



Institutul  
Național de  
Sănătate Publică

# Sănătate mintală Analiză de situație - Depresia la adolescenți

Tulburarea depresivă majoră este una dintre cele mai frecvente tulburări psihiatrice ale copilăriei și adolescenței, dar din cauza variației simptomelor privind criteriile de diagnostic, această tulburare este adesea nerecunoscută și netratată.

Campania de creștere a nivelului de informare și conștientizare a adolescenților și aparținătorilor acestora, privind problematica depresiei se va derula în acest an cu sloganul „Nu lăsa depresia să-ți controleze viața! Sănătatea ta mintală contează!”

[insp.gov.ro](http://insp.gov.ro)

# 2024



# CUPRINS

|                |                                                                                |           |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Cap I</b>   | <b>Definirea și descrierea problemei de sănătate, conform temei campaniei</b>  | <b>3</b>  |
|                | Informații relevante la nivel mondial                                          | 4         |
|                | Informații relevante la nivel european                                         | 4         |
|                | Informații relevante la nivel național                                         | 4         |
|                | Depresia la adolescenți                                                        | 15        |
| <b>Cap II</b>  | <b>Analiza populației țintă</b>                                                | <b>20</b> |
|                | Starea de bine a copilului în școală                                           | 20        |
| <b>Cap III</b> | <b>Prezentarea unor activități utilizate în alte campanii cu teme similare</b> | <b>23</b> |
|                | Exemple de acțiuni de creștere a nivelului de informare / conștientizare:      | 23        |
|                | Exemple de surse de informații:                                                | 23        |



## Cap I Definirea și descrierea problemei de sănătate, conform temei campaniei

**Sănătatea mintală** reprezintă o componentă fundamentală a sănătății individuale și a „stării de bine”, descriind nu numai absența bolii, ci și capacitatea unui individ de a se integra cu succes în viața familială, socială și profesională. Spre deosebire de afecțiunile somatice, identificarea și intervenția timpurie în cazul tulburărilor neuropsihice sunt mai dificile din cauza unor factori precum natura subiectivă a acuzelor și teama stigmatizării. Tulburările mintale constituie una dintre cauzele principale ale poverii bolii și ale anilor de viață sănătoasă pierduți, afectând calitatea vieții.

Sănătatea mintală este un lucru vital și ne afectează viața în multe feluri. Ne permite să funcționăm și să prosperăm ca indivizi, membri ai familiei și ai comunității. Ne ajută să facem față stresului și să ne adaptăm la schimbare. Ne permite să construim relații sănătoase și să ne conectăm cu alți oameni. Ne sprijină în procesul de învățare și ne ajută să lucrăm productiv.

OMS descrie sănătatea mintală ca fiind: **„Acea stare de bine care le permite oamenilor să facă față provocărilor de zi cu zi, să-și realizeze propriul potențial, să învețe și să lucreze bine și să își aducă aportul la dezvoltarea comunității din care fac parte.”**

Sănătatea mintală a populației este determinată de o multitudine de factori, inclusiv biologici (genetică, sex), individuali (experiențe personale), familiali, sociali (sprijin social), economici și de mediu (statut social și condiții de viață).

Sănătatea mintală este un drept fundamental al omului, acesta incluzând dreptul de a fi protejat de riscurile pentru sănătatea mintală, dreptul la servicii de îngrijire disponibile, accesibile, acceptabile și de bună calitate, dar și dreptul la libertate, independență și incluziune în comunitate.

De zeci de ani, sănătatea mintală a fost printre cele mai neglijate domenii ale sănătății publice, la nivel global. Subevaluat și neînțeles, acest domeniu primește doar o mică parte din atenția și resursele de care are nevoie și pe care le merită. Rezultatul este acela că, pentru prea mulți oameni, atingerea și menținerea sănătății mintale este o provocare.

Crizele în curs de desfășurare în întreaga lume justifică tot mai mult prioritizarea sănătății mintale. Chiar și înainte de pandemia de COVID-19, aproape un miliard de oameni sufereau de o tulburare psihică. De asemenea, doar o mică parte dintre oamenii nevoiași au acces la mijloace eficiente de tratament, îngrijire accesibilă și de calitate. Stigmatizarea, discriminarea și încălcări ale drepturilor oamenilor cu afecțiuni mintale sunt larg răspândite în comunitățile de pretutindeni.

**Planul OMS de acțiune pentru sănătate mintală 2013–2030** cuprinde recomandări în jurul a patru obiective cheie: Conducere și guvernare mai puternice și eficiente; Plan de îngrijire cuprinzător, integrat și bazat pe comunitate; Strategii de promovare și prevenire; Sisteme informatice mai puternice, dovezi și cercetare.

Planul include o gamă amplă de opțiuni de implementare pentru fiecare obiectiv, dar relevanța lor va depinde de circumstanțele naționale. Pentru fiecare țară este necesară **identificarea acțiunilor prioritare**, dar beneficiile investiției în domeniul sănătății mintale sunt clare: se reduce suferința și sănătatea publică este îmbunătățită, se realizează o mai puternică protecție a drepturilor omului și se obțin rezultate economice și sociale mai bune.



### Informații relevante la nivel mondial:

- 970 milioane persoane (13%) trăiesc cu o afecțiune mintală (1 din 8 persoane);
- dintre persoanele cu afecțiuni mintale 52,4% sunt de genul feminin, 47,6% genul masculin;
- 71% din persoanele cu psihoză nu beneficiază de servicii de sănătate mintală;
- în medie, sănătatea mintală primește doar 2% din bugetele de sănătate;
- afecțiunile mintale sunt reprezentate de: tulburări de anxietate 31%, tulburări depresive 28,9%, tulburări de dezvoltare 11,1%, deficit de atenție și tulburări de hiperactivitate 8,8%, tulburări bipolare 4,1%, tulburări de conduită 4,1%, tulburări de spectru autist 2,9%, schizofrenie 2,5%, tulburări alimentare 1,4%;
- 703000 oameni au murit prin suicid în anul 2019, rata suicidului fiind de 9%000 locuitori în anul 2019.

**Sursa: Raportul OMS World mental health report: transforming mental health for all, 2022**

### Informații relevante la nivel european:

Înainte de pandemia de COVID-19, problemele de sănătate mintală afectau aproximativ 84 de milioane de persoane din UE (una din șase persoane), generând costuri de 600 de miliarde EUR sau peste 4 % din PIB, inclusiv inegalități regionale, sociale, de gen și de vârstă semnificative. În ceea ce privește locul de muncă, 27 % din lucrători au raportat că s-au confruntat cu stres, depresie sau anxietate legată de locul de muncă în ultimele douăsprezece luni, ceea ce sporește șansele de absentism, cu un impact grav asupra vieții lucrătorilor și a organizării întreprinderilor. Costul lipsei de acțiune în domeniul sănătății mintale este deja semnificativ și, din păcate, se preconizează că va crește și mai mult, în concordanță cu factorii de stres de la nivel mondial. În anul 2019, peste 7 % din persoanele din UE sufereau din cauza depresiei, iar 13 % se simțeau singure în cea mai mare parte a timpului. În timpul pandemiei, numărul persoanelor din UE afectate de singurătate s-a dublat în comparație cu anii anteriori pandemiei, ajungând la 26 % în unele regiuni.

Sinuciderea este a doua cauză principală de deces în rândul tinerilor (cu vârste cuprinse între 15 și 19 ani), după accidentele rutiere. În UE, valoarea anuală a pierderii sănătății mintale la copii și tineri este estimată la 50 de miliarde EUR.

**Sursa:**<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/?uri=CELEX%3A52023DC0298&qid=1702538476559>

### Informații relevante la nivel național:

În anul 2022, în România, numărul de cazuri noi de tulburări mintale a crescut ușor față de anul 2021 de la valoarea de 233146, la valoarea de 237016. În ceea ce privește distribuția procentuală a acestora din totalul afecțiunilor, valoarea a rămas aceeași față de anul 2021, 1,7%.

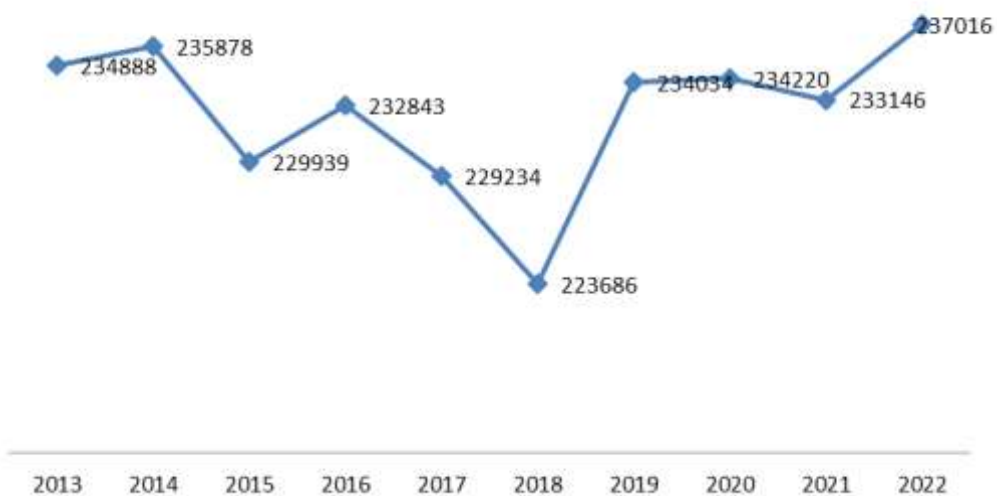
Incidența specifică prin tulburări mintale a avut o evoluție ușor crescătoare începând cu anul 2019, ajungând în anul 2022 la valoarea de 1244,2 la 100.000 de locuitori.

