 2016, am avut, în ordine, următoarele DALY pentru tulburările mintale la



100000 locuitori: Tulburările depresive: 506,3; Tulburările de anxietate: 340,5; Dependența de alcool: 262,9; Dependența de droguri: 189,1; Alte tulburări mintale: 165; Schizofrenie: 163,6; Tulburarea bipolară: 153,5; Tulburările din spectrul autist: 118,7; Tulburări de comportament: 59,2; Dizabilitate intelectuală idiopatică: 34,3; Tulburări de alimentație: 18,7; ADHD: 7,27[18].

La nivel național (întreaga populație) $DALY_{România\ 2016}$ = 391054,4, cifră aflată pe locul cinci după bolile cardiovasculare, neoplasme, tulburările musculoscheletale și alte afecțiuni necontagioase[18].

4. Costurile financiare asociate tulburărilor mintale netratate în România

În România, ca și în restul Europei, tulburările mintale au un impact financiar major. De exemplu, **tulburările de anxietate, pentru că sunt cele mai comune tulburări mintale din țară[19], sunt responsabile de un cost substanțial al tratamentului acestora, care, conform unor studii, s-au ridicat în 2010 la 11,26 miliarde euro (525 euro per capita)[16], reprezentând aproape 7% din PIB-ul României la acea dată.**

Conf. Univ. Dr. Cezar Giosan

Un aspect important este și faptul că, având în vedere că doar o parte din cei afectați (3%-24,6% - situație similară celei din țările dezvoltate[19] caută tratament, costurile indirecte ale tulburărilor anxioase (de exemplu, pierderi de productivitate, dificultăți personale) sunt foarte mari.

Estimarea costurilor – formula matematică

În general, există două strategii de estimare a costurilor asociate afecțiunilor medicale: (1) recenzia literaturii, pentru a identifica articole care prezintă procentajele de pierdere a productivității asociate cu diferite boli, sau, (2) utilizarea, într-o formulă dezvoltată special pentru acest lucru, DW ca o variabilă *proxy* pentru estimarea acestor procentaje[4].

Pentru că (a) scopul nostru a fost să livrăm o procedură algoritmică, ușor de utilizat de alte persoane, care poate fi folosită și în viitor cu alte valori ale parametrilor, deci nu doar un „snapshot" în timp, și pentru că (b) există mult prea puține estimări (în special recente) ale costurilor tulburărilor mintale în România în literatura de specialitate pentru un tablou comprehensiv, am ales varianta (2) și anume identificarea și adaptarea unei ecuații care permite, cu relativă ușurință, calcularea costurilor unei afecțiuni (mintale, în cazul de față) în funcție de DW acesteia.

Astfel, formula de calcul, adaptată din studii care o folosesc pentru alte afecțiuni medicale[21], este:

$$\mathbf{TPP = NTCA \times NTCN \times POP \times DW \times FMP \times (1\text{-}RS) \times PIBPC}$$

Unde TPP = Totalul productivității pierdute; NTCA = Număr total de cazuri afectate de acea suferință în populație în % (e.g., prevalența în ultimele 12 luni); NTCN = Număr total de cazuri netratate; POP = totalul populației; DW = Coeficientul de dizabilitate; FMP = Forța de muncă participativă[5]; RS = Rata șomajului; PIBPC = Produsul intern brut per capita în USD.

Având în vedere că, în cazul afecțiunilor psihice, nu există statistici naționale cu numărul de cazuri tratate cu succes (prin psihoterapie, medicație, etc.), am redus prevalența cu 3%[6] și am eliminat variabila NTCN din ecuație. Astfel, formula devine:

$$\mathbf{TPP = NTCA \times POP \times 0.97 \times DW \times FMP \times (1\text{-}RS) \times PIBPC}$$

înlocuind parametrii care nu depind de afecțiunea analizată cu valorile din 2022[7] și având în vedere considerentele de mai sus, formula se transformă astfel:

$$\mathbf{TPP_{[în\ USD]} = PREVALENȚA \times 0.97 \times 19000000 \times DW \times 0.6656 \times (1 - 0.052) \times 11590}$$

sau

$$\mathbf{COSTURI_{[în\ USD]} = 134{,}781{,}542{,}339 \times PREVALENȚA \times DW}$$

sau

$$\mathbf{COSTURI_{[în\ USD]} = \sim 1{,}34782 \times 10^{11} \times PREVALENȚA \times DW}$$

Cu această formulă, putem estima costurile oricărei tulburări netratate, sau subtratate, pentru care știm DW[8] și prevalența în populație[9]. Astfel, pentru 2022 avem următoarele estimări:

COSTURILE TULBURĂRILOR MINTALE ÎN ROMÂNIA (2022)			
AFECȚIUNE [10]	**PREVALENȚA**	**DW**	**COST**
Schizofrenie [i]	0.0048	0.683	441867808.4
Depresie [r]	0.015	0.399	806667530.9
Distimie [i]	0.01	0.145	195433236.4
Tulburare bipolară [r]	0.01	0.444	598430048
Anxietate [r]	0.055	0.229	1697573526
Tulburări alimentare [i]	0.036	0.225	1091730493
Tulburări din spectrul autist [i]	0.024	0.203	656655674.3
ADHD [i]	0.025	0.045	151629235.1
Tulburări de comportament [i]	0.08	0.241	2598588136
Dizabilitate intelectuală [i]	0.055	0.153	1134186679
Dependența de alcool [i]	0.034	0.325	1489336043
Dependența de droguri [r]	0.002	0.29	78173294.56
Alte afecțiuni mintale [e]	0.05	0.229	1543248660
TOTAL COSTURI 2022 (în USD)			**10940271704**
PIB ESTIMAT 2022			**3.15025×10^{11}**
PROCENT (%) DIN PIB			**3.47**

Tabelul 1. Costurile asociate tulburărilor mintale în România, 2022

5. Recomandări și limite

Rezultatele studiului de față conduc la următoarele recomandări:

1. Derularea unui studiu epidemiologic de estimare a prevalențelor bolilor mintale în populația României. În raportul de față, autorul (Cezar Giosan) a folosit surse publicate, consultare cu experți, precum și date din studiile sale proprii de prevalență a tulburărilor mintale pe teritoriul României (e.g., studiile sale pe personalul militar MApN sau pe populația generală), dar necesitatea unui studiu epidemiologic la nivel reprezentativ național este imperioasă.

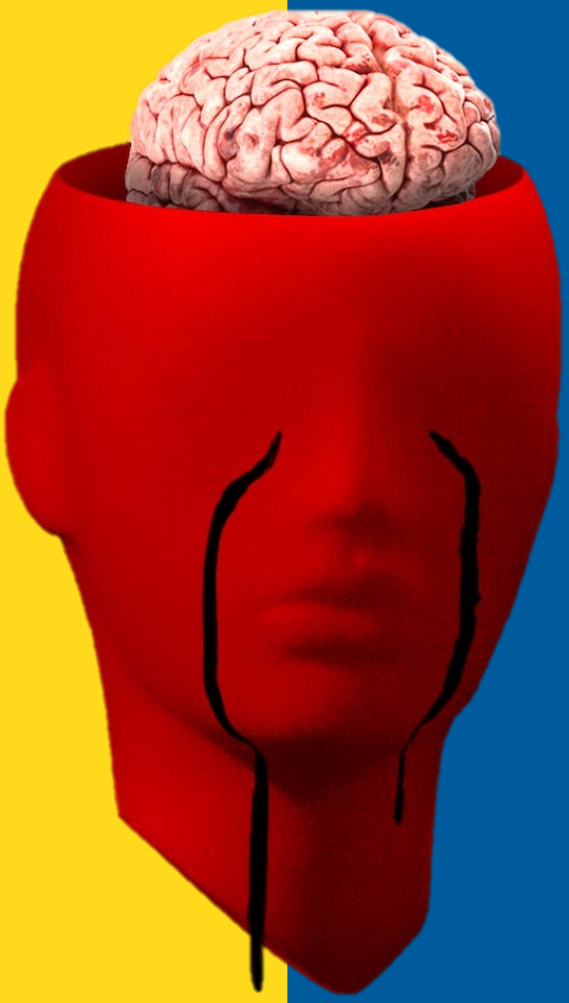
Spre exemplu, dintre toate tulburările mintale la care există un DW în literatură, doar pentru patru au existat date colectate de pe eșantioane românești. Prevalențele pentru restul tulburărilor din Tabelul 1 au fost considerate cele din populația generală din alte țări europene (sau chiar din SUA, dacă nu au existat date clare pentru Europa).

Astfel, informațiile pe care le avem acum ne permit doar niște estimări (foarte probabil, subestimări). Există o nevoie imperioasă de o acuratețe sporită a datelor, care s-ar realiza doar prin studii epidemiologice pe eșantioane reprezentative la nivel național – efectuate, în mod ideal, în mod regulat, o dată la câțiva ani, pentru a vedea concret rezultatele anumitor inițiative.

Studii epidemiologice serioase nu doar că ar genera prevalențe specifice populației României, dar ar semnala și diferențe în prevalența unei tulburări între anumite regiuni sau categorii de oameni (e.g., rural versus urban, București versus provincie, bărbați versus femei, etc.), ceea ce ar permite inițiative pe sănătate mintală diferite de la o arie la alta, sau de la o categorie de oameni la alta, astfel încât să aibă maximum de eficiență.

oamenii nu sunt conștienți că anumite trăiri emoționale reprezintă simptome ale unor tulburări care ar putea beneficia de intervenție specializată (e.g., tulburarea de anxietate), recomandăm **derularea, la nivel național, de programe de *awareness* pentru tulburările mintale, efort care ar putea duce la o creștere a numărului celor care caută tratament.**

Studiile arată că persoanele care primesc tratament pentru tulburări mintale (e.g., anxietate) se bucură de un nivel mai crescut de productivitate[24], deci unele programe de *awareness*, prevenție și/sau intervenție pot juca un rol major în creșterea funcționalității și randamentului.



5. TABLOUL INTERVENȚIILOR PSIHOLOGICE VALIDATE ȘTIINȚIFIC DIN ROMÂNIA

CES ROMÂNIA

Noiembrie 2023

Tabloul intervențiilor psihologice validate științific din România

Prof. univ. dr. Aurora SZENTAGOTAI

1. Intervențiile psihologice/ psihoterapeutice validate științific

Psihoterapia este un tratament interpersonal, bazat pe principii psihologice, care presupune interacțiunea dintre un specialist și un client care solicită ajutor pentru o problemă de sănătate mintală. Interacțiunea are ca scop reducerea problemei clientului și este adaptată la caracteristicile și acuzele acestuia (Wampold, 2019).

Intervențiile psihoterapeutice pot fi oferite unui individ (psihoterapie individuală), unui cuplu sau unei familii (psihoterapie de cuplu sau familie) sau în grup (psihoterapie de grup).

Cu toate că psihoterapiile tradiționale pot fi încadrate în câteva mari abordări – dinamic-psihanalitică, umanist-experiențială, cognitiv-comportamentală, sistemică și integrativă – domeniul este departe de fi unitar, existând în jur de 500 de modalități psihoterapeutice distincte (Dattilio, & Norcross, 2006).

Mișcarea practicii validate științific (engl. *evidence-based practice*) s-a dezvoltat ca răspuns la această proliferare a tratamentelor psihologice, și la nevoia de a stabili care sunt intervențiile eficiente pentru probleme de sănătate mintală specifice (APA, 2006). Bazele mișcării au fost puse în Statele Unite, de către Asociația Psihologilor Americani (engl. *American Psychological Association;* APA), aceasta devenind, ulterior, un fenomen global.

Practica validată științific în psihologie/ psihoterapie este definită ca integrarea a trei componente: **dovezi științifice de calitate, expertiză clinică și luarea în considerare a caracteristicilor, culturii și preferințelor clientului** (APA, 2006). Dintre cele trei, accentul major cade asupra datelor de cercetare și calității lor (Rousseau, & Gunia, 2016). **Studiile clinice controlate și metaanalizele care sintetizează rezultatele acestor studii sunt considerate standardele de aur pentru stabilirea statutului de intervenție validată științific al unui tratament psihologic** (Tolin et al., 2015). Dezideratul în domeniu este validarea atât a pachetului de intervenție destinat unei tulburări, cât și a teoriei care stă la baza acestuia (David, & Montgomery, 2011).

Având ca model inițial accentul pus pe validarea științifică a tratamentelor în medicină (APA, 2006), cercetarea din psihoterapie a integrat ulterior date și modele din alte domenii ale psihologiei (de exemplu, psihologie clinică, psihologia dezvoltării), din psihiatrie și neuroștiințe, ceea ce a dus la evoluții semnificative privind evaluarea, conceptualizarea și tratamentul problemelor de sănătate mintală.

De exemplu, o tendință importantă la ora actuală este de a clasifica și conceptualiza problemele de sănătate mintală din perspectivă transdiagnostică, adică a manifestărilor și mecanismelor comune (Fusar-Poli et al., 2019); (vezi, de exemplu, reglarea emoțională, perfecționismul sau impulsivitatea ca factori transdiagnostici; Cludius et al., 2020; Egan et al., 2011; Johnson et al., 2013; Miu et al., 2022).

Această perspectivă a dat naștere protocoalelor de intervenție transdiagnostice, mai ales de factură cognitiv-comportamentală, a căror eficiență este susținută de date (Barlow et al., 2017).

2. Beneficiile validării științifice a intervențiilor psihologice/ psihoterapeutice

Eficiența unei intervenții psihologice este rezultatul combinat al unor factori care țin de interacțiunea dintre terapeut și client, pe de o parte, și de strategiile utilizate, pe de altă parte (Hofmann, & Barlow, 2014).

În lumina datelor din ultimele decenii, nu mai există îndoială în privința faptului că anumite forme de psihopatologie răspund mai bine la unele intervenții decât la altele (Barlow, 2014).

Grație accentului pus pe validarea intervențiilor, **avem azi un volum impresionant de informații privind ce funcționează, ce nu funcționează și pentru cine.** Aceste informații sunt relevante, deopotrivă, pentru pacienți, pentru profesioniștii în domeniul sănătății mintale și pentru agențiile implicate în organizarea și reglementarea serviciilor de sănătate mintală. Miza majoră este creșterea accesului persoanelor cu tulburări mintale la servicii psihologice eficiente.

De asemenea, există speranța că, în timp, aceste date vor duce la dezvoltarea unor protocoale terapeutice personalizate, care vor permite alegerea strategiilor centrate pe client cele mai eficiente (Huibers et al., 2021).

3. Diseminarea intervențiilor psihologice/psihoterapeutice validate științific

Concluziile analizelor privind intervențiile psihologice validate științific sunt diseminate, de regulă, prin ghiduri clinice și recomandări de bune practici. Printre cele mai cunoscute și influente sunt cele publicate de American Psychological Association (www.apa.org), în SUA, și de National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (nice.org.uk), în Marea Britanie.

American Psychological Association publică online o listă a intervențiilor susținute empiric pentru diferite tulburări mintale (https://div12.org/psychological-treatments/)

Datele privind eficiența acestora sunt actualizate periodic și clasificate pe un continuum, de la „dovezi puternice” la „dovezi insuficiente”. În momentul de față, site-ul APA oferă informații referitoare la peste 60 de intervenții și 30 de categorii diagnostice.

A fost demarată, de asemenea, elaborarea unor ghiduri clinice pentru tulburări specifice (de ex., tulburare de stres posttraumatic, depresie).

Pe lângă ghidurile clinice, APA a dezvoltat și ghiduri de practică profesională, care oferă recomandări privind conduita optimă în anumite contexte sau cu anumite populații de clienți (APA, 2015; APA, 2021).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) este o organizație independentă, neafiliată la vreun grup profesional, înființată de guvernul britanic cu scopul de a evalua dovezile privind eficiența tratamentelor medicale, în general.

Prof. univ. dr. Aurora SZENTAGOTAI
Noiembrie 2023

Organizația include profesioniști și reprezentanți ai pacienților și elaborează ghiduri clinice privind modul optim de abordare a unei tulburări (Clark, 2018).

În domeniul sănătății mintale, sunt disponibile ghiduri pentru tulburările de anxietate, tulburările alimentare, autism, autovătămare, tulburarea bipolară, tulburările în legătură cu consumul de substanțe, tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate, delirium, demență, depresie, tulburările obsesiv-compulsive, anumite tulburări de personalitate, tulburările psihotice, tulburarea de stres posttraumatic și prevenirea suicidului (vezi https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/mintal-health-and-behavioural-conditions).

O trecere în revistă a datelor care fundamentează recomandările APA și NICE susține concluzia că, **dintre abordările psihoterapeutice majore, cea cognitiv-comportamentală este, la ora actuală, standardul de aur în domeniul intervențiilor psihologice validate științific** (David et al., 2018; Hofmann, 2021).

4. Implicații pentru susținerea din fonduri publice a serviciilor psihologice / psihoterapeutice

Ținând cont de beneficiile pentru pacienți, dar și de cele economice (Layard, & Clark, 2014), **datele privind intervențiile validate științific stau la baza finanțării din fonduri publice și decontării serviciilor psihologice în numeroase țări.**

Marea Britanie are unul dintre cele mai ambițioase astfel de proiecte la nivel mondial, programul Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) (https://www.england.nhs.uk/mintal-health/adults/iapt/).

Programul a fost demarat in 2008 și are ca obiectiv creșterea accesului la intervenții psihoterapeutice validate științific pentru persoanele care suferă de anxietate și depresie. **Intervențiile oferite sunt exclusiv cele recomandate în ghidurile NICE și beneficiază de ele în jur de un milion de persoane pe an** (Clark, 2018).

Datele culese între 2008-2017 arată că, la sfârșitul tratamentului, **51% dintre pacienți pot fi considerați recuperați, iar 2 din 3 pacienți (66%) manifestă îmbunătățiri semnificative și de durată (Clark, 2018).** Conceput inițial ca program pentru adulți, **IAPT a fost extins și la copii și a stat la baza dezvoltării unor programe similare în Australia, Canada, Japonia, Norvegia și Suedia.**

Prof. univ. dr. Aurora SZENTAGOTAI

5. Situația din România și recomandări

5.1. Ghidurile clinice

La ora actuală, **în România nu există ghiduri clinice, promovate și asumate la nivel național, privind intervențiile psihologice validate științific pentru tulburările mintale**. O soluție la această problemă ar putea fi adoptarea ghidurilor internaționale prezentate mai sus.

