



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



INSTITUTUL NAȚIONAL
DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

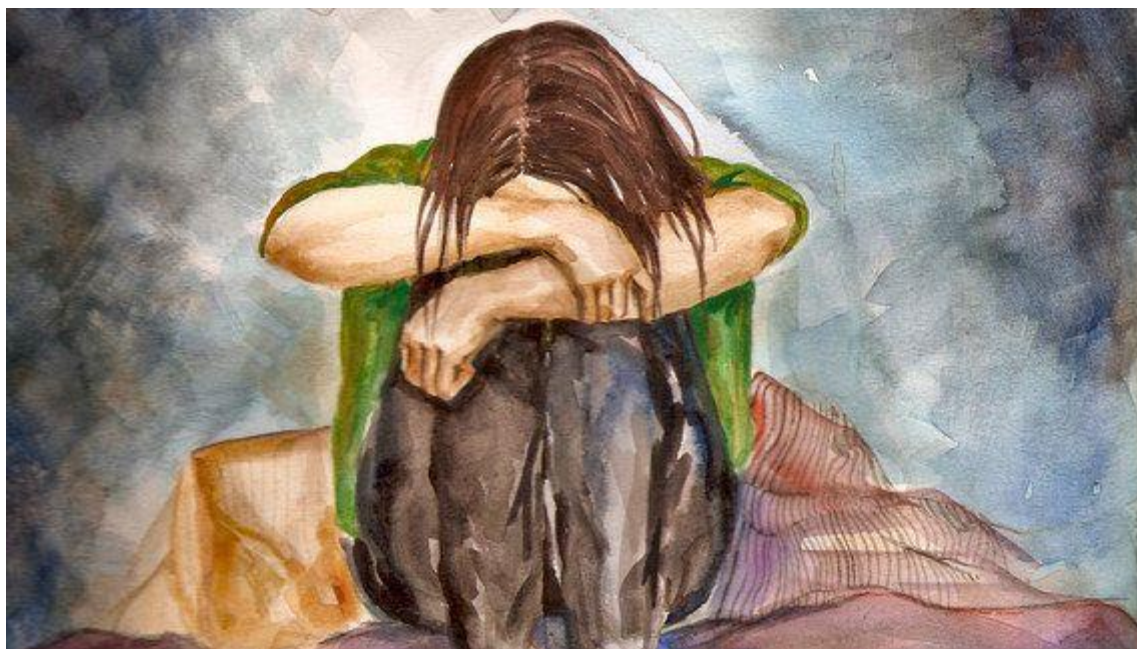
CNEPSS

CENTRUL NAȚIONAL DE
EVALUAREA ȘI
PROMOVAREA STĂRII DE
SĂNĂTATE



CENTRUL REGIONAL DE SĂNĂTATE
PUBLICĂ SIBIU

SĂNĂTATE MINTALĂ



ANALIZĂ DE SITUAȚIE

2021

Cuprins

1. Date statistice/indicatori relevanți la nivel european, național privind factorii de risc, boală, decese.....	3
2. Date cu rezultate relevante din studiile naționale, europene și internaționale.....	25
3. Analiza grupurilor populaționale afectate	34

1. Date statistice/indicatori relevanți la nivel european, național privind factorii de risc, boală, decese

Sănătatea mintală a populației europene este o resursă pentru atingerea unora dintre obiectivele politice strategice ale UE, cum ar fi readucerea Europei pe calea prosperității pe termen lung, pentru a susține angajamentul Europei de solidaritate și justiție socială și de a aduce beneficii practice tangibile pentru calitatea vieții cetățenilor europeni.

Cu toate acestea, sănătatea mintală a populației UE trebuie să fie îmbunătățită considerabil, deoarece:

- Bolile mintale afectează fiecare al patrulea cetățean și poate duce la sinucidere;
- Bolile mintale cauzează pierderi importante pentru sistemele economice, sociale, educaționale, precum și pentru sistemele de justiție;
- Stigmatizarea, discriminarea și nerespectarea drepturilor omului și a demnității persoanelor cu boli mintale și a persoanelor cu dizabilități există încă, provocând valorile europene de bază.

Nu există sănătate fără sănătate mintală.

Pentru cetățeni, sănătatea mintală este o resursă care le permite să își realizeze potențialul intelectual și emoțional și să își găsească și să-și îndeplinească rolurile în viața socială, școlară și profesională. Pentru societăți, sănătatea mintală bună a cetățenilor contribuie la prosperitate, solidaritate și justiție socială. În schimb, lipsa sănătății mintale impune costuri și pierderi multiple, cetățenilor și sistemelor sociale.

OMS descrie sănătatea mintală ca fiind: ***„O stare de sănătate în care individul își realizează abilitățile, poate face față tensiunilor normale ale vieții, poate lucra productiv și este capabil să contribuie și el la dezvoltarea comunității“.***

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).

• Se estimează că peste 27% dintre adulții europeni experimentează cel puțin o formă de afectare a sănătății mintale pe parcursul unui an.

• Cele mai frecvente forme de boli mintale în UE sunt tulburările de anxietate și depresia.

• Până în anul 2020, depresia va fi cea mai mare cauză de boală din lumea dezvoltată.

• În prezent, în UE, aproximativ 58.000 de cetățeni mor prin sinucidere în fiecare an, mai mult decât decesele anuale din accidente de trafic rutier, omucideri sau HIV / SIDA.

• Sănătatea fizică și mintală sunt strâns legate între ele. Integrarea sănătății mintale în furnizarea de îngrijiri spitalicești poate scurta semnificativ perioadele de spitalizare, eliberând astfel resurse economice.

• Bolile mintale costă UE aproximativ 3-4% din PIB, în principal prin productivitatea pierdută. Bolile mintale sunt o cauză principală a pensiilor anticipate și a pensiilor de invaliditate.

• Continuă să fie prezentă stigmatizarea, discriminarea sau nerespectarea drepturilor fundamentale și a demnității persoanelor cu boli mintale.

• Percepția crescândă a sănătății mintale ca fiind o problemă a determinat factorii de decizie, profesioniștii din domeniul sănătății și alte părți interesate să caute soluții, cel mai recent la Conferința ministerială europeană pentru sănătate mintală, din ianuarie 2005, a OMS.

• Există un acord conform căruia, o primă prioritate este furnizarea de servicii de îngrijire și tratament de sănătate mintală eficiente și de înaltă calitate, accesibile tuturor celor care se confruntă cu această problemă.

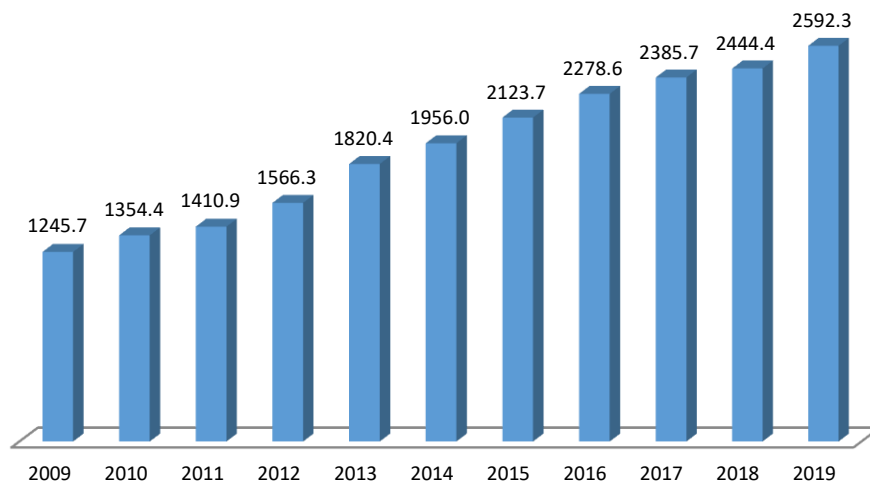
• Deși intervențiile medicale joacă un rol central în soluționarea provocărilor, ele nu pot aborda și schimba determinanții sociali.

•Prin urmare, în conformitate cu strategia OMS, este necesară o abordare cuprinzătoare, care să asigure furnizarea de tratament și îngrijiri pentru indivizi, dar și acțiuni pentru întreaga populație, pentru a preveni bolile psihice și pentru a face față provocărilor asociate.

•O astfel de abordare ar trebui să implice mulți actori, inclusiv sectoarele politicii de sănătate și non-sănătate și părțile interesate, ale căror decizii au impact asupra sănătății mintale a populației. Organizațiile de pacienți și societatea civilă ar trebui să joace un rol proeminent în construirea soluțiilor.