Evoluția % a externărilor din spital cu diagnosticul de tulburări mintale, din totalul externărilor, arată o scădere semnificativă în anul 2020 din cauza pandemiei de Covid19, apoi tendința a fost de creștere, ajungând în anul 2022 aproximativ la valoarea de dinaintea pandemiei.

**Sursa: Anuarul de statistică sanitară, 2023**

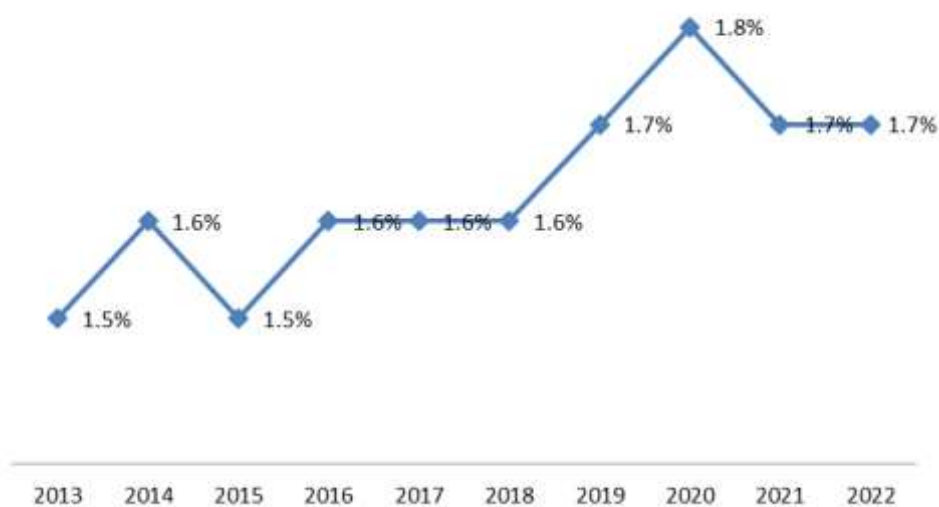


### Distribuția numărului de cazuri noi de tulburări mintale, în perioada 2013-2022



(Sursa: Anuarul de statistică sanitară, 2023)

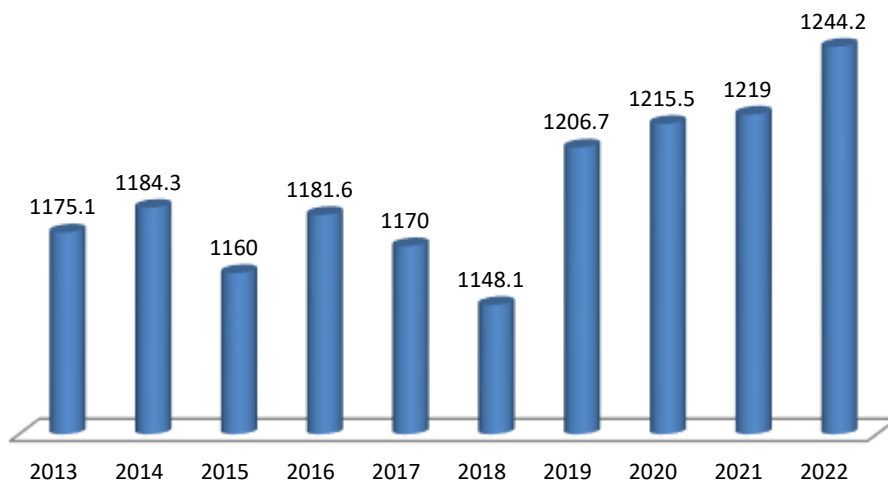
### Distribuția procentuală a cazurilor noi de tulburări mintale, din totalul afecțiunilor, în perioada 2013-2022



(Sursa: Anuarul de statistică sanitară, 2023)

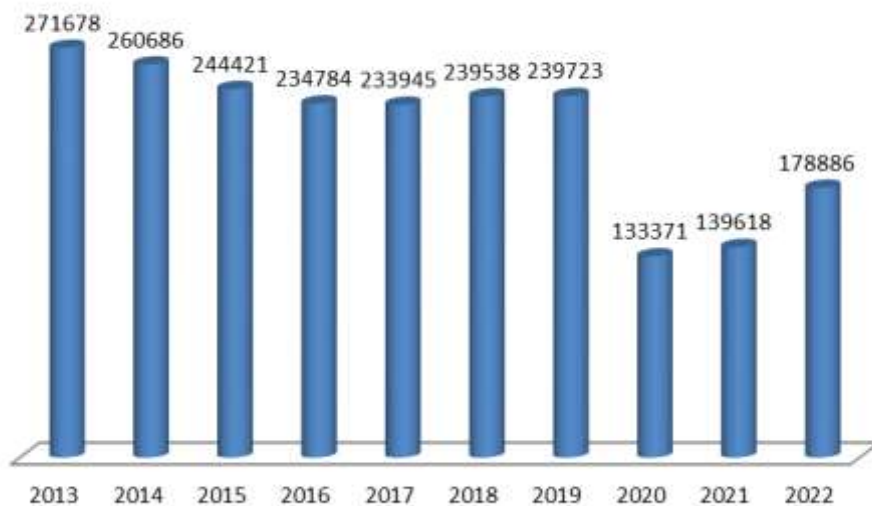


*Incidența specifică (la 100.000 de locuitori) prin tulburări mintale, în perioada 2013-2022*



*(Sursa: Anuarul de statistică sanitară, 2023)*

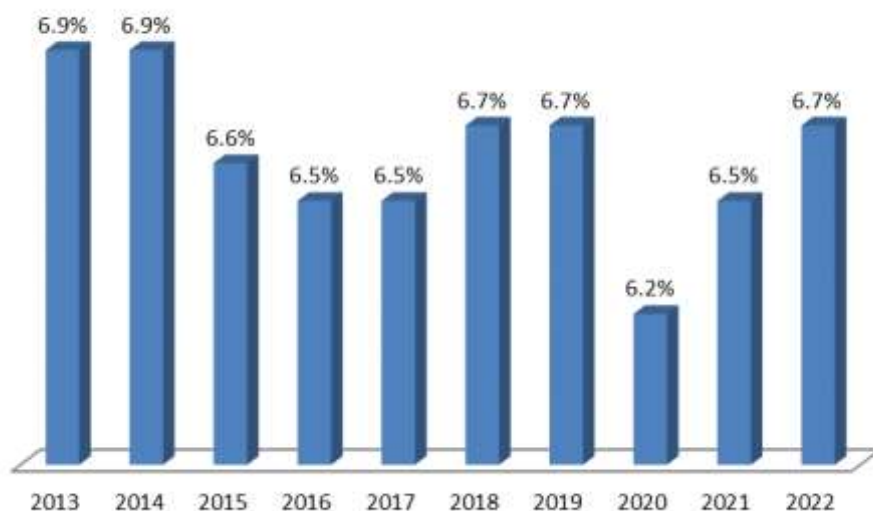
*Evoluția numărului externărilor din spital cu diagnosticul de tulburări mintale, în perioada 2013-2022*



*(Sursa: Anuarul de statistică sanitară, 2023)*

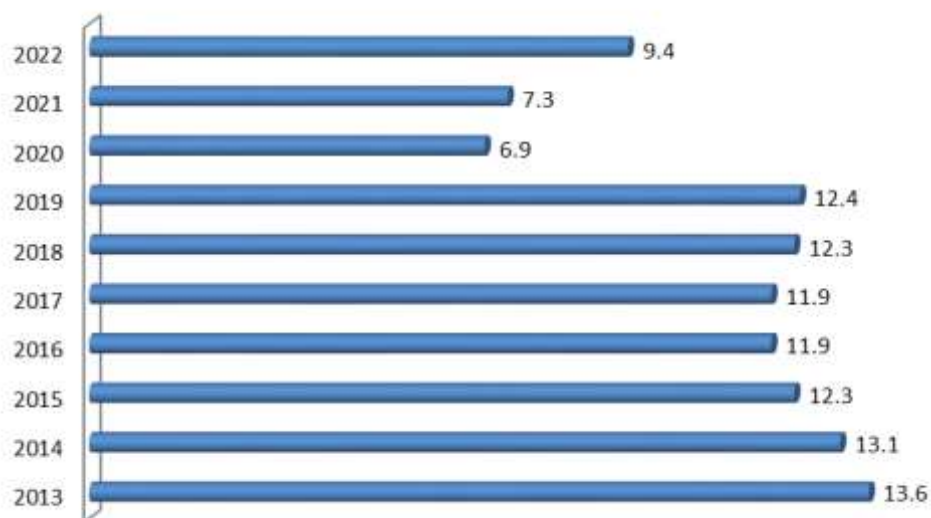


*Evoluția procentuală a externărilor din spital cu diagnosticul de tulburări mintale, din totalul externărilor, în perioada 2013-2022*