Această recomandare poate fi susținută prin cel puțin două argumente. Pe de o parte, **studiile confirmă că intervențiile validate științific pot fi utilizate cu succes și au o acceptabilitate crescută în țări și culturi diverse (**vezi, de exemplu, Rathod, & Kingdon, 2009, pentru psihoterapia cognitiv-comportamentală).

Pe de altă parte, în ultimii ani, **au fost derulate în România mai multe studii clinice controlate pentru probleme de sănătate mintală, la adulți, copii și adolescenți**. Aceste cercetări, care s-au desfășurat în mare parte la Universitatea Babeș-Bolyai și au evaluat preponderent protocoale cognitiv-comportamentale, confirmă că intervențiile recomandate de ghidurile internaționale pot fi transferate cu succes la populația din România (vezi de ex., David et al., 2008; David et al., 2020; Ștefan et el., 2019).

Foarte importantă este și **asigurarea finanțării adecvate a cercetării privind psihopatologia și tratamentul acesteia și susținerea financiară a adaptării și diseminării ghidurilor clinice.**

5.2. Formarea în psihoterapie și practica psihoterapeutică

Intervențiile cognitiv-comportamentale sunt recunoscute ca tratamentul psihologic cel mai bine susținut de date (Hofmann, & Hayes, 2019), eficiența lor fiind demonstrată în mii de studii clinice controlate, pentru o varietate de probleme de sănătate mintală (Hofmann, 2012).

În ultimii ani, la lista intervențiilor validate s-au adăugat și altele (de ex., terapia interpersonală, terapia familială, terapia psihodinamică de scurtă durată sau terapia focalizată pe emoții), deocamdată cu mai puține date și pentru o gamă mai restrânsă de tulburări. **O trecere în revistă a furnizorilor de formare profesională recunoscuți de Colegiul Psihologilor din România (CPR) (www.copsi.ro)** confirmă prezența oportunităților de formare în toate tipurile de intervenții recunoscute la nivel internațional.

Mai mult, datele privind situația psihologilor cu drept de liberă practică din România indică un raport net în favoarea psihoterapeuților formați și acreditați în intervenții validate, pe primul loc fiind psihoterapiile cognitiv-comportamentale (vezi Registrul Unic al Psihologilor; RUP; www.copsi.ro).

În aceste condiții, **considerăm că este importantă susținerea, de către organizațiile care reglementează profesia, preponderent a programelor care oferă formare în intervenții validate științific și adoptarea unor standarde clare de calitate în formare, asemenea celor promovate la nivel internațional** (Clark, 2018).

Prof. univ. dr. Aurora SZENTAGOTAI

5.3. Decontarea serviciilor psihologice

Deși nu există suficiente date pentru România, **la nivel internațional studiile arată că un procent foarte scăzut al celor care suferă de anxietate și depresie (cele mai frecvente probleme de sănătate mintală, care afectează până la 15% din populație) au acces la tratamente psihologice validate științific** (Clark, 2018).

Mai mult, **deși datele arată că preferința între psihoterapie și medicație în rândul publicului este de 3-1 în favoarea psihoterapiei (McHugh et al., 2013), acest lucru nu se reflectă în accesul la servicii de psihoterapie**. Așadar, decontarea lor din fonduri publice este crucială pentru susținerea sănătății mintale a populației. **În multe țări (vezi de exemplu, SUA, Marea Britanie, Germania), decontarea se bazează pe datele privind eficiența tratamentelor psihologice.**

Acest lucru nu se întâmplă în România, unde politicile de decontare nu se bazează, deocamdată, pe gradul de validare al intervențiilor (vezi https://cnas.ro/wp-content/uploads/2022/05/2.-pachet-baza_-asistenta-ambulatorie_specialitati-clinice.pdf).

Ținând cont de datele acumulate în sisteme cu tradiție, considerăm că **luarea în calcul a acestui criteriu în stabilirea politicilor de decontare ar avea beneficii majore, nu doar pentru pacienți, care ar avea acces la tratamentele cele mai eficiente, ci și din punct de vedere economic** (Layard, & Clark, 2014). Pentru a da doar un argument, datele arată că respectarea recomandărilor din ghidurile NICE este unul din predictorii importanți ai procentului de pacienți recuperați în cadrul programului Improving Access to Psychological Therapies (vezi mai sus) (Clark, 2018).

Așadar, decontarea, din fonduri publice, la un nivel comparabil cu cel din practica privată, a intervențiilor psihologice/ psihoterapeutice validate științific este una dintre principalele căi prin care aceste intervenții ar câștiga teren semnificativ în România, în beneficiul nu doar al pacienților, ci al întregului sistem de sănătate mintală.

6. Concluzii

Mișcarea practicii validate științific în psihologie s-a dezvoltat ca răspuns la proliferarea tratamentelor psihologice și la nevoia de a stabili care sunt intervențiile eficiente pentru probleme de sănătate mintală specifice.

Datele rezultate din cercetări care respectă standarde clare de calitate sunt elementul principal al acestei abordări. **Mulțumită acestor cercetări, avem azi un volum impresionant de informații privind intervențiile care dau rezultate, pentru o varietate de probleme de sănătate mintală.**

Concluziile analizelor privind intervențiile psihologice validate științific sunt diseminate prin **ghiduri clinice și recomandări de bune practici.** În numeroase țări, acestea **stau la baza practicii clinice și a programelor de formare și sunt criteriu pentru decontarea serviciilor psihologice/psihoterapeutice.**

Deși miza majoră este creșterea accesului persoanelor cu tulburări mintale la servicii psihologice eficiente, datele acumulate susțin beneficiile acestei abordări nu doar pentru pacienți, ci pentru întregul sistem de sănătate

Pe baza analizei statutului intervențiilor psihologice/psihoterapeutice validate științific în România, **recomandăm**:

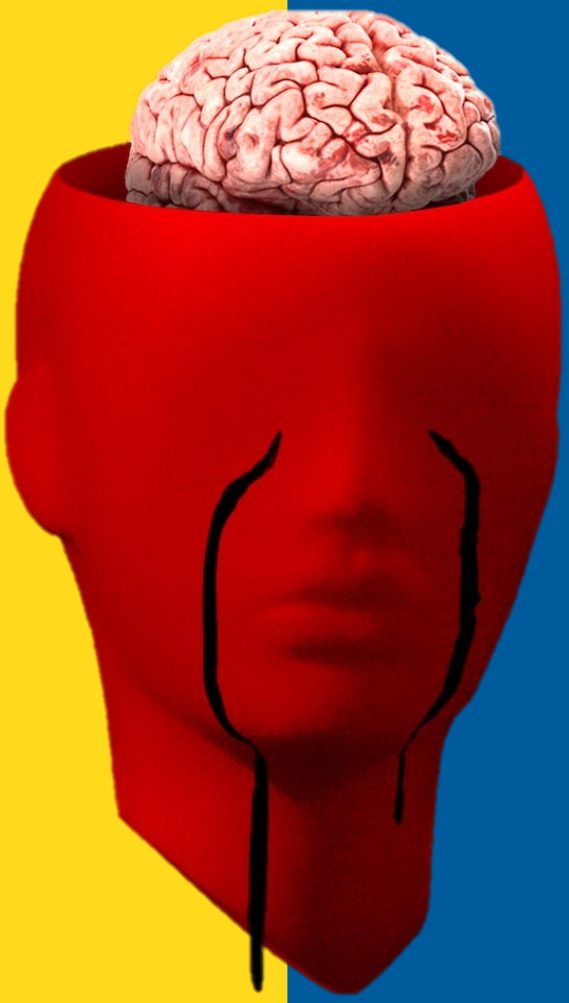
(1) **adoptarea ghidurilor internaționale privind intervențiile validate științific** și **susținerea adaptării și diseminării pe scară largă a acestora;**

(2) **susținerea programelor de formare în intervenții validate științific** și adoptarea unor **standarde clare de calitate în formare;**

(3) **decontarea, din fonduri publice**, la un nivel comparabil cu cel din practica privată, a intervențiilor psihologice/ psihoterapeutice validate științific;

(4) **asigurarea finanțării adecvate a cercetării** privind psihopatologia și tratamentul acesteia.

Prof. univ. dr. Aurora SZENTAGOTAI
Noiembrie 2023



6. ACCESUL LA TRATAMENT PENTRU PERSOANE CARE SUFERĂ DE PROBLEME CRONICE DE SANATATE MINTALĂ

CES ROMÂNIA

Noiembrie 2023

Accesul la tratament pentru persoane care suferă de probleme cronice de sanatate mintală

Conf. Univ. Dr. Simona Ștefan

1. Introducere

Deși nu există o definiție unitară, **tulburările mintale cronice pot fi delimitate prin intermediul a trei criterii: categoria de diagnostic** (conform sistemelor internaționale de clasificare a tulburărilor mintale ca ICD-11 sau DSM 5), **durata bolii și gradul de dizabilitate** (Bachrach, 1988).

Tulburările mintale cronice presupun simptome care cauzează pe termen lung (i.e., cel puțin doi ani, Zumstein & Riese, 2020) distres și/sau dizabilitate, exemple fiind tulburările psihotice, în special schizofrenia, tulburările depresive și bipolare, tulburările de personalitate (ex. tulburarea de personalitate borderline), în anumite cazuri tulburările asociate consumului de substanțe, dar și tulburările de neurodezvoltare (ex. tulburare de spectru autist) și neurodegenerative (ex. demența Alzheimer).

Din punct de vedere al dizabilității vorbim despre afectarea activității profesionale și a vieții personale, prin incapacitatea sau capacitatea diminuată de a îndeplini anumite sarcini sau roluri esențiale (Park et al., 2008).

Parte dintre pacienții cu tulburări mintale cronice prezintă un grad ridicat de severitate, fiind clasificați ca suferind de tulburări mintale severe și persistente.

Aceștia de multe ori nu au un loc de muncă sau lucrează prin intermediul instituțiilor de protecție socială, necesită asistență financiară pentru traiul de zi cu zi, au dificultăți în a stabili și menține o rețea de suport social, au nevoie de ajutor în gospodărire și manifestă în unele cazuri comportament social dezadaptativ.

Din punct de vedere al tratamentului medical, deși majoritatea îl urmează în regim ambulator, aceștia pot avea un istoric de internări multiple sau spitalizare pe termen lung (Zumstein & Riese, 2020).

Pe de altă parte, la nivel global, **majoritatea pacienților cu boli psihice nu primesc tratament, nici măcar în formele severe de patologie**. Discrepanța dintre țări este mare, dar în principiu, gradul de tratare este mult mai mic ca în cazul bolilor somatice (Tabelul 1), existând ceea ce OMS numește un ***treatment gap* – o discrepanță între prevalența tulburărilor mintale și gradul în care sunt tratate.**

De asemenea, pretutindeni, **persoanele cu dizabilități mintale și probleme legate de consumul de substanțe sunt expuse unor practici de îngrijire insuficiente și unor violări constante ale drepturilor personale.**

Nu în ultimul rând, **serviciile de sănătate mintală nu integrează suficient practicile validate științific, ceea ce rezultă în rate scăzute de remisie.**

Prejudecățile referitoare la capacitatea de a munci și **stigma asociată contribuie la marginalizare și excludere socială, lucruri care, într-un cerc vicios, întreține simptomatologia** (World Health Organization, 2012).

Prevalența și costurile personale și sociale asociate tulburărilor mentale pot fi reduse doar prin acțiunea combinată a măsurilor de prevenție, a măsurilor de tratament medical și psihologic și a măsurilor sociale (Patel et al., 2018).

ACCESUL LA TRATAMENT PENTRU PERSOANE CARE SUFERĂ DE PROBLEME CRONICE DE SANATATE MINTALĂ

În acest sens, **The Comprehensive WHO Mental Health Action Plan** (2013- 2020) (WHO, 2013) propune o **serie de măsuri sociale și politice cu aplicabilitate universală.**

2. Prevalența tulburărilor cronice de sănătate mintală în România

La nivel național, **1 din 5 Români este afectat de probleme de sănătate mintală și cel puțin 250 000 de români suferă de o tulburare mintală severă** (Paziuc & Paziuc, 2017).

Comparativ cu media țărilor din UE, **prevalența tulburărilor mintale în România este scăzută (mai puțin de 15 % din populație având cel puțin o tulburare, însă această diferență se poate datora stigmei asociate care duce la subraportare și limitarea accesului la servicii de sănătate mintală (**Iovu & Breaz, 2019).

Nu am identificat statistici care să se refere diferențiat la prevalența tulburărilor cronice de sănătate mintală, însă există estimări ale Institutului Național de Statistică, ale OMS, precum și alte analize referitoare la acele tulburări cu risc ridicat de cronicizare. De exemplu, prevalența pe viață **a tulburărilor afective** a fost identificată la 4,3 %, dintre care 2% pentru tulburarea bipolară (Florescu et al., 2009), 2,9% pentru depresie (Kessler et al., 2015).

O analiză OMS din 2010 a plasat prevalnța **tulburărilor legate de consumul de alcool l**a 2,4 %, iar o analiză mai recentă le-a plasat la 3,1 % Glantz et al. (2020). În ceea ce privește **schizofrenia**, o lucrare menționează 50 068 de cazuri (Iovu & Breaz, 2019), însă nu au fost identificate și alte statistici asupra acestei tulburări, ceea ce este problematic.

În ceea ce privește **tulburările de neurodezvoltare**, în 2017 tulburarea de spectru autist era estimată la 409,8 la 100 000 de locuitori. Dintre tulburările neurodegenerative, **maladia Alzheimer**, cea mai comună tulburare neurodegenerativă, s-a plasat la o prevalență de 23,9 la 100 000 de locuitori la nivelul anului 2019, iar rata demențelor fără altă precizare s-a situat la 65,7 la 100 000 de locuitori. Secțiunea 1 a acestui studiu prezintă mai multe date de prevalență iar povara tulburărilor mintale este analizată în secțiunea 4.

Dincolo de acestea, un ultim aspect demn de menționat se referă la comorbidități; **deși nu există date pe România, din studiile internaționale știm că prezența mai multor diagnostice psihiatrice la același individ este frecventă: de exemplu, un studiu recent a arătat că, în rândul persoanelor cu tulburare depresivă majoră, riscul de a dezvolta un al doilea diagnostic este de 30-40% în decursul a cinci ani.**

De asemenea, **tulburările mintale severe sunt frecvent comorbide cu probleme somatice de sănătate (ex. boli cardio-vasculare, diabet)**, asocierea lor ducând la rate mai ridicate de spitalizare și costuri mai ridicate ale îngrijirii (Launders et al., 2022).

Conf. Univ. Dr. Simona Ștefan

ACCESUL LA TRATAMENT PENTRU PERSOANE CARE SUFERĂ DE PROBLEME CRONICE DE SANATATE MINTALĂ

3. Serviciile de sănătate mintală accesibile pacienților cu tulburări cronice de sănătate mintală în România

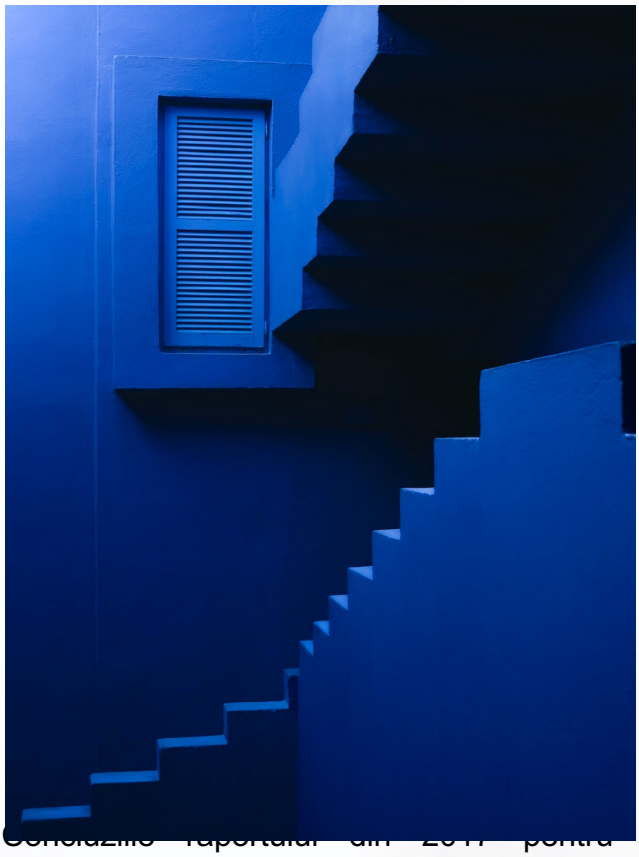
Măsura deficitară în care pacienții cu tulburări mintale (chiar și cei cu tulburări psihice severe) accesează serviciile de sănătate mintală este un motiv de îngrijorare chiar și în țările dezvoltate, fenomenul fiind numit de OMS *treatment gap*.

De exemplu, o analiză efectuată în 2007 pe 17 țări (Wang et al., 2007) a arătat că **aproximativ jumătate dintre pacienții cu simptome severe din țări dezvoltate (ex. Belgia, Germania) nu au accesat servicii medicale în ultimul an, proporția fiind și mai scăzută în țările cu grad redus sau mediu de dezvoltare (ex. 20-25% în Liban sau Ucraina).**

Motivele țin atât de adresabilitatea acestor servicii – în ce măsură oamenii le consideră necesare și le cunosc importanța, cât și de accesibilitatea lor – facilitatea accesului la servicii.

În continuare prezentăm principalele categorii de servicii la care au acces persoanele cu boli mintale cronice în România și barierele ce le limitează adresabilitatea și accesibilitatea: **servicii medicale, conexe actului medical (ex. psihoterapie) și sociale**.

Atlasul Sănătății Mentale (Mental Health Atlas) este o inițiativă a OMS care centralizează periodic informații cheie despre serviciile de sănătate mintală oferite în 115 țări, dar prevalența cazurilor severe tratate (treated prevalence), indicatorul de interes aici, nu a fost până acum raportată pentru România.



Concluziile raportului din 2017 pentru România privind serviciile de sănătate mintală accesibile sunt sumarizate în Tabelul 1. Tabelul 2 arată discrepanța între gradul în care sunt tratate tulburările mintale comparativ cu cele somatice în țări cu venituri ridicate și scăzute/ medii.