Sursa: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52005DC0484>

Prevalența (rate la ‰ de loc.) tulburărilor mintale și de comportament cod ICD 10 F00-F99, în România, în perioada 2009-2019



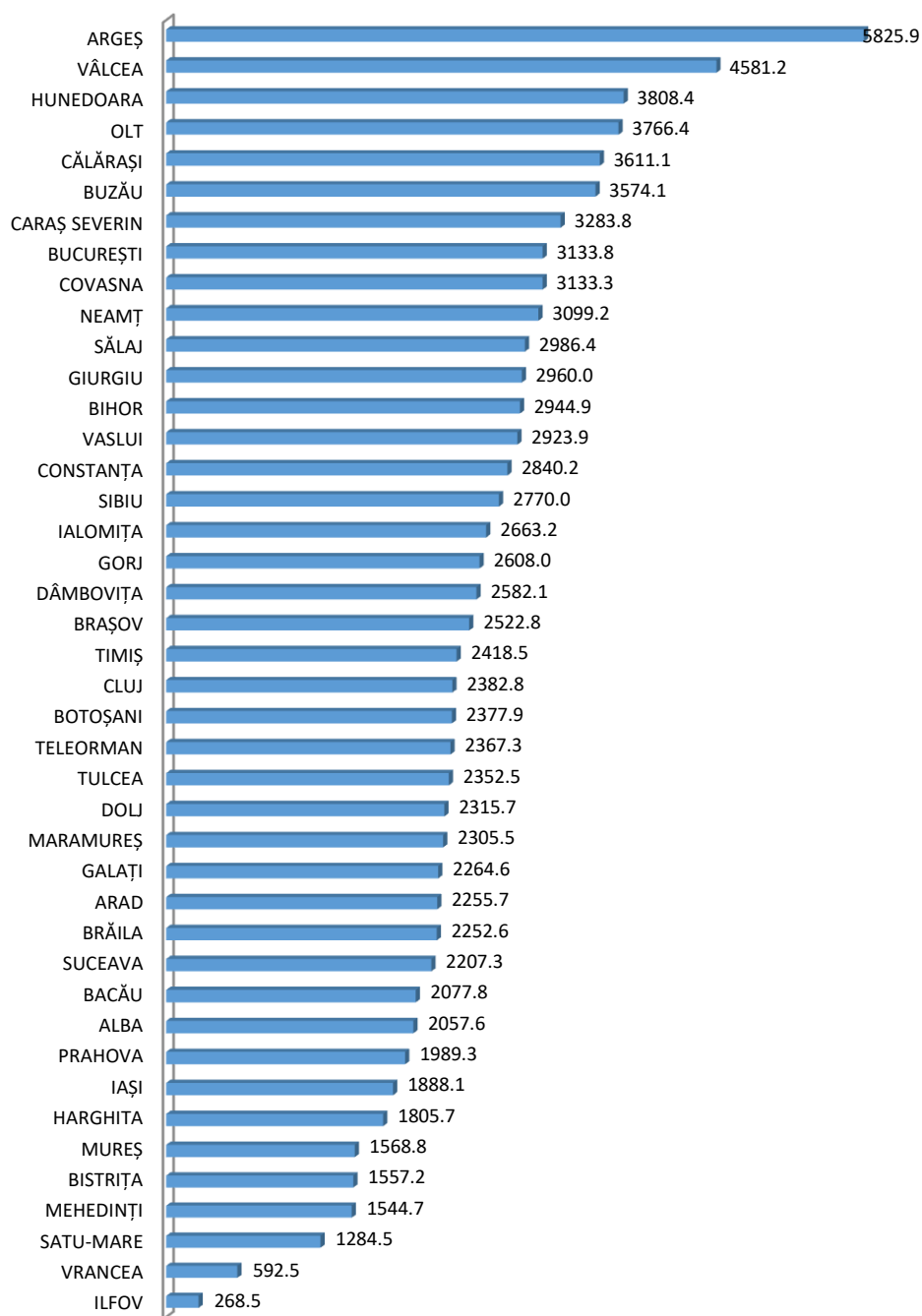
Sursa: CNSISP-INSP

Bolnavi rămași în evidența medicului de familie cu diagnosticul Tulburări mintale și de comportament cod ICD 10 F00-F99, pe județe, în perioada 2009-2019

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
România	267452	290260	301292	314193	363878	389560	420966	449026	467436	476093	502140
ALBA	5799	6339	6973	7101	4122	4236	4532	5593	6131	6397	6681
ARAD	4818	4934	5023	5165	6078	6799	7153	7301	7513	8299	9399
ARGH	10028	10906	11645	12707	13740	18586	23839	28595	30261	32222	33644
BACĂU	5930	6382	6603	6839	7674	8661	9396	9911	10819	11394	12116
BIHOR	8614	9172	7227	7525	10246	12708	13054	13943	14644	15052	16515
BISTRIȚA	2720	2618	3059	3282	3241	3680	4132	4285	4286	4148	4335
BOTOȘANI	5468	5968	6135	6318	7054	7565	7853	8059	8350	8585	8990
BRAȘOV	5519	5879	6072	6370	7485	7670	8283	8979	9386	9650	13947
BRAILA	3406	6858	6073	6144	5446	5861	6250	5990	6370	6420	6483
BUZĂU	6580	6905	7302	7673	9748	10348	11385	12463	13308	14151	14707
CARAȘ SEVERIN	3936	4218	4337	4499	5406	6279	6960	7537	7917	8314	8882
CĂLĂRAȘI	3457	3632	4322	4297	4484	4575	5154	7414	8354	9681	10194
CLUJ	6805	7330	7840	8046	9861	10958	16505	14441	15240	16167	16877
CONSTANȚA	8884	11133	13107	14684	16959	17339	17671	18801	17615	18473	19112
COVASNA	2595	2732	2753	2906	3200	3741	4127	4348	5193	5543	6326
DĂMBOVIȚA	7383	7639	7763	8009	9344	10459	11704	12830	13355	13325	12632
DOLJ	8170	8367	8589	8846	12764	13276	13560	13819	14052	14309	14437
GALAȚI	5007	5569	5379	5784	6718	7438	8304	9891	10637	11079	11367
GIURGIU	2093	2412	3293	3507	4676	4717	6324	6476	6189	7153	7838
GORJ	6483	6734	7139	7665	8039	8391	8310	8247	8948	9799	8184
HARGHITA	3819	3919	3992	4044	4398	4550	4691	4902	4968	5237	5453
HUNEDOARA	11089	11460	11839	11990	12652	13137	13264	13425	13994	14461	14545
IALOMIȚA	3146	3338	3548	3586	5360	5495	6238	6441	6713	6672	6797
IAȘI	11518	14043	14125	15446	15547	15672	13964	14186	13568	13452	14967
ILFOV	4796	5051	5114	5145	718	874	1015	1117	1196	1256	1305
MARAMUREȘ	6718	7298	7593	7877	8193	9398	10113	10427	10574	10750	10598
MEHEDINȚI	1762	2096	2429	2682	2987	3251	3477	3664	3791	3766	3710
MUREȘ	6303	7450	7694	7849	7826	7860	8377	8319	8507	8226	8381
NEAMȚ	7168	7685	8155	8681	10233	10845	11429	12068	12748	13031	13640
OLT	3792	3839	3896	3963	13832	13969	14073	14134	14212	14422	14768
PRAHOVA	10037	10697	10848	10949	11667	12559	12862	13480	13761	13900	14228
SATU-MARE	2377	2404	2518	2597	2559	2837	3251	3328	3716	3847	4264
SĂLAJ	3606	3667	3755	3944	4471	4732	5653	5811	5895	5965	6298
SIBIU	4747	5087	5352	5557	7062	7433	8321	9047	9232	10073	11113
SUCEAVA	6742	7089	7433	7764	8492	8336	9558	10074	11063	12050	13766
TELEORMAN	5176	5251	5485	5923	6061	5959	6122	6524	7207	7687	7848
TIMIȘ	6338	6372	6587	6921	19494	19412	19367	24647	25858	15031	17063
TULCEA	1847	2051	2353	2594	2409	2837	3943	4004	3988	4133	4548
VASLUI	6673	7091	7385	7753	9360	10015	10164	10611	10518	10811	10895
VÂLCEA	10842	13057	13645	14101	14454	14827	14782	15113	15430	15537	16002
VRANCEA	2605	2273	1699	1604	1648	1377	1206	1233	1207	1594	1891
M. BUCUREȘTI	32656	33315	35213	35856	38170	40898	44600	47548	50722	54031	57394

Sursa: CNSISP-INSP

Prevalența (rate la %000 de loc.) tulburărilor mintale și de comportament cod ICD 10 F00-F99, pe județe, în anul 2019



Sursa: CNSISP-INSP

Depresia la copii și 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.¹

Tulburarea depresivă majoră este una dintre cele mai frecvente tulburări psihiatrice ale copilăriei și adolescenței, dar din cauza variației simptomelor privind criteriile de diagnostic ale adulților, 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.²

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. O treime dintre adolescenții care se prezintă la medicul de familie prezintă o tulburare emoțională, iar 14% sunt diagnosticați cu depresie.

Conform Asociației Americane de Psihiatrie, 2013 (citată de Cosman&Coman, 2018), prevalența tulburării depresive este estimată la 2% în rândul copiilor și la 6% în rândul adolescenților.

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.³

La nivelul regiunii europene OMS, tulburările de depresie și anxietate se încadrează în primele 5 cauze ale poverii globale a bolii în rândul copiilor și adolescenților (măsurată prin anii de viață ajustați la dizabilitate (DALY). Suicidul reprezintă principala cauză de deces în rândul copiilor cu vârsta între 10–19 ani din țările cu venituri mici și mijlocii din regiune și a doua cauză principală în țările cu venituri mari.¹

Studiul efectuat de Organizația Mondială a Sănătății în anul 2016 arată că până la 10% dintre băieți și 14% dintre fete cu vârsta de 11 ani au raportat „că se simțeau triști” mai mult de o dată pe săptămână în ultimele șase luni, în medie, în 28 de țări europene, membre ale OCDE.