*(Sursa: Anuarul de statistică sanitară, 2023)*

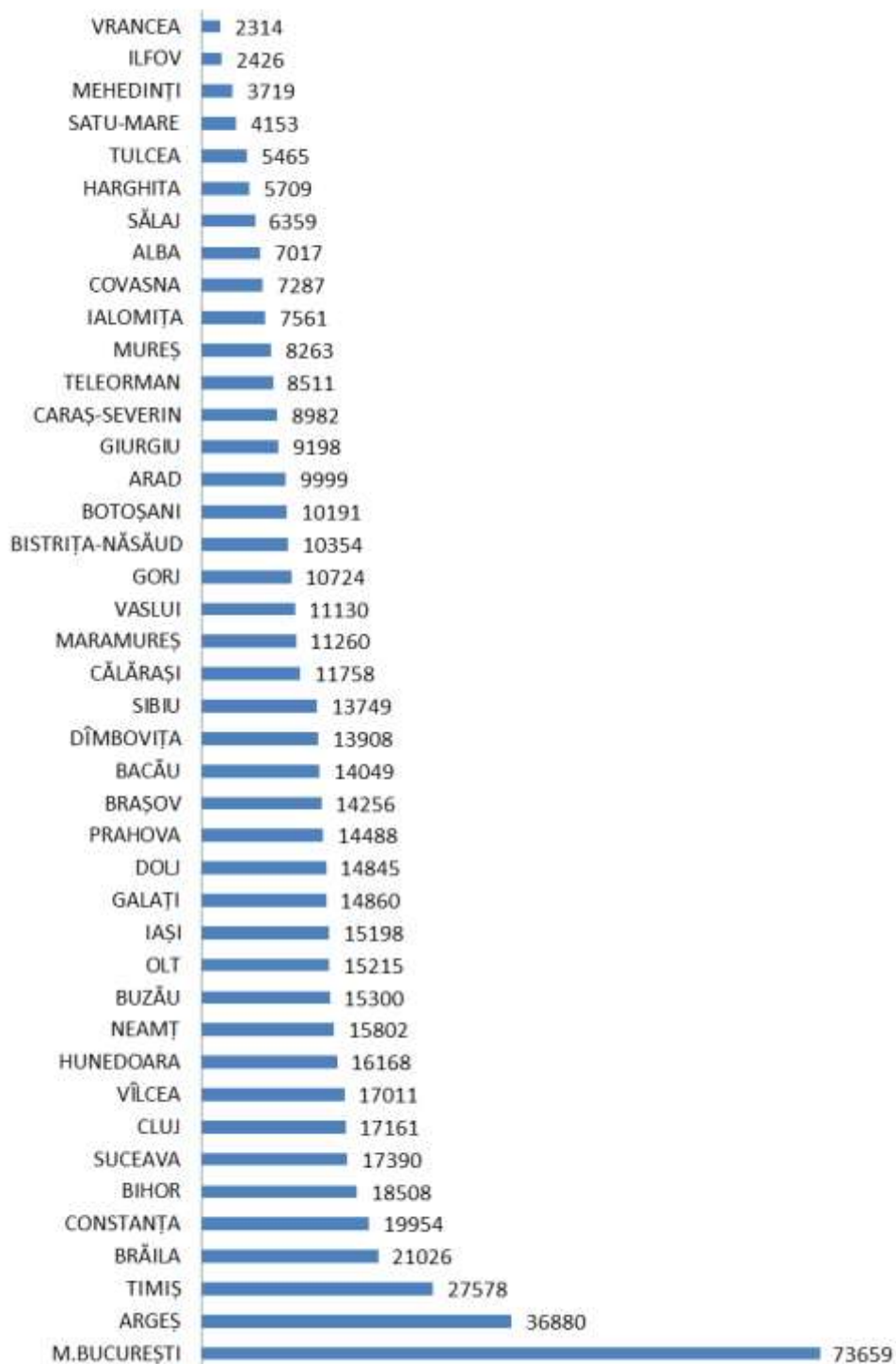
*Evoluția externărilor din spital cu diagnosticul de tulburări mintale, la 1000 de locuitori, în perioada 2013-2022*



*(Sursa: Anuarul de statistică sanitară, 2023)*



*Distribuția bolnavilor rămași în evidență cu tulburări mintale, pe județe, în anul 2022*



*(Sursa: INSP-CNSSP)*

Județele cu cele mai scăzute valori în ceea ce privește distribuția bolnavilor rămași în evidență cu tulburări mintale (la 100.000 de loc.) au fost Ilfov, Vrancea, Satu Mare, Mureș. La polul opus, județele cu cele mai mari valori ale indicatorului au fost Brăila, Argeș, Vâlcea, Hunedoara.



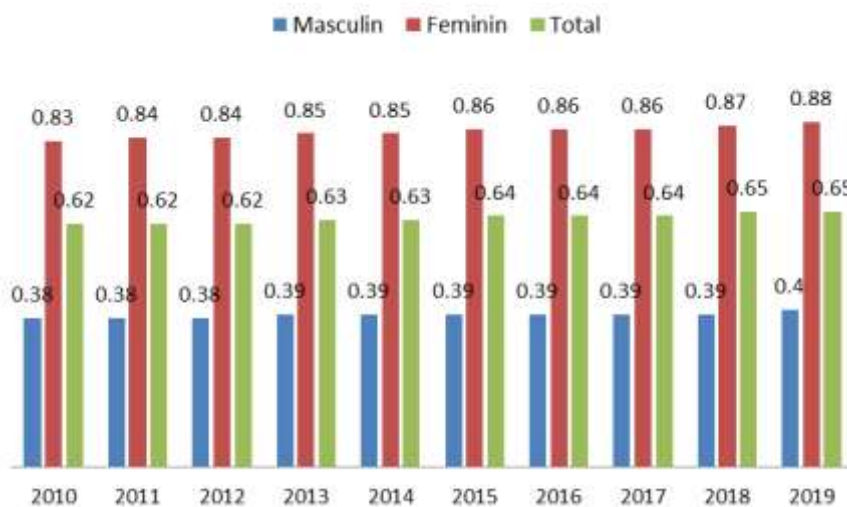
*Distribuția bolnavilor rămași în evidență cu tulburări mintale la 100.000 de locuitori, pe județe și pe cvartile, în anul 2022*

| Legenda: |   |         |  |
|----------|---|---------|--|
| 462.47   | - | 2431.86 |  |
| 2431.87  | - | 3001.94 |  |
| 3001.95  | - | 3608.74 |  |
| 3608.75  | - | 7494.99 |  |



(Sursa: INSP-CNSSP)

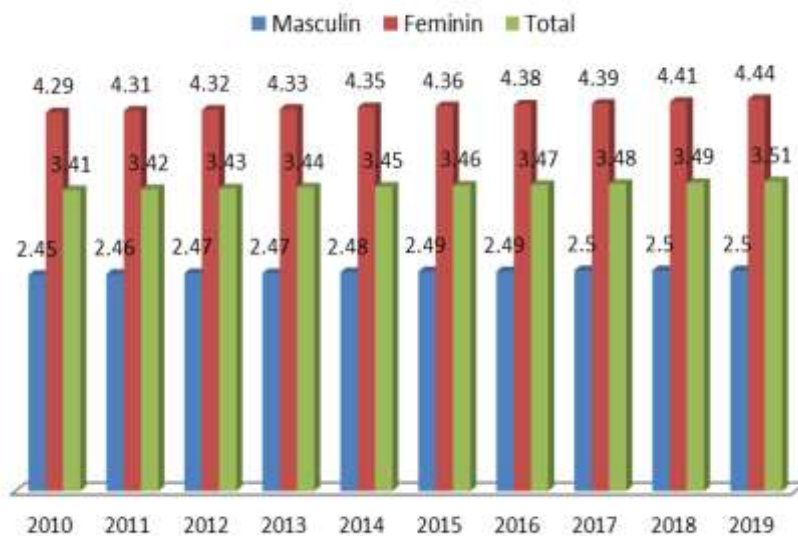
*Incidența depresiei (%) în România, pe genuri, în perioada 2010-2019*