3.1. Medicația psihiatrică accesibilă pacienților cu tulburări mintale cronice

Prin CNAS, pacienții cu tulburări psihice beneficiază gratuit de un consult și consiliere psihiatrică pe lună (dacă este prima evaluare, se pot face 2 consulturi în prima lună sau maximum 4 consulturi pe semestru).

Medicația psihiatrică este gratuită dacă este prescrisă conform protocoalelor clinice, de către medici psihiatri care au contract cu CNAS, indiferent dacă lucrează în sistemul public sau privat.

Conf. Univ. Dr. Simona Ștefan

Noiembrie 2023

ACCESUL LA TRATAMENT PENTRU PERSOANE CARE SUFERĂ DE PROBLEME CRONICE DE SANATATE MINTALĂ

În ultimii ani, CNAS acceptă ca pacienții cu tulburări psihice să se prezinte și direct la medicul specialist, fără bilet de trimitere de la medicul de familie, dacă au deja o scrisoare medicală eliberată de un specialist.

Pentru alte tipuri de boli cronice teoretic pacientul trebuie să aducă din 3 în 3 luni alt bilet de trimitere de la medicul de familie, iar în cazul bolilor psihiatrice cronice acest lucru nu mai este necesar, ușurând astfel accesul pacienților la tratament.

O analiză recentă (https://www.politicidesanatate.ro/progrese-in-sanatatea-mintala-analiza-politicilor-si-a-ingrijirii-depresiei-in-romania/) arată că România are aproximativ **12 psihiatri la 100.000 de locuitori**, față de **media UE de 17 la 100.000 de locuitori**, ceea ce creează din start probleme de accesibilitate, mai ales în zonele rurale și orașe mici.

În România există 116 unități de psihiatrie (spitale de psihiatrie, spitale de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță, secții de psihiatrie din cadrul spitalelor generale).

3.2. Serviciile conexe actului medical (ex. psihoterapie) accesibile pacienților cu tulburări mintale cronice

3.2.1. Accesul la servicii conexe în sistemul public de sănătate

În conformitate cu reglementările legale (HG nr. 400/2014, HG nr. 205/2015), pacienții pot beneficia de servicii conexe (ex. consiliere psihologică, psihoterapie, logopedie, pedagogie, kinetoterapie) dacă medicul sau furnizorul care are contractul cu CNAS încheie un contract de colaborare cu profesioniștii care prestează aceste servicii (ex. cabinet individual de psihologie).

Un medic psihiatru cu normă întreagă la CNAS poate deconta pentru adulți în jur de 60 de ședințe de servicii conexe pe lună și pentru copii 120 de ședințe pe lună, indiferent de numărul pacienților pe care îi consultă. **Astfel, norma decontată de CNAS se stabilește per medic psihiatru, nu per pacient.** De exemplu, dacă un medic psihiatru are 30 de pacienți într-o lună ar putea deconta 2 ședințe de psihoterapie pe lună pentru fiecare sau ar putea direcționa acest serviciu pentru doar câțiva dintre acești pacienți, în funcție de unde consideră că ar fi mai multă nevoie. În multe cazuri, numărul ședințelor alocate serviciilor conexe este foarte mic; de exemplu, un singur copil cu tulburare de spectru autist poate avea nevoie de 25 de ședințe de terapie pe lună, ceea ce înseamnă că medicul ar putea asigura aceste servicii doar pentru 4-5 copii într-o lună.

Specific în ceea ce privește situația copiilor cu tulburare de spectru autist, FEDRA – Federaţia pentru Drepturi şi Resurse pentru Persoanele cu Tulburări în Spectrul Autist precizează că, din cauza procedurilor greoaie de decontare și a numărului redus de psihiatri în contract cu furnizori de servicii de psihoterapie, puțini copii ajung să primească ședințe decontate. Astfel, din cele 19 organizații membre ale FEDRA care deservesc un număr de aproximativ 1.055 copii și 35 adulți, doar 108 au beneficiat de terapie gratuită decontată prin CNAS în perioada iulie-august (https://www.autismfedra.ro/fedra-solicita-ms-si-cnas-solutii-pentru-decontarea-terapeiei-copiilor-cu-autism/).

Conf. Univ. Dr. Simona Ștefan

Noiembrie 2023

ACCESUL LA TRATAMENT PENTRU PERSOANE CARE SUFERĂ DE PROBLEME CRONICE DE SANATATE MINTALĂ

În noiembrie 2022, a fost adoptată o ordonanţă de urgenţă prin care se asigură accesul imediat şi nediscriminatoriu la serviciile conexe actului medical pentru toate persoanele diagnosticate cu tulburări de spectru autist, însă fiind de dată recentă, măsura nu a ajuns să producă încă efecte.

De menționat ar fi și faptul că pentru pacienții spitalizați serviciile conexe sunt gratuite, dar ele pot fi urmate în acest regim doar pe perioada spitalizarii.

De asemenea, **norma actuală este de un psiholog la 30 de paturi, ceea ce este insuficient în cazul secțiilor de psihiatrie.** De asemenea, în anumite cazuri, pentru copii, pot fi oferite servicii de intervenție psihologică prin Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC).

Astfel, cu atât mai mult în cazul problemelor cronice de sănătate mintală, serviciile conexe ce pot fi decontate prin CNAS devin foarte limitate. De menționat ar fi și faptul că recent a fost adoptată Hotărârea de Guvern nr. 105/2021 privind Programul național „Din grijă pentru copii", prin intermediul căruia, timp de 2 ani, pot fi accesate 70 000 de ore de intervenție psihologică și psihoterapeutică. Efectele acestui program se vor vedea în timp.

3.2.2. Accesul la servicii conexe în regim Privat

Serviciile conexe (ex. consiliere psihologică, psihoterapie, logopedie) pot fi accesate și în regim privat, prin intermediul clinicilor particulare sau cabinetelor individuale. **De cele mai multe ori însă, tarifele practicate de profesioniștii în sănătate mintală în regim privat sunt mai mari decât cele decontate de CNAS.**

Spre exemplu, o ședință de psihoterapie într-un oraș mare costă în jur de 150-200 de lei (ex. vezi platforma de servicii psihologice I'm fine, https://im-fine.app/ro/psihologi-psihoterapeuti), ceea ce în contextul în care la data actuală (30 decembrie 2022) salariul mediu net în România este de 3565 lei, cel minim 2550 lei net, iar pensia medie este de 1851 lei, **devine un cost prohibitiv pentru majoritatea pacienților cu tulburări mintale cronice, care ar avea cea mai mare nevoie de astfel de servicii.**

O altă situație care poate nu este evidentă la prima vedere, se referă la faptul că **terapeuții începători, care de regulă percep tarife mai accesibile, practică la intrarea în profesie în regim de sub supervizare, conform reglementărilor Colegiului Psihologilor din România. În această perioadă, supervizorii nu le recomandă sau nu le permit să lucreze cu cazuri de psihopatologie severă, unde s-ar încadra mulți pacienți cu boli cronice.**

Psihoterapeuții cu expertiză, care ar putea gestiona mai bine astfel de cazuri, practică tarife mai ridicate, lucru care îngreunează suplimentar accesul pacienților la tratament. Pași importanți în acordarea de servicii de psihoterapie gratuite sau la preț redus persoanelor vulnerabile au fost făcuți și de către fundații și ONG-uri (Ex. fundația Estuar, centrele pentru autism), însă acestea funcționează cu precădere în orașele mari, lăsând descoperite zonele rurale și urbanul mic.

3.3. Centrele de Sănătate Mintală (CSM-uri)

Centrele de Sănătate Mintală pot presta gratuit orice tip de serviciu - consult, medicație, intervenții psihologice. Aceste centre au fost gândite să asigure servicii comunitare, iar normele de personal permit angajarea mai multor profesioniști per tip de serviciu, comparativ cu spitalele.

Există **80 de centre de sănătate mintală (incluzând centrele de la nivelul spitalelor),** conform Institutului Național de Statistică în 2018 (Iovu & Breaz, 2019), majoritatea în orașe mari.

Conf. Univ. Dr. Simona Ștefan

ACCESUL LA TRATAMENT PENTRU PERSOANE CARE SUFERĂ DE PROBLEME CRONICE DE SANATATE MINTALĂ

3.4. Spitalele de boli cronice

În aceste unități medicale sunt de obicei internați pacienți cu patologie extrem de severă, încadrați în grad de handicap grav cu însoțitor (care fie nu au discernământ, fie necesită supraveghere și îngrijire permanente și care în plus nu au în familie pe nimeni care să își asume acest rol).

Serviciile sunt gratuite însă **condițiile (hoteliere, personal, intervenții de orice tip) sunt destul de precare atât pentru pacienți cât și pentru personalul angajat.**

De exemplu, o vizită a Comitetului European pentru Prevenirea Torturii și a Pedepselor sau Tratamentelor Inumane sau Degradante (CPT) efectuată în toamna anului 2022 **a constatat probleme de igienă și sanitație, lipsa personalului calificat, folosirea inadecvată a măsurilor de contenție pe fondul supra-aglomerării, problematica internărilor involuntare și altele, confirmate și într-un raport al Avocatului Poporului și Amnesty Internationa.**

În România există, conform unei analize derulate în 2020 în medie în jur de **52,47 paturi/100 000 de locuitori, cu discrepanțe mari între regiunile țării** (Stoean et al., 2020). În lipsa altor măsuri de tratament, rezidență și asistență comunitară, aceste locuri din spitale sunt insuficiente.

De exemplu, la un singur spital, cel din Borșa, județul Cluj, **lista de așteptare în luna octombrie 2022 număra 225 de poziții în contextul în care capacitatea de spitalizare este în jur de 185 de pacienți** (www.spitalpsihiatrieborsa.ro/).

În orice caz, resursele umane si financiare pentru astfel de instituții sunt imense și pun probleme mari inclusiv în țări mult mai dezvoltate din punct de vedere economic. **De aceea, se recomandă trecerea de la unități cu spitalizare pe termen lung la unități rezidențiale și centre comunitare, precum și extinderea serviciilor de sănătate mintală la nivelul comunităților** (Patel et al., 2018).

Astfel de centre, publice sau private (finanțate îndeosebi prin ONG-uri) există și în România, dar numărul lor este insuficient raportat la nevoile societății, având în vedere și numărul crescut de persoane care trăiesc în comunități izolate, fără acces la aceste servicii.

Conf. Univ. Dr. Simona Ștefan

ACCESUL LA TRATAMENT PENTRU PERSOANE CARE SUFERĂ DE PROBLEME CRONICE DE SANATATE MINTALĂ

3.5. Serviciile de asistență socială și financiară la care au acces pacienții cu boli psihice cornice

Pe lângă tratamentul medicamentos și psihologic, de multe ori **persoanele cu boli psihiatrice cronice necesită servicii de asistență socială și financiară** (ex. indemnizații, asistent personal, profesor de sprijin, etc).

Aceste servicii sunt decontate de Ministerul Muncii și de către autoritățile locale.

Traseul unui pacient care are nevoie de astfel de servicii ar fi: **medic de familie - medic specialist** - și dacă este vorba de o tulburare care se pretează la încadrare în grad de handicap, pacientul este direcționat (**după ce obține mai multe documente** - scrisoarea medicală, certificatul de încadrare cu diagnosticele stabilite de medic) către **Comisia de încadrare în grad de handicap,** care examinează din nou pacientul, verifică dosarul cu documente și stabilește gradul în funcție de care pacientul/familia **primește diverse sume de bani ca ajutor.**

Apoi, **dacă pacientul are handicap grav se adresează primăriei, unde se verifică din nou documentele și, în funcție de buget, se angajează un asistent personal** sau este plătită o persoană desemnată ca îngrijitor.

Intervențiile medicale sunt decontate de CNAS, iar partea care ține de compensații în funcție de gradul de handicap sunt plătite parțial de către Direcția de Asistență Socială/Protecția Copilului și o parte de către primării.

Dificultățile la acest nivel țin de birocrație și parcursul stufos al demersului, traseu greu de navigat de către pacienții și aparținătorii cu statut socio-economic scăzut sau din medii defavorizate.

4.1. Diferențe între regiunile țării

România este împărțită în 4 macro-regiuni:
- ✓ macroregiunea 1 – Transilvania,
- ✓ macroregiunea 2 – Moldova și Dobrogea,
- ✓ macroregiunea 3 – Muntenia, inclusiv București și
- ✓ macroregiunea 4 – Banat și Oltenia.

Harta macroregiunilor din România (Sursa: Wikipedia)

Un studiu din 2020 (Stoean et al., 2020) arată că **MR1 este regiunea care oferă cea mai largă acoperire** cu medici psihiatri atât la nivelul spitalelor (12,21 medici psihiatri/100 000 loc.), cât şi al ambulatoriilor (8,4 medici psihiatri/100 000 loc.),

Conf. Univ. Dr. Simona Ștefan

ACCESUL LA TRATAMENT PENTRU PERSOANE CARE SUFERĂ DE PROBLEME CRONICE DE SANATATE MINTALĂ

urmată de MR3 (11,76 medici psihiatri în spitale/100 000 loc. şi 8,07 medici psihiatri în ambulatorii) şi MR4 (11,40 medici psihiatri în spitale/100 000 loc. şi 7,61 medici psihiatri în ambulatorii).

Macroregiunea 2 are cea mai scăzută rată de medici psihiatri atât la nivelul spitalelor (10,69 medici psihiatri/100 000 loc.), cât şi în ambulatorii (5,73 medici psihiatri/100 000 loc.).

Distribuţia numărului de paturi din instituţiile psihiatrice variază în cadrul macroregiunilor României, **MR4 având cel mai mare număr de paturi la 100 000 de locuitori** (95,96/100 000 loc.), urmată de MR1 (91,5/100 000 loc.) şi de MR2 (74,19/100 000 loc.), iar **MR3 are cel mai mic număr total de paturi (68,18/100 000 loc.)** În ceaa ce privește numărul total de paturi de psihiatrie în secţiile de cronici/100 000 loc. se păstrează același clasament.

De remarcat însă **inegalităţile foarte mari** între numărul de paturi la 100 000 loc. între MR4 (75,67/100 000 loc.) şi MR1 (60,94/100 000 loc.), pe de o parte, şi MR2 (43,97/100 000 loc.) şi MR3 (29,3/100 000 loc.), pe de altă parte.

Distribuția inegală a serviciilor pe regiuni nu este însă singura problemă. **În România, aproximativ 46 % din populație trăiește în mediul rural (Institutul Naţional de Statistică, 2019), unde accesul la astfel de servicii este limitat.** Figura 2 din anexe prezintă distribuția psihiatrilor pe macroregiuni.

În România, peste 42% din populaţie prezintă risc de sărăcie sau excluziune socială, conform unei analize realizate de Banca Internaţională pentru Reconstrucţie şi Dezvoltare/Banca Mondială.

Sărăcia este atât o cauză cât și o consecință a problemelor cronice de sănătate mintală (Knifton & Inglis, 2020).

Numeroase cercetări din ultimii ani au confirmat rolul pe care sărăcia, adversitățile din copilărie și violența îl joacă în debutul și menținerea tulburărilor mintale, care la rândul lor întreţin sărăcia prin școlarizarea precară și scăderea productivității în muncă. Tulburările mintale cronice reprezintă astfel un mecanism cheie în transmiterea intergenerațională a sărăciei (Patel et al., 2018).

Problemele de sănătate mintală afectează în mod disproporționat comunitățile sărace, condițiile precare de viață interferând și cu eficiența tratamentelor medicale și psihologice.

Conf. Univ. Dr. Simona Ștefan

Noiembrie 2023

ACCESUL LA TRATAMENT PENTRU PERSOANE CARE SUFERĂ DE PROBLEME CRONICE DE SANATATE MINTALĂ

Astfel, **familiile cu statut socio-economic scăzut sunt vulnerabile atât din perspectiva dezvoltării și menținerii problemelor de sănătate mintală cât și din punct de vedere al accesului și complianței la tratament** (Campbell & Burgess, 2012).

Deși tratamentul tulburărilor mintale cronice este în mare parte gratuit, se pune problema **adresabilității** acestor servicii – în ce măsură persoanele care au nevoie de servicii de sănătate mintală le caută și **accesibilității** – cât de ușor este să parcurgă pașii necesari pentru a beneficia de tratament.

În primul rând, **nivelul educațional scăzut favorizează apariția și menținerea problemelor cronice de sănătate mintală, dar îngreunează și recunoașterea acestora de către membrii familiei și comunității.**

Cu alte cuvinte, cei din jur nu își dau seama când un aparținător suferă de o problemă psihică și/ sau nu știu ce să facă, cui să se adreseze. **Situația este îngreunată mai ales în mediul rural și de lipsa medicilor de familie care ar avea un rol cheie în depistarea precoce a problemelor de sănătate mintală** (ex. a copiilor cu TSA).

De exemplu, o analiză din 2021 https://unsingurchip.ambasadasustenabilitatii.ro/2022/ a arătat că dacă la nivel urban național există 1 medic la 171 locuitori, în mediul rural situația este discrepantă.

În **16 județe ale României, în mediul rural există un singur medic la peste 2.000 locuitori, adică de peste 11 ori mai puțini decât în mediul urban.**

În alte 21 de județe, în mediul rural, există 1 medic la 1.000-2.000 locuitori.

De asemenea, din punct de vedere al accesibilității serviciilor, **membrii comunităților izolate de multe ori nu au fizic posibilitatea de a se deplasa la oraș pentru un consult de specialitate sau servicii conexe, cu atât mai mult când vine vorba de tulburări cronice care necesită tratament îndelungat.**

Mai mult decât atât, **9 județe din România înregistrează rate ridicate de marginalizare rurală** (între 9 și 15% din totalul populației rurale din fiecare județ) Vaslui, Iași, Covasna, Brașov, Botoșani, Galați, Bacău, Sibiu, Mehedinți http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Minister/F6_Atlas_Rural_RO_23Mar2016.pdf

Conf. Univ. Dr. Simona Ștefan

Noiembrie 2023

ACCESUL LA TRATAMENT PENTRU PERSOANE CARE SUFERĂ DE PROBLEME CRONICE DE SANATATE MINTALĂ

5. Recomandări și propuneri de politici publice

5.1. Crearea unei linii de buget separate pentru probleme de sănătate mintală și desemnarea unei structuri alocate în cadrul Ministerului Sănătății

România nu are un buget alocat separat pentru problemele de sănătate mintală și și nu există o structură specializată în probleme de sănătate mintală la nivelul Ministerului Sănătății (Dlouhy, 2014).