¹ Adolescent mental health in the European Region, WHO Regional Office for Europe: Factsheet for World Mental Health Day, 2018, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/383891/adolescent-mh-fs-eng.pdf

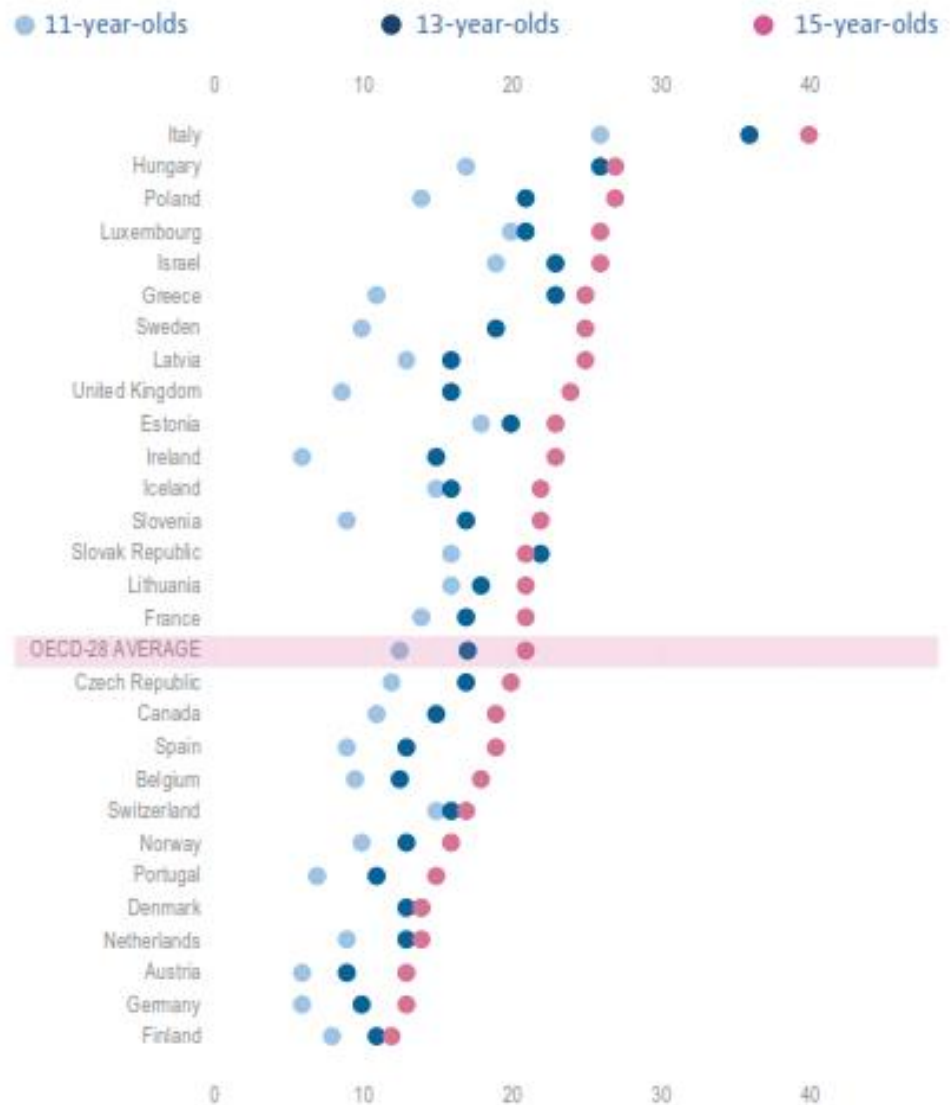
² Sandra Mullen, PharmD, BCPP: Major depressive disorder in children and adolescents. *Ment Health Clin.* 2018 Nov; 8(6): 275–283.

Published online 2018 Nov 1. doi: 10.9740/mhc.2018.11.275.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6213890/>

³ 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.

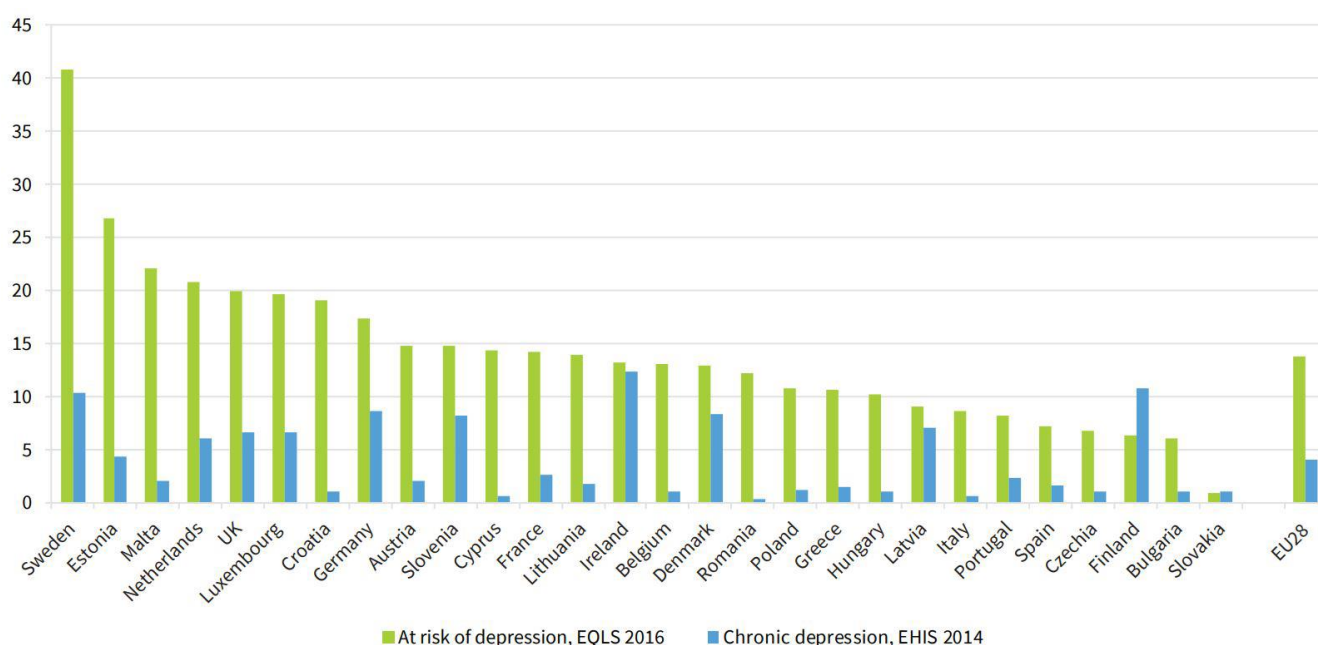
Ponderea copiilor care declară că se simt triști crește destul de mult odată cu vârsta, iar diferențele de gen devin și mai accentuate - la 11 ani, 14% dintre fete, comparativ cu 10% dintre băieți, se simt triști, pe când la vârsta de 15 ani, această diferență este mai mare - 29% din fete și doar 13% din băieți. Cea mai mare diferență între cei cu vârsta de 11 și 15 ani s-a constatat în Irlanda, Regatul Unit, Suedia. Procentul copiilor care se simt triști mai mult de o săptămână crește accentuat odată cu vârsta.



Sursa: World Health Organization (2016), *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*.
<https://www.oecd.org/els/health-systems/Children-and-Young-People-Mental-Health-in-the-Digital-Age.pdf>

La nivelul Uniunii Europene, 14% din tineri prezintă risc de a dezvolta depresie, iar 4% dintre tinerii cu vârsta între 15 – 24 de ani suferă de depresie cronică, după cum se arată în raportul Eurofound.⁴ Raportul prezintă rate mari ale riscului de apariție a depresiei în rândul populației tinere, în special în câteva din Statele Membre: Suedia, cu o rată de 41%, Estonia (27%) și Malta (22%). Raportul subliniază, de asemenea, că genul este un factor important în apariția depresiei: femeile tinere au mai multe șanse de a suferi de simptome depresive în majoritatea statelor membre, cu diferențe semnificative de gen înregistrate în Danemarca, Germania, Irlanda și Suedia. Riscul de apariție a depresiei se bazează pe indicele OMS-5 privind starea de bine auto-raportată în ultimele două săptămâni.

Riscul de apariție a depresiei (18-24 ani, 2016) și depresia cronică raportată (15-24 ani, 2014), pe țări (%)



Sursa: *file:///C:/Users/user/Desktop/Crisis%20point%20%20Well-being%20of%20young%20people%20still%20defined%20by%20the%20economic%20crisis%20_%20Eurofound.ehtml.htm*

Depresia a fost observată și la preșcolari, încă de la vârsta de 3 ani; cu toate acestea, copiii sunt adesea mai puțin susceptibili să își verbalizeze sentimentele sau să îndeplinească criteriile din Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5).

Copiii depresivi cu vârsta cuprinsă între 3-8 ani prezintă adesea acuze somatice (dureri de cap, de burtă), sunt mai iritabili, prezintă simptome de anxietate și au alte comportamente problematice. Odată deveniți adolescenți, și mai târziu, adulți, simptomele devin conforme cu criteriile de diagnostic ale DSM-5.

Tinerii prezintă mai puțină hipersomnie, mai multe variații în greutate și apetit.

⁴ https://www.eurofound.europa.eu/news/news-articles/crisis-point-well-being-of-young-people-still-defined-by-the-economic-crisis?utm_campaign=quality-of-life-and-public-services&utm_content=ef19041&utm_source=twitter&utm_medium=social-network

Adolescenții se plâng mai puțin de scăderea energiei sau de lentoarea psihomotorie, în comparație cu adulții.

Cele mai frecvente comorbidități includ deficitul de atenție/ tulburarea de hiperactivitate (ADHD), tulburări de anxietate, tulburări disruptive de comportament, tulburări privind consumul de substanțe, enurezis/encoprezis, tulburarea de anxietate de separare.²

La copii și adolescenți, poate apărea mai degrabă o dispoziție iritabilă sau capricioasă decât o dispoziție tristă sau abătută. Acest tablou clinic trebuie diferențiat de tiparul de iritabilitate al copilului atunci când este frustrat.⁵

Depresia la copii nu este ușor de diagnosticat, multe din caracteristicile comportamentale pot fi atribuite altor situații întâlnite în rândul copiilor: bulling-ul, copii cu părinți plecați la muncă în străinătate, afecțiuni cum ar fi ADHD-ul, tulburarea disruptivă.

Simptome de depresie la copii și adolescenți (după Kutcher, Chehil, 2007)³

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.