Sursa: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

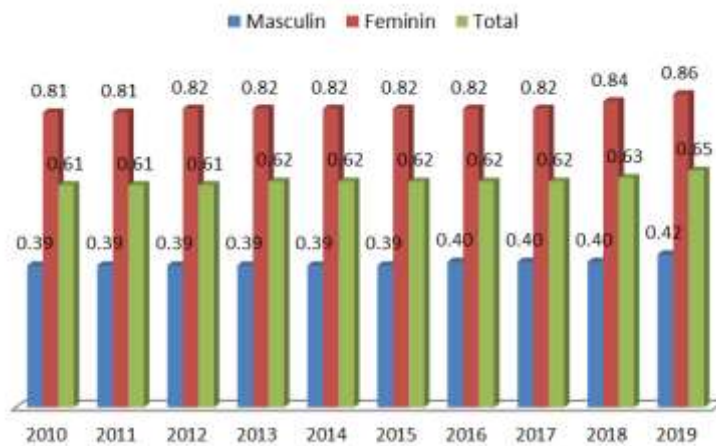


*Prevalența depresiei (%) în România, pe genuri, în perioada 2010-2019*



Sursa: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

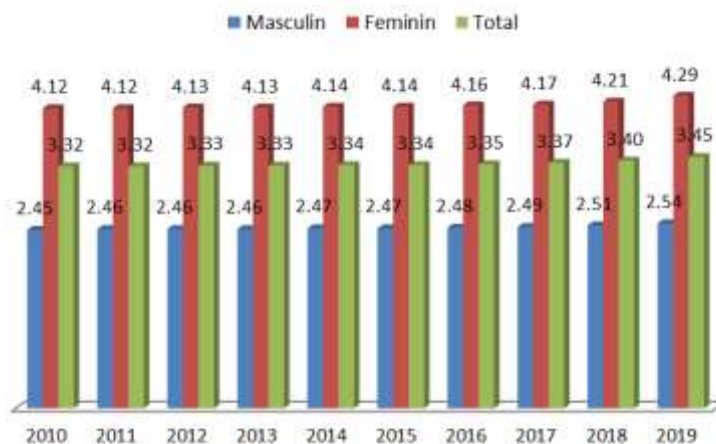
*Incidența % depresiei în Europa Centrală, pe genuri, în perioada 2010-2019*



Sursa: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>



### Prevalența % depresiei în Europa Centrală, pe genuri, perioada 2010-2019



Sursa: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

În anul 2013 UNICEF a publicat un raport care a inclus o analiză a celor mai recente date privind starea de bine a copilului în 29 de țări cu cele mai avansate economii, între care a fost inclusă și România. Au fost luate în considerare cinci dimensiuni ale vieții copiilor: 1. bunăstarea materială, 2. sănătatea și siguranța, 3. educația, 4. comportamentele cu risc și 5. condițiile de locuit și de mediu. În total, 26 de indicatori comparabili la nivel internațional au fost incluși în listă. Ultimele patru locuri din clasament sunt ocupate de trei dintre cele mai sărace țări luate în studiu, Letonia, Lituania și România, precum și de către una dintre cele mai bogate, Statele Unite ale Americii.

În ceea ce privește prima dimensiune, bunăstarea materială, aceasta este cea mai ridicată în Olanda și în țările nordice (Finlanda, Danemarca, Islanda, Norvegia și Suedia) și cea mai redusă în Letonia, Lituania, România și Statele Unite ale Americii.

Pentru dimensiunea a doua, sănătate și siguranță, din punct de vedere al ratei mortalității infantile, raportul UNICEF arată că România se află printre singurele țări în care mortalitatea infantilă a depășit 6 la 1000 de nașteri, alături de Letonia, Slovacia și SUA.

În măsurarea celei de-a treia dimensiune, starea de bine în învățământ, au fost luate în considerare două componente principale - ratele de participare și nivelurile de realizare, care luate împreună pot oferi un ghid aproximativ privind educația, atât din punct de vedere cantitativ cât și calitativ. Analiza datelor a arătat că educația timpurie este practic universală în Belgia, Franța, Olanda și Spania, iar în jumătate din cele 32 de țări (între care și România) ratele de înscriere în învățământul preșcolar depășesc 90%. Cinci țări (Belgia, Irlanda, Lituania, Polonia și Slovenia) au înrolat peste 90% din tinerii lor în educație în continuare, în timp ce șapte dintre cele mai bogate țări din OCDE (Austria, Canada, Italia, Luxemburg, Spania, Marea Britanie și Statele Unite ale Americii) se încadrează în treimea de jos a listei în privința acestui indicator. În România acest indicator se situează sub 80%.

A patra componentă, componenta „comportamente și riscuri” include o serie de obiceiuri și comportamente cu impact critic în prezent și viitor pentru bunăstarea copiilor. Conform raportului UNICEF, Germania este un lider clar, având cel mai mic procent de copii care au raportat că au fost implicați într-o confruntare fizică. Trei țări nordice - Danemarca, Islanda și Suedia - au un nivel



scăzut atât de hărțuire cât și de implicare în violență fizică, în timp ce în Spania, proporția tinerilor implicați în violențe fizice depășește 50% (Grecia aproape 49%), iar în Lituania proporția tinerilor care au raportat a fi fost hărțuiți depășește 50%. În România, procentele elevilor care au raportat implicarea în bătaie sau hărțuire depășesc 40%.

Pentru ultima dimensiune, luată în studiul UNICEF, și anume locuință și mediu, unul din factorii care influențează starea de bine a copiilor este supraaglomerarea. Lipsa oportunității de a beneficia de intimitate și de liniște pentru studiu și supraaglomerarea au fost legate de efecte adverse asupra comportamentelor parentale și asupra dezvoltării cognitive și emoționale a copiilor, inclusiv un risc crescut de stres și probleme comportamentale. Cea mai semnificativă variabilă pentru măsurarea factorului supraaglomerării este reprezentată de variabila cameră/persoană. Conform raportului UNICEF în 17 din 26 de țări europene, casele au în medie mai multe camere decât persoane și doar în 9 țări din Europa Centrală și de Est (între care și România) au mai multe persoane decât camere. La acest indicator se adaugă și cel al problemelor multiple ale locuinței (igrasie, acoperișuri cu scurgeri, lipsa băilor, spații întunecoase). Conform raportului UNICEF, în România rata problemelor multiple de locuire urcă până la 40%, în timp ce în Danemarca, Islanda sau Norvegia este de sub 1%.

Sursa: Sinteza națională Evaluarea stării de bine a copilului în școală, CRSP Cluj 2023

Există multe tipuri de tulburări mintale. Ele sunt, în general, caracterizate printr-o combinație de gânduri, percepții, emoții, comportamente și relații anormale cu ceilalți.

Tulburările mintale includ: depresia, tulburarea bipolară, schizofrenia și alte psihoze, demența și tulburările de dezvoltare, inclusiv autismul.

Povara tulburărilor mintale continuă să crească, având impact semnificativ asupra sănătății și consecințe majore sociale, economice în toate țările lumii.

### **Depresia**

Depresia este o tulburare mintală comună și una dintre principalele cauze ale dizabilității la nivel mondial. La nivel global, se estimează că 264 de milioane de oameni sunt afectați de depresie, sunt afectate mai multe femei decât bărbați.

Depresia se caracterizează prin tristețe, pierderea interesului sau a plăcerii, sentimente de vinovăție sau valoare de sine scăzută, tulburări de somn sau de apetit, oboseală și slabă concentrare. Depresia poate fi de lungă durată sau recurentă, afectând substanțial capacitatea oamenilor de a funcționa la locul de muncă sau la școală și de a face față vieții de zi cu zi. Cel mai grav, depresia poate duce la sinucidere.

S-a demonstrat că programele de prevenție reduc depresia, atât la copii (de exemplu, prin protecție și sprijin psihologic în urma abuzului fizic și sexual), cât și la adulți (de exemplu, prin asistență psihosocială după dezastre și conflicte).

Există și tratamente eficiente. Depresia ușoară până la moderată poate fi tratată eficient cu terapia cognitiv-comportamentală sau psihoterapie. Antidepresivele pot fi o formă eficientă de tratament pentru depresia moderată până la severă, dar nu reprezintă prima linie de tratament pentru cazurile de depresie ușoară. Ele nu trebuie utilizate pentru tratarea depresiei la copii și nu reprezintă prima opțiune de tratament la adolescenți, față de care trebuie utilizate cu prudență.

Managementul depresiei ar trebui să includă aspecte psihosociale, inclusiv identificarea factorilor de stres (cum ar fi probleme financiare, dificultăți la locul de muncă sau abuz fizic ori



psihic) și sursele de sprijin (cum ar fi membrii familiei și prietenii). Menținerea sau reactivarea rețelilor sociale și a activităților sociale este importantă.

### **Tulburarea bipolară**

Această tulburare afectează aproximativ 45 de milioane de oameni din întreaga lume. De obicei, constă atât din episoade maniacale, cât și depresive, separate de perioade de dispoziție normală. Episoadele maniacale implică dispoziție crescută sau iritabilă, supraactivitate, vorbire rapidă, stimă de sine exagerată și scăderea nevoii de somn. Persoanele care au atacuri maniacale, dar nu se confruntă cu episoade depresive sunt, de asemenea, clasificate ca având tulburare bipolară.