În 2010, **România cheltuia 5,6 % din PIB pe sănătate (5,5% în 2020), dintre care doar 3% a fost direcționat către sănătatea mintală (estimare), media europeană fiind de 6,3%** din bugetul alocat sănătății (Dlouhy, 2014).

Deși la nivel global problemele de sănătate mintală sunt considerate în prezent cauze principale de dizabilitate, în România sănătatea mintală nu pare să fie o prioritate. Fără resurse adecvate nu se pot face îmbunătățiri considerabile.

Cadrul legislativ există, prin legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002 cu amendamentele ulterioare și prin Strategia pentru Sănătate Mintală din 2006, însă **implementarea lor ar beneficia de existența unei structuri care să coordoneze resurse și strategii inovative.**

În acest sens, **OMS recomandă crearea unei structuri specializate în sănătate mintală la nivelului ministerelor sănătății din orice țară, care să se ocupe de planificare strategică, analiza nevoilor, colaborare multisectorială și evaluarea serviciilor** (World Health Organization, 2013).

5.2. Respectarea drepturilor pacientului

Respectarea drepturilor omului și ale pacientului este esențială într-o societate democratică.

Cele mai vulnerabile persoane sunt tocmai cele cu dizabilități, printre care și mulți pacienți cu boli mintale cronice **iar cele mai frecvente abuzuri asupra lor sunt comise, ironic, tocmai în unitățile de îngrijire, cum ar fi spitalele de boli psihiatrice cronice.**

Drepturile avute în vedere sunt reglementate de Organizația Națiunilor Unite prin The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), iar **Organizația Mondială a Sănătății oferă un instrument prin care fiecare țară poate conduce un proces standardizat de evaluare a propriilor unități, urmat de recomandări** – WHO QualityRights tool kit https://www.who.int/publications/i/item/9789241548410.

5.3. Programe de intervenție timpurie

În copilăria timpurie, circumstanțele precare de viață (ex. sărăcie, neglijare, abuz) rezultă în **stres cronic cu repercursiuni pe termen lung** (Bick & Nelson, 2016). De exemplu, studii de RMN funcțional arată că **volumul materiei cenușii din creierul în dezvoltare e dependent de venitul și statutul economic al familiei din primii ani de viață,**

Conf. Univ. Dr. Simona Ștefan

cu efecte mai ales asupra **ariilor cerebrale responsabile de funcțiile cognitive** ca hipocampul (memoria), amigdala (procesare emoțională), cortexul prefrontal (funcții executive) sau cortexul emisferei stângi (limbaj) (Hair et al., 2015).

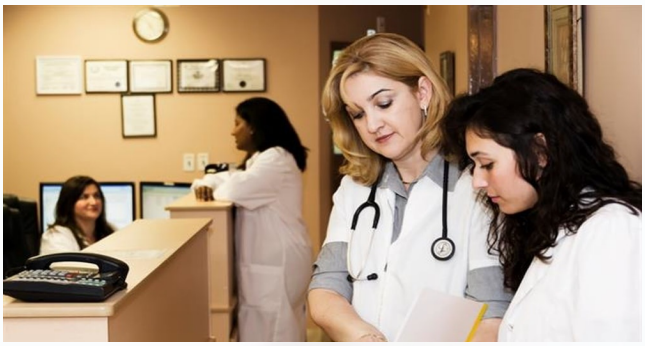
Programele parentale care țintesc stresorii timpurii și stimularea cognitivă în primii ani de viață pot reduce incidența problemelor de sănătate mintală de mai târziu.

Astfel de măsuri includ: **măsuri sociale** (ca acordarea de vouchere de alimente, cantine sociale), creșe în zone defavorizate care ar putea suplini substimularea, diseminarea programelor parentale prin instruire, consiliere psihologică.

5.4. Îngrijire etapizată

Recomandările internaționale vizează trecerea de la un sistem centralizat, axat pe spitale, la îngrijire progresivă (stepped care) care presupune tratarea etapizată a pacienților, în funcție de severitatea tulburării (World Health Organization, 2013) (Patel et al., 2018).

Astfel, **serviciile primare de sănătate mintală** (identificarea potențialelor cazuri noi, consiliere, monitorizare, asigurarea continuității tratamentului) **ar trebui oferite pe scară largă** de către profesioniști, membri ai comunității (ex. medici de familie, asistenți medicali, asistenți sociali, consilieri școlari), în urma unui proces de instruire și sub supervizarea medicilor specialiști.



În cazurile cronice sau severe, îngrijirea va fi coordonată de către serviciile de psihiatrie, dar tot într-o manieră etapizată. Fazele ingrijirii etapizate sunt prezentate în Tabelul 3. Pentru țările cu venituri medii cum este și România, au fost formulate o serie de recomandări pentru dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală (Thornicroft & Tansella, 2013). Astfel, pe lângă importanța îngrijirii primare, recomandările vizează și:

1. **Dezvoltarea unităților medicale și serviciilor în regim ambulator,**
2. **Crearea unor echipe multidisciplinare de sănătate mintală în comunități** pentru managementul cazurilor severe și asigurarea continuității tratamentului,
3. **Continuarea asigurării serviciilor de tratament spitalizat pentru cazurile acute** și înlocuirea treptată a serviciilor oferite în spital cu servicii oferite în ambulator sau centre comunitare.
4. **Trecerea de la spitalizare pe termen lung (i.e., în spitale de boli cronice) la centre rezidențiale integrate în comunitate**.

Conf. Univ. Dr. Simona Ștefan
Noiembrie 2023

ACCESUL LA TRATAMENT PENTRU PERSOANE CARE SUFERĂ DE PROBLEME CRONICE DE SANATATE MINTALĂ

5.5. Utilizarea tehnologiei

Conform recomandărilor formulate de Comisia Lancet pentru Sănătate Mintală Globală (Patel et al., 2018) **utilizarea tehnologiei este recomandată și poate facilita**:

1. **monitorizarea simptomelor și complianța la tratament în cazul pacienților** (ex. senzori care să măsoare rata cardiacă și diverși parametri relevanți în afecțiunile cronice, ca tulburarea depresivă majoră),

2. **trainingul facil și supervizarea în rândul personalului care administrează intervenții de intensitate redusă** (servicii primare de îngrijire) dar și

3. **diseminarea de intervenții psihologice validate științific.** În acest sens, date de cercetare au arătat că intervențiile ghidate de tip self-help sunt eficiente și acceptabile pentru pacienții cu depresie, de exemplu (Cuijpers et al., 2019).

În România, accesul la internet și telefonie mobilă este destul de răspândit; în anul 2021, 60,2% dintre gospodăriile din mediul urban și 39,8 din mediul rural aveau acces la internet.

Dintre acestea, **81,7% folosesc telefoane inteligente pentru conectarea la internet** (Institutul Național de Statistică, 2021).

5.6. Centre rezidențiale comunitare

De multă vreme **OMS și comisiile de specialitate recomandă în cazul pacienților cu patologie cronică și severă, trecerea de la spitalizare pe termen lung la centre rezidențiale integrate în comunitate**. Date de cercetare au arătat în acest sens că atunci când este făcută cu grijă, dezinstituționalizarea persoanelor cu tulburări mintale cronice aduce multe avantaje (Shepherd & MacPherson, 2011).

Desigur, **acest lucru se poate face în localități unde există și alte servicii (medicale, sociale) disponibile** (Thornicroft & Tansella, 2013). Acest lucru s-ar putea face treptat, prin implicarea autorităților locale, fonduri europene (accesibile atât instituțiilor de stat cât și ONG-urilor) și programe naționale.

Conf. Univ. Dr. Simona Ștefan

Noiembrie 2023

ACCESUL LA TRATAMENT PENTRU PERSOANE CARE SUFERĂ DE PROBLEME CRONICE DE SANATATE MINTALĂ

5.7. Servicii validate științific

Printre principiile formulate de OMS se numără și **oferirea de servicii de sănătate mintală bazate pe dovezi** (World Health Organization, 2013).

Acest lucru se referă atât la **respectarea protocoalelor referitoare la medicație cât și la serviciile conexe,** după cum este detaliat în secțiunea 5.

5.8. Creșterea accesibilității serviciilor conexe de sănătate mentală

Nu în ultimul rând, **serviciile conexe celor medicale - psihoterapie, evaluare și consiliere psihologică - au un rol fundamental în depistarea și tratarea tulburărilor mentale.**

După cum a fost detaliat anterior, **astfel de servicii sunt și în prezent decontate de CNAS, dar nu în număr suficient.** De asemenea, extinderea lor în comunități diverse, lucru care este posibil prin dezvoltarea unor programe primare de intervenție, este un aspect esențial al creșterii accesibilității acestor servicii.

6. Concluzii

În România există servicii de sănătate mintală (medicale, psihologice) la care au acces (gratuit) pacienții cu tulburări cronice de sănătate mintală, însă discrepanța dintre prevalența tulburărilor și accesarea serviciilor (treatment gap) este dificil de estimat în absența unor date cantitative în acest sens.

Sănătatea (și implicit sănătatea mintală) este un domeniu sub-finanțat în România iar numărul de specialiști este semnificativ mai mic decât media UE.

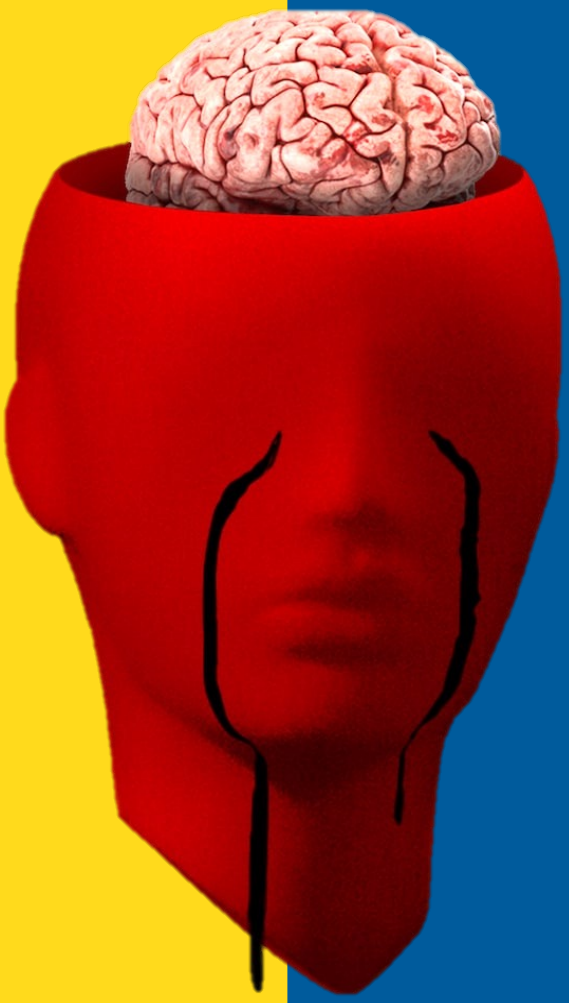
De asemenea, discrepanța dintre zonele țării, sărăcia și discrepanța rural-urban, precum și stigma asociată tulburărilor mintale îngreunează suplimentar accesul pacienților la tratamente validate științific.

Recomandările prezentei secțiuni vizează în principal respectarea recomandărilor formulate de OMS și anume:

- ✓ **crearea unei linii separate de finanțare pe sănătate mintală și crearea unei structuri specializate la nivelul Ministerului Sănătății**;
- ✓ **implementarea unor servicii etapizate de îngrijire** prin extinderea competențelor de bază la nivelul serviciilor primare de sănătate;
- ✓ **trecerea**, în cazul pacienților cu tulburări severe **de la instituționalizare la centre rezidențiale comunitare** având în vedere respectarea drepturilor pacienților cu probleme de sănătate mintală;
- ✓ **utilizarea tehnologiei pentru diseminarea serviciilor de sănătate mintală validate științific;**
- ✓ **extinderea accesului la servicii decontate conexe celor medicale** – evaluare și consiliere psihologică, psihoterapie.

Conf. Univ. Dr. Simona Ștefan

Noiembrie 2023



7. ANEXE

Noiembrie 2023

ANEXE

Secțiunea 1 - Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Metodologie

Pentru identificarea datelor cu privire la prevalența tulburărilor mintale în România, în luna decembrie 2022 au fost realizate căutări sistematice în baze de date internaționale Web of Science, PubMed, Scopus utilizând cuvinte cheie referitoare la:

- Prevalență sau incidență: prevalence OR incidence OR epidemiology
- Tulburările mintale conform DSM-5: Mental disorders OR Autism OR Enuresis OR Encopresis OR ADHD OR Intellectual disability OR Mental retardation OR Oppositional Defiant Disorder OR Conduct Disorder OR Depression OR Bipolar OR Disruptive Mood Dysregulation Disorder OR Suicide OR Suicidality OR Self-harm OR obsessive-compulsive disorder OR trauma OR PTSD OR Mutism OR substance abuse OR Cannabis OR alcohol OR drug abuse OR anorexia OR bulimia OR eating disorder OR borderline OR personality disorder OR schizophrenia OR psychosis OR mental health OR addiction OR Alzheimer OR dementia OR intermittent explosive OR phobia OR anxiety OR panic OR sleep disorder OR insomnia OR trichotillomania
- Populație: Romania OR Romanian

Pe lângă consultatea bazelor internaționale de date am consultat și listele de referințe ale articolelor. Au fost identificate 1154 articole. Alte trei articole au fost identificate din bibliografia articolelor identificate. După eliminarea duplicatelor au fost analizate 774 articole pe baza titlului și rezumatului, 50 de articole fiind citite integral. În final, în această analiză a literaturii am inclus datele din 30 de articole științifice

Criterii de includere articole:

- Să fie publicate în reviste peer-reviewed
- Să fie publicate în limba engleză
- Să conțină informații legate de prevalența tulburărilor mintale în România

Criterii de excludere:

- Tulburări medicale sau cronice

ANEXE

Secțiunea 1 - Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Tabel 1
Prevalența tulburărilor mintale în România

Tulburare	Autori, an publicație	Eșantion din România (N), interval vârstă/ vârsta medie	Prevalență			An culegere date	Metodă	Consorțiu
			Prevalența în decursul vieții	Prevalența în ultimele 12 luni	Prevalența (nespecificat)			
Tulburare anxioasă socială	Stein et al., 2017	2357 adulți (reprezentativ)	1.3% (SE 0.3)	1% (SE 0.2)		2005-2006	Interviu	WMH
Tulburare anxioasă de separare	Silove et al., 2015	2357 (18+) (reprezentativ)	0.9% (SE 0.3)	0.3% (SE 0.1)		2005-2006	Interviu	WMH
Tulburare anxioasă generalizată	Ruscio et al., 2017	2357 adulți (reprezentativ)	1% (SE 0.3)	0.2% (SE 0.1)		2005-2006	Interviu	WMH
	Georgieva et al., 2021	1502 adulți (COVID) (18-100 ani)			28.2% pozitiv pt GAD	2020-2021	Scale (online)	
Tulburare de panică	de Jonge et al., 2016	2349 adulți (reprezentativ)		4.2% (SE 0.4) Atacuri de panică fără tulburare de panică 4.7% (SE 0.4) Atacuri de panică cu sau fără tb de panică 0.4% (SE 0.1) Tulburare de panică		2005-2006	Interviu	WMH
	Georgieva et al., 2021	1502 adulți (COVID) (18-100 ani)			11.9% pozitiv pt tulburare de panică	2020-2021	Scale (online)	
Agorafobie	Florescu et al., 2009	2349 adulți (reprezentativ)	0.5% Agorafobie fără panică			2005-2006	Interviu	WMH
Fobii specifice	Wardenaar et al., 2017	2349 adulți (reprezentativ)	3.8% (SE 0.5) Pe subtipuri: De animale: 1.7 (0.4) De vreme: 2.0 (0.4) Sânge-injecții 2.0 (0.4) Spații închise 1.1 (0.3) Înălțime 1.8 (0.3) Zburat cu avionul 0.4 (0.2)	3.3% (SE 0.5)		2005-2006	Interviu	WMH
Tulburare depresivă majoră	Kessler et al., 2015	2357 adulți (reprezentativ)	2.9% (SE 0.4) MDD comorbid cu tb de anxietate 27% (SE 5.7)	1.5% (SE 0.3) MDD comorbid cu tb de anxietate 31.5% (SE 8.8)		2005-2006	Interviu	WMH

ANEXE

Secțiunea 1 - Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Tabel 1
Prevalența tulburărilor mintale în România

Tulburare	Autori, an publicație	Eșantion din România (N), interval vârstă/ vârsta medie	Prevalență			An culegere date	Metodă	Consorțiu
			Prevalența în decursul vieții	Prevalența în ultimele 12 luni	Prevalența (nespecificat)			
			2.9% (SE 0.4) MDD comorbid cu tb de anxietate 27% (SE 5.7)	1.5% (SE 0.3) MDD comorbid cu tb de anxietate 31.5% (SE 8.8)				
	Georgieva et al., 2021	1502 adulți (COVID) (18-100 ani)			26.8% pozitiv pt depresie	2020-2021	Scale (online)	
	Maștaleru et al., 2022	411 pacienți vârstnici spital (65-85+)			13.4% diagnostic de MDD 66.7% simptome depresive	2013-2014	Scale	
	Citu et al., 2022	154 femei internate spital (18-25 ani) (COVID)			18.8% depresie post-partum 11.4% (2020) – 28.8% (2021)	2020-2021	Scale completate 2-4 zile postpartum	
Tulburare depresivă persistentă	Florescu et al., 2009	2357 adulți (reprezentativ	0.3%			2005-2006	Interviu	WMH
Tulburare obsesiv-compulsivă	Florescu et al., 2009	562 adulți (reprezentativ)	0.6%			2005-2006	Interviu	WMH
Joc patologic de noroc	Andrie et al., 2019 Lupu & Lupu, 2018	1830 adolescenți (14-18 ani) 2006 copii și adolescenți (11-19 ani)		13.5% (offline) 12.9% (online)	2.6% - 4% joc patologic de noroc 7.1% - 10.1% joc de noroc problematic	2011-2012 NR	Scale Scale	EU NET ADB