România se confruntă cu o nouă situație, și anume sănătatea mintală a copiilor cu părinți plecați la muncă în străinătate.⁶

În România, în tabelul de mai jos sunt prezentate datele, din perioada ianuarie-octombrie 2014⁷, din sistemul de servicii publice din România cu specificarea ca datele reprezintă principalele tulburări psihice ale copilului și adolescentului prezente în clasificarea ICD10.

O problemă identificată constă în numărul mic de copii și adolescent diagnosticați cu tulburări de sănătate mintală în raport cu numărul lor estimat de studiile internaționale.

⁵American Psychiatric Association, DSM-5. Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale, Editura Medicală Calisto, 2016.

⁶ Mental Health Briefing Sheets. Facts and Activities in Member States.

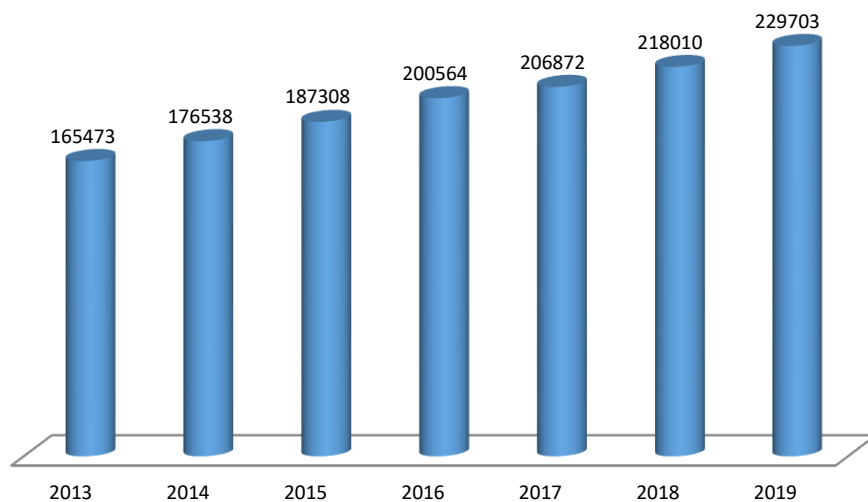
https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/romania.pdf

⁷ Centrul Național de Sănătate Mintală și Lupta Antidrog (CNSMLA), raport 2014

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

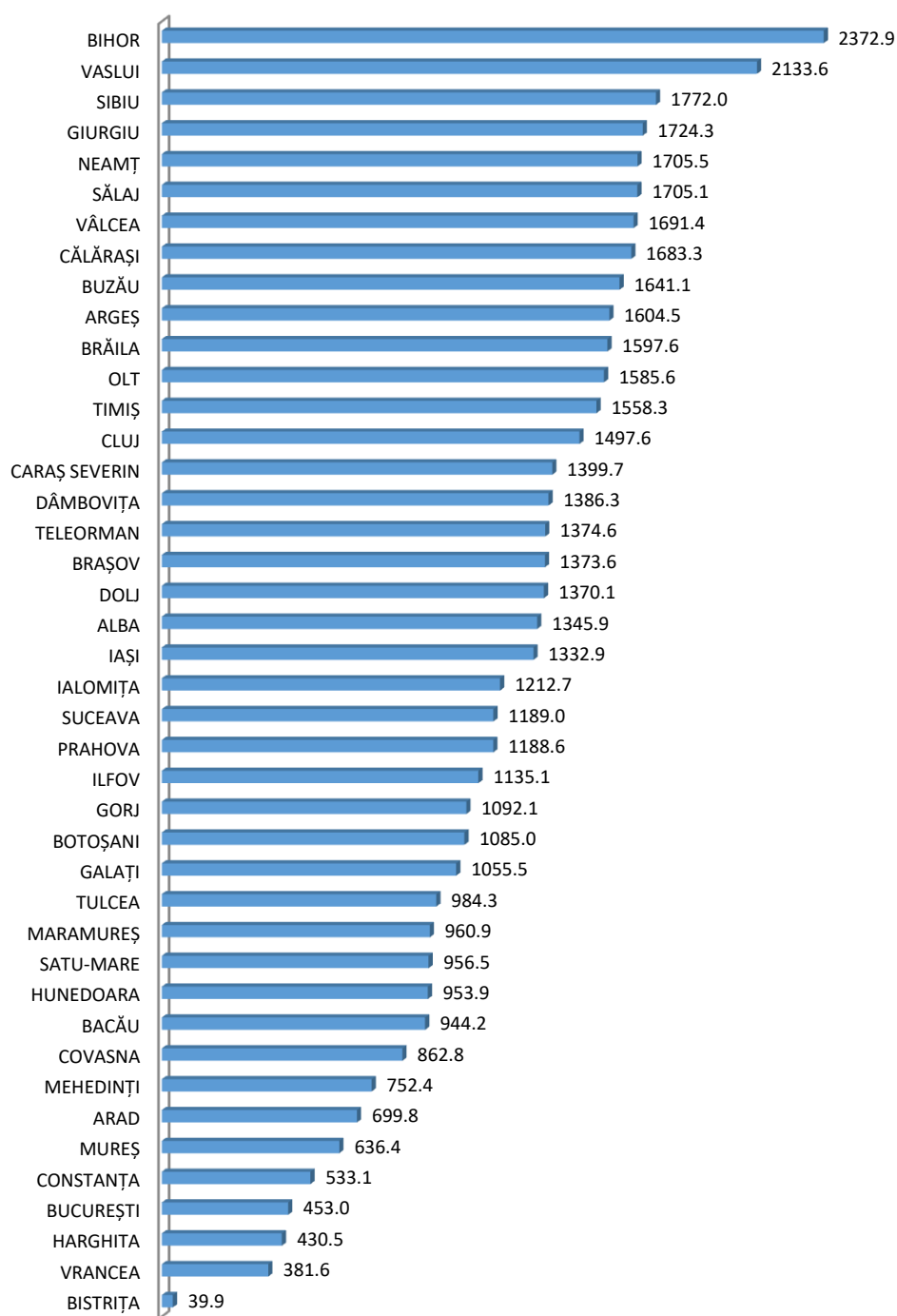
Sursa: *Strategia Națională pentru Sănătatea Mintală a Copilului și Adolescentului 2016-2020*
<https://sgg.gov.ro/new/wp-content/uploads/2016/11/Anexa-Strategie.pdf>

**Bolnavi rămași în evidența medicului de familie cu diagnosticul
Boli psihice cod ICD 10 F01-F39, în România, în perioada 2013-2019**



Sursa: *CNSISP-INSP*

Prevalența Bolilor psihice cod ICD 10 F01-F39, pe județe, în anul 2019



Sursa: CNSISP-INSP

Incidența (la ‰000 de loc.) Episodului depresiv, cod ICD 10 F32, F33, la copii și adolescenți, în România, în perioada 2013-2019

	TOTAL cazuri noi	Cazuri noi grupa 0-19 ani	Incidența la ‰000 loc.	
			TOTAL	Grupa 0-19 ani
2013	39283	604	196.5	14.3
2014	40852	566	205.1	13.5
2015	41937	631	211.6	15.2
2016	40785	806	207.0	19.5
2017	43631	831	222.7	20.1
2018	42867	800	220.1	19.5
2019	45131	892	233.0	21.9

Sursa: CNSISP-INSP

Cazuri noi de Episod depresiv, cod ICD 10 F32, F33, pe județe și pe genuri, în anul 2019

	TOTAL	MASCULIN	FEMININ
ROMANIA	45131	14868	30263
ALBA	1596	514	1082
ARAD	736	210	526
ARGES	1763	604	1159
BACAU	127	50	77
BIHOR	223	57	166
BISTRITA-NASAUD	771	231	540
BOTOSANI	1364	424	940
BRASOV	0	0	0
BRAILA	1243	393	850
BUZAU	1023	284	739
CARAS-SEVERIN	1273	436	837
CALARASI	752	240	512
CLUJ	543	249	294
CONSTANTA	59	18	41
COVASNA	761	178	583
DAMBOVITA	1255	400	855
DOLJ	1371	441	930
GALATI	1518	464	1054
GIURGIU	592	216	376
GORJ	1358	443	915
HARGHITA	1049	347	702
HUNEDOARA	2141	670	1471
IALOMITA	96	30	66
IASI	2630	945	1685
ILFOV	1601	535	1066
MARAMURES	2730	863	1867
MEHEDINTI	1018	429	589
MURES	2197	738	1459
NEAMT	1366	453	913
OLT	1221	360	861
PRAHOVA	2749	946	1803
SATU-MARE	807	248	559
SALAJ	830	274	556
SIBIU	276	101	175
SUCEAVA	1250	483	767
TELEORMAN	1115	374	741
TIMIS	215	93	122
TULCEA	496	179	317
VASLUI	180	54	126
VILCEA	1419	437	982
VRANCEA	254	77	177
BUCURESTI	1163	380	783

Cazuri noi de Episod depresiv, cod ICD 10 F32, F33, pe grupe de vârstă și pe genuri, în anul 2019

Grupa de vârstă	Masculin	Feminin	Total
0-14 ani	173	222	395
15-64 ani	9525	18636	28161
65 si peste	5170	11405	16575

Sursa: CNSISP-INSP

Cazuri noi de Episod depresiv, cod ICD 10 F32, F33, pe medii de rezidență, în anul 2019

	Urban	Rural	Total
România	24669	20462	45131

Sursa: CNSISP-INSP

Tulburările din spectrul autismului (TSA)

Sunt un grup de tulburări complexe de dezvoltare a creierului. Acest termen umbrelă acoperă: tulburarea autistă, tulburarea Asperger și autismul atipic. Aceste tulburări se caracterizează prin dificultăți în interacțiunea și comunicarea socială și printr-o gamă restrânsă de interese și activități, cu caracter repetitiv.