Sunt disponibile tratamente eficiente pentru faza acută a tulburării bipolare și prevenirea recăderii. Acestea sunt medicamente care stabilizează starea de spirit. Sprijinul psihosocial este o componentă importantă a tratamentului.

### **Schizofrenia și alte psihoze**

Schizofrenia este o tulburare mintală severă, care afectează 20 de milioane de oameni din întreaga lume. Psihozele, inclusiv schizofrenia, sunt caracterizate prin distorsiuni ale gândirii, percepției, emoțiilor, limbajului, simțului de sine și comportamentului. Experiențele psihotice obișnuite includ halucinații (auzi, vezi sau simți lucruri care nu există) și iluzii (credințe false fixate sau suspiciuni care sunt ferm susținute chiar și atunci când există dovezi contrare). Tulburarea împiedică persoanele afectate să lucreze sau să studieze în mod normal.

Stigmatul și discriminarea pot duce la lipsa accesului la servicii de sănătate și servicii sociale. Persoanele cu psihoză prezintă un risc ridicat de a fi expuse la încălcări ale drepturilor omului, cum ar fi detenția pe termen lung în instituții.

Schizofrenia începe de obicei la sfârșitul adolescenței sau la vârsta adultă. Tratamentul cu medicamente și suport psihosocial este eficient, persoanele afectate putând avea o viață productivă și pot fi integrate în societate. Facilitarea traiului asistat, a locuințelor susținute și a angajării asistate poate acționa ca bază de la care persoanele cu tulburări mintale severe, inclusiv schizofrenie, pot atinge numeroase obiective de recuperare. Aceste persoane se confruntă adesea cu dificultăți în obținerea sau păstrarea unui loc de muncă normal.

### **Demența**

La nivel mondial, aproximativ 50 de milioane de oameni suferă de demență. Demența este, de obicei, de natură cronică sau progresivă și reprezintă o deteriorare a funcției cognitive (adică capacitatea de a procesa gândurile) dincolo de ceea ce s-ar putea aștepta de la îmbătrânirea normală. Afectează memoria, gândirea, orientarea, înțelegerea, capacitatea de a efectua calcule, capacitatea de învățare, limbajul și judecata. Deteriorarea funcției cognitive este de obicei însoțită și ocazional precedată de deteriorarea controlului emoțional, a comportamentului social sau a motivației.

Demența este cauzată de o varietate de boli și leziuni care afectează creierul, cum ar fi boala Alzheimer sau accidentul vascular cerebral.

Deși nu există un tratament disponibil în prezent pentru a vindeca demența sau pentru a-i modifica cursul progresiv, multe tratamente se află în diferite etape ale studiilor clinice. Se pot face multe pentru a sprijini și îmbunătăți viața persoanelor cu demență, a îngrijitorilor și familiilor acestora.

### **Tulburările de dezvoltare, inclusiv autismul**

Tulburarea de dezvoltare este un termen umbrelă care acoperă dizabilitățile intelectuale și tulburările pervazive de dezvoltare, inclusiv autismul. Tulburările de dezvoltare au de obicei un



debut în copilărie, dar tind să persiste până la vârsta adultă, provocând afectarea sau întârzierea funcțiilor legate de maturizarea sistemului nervos central. Acestea urmează, în general, un curs constant, mai degrabă decât perioade de remisiuni și recăderi care caracterizează multe tulburări mintale.

Dizabilitățile intelectuale se caracterizează prin afectarea abilităților în mai multe domenii de dezvoltare, cum ar fi funcționarea cognitivă și comportamentul adaptativ. Inteligența scăzută diminuează capacitatea de adaptare la cerințele zilnice ale vieții.

Simptomele tulburărilor de dezvoltare pervazive, cum ar fi autismul, includ tulburări de comportament social, comunicare și limbaj, precum și o gamă restrânsă de interese și activități care sunt efectuate în mod repetitiv. Tulburările de dezvoltare apar adesea în copilărie sau copilăria timpurie. Persoanele cu aceste tulburări manifestă ocazional un anumit grad de dizabilitate intelectuală.

Implicarea familiei în îngrijirea persoanelor cu tulburări de dezvoltare este foarte importantă. Structurarea rutinelor zilnice ajută la prevenirea stresului inutil, cu ore regulate pentru a mânca, a se juca, a învăța, a fi cu ceilalți și a dormi. Trebuie să existe o monitorizare regulată de către serviciile de sănătate atât a copiilor, cât și a adulților cu tulburări de dezvoltare. Comunitatea, în general, are un rol important în respectarea drepturilor și nevoilor persoanelor cu dizabilități.



## Depresia la adolescenți

Copilăria și adolescența sunt etape importante ale vieții în ceea ce privește sănătatea mintală și starea de bine a oamenilor. Este perioada în care tinerii își dezvoltă autonomia, autocontrolul, interacțiunea socială, capacitățile de învățare. Totodată, capacitățile formate în această perioadă influențează în mod direct sănătatea lor mintală pentru tot restul vieții.

Experiențele negative, cum ar fi conflictul familial, violența asupra copiilor, intimidarea la școală etc. pot avea efecte dăunătoare durabile asupra dezvoltării abilităților cognitive și emoționale de bază și reprezintă predictorii importanți pentru comportamente negative ulterioare: consum de substanțe, delinvență, probleme de sănătate mintală.

Tulburarea depresivă majoră este una dintre cele mai frecvente tulburări psihiatrice ale copilăriei și adolescenței, dar din cauza variației simptomelor privind criteriile de diagnostic, această tulburare este adesea nerecunoscută și netratată.

Tulburarea depresivă majoră poate avea efecte semnificative atunci când debutul are loc în copilărie și adolescență. Performanța școlară deteriorată, dificultăți de relaționare în perioada adultă, riscul crescut de alte tulburări de sănătate mintală și tulburări de consum de substanțe au fost asociate cu diagnosticul cu tulburare depresivă majoră în copilărie.

Tulburarea depresivă majoră la copii și adolescenți este adesea subdiagnosticată, doar 50% dintre adolescenți sunt diagnosticați înainte de a ajunge la vârsta adultă. Este o afecțiune comună, cronică, recurentă și debilitantă, care conduce la afectarea funcționării din punct de vedere educațional, profesional și social.

Caracteristicile simptomatologiei depresive la această vârstă sunt: hiperactivitate, dificultăți școlare, comportamente de risc sau delinvență. Durata medie a unui episod depresiv la această vârstă este 8-13 luni, iar simptomele depresive dispar complet în maximum 2 ani la 90% din pacienți. Până la 70% din copiii și adolescenții care au avut un episod depresiv vor repeta episodul în cel mult 5 ani. De asemenea, copiii și adolescenții care au trecut printr-un episod depresiv sunt mai predispuși și la alte tulburări psihiatrice cum sunt tulburările anxioase, fobiile, tulburările de comportament și tulburarea hiperkinetică.

*Sursa: Asociația Americană de Psihiatrie (2013), Kutcher&Chehil (2007) citați de Cosman D, Coman H. Melancolia. De la tristețe la sinucidere. Cluj-Napoca: Risoprint, 2018:65-66.*

La nivel global, unul din șapte tineri de 10-19 ani se confruntă cu o tulburare mintală, reprezentând 13% din povara globală a bolii la această grupă de vârstă.

Depresia, anxietatea și tulburările de comportament sunt printre principalele cauze de îmbolnăvire și dizabilitate în rândul adolescenților.

Sinuciderea este a patra cauză de deces în rândul tinerilor de 15-29 de ani.

<https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Depresia afectează aproximativ 2,5% dintre copii și 8,3% dintre adolescenți, în regiunea europeană a OMS. De asemenea, 30% dintre adolescenți sunt estimați a avea simptome subclinice de depresie. Un raport al UNICEF din 2021 arată că aproape unul din cinci băieți europeni cu vârsta între 15 și 19 ani suferă de tulburări mintale, urmat de mai mult de 16% dintre fetele de aceeași vârstă. Nouă milioane de adolescenți din Europa (cu vârste cuprinse între 10 și 19 ani) trăiesc cu tulburări mintale, anxietatea și depresia reprezentând mai mult de jumătate din toate cazurile.



Surse: *Prevention of depression in children and adolescents.*  
[https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/depression-children-adolescents\\_en](https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/depression-children-adolescents_en).

*The Mental Health Burden Affecting Europe's Children.*  
<https://www.unicef.org/eu/stories/mental-health-burden-affecting-europes-children>.

*A worsening mental health situation for Europe's children - UNICEF.*  
<https://www.unicef.org/eu/press-releases/worsening-mental-health-situation-europes-children>.