ANEXE

Secțiunea 1 - Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Tabel 1
Prevalența tulburărilor mintale în România

Tulburare	Autori, an publicație	Eșantion din România (N), interval vârstă/ vârsta medie	Prevalență			An culegere date	Metodă	Consorțiu
			Prevalența în decursul vieții	Prevalența în ultimele 12 luni	Prevalența (nespecificat)			
Pb emoționale și comportamentale	Kovess-Masfety et al., 2016	1206 (6-11 ani)			Tulburare probabilă: 8.7% tulburare de conduită 0.8% ADHD, 3.8% tulburări emoționale 4.2% tb de somn 2.5% GAD 1.3% tb anxioasă de separare 2% tb de atașament reactiv (dezinhibat) 0.9% ODD	2010	Scale completate de părinți și profesori	SCMHE
	Gleason et al., 2011	1003 (18-60 luni) din clinica de pediatrie			0.6% tb anxioasă socială 0.2% tb de conduită 0.4% ADHD 0.2% PTSD, mutism selectiv, MDD, tb de conduită 1.4% orice tb de comportament 5.4% orice tb emoțională 4.5% orice tb de anxietate 20.6% orice pb de internalizare 14.4% Tb anxioasă de separare 9.1% fobii specifice 3.4% depresie 2.8% GAD 3.7% Tb de conduită 3.4% ODD 2.5% ADHD	NR	Interviu și scale completate de părinți	
	Husky et al., 2018	980 (6-12 ani)					Scale completate de copil (chestionar computerizat)	SCMHE

ANEXE

Secțiunea 1 - Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Tabel 1
Prevalența tulburărilor mintale în România

Tulburare	Autori, an publicație	Eșantion din România (N), interval vârstă/ vârsta medie	Prevalență			An culegere date	Metodă	Consorțiu
			Prevalența în decursul vieții	Prevalența în ultimele 12 luni	Prevalența (nespecificat)			
Tulburări de comportament alimentar	Kessler et al., 2013	2357 adulți (reprezentativ)	0% Bulimia nervosa 0.2% Tulburarea de alimentație compulsivă	0% Bulimia nervosa 0.1% Tulburarea de alimentație compulsivă		2005 - 2006	Interviu	WMH
	Krizbai (Kovács), 2010	1084 adolescenți (16 ani)			0.6% Anorexia nervosa (fete) 1.3% Bulimia nervosa (fete)	2006	Scale și index de masa corporală	
Tulburare de stress posttraumatic	Stupar et al., 2021	307 adolescenți expuși la situații traumatice (12-18 ani)			8.1% întrunesc 4 criterii (criteriile B-E conform DSM-5)	NR	Scale	
	Florescu et al., 2014	2357 adulți	1.2%	0.7%		2005 - 2007	Interviu	WMH
	Karam et al., 2014	2357 adulți (18-96)		0.4% (SE 0.2)		2005 - 2006	Interviu	WMH
	Georgieva et al., 2021	1502 adulți (COVID) (18-100 ani)			38% pozitiv pt PTSD	2020 - 2021	Scale (online)	
Consum de droguri	Degenhardt et al., 2019	2357 adulți (reprezentativ)			0% Tulburarea consumului de canabis	2005 - 2006	Interviu	WMH
	Lotrean et al., 2016	(320 în 2011) 19-24 studenți			14.4% fete 29.4% băieți	1999, 2003, 2011	Scale	
	Shi et al., 2015	3491 adolescenți (15 ani)	6.36% au consumat vreodată canabis	4.31% au consumat în ultimul an canabis		2001 - 2002	Scale	HBSC
Consum de alcool	Glantz et al., 2020	2357 adulți (reprezentativ)	3.1% (SE 0.3) Tulburare a consumului de alcool 2.4% (SE 0.3) Abuz de alcool 0.7% (SE 0.2) Dependență de alcool 83.2% (SE 0.1) Consum de alcool			2005 - 2006	Interviu	WMH

ANEXE

Secțiunea 1 - Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Tabel 1
Prevalența tulburărilor mintale în România

Tulburare	Autori, an publicație	Eșantion din România (N), interval vârstă/ vârsta medie	Prevalență			An culegere date	Metodă	Consorțiu
			Prevalența în decursul vieții	Prevalența în ultimele 12 luni	Prevalența (nespecificat)			
	Nasui et al., 2021	722 studenți la medicină (18-30 ani)			82.9% femei consumă 72.8% bărbați consumă	2018 - 2019	Scale	
Tulburare cu deficit de atenție/ hiperactivitate	Florescu et al., 2009	2357 adulți (reprezentativ)	0.2%			2005 - 2006	Interviu	WMH
Tulburare de conduită	Florescu et al., 2009	2357 adulți (reprezentativ)	0.4%			2005 - 2006	Interviu	WMH
Tulburare Explozivă Intermitentă	Scott et al., 2016	2357 adulți (reprezentativ)	0.5% (SE 0.2)	0.3% (SE 0.2)		2005 - 2006	Interviu	WMH
Tulburare Bipolară	Merikangas et al., 2011	2357 adulți (reprezentativ)	Tb bipolară 1.8% (0.3) Bipolară-I 0.1% (SE 0.1) Bipolară-II 0% (SE 0)	Tb bipolară 1% (SE 0.2) Bipolară-I 0.3% (SE 0.2) Bipolară-II 0.3% (SE 0.1)		2005 - 2006	Interviu	WMH
Alte probleme								
Comportamente de autovătămare	Brunner et al., 2014	12,06 adolescenți (eșantion internațional) Vârsta medie: 14.9, AS 0.89	Orice comportament de autovătămare în decursul vieții 20.6% Comportamente ocazionale de autovătămare 17.91% Comportamente repetitive de autovătămare 2.69%			2009 - 2010	Scale	SEYLE
Utilizarea problematică a Internetului	Tsitsika et al., 2014	1830 adolescenți (14-17 ani)			1.7% adicție de internet 16% la risc de adicție	2011 - 2012	Scale	EU NET ADB
Suicid	Kovess-Masfety et al., 2015	1189 copii (6-12 ani)			Ideație suicidară 12.78% Gânduri referitoare la moarte 14.89%	2010	Scale completate de copil (chestionar computerizat)	SCHME

Notă. ADHD = tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate, EU NET ADB = The European Network for Addictive Behavior survey; GAD = tulburare anxioasă generalizată; HBSC = Health Behaviour in School-Aged Children; MDD = tulburare depresivă majoră, NR = neraportat; ODD = tulburare de opoziție și comportament sfidător; PTSD = tulburare de stress posttraumatic; SCMHE = The School Children Mental Health Europe; SE = eroare standard; SEYLE = Saving and Empowering Young Lives in Europe; WMH = World Mental Heath Survey Initiative

ANEXE

Secțiunea 1 - Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Tabel 2

Procentul de persoane care dezvoltă tulburările mintale înainte de 14, 18, respectiv 25 de ani, potrivit meta-analizei lui Solmi și colaboratorilor (2022)

Tulburare	Apariție înainte de 14 ani	Apariție înainte de 18 ani	Apariție înainte de 25 ani	"Peak age"
Tulburări de neurodezvoltare	61.5%	83.2%	95.8%	5.5 ani
Tulburări de anxietate	24.6%	45.1%	64.0%	14.5 ani
Tulburări de comportament alimentar	15.8%,	48.1%	82.4%	15.5 ani
Tulburări asociate factorilor de stres	16.9%	27.6%	43.1%	15.5 ani
Tulburări asociate consumului de substanțe	2.9%	15.2%	48.8%	19.5 ani
Tulburări psihotice/ schizofrenie	3%	12.3%	47.8%	20.5 ani
Tulburări de personalitate	1.9%	9.6%	47.7%	20.5 ani
Tulburări depresive și afective	2.5%	11.5%	34.5%	20.5 ani

ANEXE

Secțiunea 3 - Sănătatea mintală la locul de muncă

Anexa 1. Legislație existentă legată de echilibru munca-familie

La nivelul UE, Directiva (UE) 2019/1158 a Parlamentului European și a Consiliului din 20 iunie 2019 privind echilibrul dintre viața profesională și cea privată pentru părinți și îngrijitori și de abrogare a Directivei 2010/18/UE a Consiliului („Directiva privind echilibrul dintre viața profesională și cea privată") își propune să stabilească standarde minime care să-i ajute pe oameni să își dezvolte viața de familie și cariera fără a fi nevoie să se sacrifice. În România, această Directivă a fost transpusă prin Legea nr. 283/2022 care a intrat în vigoare la 22 octombrie 2022, reglementând o serie de măsuri menite să concilieze viața profesională cu cea personală.

De exemplu, noile definiții ale organizării flexibile a timpului de lucru, precum și reglementarea dreptului angajaților de a beneficia de aranjamente individualizate de muncă (în limba română „program individualizat de muncă") la cererea acestora sunt, de asemenea, menite să faciliteze concilierea vieții profesionale și de familie. O noutate absolută constă în obligația expresă corelativă a angajatorului de a justifica orice refuz de aprobare a cererii de program de lucru individualizat în scris și în termen de 5 zile. La expirarea perioadei de muncă flexibilă, salariatul are dreptul de a reveni la aranjamentele de muncă deținute imediat înainte de începerea acordului de muncă flexibil. Subliniem că dreptul de a solicita muncă flexibilă este separat și distinct de dreptul de a solicita muncă la distanță.

Directiva privind echilibrul dintre viața profesională și viața privată și măsurile nou adoptate în legislația locală constituie un pas semnificativ în abordarea problemei echilibrului între muncă și familie, prin reglementarea mecanismelor legale care să permită o mai mare flexibilitate în adaptarea responsabilităților de îngrijire la nevoile sau preferințele personale ale angajatului. și pentru a facilita o cotă egală a responsabilităților de îngrijire între bărbați și femei.

Pe lângă avantajele evidente pentru angajați, este de așteptat ca acest nou pachet de masuri sa fie favorabil si organizațiilor care vor beneficia de o forța de muncă mai motivată și productivă, precum și de un absenteism mai mic. În dezavantaj, astfel de avantaje vin împreună cu procesele greoaie de implementare.

Se așteaptă să se aprobe noi modificări legislative în următorii ani, atât la nivelul UE, cât și la nivel național, cu scopul de a reduce decalajul dintre conceptul de echilibru între viața profesională și viața privată și tendințele moderne ale pieței muncii.

ANEXE

Secțiunea 3 - Sănătatea mintală la locul de muncă

Anexa 2. Intervenții pentru protejarea și promovarea sănătății mintale la locul de muncă

Instruirea managerilor pentru sănătate mintală

- Recunoașterea și acțiunea corespunzătoare față de persoanele care se confruntă cu suferință emoțională.
- Folosirea abilităților de management interpersonal, cum ar fi comunicarea deschisă și ascultarea activă.
- Promovarea unei culturi incluzive și de susținere la locul de muncă.
- Promovarea unor acțiuni privind sănătatea mintală la locul de muncă de sus în jos.
- Înțelegerea felului în care riscurile psihosociale pot afecta sănătatea mintală și cum pot fi prevenite și controlate.
- Asigurarea accesului angajaților la sprijin din partea reprezentanților lor, după caz.

Instruire pentru lucrători (alfabetizare și conștientizarea afecțiunilor sănătății mintale)

- Îmbunătățirea înțelegerii despre sănătatea mintală și bunăstarea la locul de muncă.
- Schimbarea atitudinii cu privire la condițiile de sănătate mintală pentru a reduce stigmatizarea.
- Încurajarea comportamentului de căutare a ajutorului.

Intervenții individuale

- Dezvoltarea abilităților pentru a gestiona stresul.
- Reducerea simptomelor specifice bolilor mintale.

ANEXE

Secțiunea 3 - Sănătatea mintală la locul de muncă

Anexa 3. Intervenții pentru sprijinirea angajaților cu afecțiuni de sănătate mintală

Organizare rezonabilă la locul de muncă

Organizarea rezonabilă la locul de muncă adaptează mediile de lucru pentru a se potrivi cu capacitățile, nevoile și preferințele lucrătorului. În practică, acestea sunt o formă de intervenție organizațională, dar sunt implementate pentru a aborda barierele cu care se confruntă lucrătorii individuali, mai degrabă decât organizațiile ca întreg. Organizarea rezonabilă poate include permisiunea lucrătorilor de a-și stabili ore de lucru flexibile, timp suplimentar pentru îndeplinirea sarcinilor și timp liber pentru îngrijirea sănătății mintale. Acestea pot include accesul în spații private, cum ar fi un loc unde să se depoziteze medicamentele sau unde să se odihnească atunci când este necesar. Ele pot include, de asemenea, întâlniri regulate de susținere cu managerii direcți sau reproiectarea postului pentru a reduce interacțiunea cu clienții dacă lucrătorul consideră că acest lucru este excesiv de stresant.

Programe de revenire la muncă

După cum sugerează și numele, programele de revenire la locul de muncă sunt concepute pentru a permite lucrătorilor să se întoarcă și să rămână în muncă după o absență asociată cu afecțiuni de sănătate mintală. Aceste programe pot combina îngrijirea dirijată la locul de muncă (inclusiv organizări rezonabile sau reintrarea treptată în muncă) cu îngrijirea clinică continuă, bazată pe dovezi, pentru a sprijini lucrătorii să se întoarcă în mod semnificativ la locul de muncă, reducând în același timp simptomele afecțiunilor de sănătate mintală.

Sprijinirea inițiativelor de angajare

Inițiativele de angajare sunt concepute pentru a spori incluziunea profesională și economică a persoanelor cu afecțiuni grave de sănătate mintală. Prin aceste inițiative, indivizii sunt sprijiniți rapid să-și găsească un loc muncă plătit și apoi continuă să primească sprijin pentru sănătate mintală și sprijin vocațional – de obicei din partea serviciilor de sănătate, sociale și de ocupare a forței de muncă sau prin programele de reabilitare psihosocială – pentru a învăța la locul de muncă. În unele cazuri, programele de angajare asistată sunt completate cu intervenții suplimentare, cum ar fi formarea abilităților sociale sau terapia cognitiv-comportamentală.

ANEXE

Secțiunea 3 - Sănătatea mintală la locul de muncă

Anexa 4 - *Crearea unui mediu favorabil pentru îmbunătățirea sănătății mintale la locul de muncă*

Pentru **angajatori** (în consultare cu angajații și/sau reprezentanții acestora)

1. *Leadership - Consolidarea angajamentului față de sănătatea mintală la locul de muncă*

- Dezvoltați o politică și un plan specific pentru sănătatea mintală la locul de muncă care vizează îmbunătățirea continuă și care este integrat în sistemul de management al SSM.
- Atribuiți roluri și responsabilități pentru dezvoltarea și implementarea politicii și a planului, inclusiv alocarea unui punct focal principal.
- Stabilirea unui mandat pentru sănătatea mintală la locul de muncă, obținând acceptarea top managementului și, acolo unde este cazul, a acționarilor.
- Comunicați în mod clar și regulat angajamentul și progresul în implementare

2. *Investiții - Asigurarea de fonduri și resurse suficiente pentru a proteja, promova și susține sănătatea mintală la locul de muncă*

- Alocați resurse financiare și umane pentru implementarea politicilor și intervențiilor de sănătate mintală la locul de muncă.
- Includeți serviciile de sănătate mintală în pachetele de beneficii profesionale, acolo unde este cazul, pentru a vă asigura că lucrătorii au acces suficient la servicii de îngrijire a sănătății mintale.

3. *Drepturi - Susținerea drepturilor oamenilor de a participa pe deplin și efectiv la muncă*

- Elaborarea și implementarea politicilor privind egalitatea și nediscriminarea pe parcursul întregului ciclu de ocupare a forței de muncă, inclusiv procese de abordare a comportamentului ofensator, tratamentului inechitabil și abuzului.
- Reduceți atitudinile negative față de condițiile de sănătate mintală prin instruire și intervenții anti-stigmatizare dovedite științific (precum strategiile bazate pe contact).
- Asigurați confidențialitatea și protecția împotriva represaliilor pentru a promova voluntariatul în dezvăluirea problemelor de sănătate mintală și facilitarea accesului la sprijin.

ANEXE

Secțiunea 3 - Sănătatea mintală la locul de muncă

Anexa 4 - *Crearea unui mediu favorabil pentru îmbunătățirea sănătății mintale la locul de muncă*

Pentru **angajatori** (în consultare cu angajații și/sau reprezentanții acestora)

4. Integrare - Acțiuni de integrare pentru prevenirea, protejarea și promovarea și sprijinirea sănătății mintale la locul de muncă în toate sectoarele

- Încorporați sănătatea mintală în sistemul de management al SSM existent.
- Asigurarea unui program cuprinzător de intervenții care vizează organizația, managerii și lucrătorii, bazat pe dovezi științifice despre prevalența și impactul riscurilor psihosociale la locul de muncă și calitatea și eficacitatea intervențiilor.
- Comunicați cu furnizorii locali de asistență medicală pentru a vă asigura că serviciile relevante sunt disponibile.

5. Participare - Implicarea lucrătorilor și a persoanelor cu o experiență trăită în luarea deciziilor privind sănătatea mintală la locul de muncă la toate nivelurile

- Dezvoltați politici și intervenții în consultare cu lucrătorii, inclusiv cu cei cu experiențe trăite în afecțiunile de sănătate mintală, pentru a împuternici oamenii să ia decizii pentru propria lor sănătate mintală.
- Furnizați un mecanism de raportare sigur și confidențial la care toți lucrătorii să aibă acces pentru a identifica și raporta riscurile psihosociale.
- Organizați consultări semnificative și în timp util cu privire la schimbările la locul de muncă, ascultați opiniile lucrătorilor și arată cum au fost încorporate opiniile acestora.
- Adaptați programele de lucru pentru a se potrivi cu contextele locale și diversitatea forței de muncă pe baza unei evaluări solide a nevoilor locale.

6. Abordare bazată pe Dovezi - Consolidarea intervențiilor bazate de dovezi științifice privind prevalența și impactul riscurilor legate de muncă și eficacitatea intervențiilor

- Asigurați-vă că toate intervențiile se bazează pe cele mai recente dovezi științifice disponibile.
- Colaborați cu mediul academic la proiecte de cercetare pentru a studia eficacitatea și acceptabilitatea, accesibilitatea și adoptarea intervențiilor pentru a vă informa mai bine în legătură cu ceea ce funcționează, unde și pentru cine.