TSA încep în copilărie și tind să persiste în adolescență și maturitate. În cele mai multe cazuri, TSA sunt evidente în primii 5 ani de viață.

Persoanele cu TSA prezintă deseori și alte afecțiuni, cum ar fi: epilepsia, depresia, anxietatea și tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD). Nivelul de funcționare intelectuală la persoanele cu TSA este extrem de variabil, de la retard mintal sever la niveluri superioare ale coeficientului de inteligență.

Sursa: Autism Spectrum Disorders. Key Facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>, Published in November 2019

Prevalența (rate la 100000 locuitori) TSA în Europa Centrală, pe genuri, în perioada 2007-2017

Anul	Ratele de prevalență TSA în Europa Centrală		
	Total	Masculin	Feminin
2007	421,55	645,93	209,35
2008	421,09	645,24	209,09
2009	420,68	644,60	208,84
2010	420,30	643,96	208,59
2011	419,91	643,31	208,34
2012	419,53	642,65	208,10
2013	419,14	641,99	207,85
2014	418,72	641,31	207,60

2015	418,33	640,65	207,36
2016	417,94	640,03	207,13
2017	417,54	639,39	206,89

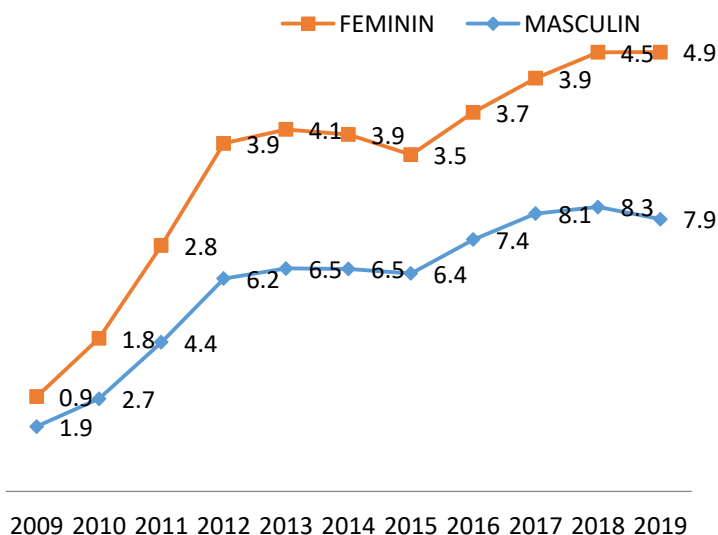
Sursa: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Prevalența (rate la 100000 locuitori) TSA, comparativ Uniunea Europeană și România, în perioada 2007-2017

Anul	Uniunea Europeană (UE)	România
2007	519,61	413,41
2008	519,65	412,85
2009	519,69	412,32
2010	519,69	411,80
2011	519,70	411,31
2012	519,81	410,71
2013	519,96	410,17
2014	520,18	409,63
2015	520,52	409,08
2016	521,18	408,56
2017	521,52	408,13

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

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 genuri, în perioada 2009-2019



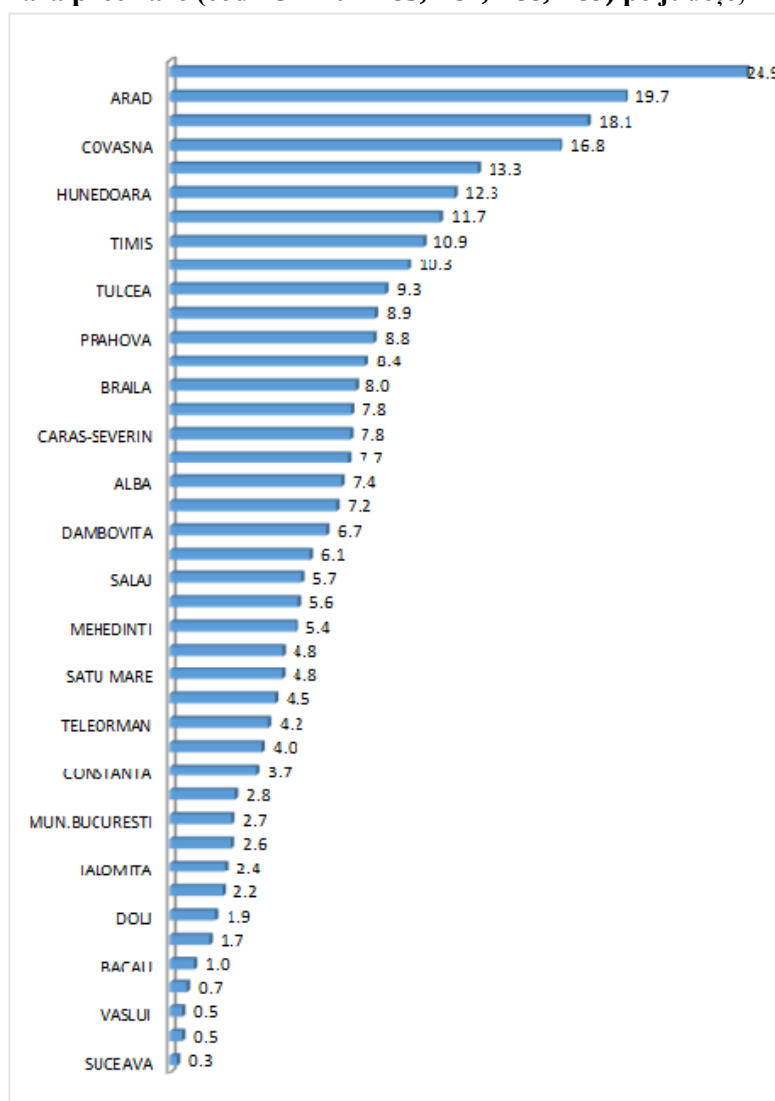
Sursa: CNSISP-INSP

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

Incidența (rate la 100000 locuitori) prin tulburări ale dezvoltării psihologice și alte tulburări fără precizare (cod ICD 10 - F83, F84, F88, F89) pe județe, în anul 2019



Sursa: CNSISP-INSP

Cazuri noi și 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 genuri, în perioada 2009-2019

AN	TOTAL cazuri noi	MASCULIN	FEMININ	Incidența la %000 de loc.		
				TOTAL	MASCULIN	FEMININ
2009	279	188	91	1.4	1.9	0.9
2010	450	267	183	2.2	2.7	1.8
2011	719	427	292	3.6	4.4	2.8
2012	1013	607	406	5.0	6.2	3.9
2013	1050	635	415	5.3	6.5	4.1
2014	1031	632	399	5.2	6.5	3.9
2015	967	616	351	4.9	6.4	3.5
2016	1082	708	374	5.5	7.4	3.7
2017	1172	777	395	6.0	8.1	3.9
2018	1240	791	449	6.4	8.3	4.5
2019	1235	753	482	6.4	7.9	4.9

Sursa: CNSISP-INSP

Maladia Alzheimer

Demența (F00-F03) este un sindrom datorat afectării creierului, de obicei de natură cronică sau progresivă, în care există alterarea funcțiilor multiple corticale superioare, incluzând memoria, gândirea, orientarea, înțelegerea, calculul, capacitatea de învățare, limba și judecata. Conștiința nu este obnubilată. Deficiențele funcției cognitive sunt însoțite de obicei și precedate ocazional de o deteriorare a controlului emoțional, comportamentului social sau motivării. Acest sindrom apare în boala Alzheimer, în boala cerebrovasculară și în alte afecțiuni primare sau secundare care ating creierul.