#### Simptome de depresie la copii și adolescenți

| Vârsta        | Variații ale simptomelor clinice                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Până la 3 ani | Tulburări alimentare, crize de afect, întârziere în dezvoltarea somatică a vorbirii și a motricității, expresivitate emoțională diminuată, interes diminuat pentru joc                                                                                                                                                                                                                                          |
| 3-5 ani       | Predispoziție pentru accidente, fobii, agresivitate, reacții afective excesive la greșeli minore                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 6-8 ani       | Acuze somatice vag conturate, reacții comportamentale agresive de evitare a situațiilor/persoanelor noi, întârziere în dezvoltarea abilităților de socializare cu copii de vârste similare, tendința de atașament excesiv față de părinți/adultul de referință                                                                                                                                                  |
| 9-12 ani      | Preocupări morbide, îngrijorare excesivă, lipsa interesului pentru jocuri și interacțiuni cu prietenii, preocuparea frecventă de a nu dezamăgi adulții de referință                                                                                                                                                                                                                                             |
| Adolescența   | Trăiri intense, frecvente, persistente de tristețe, singurătate, izolare, lipsă de speranță, diminuarea stimei de sine, exprimare neadecvată a furiei, reacții agresive, retragere socială, neliniște, apatie, comportamente deviante (fugă de acasă, consum de substanță, debut precoce al vieții sexuale, promiscuitate), dificultăți legate de somn, alimentație, simptome somatice, probleme psihosomatice. |

Sursa : *Asociația Americană de Psihiatrie (2013), Kutcher&Chehil (2007) citați de Cosman D, Coman H. Melancolia. De la tristețe la sinucidere. Cluj-Napoca:Risoprint, 2018:65-66*

În România, potrivit unui raport al UNICEF, aproape 33% dintre adolescenții români cu vârste cuprinse între 11 și 15 ani au raportat o dispoziție tristă de mai multe ori într-o săptămână, comparativ cu 13% în medie, în cele 45 de țări incluse într-un studiu al Organizației Mondiale a Sănătății. Într-un studiu realizat în România în anul 2020, cu 10.114 adolescenți din toate județele țării (vârsta medie 17 ani), 48,9% dintre tineri au avut cel puțin o dată gânduri de suicid, 27,1% erau triști tot timpul și nu puteau scăpa de tristețe, 21,5% au avut perioade în care s-au simțit depresivi în ultimele șase luni. Într-un alt studiu comparativ se sublinia faptul că rata suicidului în România la adolescenții sub 15 ani este mai mare decât media europeană. Sursa:[https://www.unicef.org/romania/media/10911/file/S%C4%83n%C4%83tatea%20mintal%C4%83%20a%20copiilor%20C8%99i%20a%20adolescen%C8%9Bilor%20din%20Rom%C3%A2nia%20\(Scurt%C4%83%20radiografie\).pdf](https://www.unicef.org/romania/media/10911/file/S%C4%83n%C4%83tatea%20mintal%C4%83%20a%20copiilor%20C8%99i%20a%20adolescen%C8%9Bilor%20din%20Rom%C3%A2nia%20(Scurt%C4%83%20radiografie).pdf)

Cele mai frecvente diagnostice de tulburări mintale au fost reprezentate de anxietate (28,8%) și tulburări emoționale (23%). Majoritatea covârșitoare a cazurilor de depresie s-au înregistrat în rândul copiilor din grupa de vârstă 11 – 14 ani și al adolescenților (15 – 18 ani), respectiv 32% și 54% din cazuri. Sursa: *Depresia în România, statistici surprinzătoare* | DCMedical.ro. [https://www.dcmmedical.ro/depresia-in-romania-statistici-surprinzatoare\\_604800.html](https://www.dcmmedical.ro/depresia-in-romania-statistici-surprinzatoare_604800.html).



| TULBURĂRI DE SĂNĂTATE MENTALĂ       | NUMAR PACIENTI |            |              | TOTAL        |
|-------------------------------------|----------------|------------|--------------|--------------|
|                                     | 0 - 4 ANI      | 5 - 14 ANI | PESTE 15 ANI |              |
| Tulburări de anxietate              | 509            | 2376       | 1373         | <b>4258</b>  |
| Fobia școlară                       | 20             | 487        | 180          | <b>687</b>   |
| ADHD                                | 589            | 3744       | 682          | <b>5015</b>  |
| Episod depresiv                     | 15             | 602        | 1408         | <b>2025</b>  |
| Tulburări de conduită               | 364            | 2813       | 2179         | <b>5356</b>  |
| Tulburare de spectru autist         | 1072           | 1853       | 279          | <b>3204</b>  |
| Tulburări de atașament              | 318            | 475        | 159          | <b>952</b>   |
| Tulburări de comportament alimentar | 145            | 321        | 173          | <b>639</b>   |
| Total general                       |                |            |              | <b>22136</b> |

Sursa: Strategia Națională pentru Sănătatea Mintală a Copilului și Adolescentului 2016-2020

<https://sgg.gov.ro/new/wp-content/uploads/2016/11/Anexa-Strategie.pdf>

Incidența (la ‰ de loc.) Episodului depresiv ( cod ICD 10 F32, F33), la copii și adolescenți, în România, în perioada 2013-2022

| Anul | Cazuri noi<br>episod depresiv<br>grupa 0-19 ani | Incidența episodului<br>depresiv (la ‰ de loc.)<br>grupa 0-19 ani |
|------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 2013 | 604                                             | 14.3                                                              |
| 2014 | 566                                             | 13.5                                                              |
| 2015 | 631                                             | 15.2                                                              |
| 2016 | 806                                             | 19.5                                                              |
| 2017 | 831                                             | 20.1                                                              |
| 2018 | 800                                             | 19.5                                                              |
| 2019 | 892                                             | 21.9                                                              |
| 2020 | 751                                             | 18.4                                                              |
| 2021 | 931                                             | 22.8                                                              |
| 2022 | 982                                             | 23.7                                                              |

Sursa: CNSISP-INSP



Incidența (la %000 de loc.) episodului depresiv ( cod ICD 10 F32- F33), a tulburărilor comportamentale și emoționale (cod ICD 10 F90-F98) și a tulburărilor dezvoltării psihologice (cod ICD 10 F 83- F84, F88- F89) la copii și adolescenți, în România, în perioada 2020-2022

| Cod ICD             | Cazuri noi   |              |              | Incidența (rate %000 loc.) |              |              |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|----------------------------|--------------|--------------|
|                     | Anul<br>2020 | Anul<br>2021 | Anul<br>2022 | Anul<br>2020               | Anul<br>2021 | Anul<br>2022 |
| F32-F33             | 751          | 931          | 982          | 18.4                       | 22.8         | 23.7         |
| F83-F84,<br>F88-F89 | 1056         | 1131         | 1270         | 25.8                       | 27.6         | 30.7         |
| F90-F98             | 6346         | 7855         | 7751         | 155.3                      | 192.0        | 187.1        |

Sursa: CNSISP-INSP

Incidența (rate la 100000 locuitori) prin tulburări ale dezvoltării psihologice și alte tulburări fără precizare (cod ICD 10 F83, F84, F88, F89), în România, pe grupe de vârstă, genuri și medii, în anul 2019

|          | 0-14 ani | 15-64 ani | 65 ani și peste |
|----------|----------|-----------|-----------------|
| Total    | 31.1     | 2.1       | 0.6             |
| Masculin | 37.5     | 2.5       | 0.6             |
| Feminin  | 24.4     | 1.8       | 0.6             |
| Urban    | 33.5     | 2.0       | 1.0             |
| Rural    | 28.4     | 2.3       | 0.2             |

Sursa: CNSISP-INSP

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3072710/>

Factori de risc specifici pentru depresia adolescenților:

- a avea un părinte cu boală depresivă (descendenții părinților depresivi prezintă risc de aproximativ 2-4 ori mai mare de a dezvolta tulburări depresive, iar peste jumătate dintre părinții care își aduc adolescenții depresivi la terapie au în prezent tulburări de dispoziție);
- stima de sine scăzută;
- genul feminin;
- imaginea corporală negativă;
- sprijin social scăzut;
- factori nespecfici: sărăcia, expunerea la violență, izolarea socială, maltratarea copiilor și destrămarea familiei.



### Factori protectivi specifici pentru depresia adolescenților:

- prezența adulților care susțin adolescenții;
- relații de familie puternice;
- relații puternice cu semenii;
- abilități de coping (răspunsuri cognitive, afective și comportamentale pe care le dezvoltăm cu scopul de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările interne sau externe ce depășesc resursele personale);
- abilități în reglarea emoțiilor.



## Cap II Analiza populației țintă

Grupul țintă ale campaniei la nivel național îl reprezintă adolescenții și părinții acestora.

Sănătatea mintală este o componentă esențială pentru creșterea și dezvoltarea armonioasă a copiilor și a adolescenților. Bazele sănătății mintale sunt puse în primii ani de viață ai copilului, iar de această investiție în sănătatea copiilor și familiilor beneficiază întreaga societate.

Un adolescent sănătos mintal își înțelege și își gestionează emoțiile sale și pe ale celorlalți, are relații pozitive, empatizează cu ceilalți, face față stresului, se adaptează la schimbare, poate aplica abilitățile cognitive, poate dezvolta noi abilități, se gândește la propria bunăstare mintală și a altora. Deși nevoile în materie de sănătate mintală sunt mari, răspunsurile la aceste nevoi sunt insuficiente și inadecvate.