ANEXE

Secțiunea 3 - Sănătatea mintală la locul de muncă

Anexa 4 - *Crearea unui mediu favorabil pentru îmbunătățirea sănătății mintale la locul de muncă*

Pentru **angajatori** (în consultare cu angajații și/sau reprezentanții acestora)

Efectuați cercetări participative cu lucrătorii și/sau reprezentanții acestora pentru a urmări tendințele și a aprofunda înțelegerea riscurilor cheie și a modului de atenuare a acestora în diferite sectoare de muncă.

- Utilizați o evaluare a nevoilor psihosociale pentru a identifica cerințele de intervenție.
- Examinați în mod regulat înregistrările privind, de exemplu, concediile de boală și invaliditate, utilizarea asistenței medicale și sondajele de satisfacție a angajaților pentru a identifica potențialele priorități de prevenire.

7. Conformitate - Consolidarea adoptării și conformității cu legile, reglementările și recomandările bazate pe dovezi științifice (evidence - based)

- Verificați acreditările la contractarea furnizorilor de servicii de intervenție.
- Stabiliți indicatori de performanță și mijloace de măsurare pentru monitorizarea și evaluarea programului de activități a sănătății mintale la locul de muncă și utilizarea datelor de evaluare pentru a informa îmbunătățirea continuă.
- Furnizați informații lucrătorilor despre serviciile bazate pe dovezi științifice (atât interne, cât și externe).

Resurse online

https://osha.europa.eu/ro/themes/psychosocial-risks-and-stress
https://oshwiki.eu/wiki/Work-related_stress:_Nature_and_management
https://rlw.juridice.ro/21400/work-life-balance-in-modern-times-key-legislative-updates-and-challenges-for-romanian-employers.html
https://www.rsph.org.uk/about-us/news/survey-reveals-the-mintal-and-physical-health-impacts-of-home-working-during-covid-19.html

ANEXE

Secțiunea 4 - Povara și costurile afecțiunilor mintale în România

	Total	Bărbați	Femei
Tulburări depresive	506,3 (349,9 – 680,3)	409,6 (278,8 – 555,8)	597 (414 – 806,3)
Tulburări de anxietate	340,5 (238,5 – 460,5)	246,1 (172,3 – 334)	429,2 (298,7 – 578,7)
Tulburări legate de consumul de alcool	262,9 (209,9 – 322,8)	382,7 (310,9 – 462,3)	150,5 (113,4 – 196,8)
Tulburări legate de consumul de droguri	189,1 (156,8 – 222,9)	239,7 (197,4 – 284,1)	141,7 (114,8 – 171,9)
Alte tulburări mentale	165 (115,3 – 235,1)	189,8 (131,5 – 270,2)	141,7 (98,8 – 201,7)
Schizofrenie	163,6 (117,7 – 211,4)	168,5 (120,8 – 220,6)	158,9 (113,9 – 205,7)
Tulburare bipolară	153,5 (95,7 – 224,1)	137,1 (84,5 – 201,8)	168,8 (106,1 – 250,3)
Tulburare de spectru autist	118,7 (80 – 166,6)	183,7 (123,3 – 256,9)	57,6 (38,7 – 83,1)
Tulburare de conduită	59,2 (36,2 – 90,3)	76,5 (47,1 – 115,9)	42,9 (25,7 – 67,2)
Dizabilitate intelectuală	34,3 (14,6 – 60)	38,8 (17 – 68,1)	30,1 (12,9 – 53,9)
Tulburări alimentare	18,7 (11,7 – 27,4)	10 (6 – 15,5)	27 (16,7 – 38,8)
ADHD	7,27 (4,3 – 11,5)	10,1 (5,9 – 16,3)	4,5 (2,7 – 7,2)

Tabelul 1. DALY (disability-adjusted life years) pe sexe în funcție de tulburare în România la nivelul anului 2016 (Iovu & Breaz, 2019)

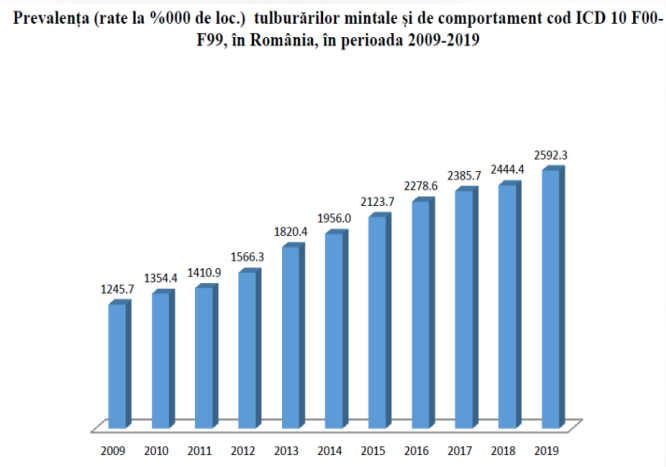


Figura 1. Prevalența tulburărilor mintale conform INS, 2019

ANEXE

Secțiunea 6 - Prezentarea situației si a accesului la tratament a persoanelor care suferă de probleme cronice de sănătate mintală

Îngrijire în ambulator (outpatient care)	
Servicii de ambulator anexate spitalelor	116
Centre comunitare de tratament fără spitalizare	41
Alte facilități în regim ambulator (ex. centre de zi)	16
Centre specific dedicate copiilor și adolescenților (inclusiv servicii de tratament a tulburărilor developmentale)	24
Alte centre pentru copii și adolescenți (ex. centre de zi)	39
Unități spitalicești (inpatient)	
Spitale de psihiatrie	34
Secții de psihiatrie în spitale	78
Secții închise (forensic)	4
Centre rezidențiale	Nu este raportat
Servicii de spitalizare pentru copii și adolescenți	22
Spitale de boli mentale	
Număr total de pacienți spitalizați	Nu este raportat
Internări involuntare	2207
Pacienți urmăriți în urma externării	Nu este raportat

Tabelul 1. Serviciile de sănătate mentală disponibile în România conform Mental Health Atlas, 2017

	Tări cu venituri ridicate	**Țări cu venituri scăzute și medii**
Boli somatice		
Diabet	94	77
Boli cardiovasculare	78	51
Astm	65	44
Boli mentale		
Depresie	29	8
Tulburare bipolară	29	13
Tulburare de panică	33	9

Tabelul 2. Procentul cazurilor tratate în țări cu venituri ridicate și medii (după Ormel et al., 2008)

ANEXE

Secțiunea 6 - Prezentarea situației si a accesului la tratament a persoanelor care suferă de probleme cronice de sănătate mintală

Figura 1. Numărul medicilor psihiatri din România raportat la 100000 de locuitori, pe macroregiuni

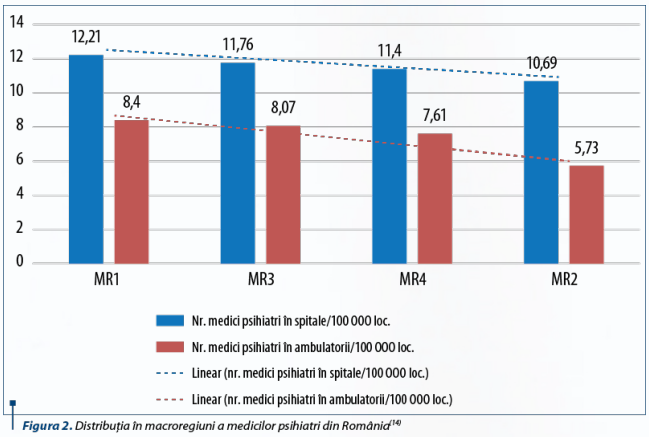
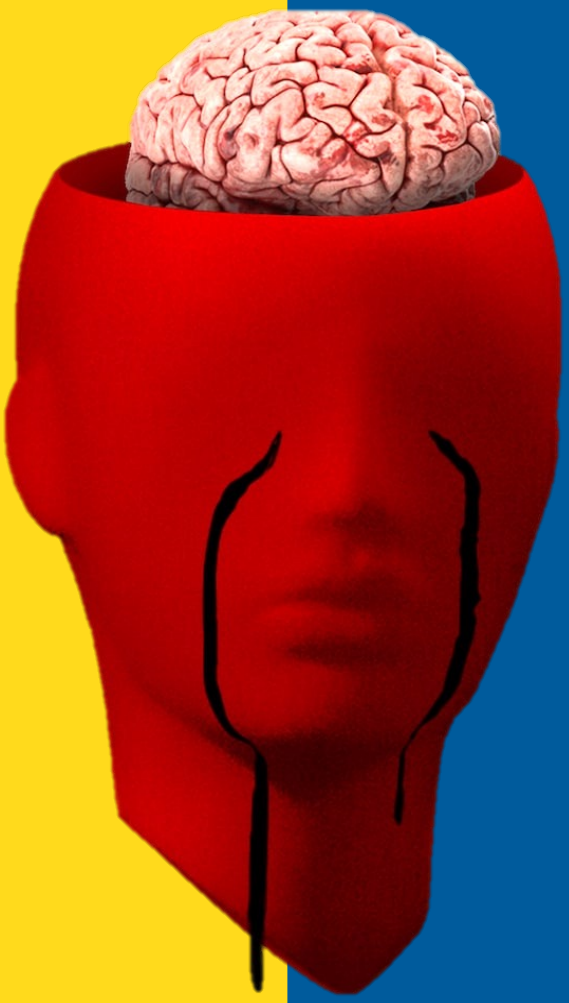


Figura 2. Distribuția în macroregiuni a medicilor psihiatri din România[14]

Stadiul 0	Profil asimptomatic Promovarea sănătății mentale și prevenția tulburărilor mentale la nivel de societate Fără tratament sau intervenție individuală
Stadiul 1a	Distres psihologic non-specific Suport în cadrul rețelelor informale, materiale de self-help Intervenții populaționale de psihoeducație pentru sănătate mentală Identificarea stresorilor din mediu Explorarea modificărilor din mediu și dezvoltarea de strategii de coping
Stadiul 1b	Profil simptomatic subclinic Sfaturi și suport psihologic transdiagnostic de la serviciile de îngrijire primare Identificarea și monitorizarea persoanelor cu risc crescut
Stadiul 2	Sindrom clinic Tratarea primului episod de către serviciile primare de îngrijire Servicii de specialitate oferite în colaborare cu cele primare Tratament de specialitate pentru cazurile neresponsive sau complexe
Stadiul 3	Recurență, persistență Servicii de specialitate disponibile în colaborare cu serviciile de îngrijire primară Servicii comunitare și multisectoariale
Stadiul 4	Rezistență la tratament Servicii de specialitate disponibile în colaborare cu serviciile de îngrijire primară Reabilitare și suport comunitar

Tabelul 3. Etapele serviciilor de sănătate mintală (The Lancet Commissions, Patel et al., 2019)



8. BIBILIOGRAFIE

CES ROMÂNIA

Noiembrie 2023

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 1 - Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Agenția Națională Antidrog (2021). Preluat în 7 decembrie 2022, din http://ana.gov.ro/wp-content/uploads/2022/03/RN_2021.pdf

Andrie, E. K., Tzavara, C. K., Tzavela, E., Richardson, C., Greydanus, D., Tsolia, M., & Tsitsika, A. K. (2019). Gambling involvement and problem gambling correlates among European adolescents: Results from the European Network for Addictive Behavior study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(11), 1429–1441. https://doi.org/10.1007/s00127-019-01706-

Barbaro, J., Sadka, N., Gilbert, M., Beattie, E., Li, X., Ridgway, L., Lawson, L. P., & Dissanayake, C. (2022). Diagnostic Accuracy of the Social Attention and Communication Surveillance–Revised With Preschool Tool for Early Autism Detection in Very Young Children. *JAMA Network Open*, 5(3), e2146415. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.46415

Barican, J. L., Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K., & Waddell, C. (2022). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evidence-Based Mental Health*, 25(1), 36–44. https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300277

Blanco, C., Compton, W. M., Saha, T. D., Goldstein, B. I., Ruan, W. J., Huang, B., & Grant, B. F. (2017). Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – III. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 310–317. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.003

Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Resch, F., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosmanm, D., Haring, C., Iosuec, M., Kahn, J.-P., Keeley, H., … Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 337–348. https://doi.org/10.1111/jcpp.12166

Burns, J. R., & Rapee, R. M. (2021). From barriers to implementation: Advancing universal mental health screening in schools. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 31(2), 172–183. https://doi.org/10.1017/jgc.2021.17

Cenko, B., Ozgo, E., Rapaport, P., & Mukadam, N. (2021). Prevalence of Dementia in Older Adults in Central and Eastern Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry International*, *2*(2), Art. 2. https://doi.org/10.3390/psychiatryint2020015

Chandan, J. S., Thomas, T., Gokhale, K. M., Bandyopadhyay, S., Taylor, J., & Nirantharakumar, K. (2019). The burden of mental ill health associated with childhood maltreatment in the UK, using The Health Improvement Network database: A population-based retrospective cohort study. *The Lancet Psychiatry,* 6(11), 926–934. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30369-4

Citu, C., Gorun, F., Motoc, A., Sas, I., Burlea, B., Citu, I. M., Biris, M., Forga, M., Neagoe, O., & Gorun, O. M. (2022). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Romanian Women during Two Periods of COVID-19 Pandemic. *Journal of Clinical Medicine*, 11(6), Art. 6. https://doi.org/10.3390/jcm11061628

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 1 - Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Cummings, E. M., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 46(5), 479–489. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x

de Jonge, P., Roest, A. M., Lim, C. C. W., Florescu, S. E., Bromet, E. J., Stein, D. J., Harris, M., Nakov, V., Caldas-de-Almeida, J. M., Levinson, D., Al-Hamzawi, A. O., Haro, J. M., Viana, M. C., Borges, G., O'Neill, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gureje, O., Iwata, N., … Scott, K. M. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depression and Anxiety*, 33(12), 1155–1177. https://doi.org/10.1002/da.22572

Degenhardt, L., Bharat, C., Bruno, R., Glantz, M. D., Sampson, N. A., Lago, L., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., Bunting, B., Caldas-de-Almeida, J. M., Cia, A. H., Gureje, O., Karam, E. G., Khalaf, M., McGrath, J. J., Moskalewicz, J., Lee, S., Mneimneh, Z., … Collaborators, on behalf of the W. W. M. H. S. (2019). Concordance between the diagnostic guidelines for alcohol and cannabis use disorders in the draft ICD-11 and other classification systems: Analysis of data from the WHO's World Mental Health Surveys. *Addiction*, 114(3), 534–552. https://doi.org/10.1111/add.14482

Florescu, S., Ciutan, M., Popovici, G., Galaon, M., Ladea, M., Petukhova, M., & Hoffnagle, A. (2009). The Romanian Mental Health Study, main aspects of lifetime prevalence and services use of DSM-IV disorders. *Management in Health*, XIII, 22–30. https://doi.org/10.5233/mih.2009.0021

Florescu, S., Mihaescu-Pintia, C., Ciutan, M., Sasu, C., & Gălăon, M. (2014). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Romania: Silvia Florescu. *European Journal of Public Health*, 24(suppl_2), cku166-158. https://doi.org/10.1093/eurpub/cku166.158

Georgieva, I., Lepping, P., Bozev, V., Lickiewicz, J., Pekara, J., Wikman, S., Loseviča, M., Raveesh, B. N., Mihai, A., & Lantta, T. (2021). Prevalence, New Incidence, Course, and Risk Factors of PTSD, Depression, Anxiety, and Panic Disorder during the Covid-19 Pandemic in 11 Countries. *Healthcare*, 9(6), Art. 6. https://doi.org/10.3390/healthcare9060664

Glantz, M. D., Bharat, C., Degenhardt, L., Sampson, N. A., Scott, K. M., Lim, C. C. W., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Cardoso, G., De Girolamo, G., Gureje, O., He, Y., Hinkov, H., Karam, E. G., Karam, G., Kovess-Masfety, V., Lasebikan, V., Lee, S., … Kessler, R. C. (2020). The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys. *Addictive Behaviors*, 102, 106128. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106128

Gleason, M. M., Zamfirescu, A., Egger, H. L., Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2011). Epidemiology of psychiatric disorders in very young children in a Romanian pediatric setting. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 527. https://doi.org/10.1007/s00787-011-0214-0

Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1–27. https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 1 - Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Gotlib, I. H., Miller, J. G., Borchers, L. R., Coury, S. M., Costello, L. A., Garcia, J. M., & Ho, T. C. (2022). Effects of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Brain Maturation in Adolescents: Implications for Analyzing Longitudinal Data. *Biological Psychiatry*, https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2022.11.002

Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening ProgramsA Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 293(13), 1635–1643. https://doi.org/10.1001/jama.293.13.1635

Grant, B. F., Saha, T. D., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Smith, S. M., Pickering, R. P., Huang, B., & Hasin, D. S. (2016). Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *JAMA Psychiatry*, 73(1), 39–47. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2132

Hanington, L., Ramchandani, P., & Stein, A. (2010). Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 88–95. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.11.004

Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., & Grant, B. F. (2018). Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 336–346. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602

Hawkins, J. D., Herrenkohl, T., Farrington, D. P., Brewer, D., Catalano, R. F., & Harachi, T. W. (1998). *A review of predictors of youth violence. În Serious & violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (pp. 106–146). Sage Publications, Inc.