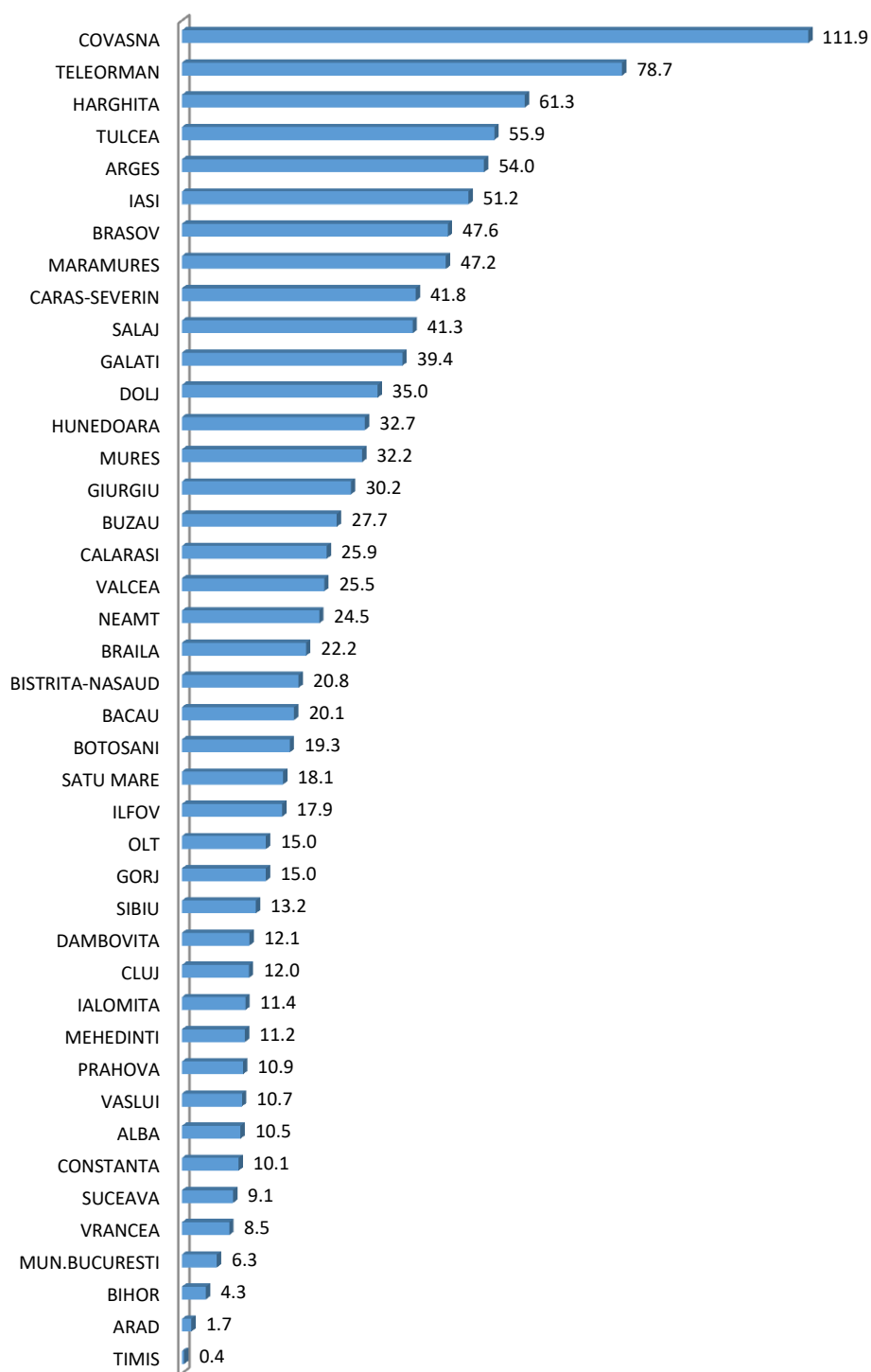
Demența vasculară

Cazuri noi și incidența (rate la 100000 locuitori) demenței vasculare cod ICD 10 – F01, în România, pe genuri, în perioada 2009-2019

AN	TOTAL cazuri noi	MASCULIN	FEMININ	Incidența la %000 de loc.		
				TOTAL	MASCULIN	FEMININ
2009	2356	1103	1253	11.6	11.1	12.0
2010	3213	1475	1738	15.9	15.0	16.7
2011	2964	1321	1643	14.7	13.5	15.9
2012	3277	1445	1832	16.3	14.8	17.8
2013	3501	1581	1920	17.5	16.2	18.8
2014	3328	1451	1877	16.7	14.9	18.4
2015	3413	1470	1943	17.2	15.2	19.2
2016	3229	1387	1842	16.4	14.4	18.3
2017	3737	1565	2172	19.1	16.3	21.7
2018	3878	1613	2265	19.9	16.9	22.8
2019	4626	2002	2624	23.9	21.1	26.5

Sursa: CNSISP-INSP

Incidența (rate la 100000 locuitori) demenței vasculare cod ICD 10 – F01, pe județe, în anul 2019



Sursa: CNSISP-INSP

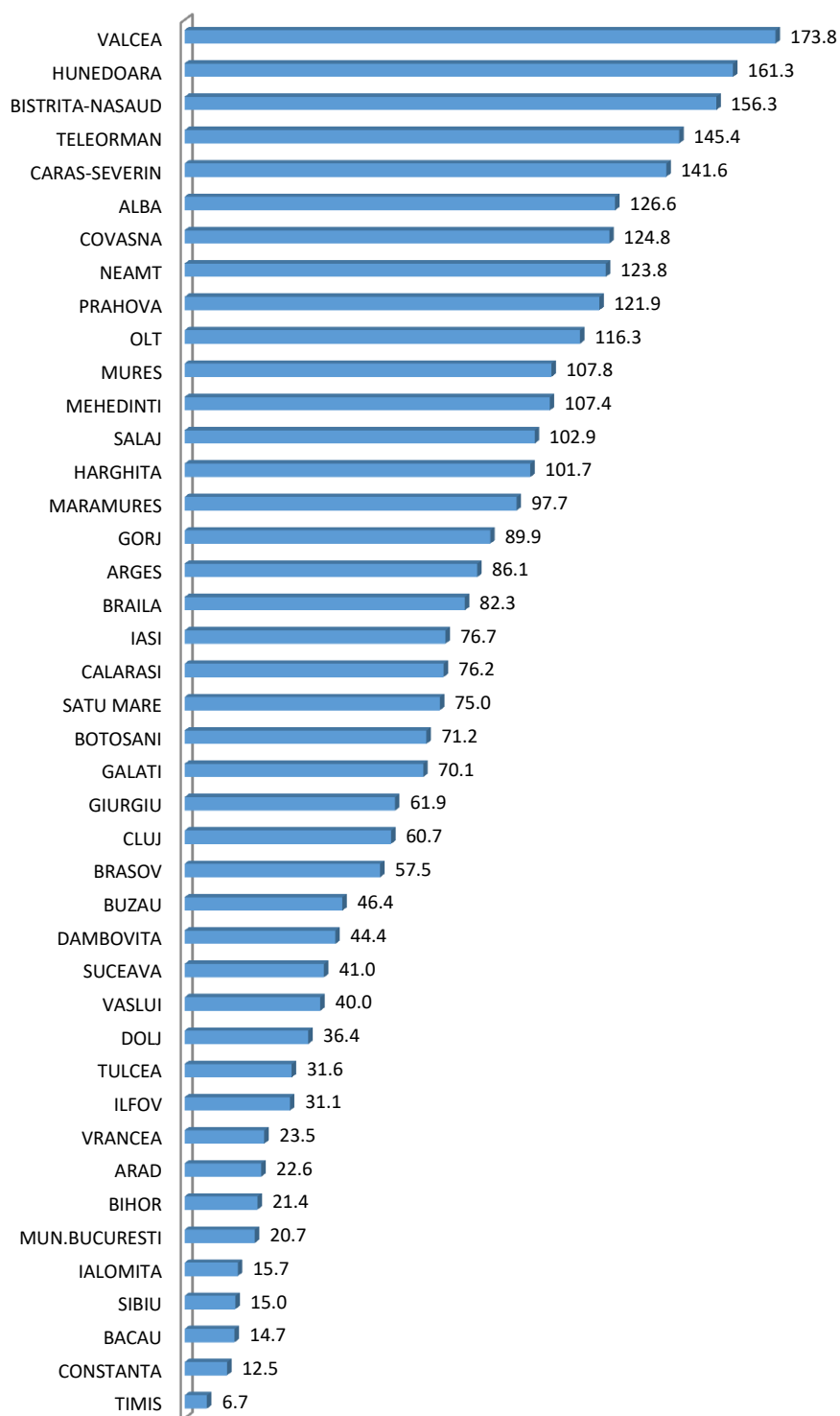
Demența fără precizare (presenilă, senilă)

Cazuri noi și incidența (rate la 100000 locuitori) demenței fără precizare (presenilă, senilă) cod ICD 10 – F03, în România, pe genuri, în perioada 2009-2019

AN	TOTAL cazuri noi	MASCULIN	FEMININ	Incidența la %000 de loc.		
				TOTAL	MASCULIN	FEMININ
2009	3814	1674	2140	18.7	16.9	20.5
2010	5720	2483	3237	28.3	25.2	31.2
2011	5534	2537	2997	27.5	25.9	29.0
2012	6589	2761	3828	32.8	28.3	37.2
2013	6960	2828	4132	34.8	29.0	40.4
2014	8190	3235	4955	41.1	33.2	48.6
2015	8514	3435	5079	43.0	35.5	50.1
2016	8977	3675	5302	45.6	38.2	52.6
2017	10193	3986	6207	52.0	41.6	62.0
2018	11174	4371	6803	57.4	45.9	68.4
2019	12724	5054	7670	65.7	53.3	77.5

Sursa: CNSISP-INSP

**Incidența (rate la 100000 locuitori) demenței fără precizare (presenilă, senilă), cod
ICD 10 – F03, pe județe, în anul 2019**



Sursa: CNSISP-INSP

Abuzul și traficul ilicit de droguri

Raportul European privind drogurile, anul 2019:

Consumul de droguri în **Europa** implică în prezent o gamă mai largă de substanțe decât în trecut. În rândul persoanelor care consumă droguri, **policonsumul** este frecvent, iar modelele individuale de consum variază de la consumul experimental la cel regulat și dependent.

Cel mai consumat drog este canabisul, prevalența consumului fiind de aproximativ cinci ori mai mare decât cea a altor substanțe.