Afectarea sănătății mintale a copiilor și adolescenților are impact asupra multor aspecte ale vieții lor, pe lângă stigma socială, discriminare, în anumite cazuri există riscul ca aceștia să adopte comportamente nesănătoase, de risc, precum fumatul, consumul de alcool și droguri sau comportamente sexuale riscante.

Performanța școlară poate fi, de asemenea, afectată, spre exemplu, un copil cu o tulburare de conduită care nu beneficiază de intervenție specializată are de două ori mai multe șanse de a abandona școala decât un copil cu dezvoltare tipică, comparativ cu ceilalți copii.

Sursa: <https://www.unicef.org/romania/media/9801/file/Policy%20Brief:%20S%C4%83n%C4%83tatea%20mintal%C4%83%20a%20copiilor%20%C8%99i%20a%20adolescen%C8%9Bilor%20din%20Rom%C3%A2nia.pdf>

### Starea de bine a copilului în școală

Starea de bine a fost definită prin caracteristicile individuale ale unei stări inerent pozitive (fericire). De asemenea, a fost definită pe un continuum de la pozitiv la negativ, cum ar fi de exemplu modul în care o persoană și-ar autoaprecia stima de sine, sau în termenii contextului unei persoane (nivel de trai), lipsa stării de bine (depresie) sau în cadrul unui colectiv (interrelaționarea).

Sinteza națională EVALUAREA STĂRII DE BINE A COPILULUI ÎN ȘCOALĂ elaborată de către CRSP Cluj, în anul 2023 are ca obiectiv evaluarea stării de bine subiective a elevilor din clasele a IX-XIII-a, din România referitoare la domeniile de viață privind standardul de locuit, sănătate, realizări personale, relații interpersonale, siguranța personală, gradul de conectare la comunitate și securitatea viitoare având în vedere diferențele de gen, clasă și județ.

Numărul total de școli cu clasele IX-XII/XIII la nivel național care au figurat în baza de date a Ministerului Educației a fost de 1464 de școli.

Eșantionul rămas pentru prelucrări statistice a fost compus din 19113 elevi.

Structura eșantionului în funcție de vârstă și de clasă

| Vârsta     | Clasa |     |    |     |      |       |
|------------|-------|-----|----|-----|------|-------|
|            | IX    | X   | XI | XII | XIII | Total |
| Sub 14 ani | 17    | 0   | 0  | 0   | 0    | 17    |
| 14 ani     | 386   | 0   | 0  | 0   | 0    | 386   |
| 15 ani     | 3807  | 469 | 0  | 0   | 0    | 4276  |



|                        |      |      |      |      |     |       |
|------------------------|------|------|------|------|-----|-------|
| 16 ani                 | 451  | 3458 | 1227 | 0    | 0   | 5136  |
| 17 ani                 | 27   | 273  | 3425 | 1370 | 0   | 5095  |
| 18 ani sau<br>mai mult | 0    | 0    | 280  | 3398 | 525 | 4203  |
| Total                  | 4688 | 4200 | 4932 | 4768 | 525 | 19113 |

Structura eșantionului în funcție de gen și de clasă

| Gen           | Clasa |      |      |      |      |       |
|---------------|-------|------|------|------|------|-------|
|               | IX    | X    | XI   | XII  | XIII | Total |
| Băieți        | 2021  | 1817 | 2174 | 2050 | 257  | 8319  |
| Fete          | 2543  | 2256 | 2637 | 2626 | 255  | 10317 |
| Nu<br>răspund | 124   | 127  | 121  | 92   | 13   | 477   |
| Total         | 4688  | 4200 | 4932 | 4768 | 525  | 19113 |

Eșantionul cuprinde 43,5% băieți, 54% fete și 2,5% elevi care nu au dorit să precizeze categoria de gen din care fac parte.

Proporția elevilor de clasa a IX-a este de 24,5%, de clasa a X-a 22%, de clasa a XI-a de 25,8%, de clasa a XII-a de 24,9%, iar de clasa a XIII-a de 2,7%.

#### CONCLUZIILE STUDIULUI PRIVIND COMPORTAMENTELE ACTUALE:

1. Studiul a evidențiat că, în medie, băieții au avut un nivel al stării de bine semnificativ mai ridicat comparativ cu fetele.

2. Analiza item-ului 1 „Fericirea cu viața ca întreg” a evidențiat cel mai crescut nivel al stării de bine la elevii din clasa a XIII-a și cel mai mic la băieții din clasa a XII-a și fetele din clasa a X-a.

3. Aproape 2 din 10 elevi au obținut valori ale indicelui stării de bine mai scăzute decât cele normale (scor la risc sau scor ambiguu).

4. O atenție sporită necesită cei care au obținut valori foarte scăzute ale indicelui stării de bine (scor la risc), deoarece acești subiecți prezintă risc ridicat de depresie.

5. Semnificativ mai multe fete prezintă risc ridicat de depresie, comparativ cu băieții (6,8% față de 3,8%).

6. La întrebarea: În ultimele 12 luni, te-ai simțit vreodată atât de trist /ă și disperat /ă aproape în fiecare zi, pentru 2 sau mai multe săptămâni în șir, încât te-ai oprit din anumite activități obișnuite? au răspuns afirmativ, 36,6% dintre respondenți. Dintre aceștia 35.6% au avut vârsta de 14 ani, 36.3% au fost elevi de 15 ani, 37.0% cu vârsta de 16 ani, 38.3% au fost elevi de 17 ani și 34.3 elevi de 18 ani. În ceea ce privește repartitia pe genuri 46.5% au fost fete, 24.5% băieți, iar 54.3% elevi care au ales să nu precizeze sexul.

7. La întrebarea: În ultimele 12 luni, te-ai gândit vreodată în mod serios la suicid ? 11.4% au răspuns afirmativ. Dintre aceștia 13.3% au avut vârsta de 14 ani, 12.3% au fost elevi de 15 ani, 11.8 % cu vârsta de 16 ani, 11.0 % au fost elevi de 17 ani și 10.2% elevi de 18 ani. În ceea ce privește repartitia pe genuri 13.8 % au fost fete, 7.4% băieți, iar 35.5% elevi care au ales să nu precizeze sexul.

8. La întrebarea: În ultimele 12 luni, ți-ai făcut un plan de tentativă de suicid ? 6.8% dintre elevi au răspuns afirmativ, numărul fetelor fiind superior numărului băieților.

9. În ultimele 12 luni, 19,3% declară că s-au bătut cel puțin o dată.



10. La întrebarea: În ultimele 12 luni, prietenul sau prietena te-a lovit, pălmuit sau rănit vreodată în mod intenționat ? 14.3% au răspuns da.

11. La întrebarea: În ultimele 12 luni de câte ori ai fost forțat /ă să ai activități sexuale (sărut, atingeri sau raport sexual) împotriva voinței tale ?, majoritatea 93,8% au răspuns că nu au fost în această situație.

12. În ultimele 12 luni au fost victime ale bullying-ului la școală 15,9% dintre respondenți, iar în mediul online 12,9% dintre elevi.

Studiul oferă radiografierea stării de bine a adolescenților din România.

Rezultatele studiului pot reprezenta un punct de plecare și sprijin atât pentru specialiștii în domeniu cât și pentru autoritățile județene și naționale care au în vedere implementarea unor strategii de creștere a nivelului stării de bine a elevilor, dar și în vederea stabilirii obiectivelor campaniilor IEC viitoare.



### Cap III      **Prezentarea unor activități utilizate în alte campanii cu teme similare**

#### Exemple de acțiuni de creștere a nivelului de informare / conștientizare:

- Transmiterea prin e-mail a materialelor de campanie către MF/CMI
- Postarea pe site-ul DSPJ
- Transmiterea prin e-mail a materialelor de campanie către personalul medical, profesori, învățători din unitățile de învățământ
- Transmiterea prin e-mail a materialelor de campanie către spitale
- Discuții interactive și distribuire materiale în social-media, mass-media
- Transmiterea prin e-mail a materialelor de campanie către Primării
- Organizarea unui stand în holul DSPJ
- Intervenții în mass-media (presa scrisă, radio, tv)
- Transmiterea prin e-mail a materialelor de campanie către ISJ
- Desfășurarea de ore de educație sanitară pe tema Sănătatea Mintală în școli, licee sau în cluburi sportive
- Expoziție de desene, poezii și alte materiale concepute de elevi pe tema campaniei

#### Exemple de surse de informații:

##### **Prevalența depresiei în rândul adolescenților din Europa**

J.Balazs, M.Miklósi, Á.Keresztény, A.Apter, J.Bobes, R.Brunner, P.Corcoran, D.Cosman, C.Haring, J. P.Kahn, V.Postuvan, F.Resc, A.Varnik, M.Sarchiapone, C.Hoven, C.Wasserman, V.Carli, D.Wasserman, *European Psychiatry*, Volume 27, Supplement 1, 2012, [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74426-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74426-7)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933812744267>

Conform studiilor anterioare, prevalența depresiei în rândul adolescenților este de 4-8%, atât în SUA, cât și în Europa. Scopul acestui studiu a fost de a cerceta prevalența depresiei în rândul adolescenților în mai multe țări europene. Datele au fost obținute din studiul „*Saving and Empowering Young Lives in Europe*” (**SEYLE**), care a inclus 11 țări (Austria, Estonia, Franța, Germania, Ungaria, Irlanda, Italia, Israel, România, Slovenia și Spania). Simptomatologia depresivă a fost măsurată prin intermediul inventarului Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Adolescenții cu un scor de 20 sau mai mare la BDI-II au fost definiți ca fiind depresivi.