Hoare, E., Bott, D., & Robinson, J. (2017). Learn it, Live it, Teach it, Embed it: Implementing a whole school approach to foster positive mental health and wellbeing through Positive Education. *International Journal of Wellbeing*, 7(3), Art. 3. https://doi.org/10.5502/ijw.v7i3.645

Hu, T., Zhao, X., Wu, M., Li, Z., Luo, L., Yang, C., & Yang, F. (2022). Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 311, 114511. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114511

Husky, M. M., Boyd, A., Bitfoi, A., Carta, M. G., Chan-Chee, C., Goelitz, D., Koç, C., Lesinskiene, S., Mihova, Z., Otten, R., Pez, O., Shojaei, T., & Kovess-Masfety, V. (2018). Self-reported mental health in children ages 6–12 years across eight European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 785–795. https://doi.org/10.1007/s00787-017-1073-0

Kane, P., & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father–child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 339–360. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.03.004

Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, L., Shahly, V., Angermeyer, M. C., Bromet, E. J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Ferry, F., Florescu, S. E., Haro, J. M., He, Y., Karam, A. N., Kawakami, N., … Koenen, K. C. (2014). Cumulative Traumas and Risk Thresholds: 12-Month Ptsd in the World Mental Health (wmh) Surveys. *Depression and Anxiety*, 31(2), 130–142. https://doi.org/10.1002/da.22169

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 1 - Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Maria Haro, J., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., … Xavier, M. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020

Kessler, R. C., Sampson, N. A., Berglund, P., Gruber, M. J., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., Bunting, B., Demyttenaere, K., Florescu, S., Girolamo, G. de, Gureje, O., He, Y., Hu, C., Huang, Y., Karam, E., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Mora, M. E. M., … Wilcox, M. A. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(3), 210–226. https://doi.org/10.1017/S2045796015000189

Kovess-Masfety, V., Husky, M. M., Keyes, K., Hamilton, A., Pez, O., Bitfoi, A., Carta, M. G., Goelitz, D., Kuijpers, R., Otten, R., Koç, C., Lesinskiene, S., & Mihova, Z. (2016). Comparing the prevalence of mental health problems in children 6–11 across Europe. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(8), 1093–1103. https://doi.org/10.1007/s00127-016-1253-0

Kovess-Masfety, V., Pilowsky, D. J., Goelitz, D., Kuijpers, R., Otten, R., Moro, M. F., Bitfoi, A., Koç, C., Lesinskiene, S., Mihova, Z., Hanson, G., Fermanian, C., Pez, O., & Carta, M. G. (2015). Suicidal ideation and mental health disorders in young school children across Europe. *Journal of Affective Disorders*, 177, 28–35. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.008

Krizbai (Kovács), T. (2010). An Epidemiological Study of Eating Disorders Among High School Students in Romania. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 10(1), 77–86.

Lippard, E. T. C., & Nemeroff, C. B. (2020). The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 177(1), 20–36. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020

Liu, X., Zhu, M., Zhang, R., Zhang, J., Zhang, C., Liu, P., Feng, Z., & Chen, Z. (2021). Public mental health problems during COVID-19 pandemic: A large-scale meta-analysis of the evidence. *Translational Psychiatry*, 11(1), Art. 1. https://doi.org/10.1038/s41398-021-01501-9

Lotrean, L. M., Santillan, E. A., Thrasher, J., & Laza, V. (2016). An Increasing Trend of Illicit Drug use Among Romanian University Students From 1999 to 2011. *Slovenian Journal of Public Health*, 55(1), 53–58. https://doi.org/10.1515/sjph-2016-0008

Lupu, V., & Lupu, I. R. (2018). Romanian National Prevalence Study – problem and pathological gambling in children and adolescents. *Clujul Medical*, 91(4), 435–440. https://doi.org/10.15386/cjmed-1001

Maștaleru, A., Abdulan, I. M., Ștefăniu, R., Lefter, N., Sandu, I. A., Pîslaru, A. I., Leon-Constantin, M. M., Alexa, I. D., & Ilie, A. C. (2022). Relationship between Frailty and Depression in a Population from North-Eastern Romania. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), Art. 9. https://doi.org/10.3390/ijerph19095731

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 1 - Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Public Health, 19(9), Art. 9. https://doi.org/10.3390/ijerph19095731

McGrath, J. J., Saha, S., Al-Hamzawi, A. O., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bromet, E. J., Oakley Browne, M., Bruffaerts, R., Caldas de Almeida, J. M., Fayyad, J., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Hu, C., de Jonge, P., Kovess-Masfety, V., Lepine, J. P., Lim, C. C. W., … Kessler, R. C. (2016). Age of Onset and Lifetime Projected Risk of Psychotic Experiences: Cross-National Data From the World Mental Health Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 42(4), 933–941. https://doi.org/10.1093/schbul/sbw011

McLaughlin, K. A., Gadermann, A. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Girolamo, G. de, Graaf, R. de, Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hinkov, H. R., Horiguchi, I., Hu, C., … Kessler, R. C. (2012). Parent psychopathology and offspring mental disorders: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 200(4), 290–299. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.101253

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241–251. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12

Modi, M. N., Palmer, S., & Armstrong, A. (2014). The Role of Violence Against Women Act in Addressing Intimate Partner Violence: A Public Health Issue. *Journal of Women's Health*, 23(3), 253–259. https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4387

Monnat, S. M., & Chandler, R. F. (2015). Long-Term Physical Health Consequences of Adverse Childhood Experiences. *The Sociological Quarterly*, 56(4), 723–752. https://doi.org/10.1111/tsq.12107

Nasui, B. A., Popa, M., Buzoianu, A. D., Pop, A. L., Varlas, V. N., Armean, S. M., & Popescu, C. A. (2021). Alcohol Consumption and Behavioral Consequences in Romanian Medical University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), Art. 14. https://doi.org/10.3390/ijerph18147531

Pérez-Marfil, M. N., Fernández-Alcántara, M., Fasfous, A. F., Burneo-Garcés, C., Pérez-García, M., & Cruz-Quintana, F. (2020). Influence of Socio-Economic Status on Psychopathology in Ecuadorian Children. *Frontiers in Psychiatry*, 11. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.00043

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365. https://doi.org/10.1111/jcpp.12381

Predescu, E., Asztalos, A. B., Șipoș, R., Predescu, E., Asztalos, A. B., & Șipoș, R. (2018). Prevalence and Treatment of Anxiety Disorders Comorbidities in a Clinical Romanian Sample of Children and Adolescents with Psychiatric Disorders. *Psychopathology - An International and Interdisciplinary Perspective*. IntechOpen. https://doi.org/10.5772/intechopen.82083

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 1 - Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., & Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(2), 415–428. https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z

Roca, M., Gilli, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., & Comaset, A. (2009). Prevalence and comotbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), 52-58, doi: 10.1016/j.jad.2009.03.014

Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., … Scott, K. M. (2017). Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465–475. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056

Schein, J., Houle, C., Urganus, A., Cloutier, M., Patterson-Lomba, O., Wang, Y., King, S., Levinson, W., Guérin, A., Lefebvre, P., & Davis, L. L. (2021). Prevalence of post-traumatic stress disorder in the United States: A systematic literature review. *Current Medical Research and Opinion*, 37(12), 2151–2161. https://doi.org/10.1080/03007995.2021.1978417

Scott, K. M., Lim, C. C. W., Hwang, I., Adamowski, T., Al-Hamzawi, A., Bromet, E., Bunting, B., Ferrand, M. P., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H., Hu, C., Karam, E., Lee, S., Posada-Villa, J., Stein, D., Tachimori, H., Viana, M. C., Xavier, M., & Kessler, R. C. (2016). The cross-national epidemiology of DSM-IV intermittent explosive disorder. *Psychological Medicine*, 46(15), 3161–3172. https://doi.org/10.1017/S0033291716001859

Shen, C., Rolls, E. T., Cheng, W., Kang, J., Dong, G., Xie, C., Zhao, X-M., Sahakian, B. J., & Feng, J. (2022). Associations of Social Isolation and Loneliness with Later Dementia. *Neurology*, 99 (2), 164-175, https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000200583

Shi, Y., Lenzi, M., & An, R. (2015). Cannabis Liberalization and Adolescent Cannabis Use: A Cross-National Study in 38 Countries. *PLOS ONE*, 10(11), e0143562. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143562

Silove, D., Alonso, J., Bromet, E., Gruber, M., Sampson, N., Scott, K., Andrade, L., Benjet, C., Caldas de Almeida, J. M., De Girolamo, G., de Jonge, P., Demyttenaere, K., Fiestas, F., Florescu, S., Gureje, O., He, Y., Karam, E., Lepine, J.-P., Murphy, S., … Kessler, R. C. (2015). Pediatric-Onset and Adult-Onset Separation Anxiety Disorder Across Countries in the World Mental Health Survey. *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 647–656. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14091185

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), Art. 1. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7

Soneson, E., Childs-Fegredo, J., Anderson, J. K., Stochl, J., Fazel, M., Ford, T., Humphrey, A., Jones, P. B., & Howarth, E. (2018). Acceptability of screening for mental health difficulties in primary schools: A survey of UK parents. *BMC Public Health*, 18(1), 1404. https://doi.org/10.1186/s12889-018-6279-7

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 1 - Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C., … WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15(1), 143. https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2

Stupar, D., Stevanovic, D., Vostanis, P., Atilola, O., Moreira, P., Dodig-Curkovic, K., Franic, T., Doric, A., Davidovic, N., Avicenna, M., Multazam, I. N., Nussbaum, L., Thabet, A. A., Ubalde, D., Petrov, P., Deljkovic, A., Monteiro, A. L., Ribas, A., Jovanovic, M., … Knez, R. (2021). Posttraumatic stress disorder symptoms among trauma-exposed adolescents from low- and middle-income countries. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1), 26. https://doi.org/10.1186/s13034-021-00378-2

Tsitsika, A., Janikian, M., Schoenmakers, T. M., Tzavela, E. C., Ólafsson, K., Wójcik, S., Macarie, G. F., Tzavara, C., & Richardson, C. (2014). Internet Addictive Behavior in Adolescence: A Cross-Sectional Study in Seven European Countries. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(8), 528–535. https://doi.org/10.1089/cyber.2013.0382

van 't Hof, M., Tisseur, C., van Berckelear-Onnes, I., van Nieuwenhuyzen, A., Daniels, A. M., Deen, M., Hoek, H. W., & Ester, W. A. (2021). Age at autism spectrum disorder diagnosis: A systematic review and meta-analysis from 2012 to 2019. *Autism*, 25(4), 862–873. https://doi.org/10.1177/1362361320971107

Vasileva, M., Graf, R. K., Reinelt, T., Petermann, U., & Petermann, F. (2021). Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(4), 372–381. https://doi.org/10.1111/jcpp.13261

Vries, Y. A. de, Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Benjet, C., Bruffaerts, R., Bunting, B., Girolamo, G. de, Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, A., Karam, E. G., Kawakami, N., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Mneimneh, Z., Navarro-Mateu, F., Ojagbemi, A., … Jonge, P. de. (2022). Transdiagnostic development of internalizing psychopathology throughout the life course up to age 45: A World Mental Health Surveys report. *Psychological Medicine*, 52(11), 2134–2143. https://doi.org/10.1017/S0033291720004031

Wardenaar, K. J., Lim, C. C. W., Al-Hamzawi, A. O., Alonso, J., Andrade, L. H., Benjet, C., Bunting, B., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Florescu, S. E., Gureje, O., Hisateru, T., Hu, C., Huang, Y., Karam, E., Kiejna, A., Lepine, J. P., Navarro-Mateu, F., Oakley Browne, M., … de Jonge, P. (2017). The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(10), 1744–1760. https://doi.org/10.1017/S0033291717000174

Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & the BELLA study group. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 133–147. https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 1 - Sănătatea mintală în funcție de stadiile de viață: afecțiuni tipice, riscuri și prevalențe la diverse categorii de vârstă

World Health Organization. (2017) Violence Info – Child maltreatment. http://apps.who.int/violence-info/child-maltreatment/

Wolicki, S. B., Bitsko, R. H., Cree, R. A., Danielson, M. L., Ko, J. Y., Warner, L., & Robinson, L. R. (2021). Mental Health of Parents and Primary Caregivers by Sex and Associated Child Health Indicators. *Adversity and Resilience Science*, 2(2), 125–139. https://doi.org/10.1007/s42844-021-00037-7

Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91–98. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117

Secțiunea 2 - Riscuri psihosociale / stres tipic cultural în România

Băban, A., Cosma, A., Balazsi, R., Sethi, D., & Olsavszky, V. (2013). Survey of adverse childhood experiences among Romanian university students: study report from the 2012 survey.

Borschmann, R., Greenberg, N., Jones, N., & Henderson, R. C. (2014). Campaigns to reduce mental illness stigma in Europe: a scoping review. *Die Psychiatrie*, *11*(01), 43-50.

Calo, L., & Băban, A. (2013). The stigma of schizophrenia in Romanian newspapers: a content analysis approach. *Sociologie Românească*, *11*(3), 8-21.

Ceccarelli, C., Prina, E., Muneghina, O., Jordans, M., Barker, E., Miller, K., ... & Purgato, M. (2022). Adverse childhood experiences and global mental health: avenues to reduce the burden of child and adolescent mental disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 31*, e75.

Compton, M. T., & Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental health. *Focus, 13*(4), 419-425. https://doi.org/10.1176/appi.focus.20150017

Compton, M. T., & Shim, R. S. (2015). The social determinants of mentalhealth. *Focus*, *13*(4), 419-425.

Cook, J. E., Purdie-Vaughns, V., Meyer, I. H., & Busch, J. T. (2014). Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health. *Social science & medicine*, *103*, 101-109.

Copăceanu, M., & Costache, I. (2022). Sănătatea mintală a copiilor și a adolescenților din România. Recomandări pentru îmbunătățirea calității vieții acestora. UNICEF.

Corrigan, P. W., & Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, *13*(6), 537-548.

Devries, K. M., Mak, J. Y., Garcia-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., ... & Watts, C. H. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, *340*(6140), 1527-1528.

Dlouhy, M. (2014). Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems. *BMC health services research*, *14*(1), 1-8.

Dlouhy, M. (2014). Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems. *BMC health services research*, *14*(1), 1-8.

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 2 - Riscuri psihosociale / stres tipic cultural în România

Dubowitz, H., Lane, W. G., Semiatin, J. N., & Magder, L. S. (2012). The SEEK model of pediatric primary care: can child maltreatment be prevented in a low-risk population?. *Academic pediatrics*, *12*(4), 259-268.

Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The lancet*, *371*(9619), 1165-1172.

Hansson, L. (2017). Mental health and stigma—Aspects of anti-stigma interventions. In *Global Mental Health* (pp. 71-78). Springer, Cham.

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, *2*(8), e356-e366.

Hughes, K., Ford, K., Bellis, M. A., Glendinning, F., Harrison, E., & Passmore, J. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, *6*(11), e848-e857.

Jacob, K. S., Sharan, P., Mirza, I., Garrido-Cumbrera, M., Seedat, S., Mari, J. J., ... & Saxena, S. (2007). Mental health systems in countries: where are we now?. *The Lancet*, *370*(9592), 1061-1077.

Jacob, K. S., Sharan, P., Mirza, I., Garrido-Cumbrera, M., Seedat, S., Mari, J. J., ... & Saxena, S. (2007). Mental health systems in countries: where are we now?. *The Lancet*, *370*(9592), 1061-1077.

Javed, A., Lee, C., Zakaria, H., Buenaventura, R. D., Cetkovich-Bakmas, M., Duailibi, K., ... & Azeem, M. W. (2021). Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low-and middle-income countries. *Asian journal of psychiatry*, *58*, 102601.

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, *360*(9339), 1083-1088.

Martín-Fernández, M., Gracia, E., & Lila, M. (2020). Ensuring the comparability of cross-national survey data on intimate partner violence against women: a cross-sectional, population-based study in the European Union. *BMJ open*, *10*(3), e032231.

Matjasko, J. L., Herbst, J. H., & Estefan, L. F. (2022). Preventing adverse childhood experiences: the role of etiological, evaluation, and implementation research. *American journal of preventive medicine*, *62*(6), S6-S15.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Ending discrimination against people with mental and substance use disorders: The evidence for stigma change*. National Academies Press.

Popescu, C. A., Buzoianu, A. D., Suciu, S. M., & Armean, S. M. (2017). Attitudes toward mentally ill patients: a comparison between Romanian and international medical students. *Clujul Medical*, *90*(4), 401.

Portwood, S. G., Lambert, R. G., Abrams, L. P., & Nelson, E. B. (2011). An evaluation of the adults and children together (ACT) against violence parents raising safe kids program. *The journal of primary prevention*, *32*(3), 147-160.

Portwood, S. G., Lambert, R. G., Abrams, L. P., & Nelson, E. B. (2011). An evaluation of the adults and children together (ACT) against violence parents raising safe kids program. *The journal of primary prevention*, *32*(3), 147-160.

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 2 - Riscuri psihosociale / stres tipic cultural în România

Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, *399*(10327), 803-813.

Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, *399*(10327), 803-813.

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *125*(6), 440-452.

Shim, R. S., & Compton, M. T. (2020). The social determinants of mental health: psychiatrists' roles in addressing discrimination and food insecurity. *Focus*, *18*(1), 25-30.

Shim, R. S., & Compton, M. T. (2020). The social determinants of mental health: psychiatrists' roles in addressing discrimination and food insecurity. *Focus*, *18*(1), 25-30.

Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric rehabilitation journal*, *27*(4), 392.

Stănculescu, M. S., Niţulescu, D., Preotesi, M., Ciumăgeanu, M., & Sfetcu, R. (2008). Persoanele cu probleme de sănătate mintală în România: stereotipuri, cauze şi modalităţi de îngrijire percepute, atitudini şi distanţă socială. *Calitatea Vieții*, *19*(3-4), 284-316.

Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*, *382*(9895), 859-865.

Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*, *382*(9895), 859-865.

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *The British Journal of Psychiatry*, *190*(3), 192-193.

Tol, W. A. (2020). Interpersonal violence and mental health: a social justice framework to advance research and practice. *Global Mental Health*, *7*.

WHO Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report*. World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *Mental health atlas 2014*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/178879

World Health Organization. (2021). Mental health atlas 2020.

World Health Organization. (2022). World mental health report: transforming mental health for all: executive summary. In *World mental health report: transforming mental health for all: executive summary*.

Yang, L. H., Purdie-Vaughns, V., Kotabe, H., Link, B. G., Saw, A., Wong, G., & Phelan, J. C. (2013). Culture, threat, and mental illness stigma: identifying culture-specific threat among Chinese-American groups. *Social Science & Medicine*, *88*, 56-67.

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 3 - Sănătatea mintală la locul de muncă

WHO guidelines on mental health at work. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome, accesat în 26 Noiembrie 2022) .

Guidelines on occupational safety and health management systems, ILO-OSH 2001. Geneva: International Labour Organization; 2009 (https://www.ilo.org/safework/info/standards-and-instruments/WCMS_107727/lang--en/index.htm, accesat în 26 Noiembrie 2022).

Safe and healthy working environments free from violence and harassment. Geneva: International Labour Organization; 2020 (https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_751832, accesat în 26 Noiembrie 2022).