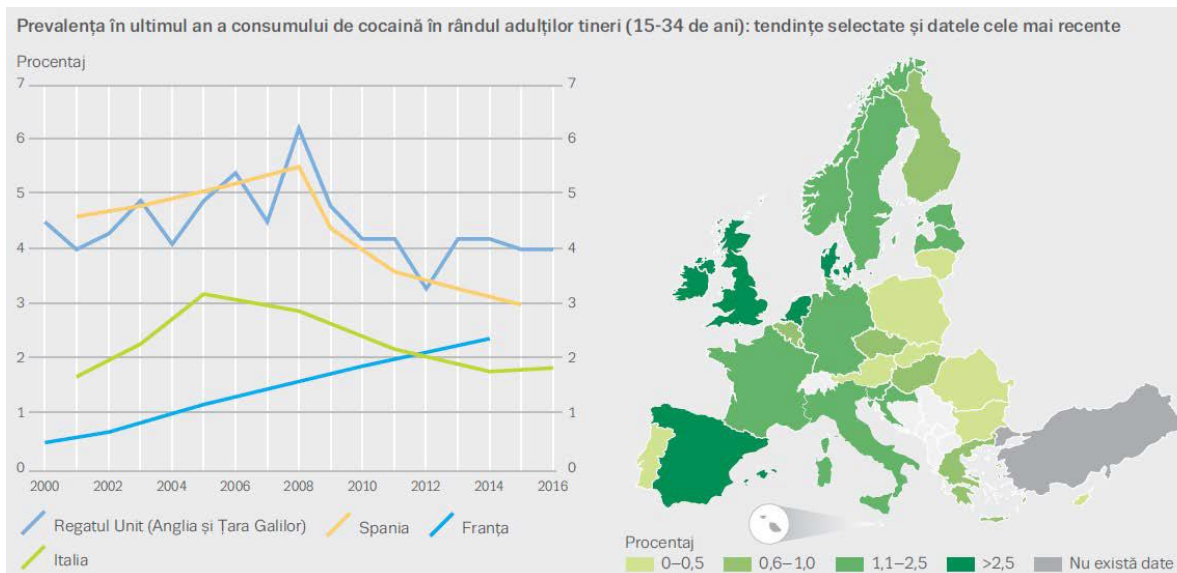
Deși consumul de heroină și alte opioide este relativ rar, acestea continuă să fie drogurile asociate cel mai frecvent cu forme mai nocive de consum, inclusiv cu cel prin injectare. Amploarea consumului de droguri stimulante și tipurile cel mai des întâlnite variază de la o țară la alta, dar se înregistrează tot mai multe dovezi ale unei potențiale creșteri a consumului de droguri stimulante prin injectare.

Consumul oricărui drog este în general mai mare în rândul bărbaților, această diferență fiind adesea și mai pronunțată în cazul modelelor de consum mai intensiv sau regulat.

Se estimează că aproximativ 96 de milioane de adulți (15-64 de ani) din Uniunea Europeană, adică 29%, au încercat droguri ilegale într-un moment al vieții. Experimentarea consumului de droguri este menționată mai frecvent de bărbați (57,8 milioane) decât de femei (38,3 milioane). Drogul încercat cel mai frecvent este canabisul (55,4 milioane de bărbați și 36,1 milioane de femei), estimările consumului de-a lungul vieții fiind mult mai scăzute pentru cocaină (12,4 milioane de bărbați și 5,7 milioane de femei), MDMA (9,3 milioane de bărbați și 4,6 milioane de femei) și amfetamine (8,3 milioane de bărbați și 4,1 milioane de femei). Nivelurile consumului de canabis de-a lungul vieții variază considerabil de la o țară la alta, de la aproximativ 4% din adulți în Malta la 45% în Franța.

Consumul de droguri din ultimul an este un indicator al consumului recent de droguri și este cel mai concentrat în rândul adulților tineri. Se estimează că 19,1 milioane de adulți tineri (15-34 de ani) au consumat droguri în ultimul an (16%), proporția bărbaților care au declarat acest consum (20%) fiind de aproximativ două ori mai mare decât cea a femeilor (11%).

Canabisul este drogul ilegal cel mai frecvent consumat de toate grupele de vârstă. În general se fumează, iar în Europa este frecvent amestecat cu tutunul. Modelele de consum al canabisului variază de la consumul ocazional la cel regulat și dependent. Se estimează că 91,2 milioane de adulți din Uniunea Europeană (15-64 de ani), adică 27,4% din această grupă de vârstă, au încercat canabisul la un moment dat în viață. Dintre aceștia, se estimează că 17,5 milioane adulți tineri (15-34 de ani), adică 14,4% din această grupă de vârstă, au consumat canabis în ultimul an. Ratele prevalențelor în ultimul an în rândul adulților tineri variază între 3,5% în Ungaria și 21,8% în Franța. În rândul tinerilor care au consumat canabis în ultimul an, raportul dintre bărbați și femei este de doi la unu. Dacă se ia în considerare doar grupa de vârstă 15 - 24 de ani, prevalența consumului de canabis este mai mare, drogul fiind consumat de 18% din ei (10,1 milioane) în ultimul an și de 9,3% (5,2 milioane) în ultima lună.



Sursa: OEDT, Raportul european privind drogurile, 2018

În **România**, potrivit rezultatelor ultimului studiu în populația generală – GPS 2016, se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului oricărui tip de drog ilicit de 7,6%. Prevalența în ultimul an a acestui tip de consum este de 4,1%, în timp ce pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 1,8%. Față de studiul anterior, se observă creșteri pentru toate cele trei tipuri de consum. Diferențele de tendință înregistrate pot fi explicate prin revigorarea interesului pentru noile substanțe psihoactive, dar și prin evoluția consumului de canabis, care, deși înregistrează cele mai mici valori din Europa, își continuă tendința ascendentă. Ratele sunt de două ori mai mari în rândul adulților tineri (grupa de vârstă 15-34 ani), prevalența de-a lungul vieții fiind de 15,3%, prevalența în ultimul an 9,4%, iar pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 4,5%.

Canabisul continuă să fie cel mai consumat drog în România, atât în populația generală, cât și în cea școlară.

După canabis, pe poziția a doua în „topul” celor mai consumate droguri în România, se situează noile substanțe psihoactive (NSP) – 2,5%. Urmează: cocaină/crack și LSD – câte 0,7%, ecstasy – 0,5%, ciuperci halucinogene – 0,4%, heroină, amfetamine și ketamină – câte 0,3%. Consumul de opiacee, preponderent pe cale injectabilă, continuă să fie observat, în special în rândul consumatorilor din București, în cazul studiilor realizate în grupurile populaționale mari (GPS, ESPAD), nefiind remarcat un astfel de consum. Consumatorii de droguri injectabile utilizează, ca și droguri de policonsum, heroina și noile substanțe psihoactive.

La nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de canabis de 5,8%. Prevalența în ultimul an a consumului de canabis este de 3,2%, în timp ce, pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 1,4%. Indiferent de perioada de timp analizată, consumul de canabis este mai prevalent în rândul bărbaților, valorile înregistrate fiind de două ori mai mari, comparativ cu nivelul observat în cazul femeilor. Astfel, 7,9% dintre bărbați și 3,8% dintre femei au consumat cel puțin o dată în viață canabis, 4,3% dintre bărbați și 2% dintre femei au consumat în ultimul an, iar 2,1% dintre bărbați și 0,7% dintre femei au declarat un consum actual de canabis. Între cele două sexe, există diferențe semnificative în ceea ce privește comportamentul față de consumul de canabis pentru toate cele 3 perioade de referință.

Cea mai mică vârstă de debut declarată a fost 14 ani, iar media vârstei de debut, 21,3 ani. Peste o treime dintre respondenți (35%) au început acest tip de consum la vârsta adolescenței (sub

19 ani), în timp ce, 43% dintre cei chestionați au declarat debut în consumul de cannabis la vârste tinere, 20-24 ani.

Unul din 10 (10%) adulți tineri (15-34 ani) au încercat de-a lungul vieții să fumeze cannabis, unul din 20 (5,8%) au fumat în ultimul an și unul din 40 (2,5%) a declarat consum de cannabis în ultima lună. Ca și în cazul populației generale, raportul bărbaților tineri consumatori de cannabis la femeile consumatoare din aceeași categorie de vârstă, înregistrează valoarea 2 pentru consumul experimental sau recent și chiar 3 pentru consumul actual. Majoritatea adulților tineri care au fumat cannabis în ultima lună (60% dintre bărbații tineri și 83% dintre femeile tinere) au declarat un astfel de comportament cu o frecvență între o zi și 3 zile pe săptămână.

Conform celor mai recente date ESPAD, 8,1% dintre adolescenții de 16 ani au experimentat consumul de cannabis, 6,1% au consumat în ultimul an, iar 2,9% dintre ei au fumat marijuana sau hașiș în ultima lună.

Comparativ cu studiul anterior, cea mai mare rată de dinamică se observă pentru consumul de cannabis în ultimul an (75%).

Cazuri noi și incidența (rate la 100000 locuitori) tulburărilor mentale, de comportament legate de consumul de opiacee, derivate, cod ICD 10 – F11, F12, F14, F16, în România, pe genuri, în perioada 2009-2019