Rezultate: Din 14.115 de studenți care au fost de acord să participe la studiu, au fost incluși în final 12.395 de adolescenți (5.568 (44.92%) băieți și 6.827 (55.08%) fete). Vârsta medie a studenților a fost de 14,81 ani. Au fost identificate diferențe semnificative în ceea ce privește raportul dintre adolescenții non-depresivi și cei depresivi între țări. Prevalența adolescenților depresivi a variat de la 7,1% la 19,4%. Prevalența adolescenților depresivi în funcție de țară în ordine crescătoare este: Ungaria 7,1%, Austria 7,6%, România 7,6%, Estonia 7,9%, Irlanda 8,5%, Spania 8,6%, Italia 9,2%, Slovenia 11,4%, Germania 12,9%, Franța 15,4%, Israel 19,4%. Concluzie: Pe baza unui instrument de screening, datele obținute subliniază importanța luării în considerare a ratelor de prevalență a depresiei în rândul adolescenților.

##### **Depresia și anxietatea în rândul adolescenților în timpul pandemiei COVID-19. Studiu transversal**

Fangping Chen, Dan Zheng, Jing Liu, Yi Gong, Zhizhong Guan, Didong Lou



Brain Behav Immun. 2020 May 25

doi: [10.1016/j.bbi.2020.05.061](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.061) [Epub ahead of print]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7247496/>

Pandemia cu noul coronavirus (COVID-19) a afectat regiuni extinse din întreaga lume. Studiile recente au arătat diferite niveluri de suferință psihologică în rândul persoanelor expuse în mod diferit la epidemia COVID-19 (Wang și colab., 2020, Zhang și colab., 2020).

Adolescenții, o populație vulnerabilă, și-au desfășurat programul școlar în mediul on-line, iar majoritatea activităților zilnice, în interior. Această transformare a stilului de viață, precum și amenințarea de a fi infectat pot determina tulburări depresive și anxioase.

Fără intervenții psihologice adecvate, depresia și anxietatea în rândul adolescenților persistă adesea și la vârsta adultă și cresc factorii de risc ai bolilor legate de vârstă, cum ar fi bolile cardiovasculare (Danese și colab., 2009, Jones, 2013). Cu toate acestea, dovezile directe care reflectă depresia și anxietatea în rândul adolescenților în timpul pandemiei cu COVID-19 sunt incomplete. Acest studiu vine să completeze aceste lipsuri prin intermediul unui chestionar online. Acest chestionar a fost accesibil în perioada 16 aprilie 2020 - 23 aprilie 2020 pentru adolescenții din Guiyang, China.

În final, un număr de 1109 de persoane au completat chestionarul, din care 1036 de chestionare au îndeplinit criteriul de acceptare pentru analiza ulterioară. Astfel, au fost înregistrate 112 (11,78%) cazuri de depresie și 196 (18,92%) cazuri de anxietate, iar 68 (6,56%) de cazuri au prezentat atât depresie, cât și anxietate. Din punct de vedere statistic, analiza regresiei logistice a urmărit analiza unui factor pentru 10 potențiali factori relevanți. Această analiză a sugerat că genul, vârsta, nivelul de educație al părinților, persoana cu care stă adolescentul în timpul săptămânii, exercițiile fizice au fost asociate în mod semnificativ cu depresia, iar genul, exercițiile fizice, îngrijitorul au fost factori asociați semnificativ cu anxietatea. În concordanță cu studiile anterioare, fetele au prezentat un risc mai mare de depresie și anxietate în timpul COVID-19. Adolescenții mai mari au fost mai deprimați decât cei mai tineri. Cu toate acestea, nu a fost identificată nicio asocieră în ceea ce privește anxietatea atunci când a fost vorba de grupe diferite de vârstă. Există un fenomen comun potrivit căruia copiii sunt lăsați acasă în zilele de săptămână fără niciun însoțitor. Datele noastre au indicat că adolescenții care erau singuri acasă în timpul săptămânii aveau mai multe șanse să fie deprimați și anxioși în timpul pandemiei cu COVID-19. Practicarea exercițiilor fizice s-a dovedit a avea un efect protector pentru sănătatea mintală a adolescenților în timpul acestei urgențe de sănătate publică globală (Chekroud et al., 2018).

### **Depresia în rândul adolescenților și tinerilor cu cancer**

Eliza M. Park, Donald L. Rosenstein, *Dialogues Clin Neurosci.* 2015 Jun; 17(2): 171–180.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4518700/>

Adolescenții și adulții tineri cu cancer sunt expuși riscului de apariție a depresiei din cauza perturbărilor legate de dezvoltarea acestora, poverii date de simptomele fizice și probabilității crescute de a dezvolta o boală agresivă. Rata de depresie și alte tulburări psihologice sunt substanțial mai mari la adolescenții și copiii cu cancer în comparație cu adulții în vârstă. Psihiatrii care au grijă de acești pacienți trebuie să ia în considerare contextul de dezvoltare corespunzător vârstei acestor pacienți, alături de factori familiali și medicali care pot influența identificarea și tratamentul depresiei. Cercetările anterioare sugerează că intervențiile psihosociale special concepute pentru acești pacienți sunt promițătoare, însă lipsesc studiile tratamentelor psihofarmacologice pentru depresie. Există o nevoie stringentă de studii prospective și studii



clinice controlate care evaluează strategiile optime pentru tratarea depresiei la acest grup de pacienți.

#### **Evenimente de viață și simptome depresive la adolescenți: factori de protecție asociați cu reziliența**

Kristin Gärtner Askeland, Tormod Bøe, Kyrre Breivik, Annette M. La Greca, Børge Sivertsen, Mari Hysing, PLoS One. 2020; 15(6): e0234109, Published online 2020 Jun 5. doi: [10.1371/journal.pone.0234109](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234109)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7274383/>

Depresia este o problemă de sănătate publică în rândul tinerilor și este important să se identifice factorii care pot ajuta la prevenirea dezvoltării simptomelor depresive la adolescenți. Acest studiu și-a propus să investigheze asocierea dintre evenimentele negative de viață și simptomele depresive în rândul adolescenților și să examineze influența și contribuțiile factorilor de protecție personală, socială și familială legată de reziliență.

Datele acestui studiu provin din studiul transversal efectuat în Hordaland, Norvegia. În total, 9.546 de adolescenți, cu vârste cuprinse între 16 și 19 ani (52,8% fete) au furnizat informații auto-raportate despre simptomele depresive, evenimentele negative ale vieții și factorii de protecție determinați de reziliență.

Rezultate: Experiența unui număr mai mare de evenimente negative în viață a fost legată de creșterea simptomelor depresive, în timp ce potențialii factori de protecție: orientarea către un scop, încrederea în sine, competența socială, suportul social și coeziunea familiei au fost asociați în mod individual cu mai puține simptome. Deși au existat efecte moderatoare mici ale factorilor – orientarea către un scop și încrederea în sine, rezultatele au susținut în principal un model compensator al rezilienței. Atunci când luăm în considerare la comun potențialii factori, doar încrederea în sine și coeziunea familiei au fost asociate semnificativ cu mai puține simptome depresive pentru ambele sexe, iar factorul suportul social a fost semnificativ în cazul fetelor. Au existat interacțiuni semnificative între toți potențialii factori de protecție și gen, ceea ce indică o reducere mai mare a simptomelor depresive cu niveluri mai mari ai factorilor de protecție în cazul fetelor.

Concluzii: Intervențiile menite să favorizeze încrederea în sine și coeziunea familiei ar putea fi eficiente în prevenirea simptomelor depresive la băieții și fetele adolescente, indiferent de expunerea lor la evenimente negative. Rezultatele mai indică faptul că intervențiile preventive care vizează acești factori de protecție potențiali ar putea fi deosebit de benefici în cazul adolescentelor.



**Adresa:** str. Dr. Leonte Anastasievici nr. 1-3, sector 5, cod poștal 050463,  
București, România  
**Telefon secretariat:** +4 0213 183 620, +4 0213 183 619  
**Fax:** +4 0213 123 426  
**E-mail:** [directie.generala@insp.gov.ro](mailto:directie.generala@insp.gov.ro)

# INSP