Occupational health and safety management – psychological health and safety at work – guidelines for managing psychosocial risks. Geneva: International Organization for Standardization; 2021 (https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:45003:ed-1:v1:en, accesat în 26 Noiembrie 2022).

Global Burden of Disease (GBD) Results Tool. Global Health Data Exchange. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/, accesat în 26 Noiembrie 2022).

World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/356119, accesat în 26 Noiembrie 2022).

Secțiunea 4 - Povara și costurile afecțiunilor mintale în România

Charalampous, P., Polinder, S., Wothge, J., von der Lippe, E. & Haagsma, J. A. A systematic literature review of disability weights measurement studies: evolution of methodological choices. *Arch. Public Health* 80, 91 (2022).

Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Disability Weights. (2020) doi:10.6069/1W19-VX76.

Albert, C. M., Chae, C. U., Rexrode, K. M., Manson, J. E. & Kawachi, I. Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women. *Circulation* 111, 480–487 (2005).

Katon, W. Panic disorder: relationship to high medical utilization, unexplained physical symptoms, and medical costs. *J. Clin. Psychiatry* 57 Suppl 10, 11–18; discussion 19-22 (1996).

Kinley, D. J. *et al.* Depression and anxiety disorders and the link to physician diagnosed cardiac disease and metabolic risk factors. *Gen. Hosp. Psychiatry* 37, 288–293 (2015).

Rothenbacher, D., Hahmann, H., Wüsten, B., Koenig, W. & Brenner, H. Symptoms of anxiety and depression in patients with stable coronary heart disease: prognostic value and consideration of pathogenetic links. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. Off. J. Eur. Soc. Cardiol. Work. Groups Epidemiol. Prev. Card. Rehabil. Exerc. Physiol.* 14, 547–554 (2007).

Tully, P. J., Baker, R. A. & Knight, J. L. Anxiety and depression as risk factors for mortality after coronary artery bypass surgery. *J. Psychosom. Res.* 64, 285–290 (2008).

Watkins, L. L. *et al.* Association of Anxiety and Depression With All-Cause Mortality in Individuals With Coronary Heart Disease. *J. Am. Heart Assoc.* 2, e000068 (2013).

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 4 - Povara și costurile afecțiunilor mintale în România

Zaubler, T. S. & Katon, W. Panic disorder in the general medical setting. *J. Psychosom. Res.* 44, 25–42 (1998).

Marciniak, M., Lage, M. J., Landbloom, R. P., Dunayevich, E. & Bowman, L. Medical and productivity costs of anxiety disorders: case control study. *Depress. Anxiety* 19, 112–120 (2004).

Depression: let's talk; says WHO, as depression tops list of causes of ill health. https://www.who.int/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health.

Yang, X. *et al.* Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 30, e36 (2021).

Psychiatry.org - The Economic Cost of Depression is Increasing; Direct Costs are Only a Small Part. https://www.psychiatry.org:443/news-room/apa-blogs/the-economic-cost-of-depression-is-increasing.

Ballenger, J. C. *et al.* Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J. Clin. Psychiatry* 62 Suppl 11, 53–58 (2001).

Kessler, R. C. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J. Clin. Psychiatry* 61 Suppl 5, 4–12; discussion 13-14 (2000).

Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.-U. & Jönsson, B. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur. J. Neurol. Off. J. Eur. Fed. Neurol. Soc.* 19, 155–162 (2012).

Indicator Metadata Registry Details. https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158.

Iovu, M.-B. & Breaz, M. A. The Prevalence and Burden Of Mental and Substance Use Disorders in Romania: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Psychiatr. Danub.* 31, 457–464 (2019).

Florescu, S. *et al.* The Romanian Mental Health Study. *Manag. Health* 13, (2009).

Marques, A. P. *et al.* Global economic productivity losses from vision impairment and blindness. *eClinicalMedicine* 35, (2021).

Frick, K. D., Joy, S. M., Wilson, D. A., Naidoo, K. S. & Holden, B. A. The Global Burden of Potential Productivity Loss from Uncorrected Presbyopia. Ophthalmology 122, 1706–1710 (2015).

Romania Population (2022) - Worldometer. https://www.worldometers.info/world-population/romania-population/.

Romania Labor Force Participation Rate - 2022 Data - 2023 Forecast. https://tradingeconomics.com/romania/labor-force-participation-rate.

Erickson, S. R. et al. Severity of anxiety and work-related outcomes of patients with anxiety disorders. Depress. Anxiety 26, 1165–1171 (2009).

Secțiunea 5 - Tabloul intervențiilor psihologice validate științific pentru promovarea sănătății mintale din România

American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271-285.

American Psychological Association (2015). Professional practice guidelines. Guidance for developers and users. *American Psychologist 70*(9), 823-831.

American Psychological Association (2021). Professional practice guidelines for evidence-based psychological practice in health care. https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-health-care.pdf

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 5 - Tabloul intervențiilor psihologice validate științific pentru promovarea sănătății mintale din România

American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271-285.

American Psychological Association (2015). Professional practice guidelines. Guidance for developers and users. *American Psychologist 70*(9), 823-831.

American Psychological Association (2021). Professional practice guidelines for evidence-based psychological practice in health care. https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-health-care.pdf

Barlow, D. H. et al. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnostic-specific protocols for anxiety disorders. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 74*(9), 875-884.

Clark, D. M. (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology, 14*, 159-183.

Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion, 20,* 37-42.

Barlow, D. H. (Ed.) (2014). *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual* (5th ed.). Guilford Press.

David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard for psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 4. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00004

David, D., Dobrean, A., Păsărelu, C.R. et al. (2020). Psychotherapy, Atomoxetine or both? Preliminary evidence from a comparative study of three types of treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children. *Cognitive Therapy and Research, 45*, 149-165.

David, D., & Montgomery, G. H. (2011). The Scientific Status of Psychotherapies: A New Evaluative Framework for Evidence-Based Psychosocial Interventions. *Clinical Psychology-Science and Practice, 18*(2), 89-99.

David, D., Szentagotai-Tătar, A Lupu, V., & Cosman, D. (2008). Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: A randomized clinical trial, posttreatment outcomes, and six-month follow-up. *Journal of Clinical Psychology, 64(6),* 728-746.

Dattilo, F. M., & Norcross, J. C. (2006). Psychotherapy integration end the emergence of instinctual territoriality. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 8*, 5-16.

Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process. *Clinical Psychology Review, 31,* 203-212.

Fusar-Poli, P. et al. (2019). Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry, 18,* 192-207.

Hofmann, S. G. (2021). The future of cognitive behavioral therapy. *Cognitive Therapy and Research, 45,* 383-384.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36,* 427-440.

Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginning of a rapprochement? *Psychotherapy, 51*(4), 510-513.

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 5 - Tabloul intervențiilor psihologice validate științific pentru promovarea sănătății mintale din România

Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science, 7*(1), 37-50.

Huibers, M. H., Lorenzo-Luaces, L., Cuijpers, P., Kazantzis, N. (2021). On the road to personalized psychotherapy: A research agenda based on cognitive behavior therapy for depression. *Frontiers in Psychiatry,* 11, 10.3389/fpsyt.2020.607508

Johnson, S. L., Carver, C. S., & Joorman, J. (2013), *Journal of Affective Disorders, 150*(3), 872-878.

Layard, R., & Clark, D. M. (2014). *Thrive. How better mental health care transforms lives and saves money.* Princeton University Press

McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Wedge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological versus pharmacologic treatments of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychiatry, 75,* 595-602.

Miu, A., Szentágotai-Tătar, A., Balazsi, R., Nechita, D., Bunea, I., & Pollak, S. (2022). Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 93*, 1021-1041.

Rathod, S., & Kingdon, D. (2009). Cognitive behaviour therapy across cultures. *Psychiatry, 8*(9), 370-371.

Rousseau, D. M. & Gunia, B. C., (2016). Evidence-based practice: The psychology of evidence-based practice implementation. *Annual Review of Psychology, 67,* 667-692.

Ștefan, S., Cristea I., Szentagotai-Tătar, A., & David, D. (2019). Cognitive-behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: Contrasting various CBT approaches in a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology, 75(7),* 1188-1202.

Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. F., Klonsky, D. E., & Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: recommendations for a new model. *Clinical Psychology Science and Practice, 22*(4), 317-338.

Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy. An introduction to theory and practice*. American Psychological Association

Secțiunea 6 - Prezentarea situației si a accesului la tratament a persoanelor care suferă de probleme cronice de sănătate mintală (incluzând statusul persoanelor care nu ajung să primească un diagnostic)

Bachrach, L. L. (1988). Defining Chronic Mental Illness: A Concept Paper. *Psychiatric Services*, *39*(4), 383–388. https://doi.org/10.1176/ps.39.4.383

Bick, J., & Nelson, C. A. (2016). Early Adverse Experiences and the Developing Brain. *Neuropsychopharmacology*, *41*(1), 177–196. https://doi.org/10.1038/npp.2015.252

Campbell, C., & Burgess, R. (2012). The role of communities in advancing the goals of the Movement for Global Mental Health. *Transcultural Psychiatry*, *49*(3–4), 379–395. https://doi.org/10.1177/1363461512454643

Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, *15*(3), 245–258. https://doi.org/10.1002/wps.20346

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 6 - Prezentarea situației si a accesului la tratament a persoanelor care suferă de probleme cronice de sănătate mintală (incluzând statusul persoanelor care nu ajung să primească un diagnostic)

Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2019). Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *76*(7), 700. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0268

Dlouhy, M. (2014). Mental health policy in Eastern Europe: A comparative analysis of seven mental health systems. *BMC Health Services Research*, *14*(1), 42. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-42

Florescu, S., Ciutan, M., Popovici, G., Galaon, M., Ladea, M., Pethukova, M., & Hoffnagle, A. (2009). The Romanian Mental Health Study, main aspects of lifetime prevalence and services use of DSM-IV disorders. *Management in Health*, *XIII*(3), 22–30. https://doi.org/10.5233/mih.2009.0021

Fordham, B., Sugavanam, T., Edwards, K., Stallard, P., Howard, R., das Nair, R., Copsey, B., Lee, H., Howick, J., Hemming, K., & Lamb, S. E. (2021). The evidence for cognitive behavioural therapy in any condition, population or context: A meta-review of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Psychological Medicine*, *51*(1), 21–29. https://doi.org/10.1017/S0033291720005292

Gosling, C. J., Cartigny, A., Mellier, B. C., Solanes, A., Radua, J., & Delorme, R. (2022). Efficacy of psychosocial interventions for Autism spectrum disorder: An umbrella review. *Molecular Psychiatry*, *27*(9), 3647–3656. https://doi.org/10.1038/s41380-022-01670-z

Hair, N. L., Hanson, J. L., Wolfe, B. L., & Pollak, S. D. (2015). Association of Child Poverty, Brain Development, and Academic Achievement. *JAMA Pediatrics*, *169*(9), 822. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.1475

Iovu, M.-B., & Breaz, M. A. (2019). The Prevalence and Burden of Mental and Substance Use Disorders in Romania: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Psychiatria Danubina*, *31*(4), 457–464. https://doi.org/10.24869/psyd.2019.457

Knifton, L., & Inglis, G. (2020). Poverty and mental health: Policy, practice and research implications. *BJPsych Bulletin*, *44*(5), 193–196. https://doi.org/10.1192/bjb.2020.78

Launders, N., Dotsikas, K., Marston, L., Price, G., Osborn, D. P. J., & Hayes, J. F. (2022). The impact of comorbid severe mental illness and common chronic physical health conditions on hospitalisation: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, *17*(8), e0272498. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272498

NICE. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: Treatment and management. National clinical guideline number 178*. National Collaborating Centre for Mental Health/National Institute for Health and Care Excellence.

Park, J. M., Wilbur, J. E., Park, L., & Goff, D. C. (2008). Chronic Mental Illness. In *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry* (pp. 887–893). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-04743-2.50066-4

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., … UnÜtzer, Jü. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, *392*(10157), 1553–1598. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

Secțiunea 6 - Prezentarea situației si a accesului la tratament a persoanelor care suferă de probleme cronice de sănătate mintală (incluzând statusul persoanelor care nu ajung să primească un diagnostic)

Paziuc, A., & Paziuc, L. (2017). Rethinking mental health in Romania – the role of social psychiatry. *Psihiatru.Ro*, *2*(49). https://doi.org/10.26416/Psih.49.2.2017.1100

Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Holtz, Y., Benros, M. E., Dalsgaard, S., de Jonge, P., Fan, C. C., Degenhardt, L., Ganna, A., Greve, A. N., Gunn, J., Iburg, K. M., Kessing, L. V., Lee, B. K., Lim, C. C. W., Mors, O., Nordentoft, M., Prior, A., Roest, A. M., … McGrath, J. J. (2019). Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population. *JAMA Psychiatry*, *76*(3), 259. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3658

Shepherd, G., & MacPherson, R. (2011). Residential care. In *Oxford Textbook of Community Psychiatry (ed. G. Thorrücroft, G. Szmukler, K. Mueser and R. E. Drake)* (pp. 178–187). Oxford University Press.

Singla, D. R., Kohrt, B. A., Murray, L. K., Anand, A., Chorpita, B. F., & Patel, V. (2017). Psychological Treatments for the World: Lessons from Low- and Middle-Income Countries. *Annual Review of Clinical Psychology*, *13*(1), 149–181. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217

Sitko, K., Bewick, B. M., Owens, D., & Masterson, C. (2020). Meta-analysis and Meta-regression of Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp) Across Time: The Effectiveness of CBTp has Improved for Delusions. *Schizophrenia Bulletin Open*, *1*(1), sgaa023. https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaa023

Stoean, R., Dima, C., Buciuta, A., & Cozman, D. (2020). Access to mental health care of the Romanian population during the COVID-19 pandemic. *Psihiatru.Ro*, *2*(61), 7. https://doi.org/10.26416/Psih.61.2.2020.3584

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine*, *43*(4), 849–863. https://doi.org/10.1017/S0033291712001420

Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lane, M. C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., … Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, *370*(9590), 841–850. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7

Werson, A. D., Meiser-Stedman, R., & Laidlaw, K. (2022). A meta-analysis of CBT efficacy for depression comparing adults and older adults. *Journal of Affective Disorders*, *319*, 189–201. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.020

World Health Organization. (2012). *WHO qualityrights tool kit: Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927

World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013-2020. In *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966

Zumstein, N., & Riese, F. (2020). Defining Severe and Persistent Mental Illness—A Pragmatic Utility Concept Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 648. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00648

http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Minister/F6_Atlas_Rural_RO_23Mar2016.pdf

https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/accesul_populatiei_la_tehnologia_informatiei_si_comunicatiilor_romania_2021.pdf

REFERINȚE BIBILIOGRAFICE

[1] În studii anterioare, DW pentru orbire avea o valoare mai ridicată, datorită faptului că DW erau estimate prin „reducerea well-being-ului" (limitare a abilității de a se angaja în anumite activități). În estimările recente ale DW, accentul s-a mutat de pe reducerea well-being-ului spre „deteriorarea nivelului de sănătate". De aici, valorile mai mici pentru anumite afecțiuni care sunt, în fapt, asociate cu scădere substanțială a funcționalității (e.g., probleme de auz, vedere, tulburările din spectrul autist, dizabilitate intelectuală). Aceste aspecte pot duce la subestimarea impactului financiar asociat cu astfel de tulburări.
[2] DW pentru tulburările psihice sunt între intrările 1189-1246.
[3] DALY („disability-adjusted life years") este o măsură a poverii (impactului) unei boli, exprimat prin numărul de ani pierduți din cauza dizabilității, stării de boală, sau morții premature datorate acelei afecțiuni. Astfel, DALY include nu doar anii pierduți ca urmare a decesului prematur, ci și echivalentul anilor de viață sănătoasă pierduți din cauza stării de boală sau dizabilitate. Deci, DALY combină mortalitatea și morbiditatea într-o singură metrică. DALY pentru o afecțiune este suma dintre anii pierduți din cauza mortalității premature asociate cu acea afecțiune (YLL – „years of life lost") și anii trăiți cu dizabilitate (YLD – „years lost to disability", sau ani trăiți într-o stare sub-optimă de sănătate) datorată existenței acelei afecțiuni într-o populație (i.e., DALY = YLL + YLD).

[4] Studii similare pe alte afecțiuni au considerat relația dintre DW și pierderea productivității ca fiind liniară [20].
[5] % populației civile 16+ care lucrează sau caută de lucru în mod activ.

[6] Cu alte cuvinte, am considerat numărul de cazuri tratate cu succes ca fiind 3% din prevalență. Argumentul este că în România, ca și în alte țări, doar un procentaj foarte mic dintre persoanele afectate de simptome psihice caută tratament (e.g., în cazul anxietății, în România, doar între 3-24.6% caută tratament [19]). Acest lucru, cuplat cu faptul că doar o parte dintre persoanele care caută tratament ajung la funcționalitate optimă în urma acestuia, face ca impactul pozitiv al cazurilor tratate să fie foarte redus la scală macroeconomică.
[7] Pentru 2022: Populația: ~19M [22] / Forța de muncă participativă: 66.56% / Rata șomajului: 5.2% / Produsul intern brut per capita: 11590 USD [23].

[8] Valorile DW pentru 2019: https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2019-disability-weights
[9] Formula este adaptată din studii care estimează costurile asociate cu problemele de vedere. Formula produce estimări mai degrabă conservatoare. Am ales această variantă pentru că este de preferat o subestimare decât o supraestimare a costurilor, care, pe lângă faptul că ar putea duce la inițiative costisitoare și fără beneficii majore, ar putea fi senzaționalizată în presă. Pentru DW corespunzătoare unor grade diferite de severitate ale aceleiași tulburări (e.g., depresie moderată sau severă), s-a calculat media DW. De exemplu, pentru schizofrenie (prevalența 0.005, DW = ~0.68 (media DW dintre episod acut sau rezidual)), avem: $TPP_{schizofrenie}$ = 134781542338 x 0.0048 x 0.683 =~ 441867808 USD.
[10] Notă: [r] eșantion românesc; [i] eșantion internațional; [e] estimat. Prevalența anxietății a fost calculată prin însumarea prevalențelor în ultimele 12 luni ale unor tulburări specifice de anxietate, prezentate în raportul CES al Dr. Anca Dobrean.

Referințe imagini utilizate în raport: *www.unsplash.com; https://ro.wikipedia.org/wiki/Macroregiunile_Rom%C3%A2niei*