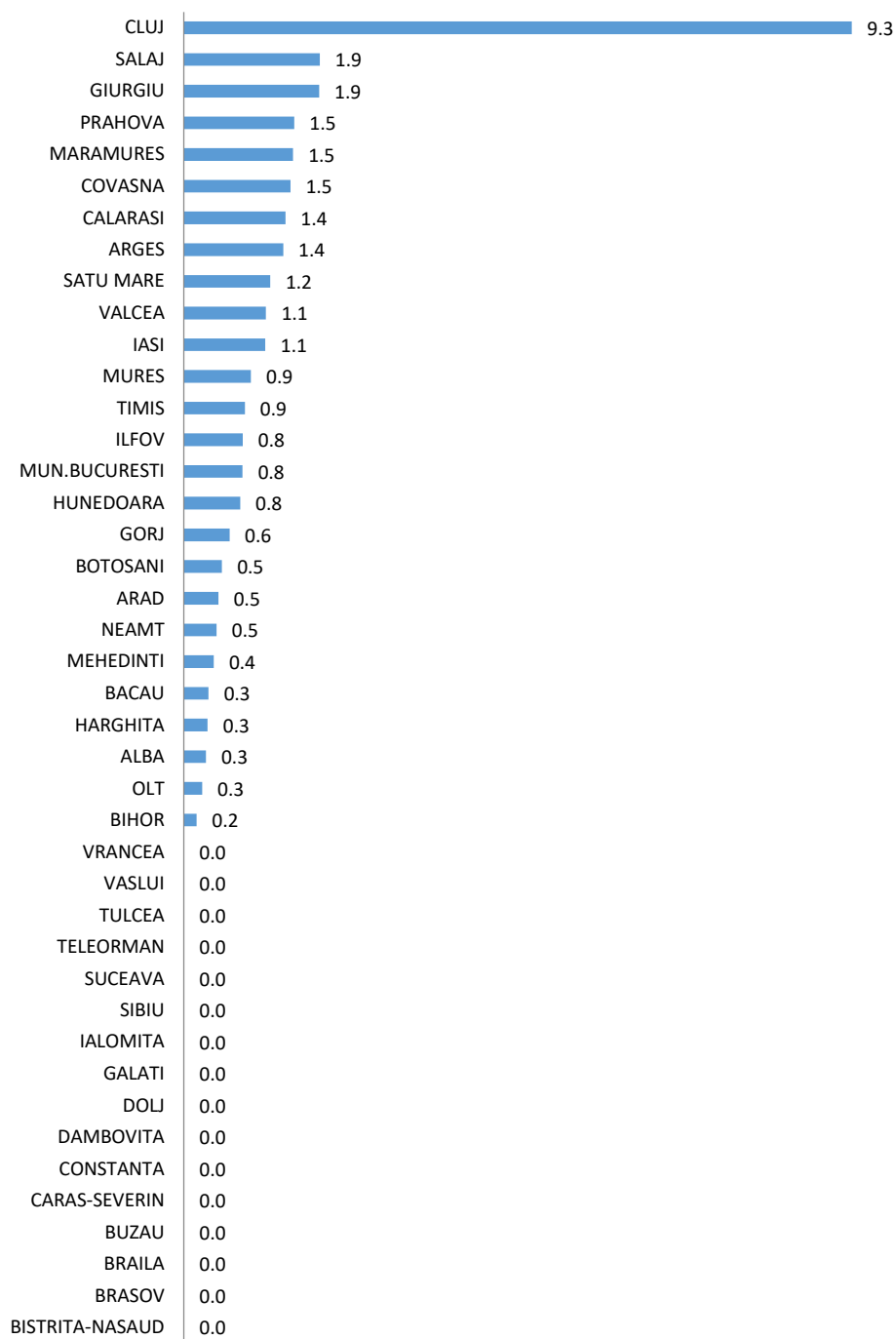
AN	TOTAL cazuri noi	MASCULIN	FEMININ	Incidența la %000 de loc.		
				TOTAL	MASCULIN	FEMININ
2009	50	35	15	0.2	0.4	0.1
2010	58	46	12	0.3	0.5	0.1
2011	91	71	20	0.5	0.7	0.2
2012	40	32	8	0.2	0.3	0.1
2013	51	42	9	0.3	0.4	0.1
2014	66	48	18	0.3	0.5	0.2
2015	83	66	17	0.4	0.7	0.2
2016	93	75	18	0.5	0.8	0.2
2017	88	61	27	0.4	0.6	0.3
2018	94	81	13	0.5	0.9	0.1
2019	173	117	56	0.9	1.2	0.6

Sursa: CNSISP-INSP

Incidența (rate la 100000 locuitori) tulburărilor mentale, de comportament legate de consumul de opiacee, derivate, cod ICD 10 – F11, F12, F14, F16, pe grupe de vârstă, genuri și medii de rezidență, în anul 2019

	0-14 ani	15-64 ani	65 ani și peste
Total	1.1	0.9	0.9
Masculin	1.0	1.3	1.0
Feminin	1.2	0.4	0.8
Urban	1.5	1.1	1.4
Rural	0.6	0.6	0.3

Incidența (rate la 100000 locuitori) tulburărilor mentale, de comportament legate de consumul de opiacee, derivate, cod ICD 10 – F11, F12, F14, F16, pe județe, anul 2019



Sursa: CNSISP-INSP

2. Date cu rezultate relevante din studiile naționale, europene și internaționale

1. 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>

Introducere: 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. **Material și Metodă:** 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 (SD = .83). Au fost identificate diferențe semnificative în ceea ce privește raportul dintre adolescenții non-depresivi și cei depresivi între țări ($\chi^2(20) = 385.352$ $p = .000$). 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.

2. 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 [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. Ca urmare a măsurilor de carantină, chestionarul a fost administrat on-line și a cuprins Scala de auto-evaluare a depresiei pentru copii + Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS-C, Cronbach $\alpha = 0,73$), Screening privind tulburările legate de anxietatea copilului + Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED, Cronbach $\alpha = 0,43-0,89$). Aceste scale împreună cu anumite caracteristici demografice de bază au fost introduse într-o aplicație mobilă numită „Sojump”

(www.sojump.com). 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. Pentru scala DSRS-C, scorul minim utilizat pentru identificarea depresiei a fost 15, în timp ce scorul minim utilizat pentru identificarea anxietății cu ajutorul scalei SCARED a fost 25. 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 asociere 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 a fost asociată atât cu apariția depresiei, cât și a anxietății și a arătat un efect protector pentru sănătatea mentală a adolescenților în timpul acestei urgențe de sănătate publică globală (Chekroud et al., 2018).

3. Sănătatea mintală în timpul pandemiei cu COVID-19

W Cullen, G Gulati, B D Kelly

QJM: An International Journal of Medicine, Volume 113, Issue 5, May 2020, Pages 311–312,
<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>
<https://academic.oup.com/qjmed/article/113/5/311/5813733>

În orice focar de boală infecțioasă, reacțiile psihologice ale populației joacă un rol esențial în modelarea atât a răspândirii bolii, cât și în apariția stresului emoțional și tulburărilor de natură socială în timpul și după pandemie. În ciuda acestui fapt, în mod obișnuit nu sunt furnizate suficiente resurse pentru a gestiona sau atenua efectele pandemiei asupra sănătății mintale și a stării de bine. Acest lucru ar putea fi de înțeles în faza acută a unei epidemii când sistemele de sănătate au în vedere în primul rând testarea, reducerea transmiterii infecției, îngrijirii pacienților. Cu toate acestea, nevoile psihologice și psihiatrice nu ar trebui să fie trecute cu vederea în nicio etapă a managementului pandemiei. Este cunoscut faptul că factorii psihologici joacă un rol important în respectarea măsurilor de sănătate publică și în ceea ce privește modul în care oamenii cooperează cu amenințarea infecției. Reacțiile psihologice la orice pandemie includ comportamente dezadaptative, stres emoțional și răspunsuri defensive. Persoanele predispuse la probleme psihologice sunt deosebit de vulnerabile. Toate aceste caracteristici sunt dovezi clare în timpul pandemiei curente cu COVID-19. Un studiu realizat pe 1210 respondenți din 194 de orașe din China în ianuarie și februarie 2020 a constatat că 54% dintre respondenți au considerat impactul psihologic al focarului de COVID-19 ca fiind moderat sau sever; 29% au raportat simptome de anxietate moderată până la severă; și 17% au raportat simptome depresive moderate până la severe. În timpul pandemiei de gripă H1N1 din 2009 („gripa porcină”), un studiu privind sănătatea mintală a pacienților a arătat că, copiii și pacienții cu tulburări nevrotice și somatoforme erau în număr semnificativ mai mare. Astfel, trebuie recunoscut faptul că, chiar și într-o perioadă de timp fără evenimente majore, persoanele cu tulburări mentale diagnosticate au o speranță de viață mai mică și o sănătate fizică mai precară față de populația generală. Ca urmare, persoanele cu tulburări mintale preexistente și consum de substanțe vor avea un risc crescut de infecție cu

COVID-19, un risc crescut de a avea probleme privind accesul la testare și tratament și un risc crescut al efectelor fizice și psihice negative cauzate de pandemie. De asemenea, anticipăm o creștere considerabilă a simptomelor de anxietate și depresie în rândul persoanelor fără afecțiuni mintale existente, unele persoane chiar confruntându-se cu tulburare de stres post-traumatic. Există deja dovezi că această posibilitate a fost sub-recunoscută în China în timpul actualei pandemii. Se poate anticipa faptul că profesioniștii din domeniul sănătății și asistenței sociale vor avea un risc ridicat de a prezenta simptome psihologice, mai ales dacă lucrează în sănătate publică, asistență primară, servicii de urgență și terapie intensivă.

4. 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.

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

Introducere: 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. **Material și metodă:** 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.

6. Impactul psihologic al carantinei și modul de reducere a acesteia: revizuirea rapidă a dovezilor

Samantha KBrooks, Rebecca KWebster, Louise ESmith, LisaWoodland, Neil Greenberg, Gideon James Rubin
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620304608>

Ca urmare a focarului de COVID-19 izbucnit în decembrie 2019, multe țări au cerut persoanelor care au intrat în contact cu o persoană infectată să se izoleze acasă sau într-o unitate de carantină stabilită. Deciziile privind modul de aplicare a carantinei ar trebui să se bazeze pe cele mai bune dovezi disponibile. Autorii acestui studiu au efectuat o revizuire a impactului psihologic al carantinei folosind trei baze de date electronice. Din 3166 lucrări găsite, au fost incluse în această recenzie 24. Cele mai multe studii analizate au raportat efecte psihologice negative, inclusiv simptome de stres posttraumatic, confuzie, furie, anxietate, consum ridicat de substanțe. Factorii de stres se referă la: o durată mai lungă a carantinei, temeri legate de infecție, frustrare, plictiseală, provizii insuficiente, informații inadecvate, pierderi financiare și stigmat. Unii cercetători au sugerat efecte de lungă durată. În situațiile în care se consideră necesară carantina, aceasta ar trebui să nu dureze mai mult decât este necesar, să justifice în mod clar necesitatea carantinei, precum și informații despre protocoale și să se asigure că sunt furnizate suficiente provizii.

Tulburările din spectrul autismului (TSA)

1. Studiul *The Correlation Between Vitamin D Receptor (VDR) Gene Polymorphisms and Autism: A Meta-analysis* (Corelația dintre polimorfismele genice ale receptorului de vitamină D (VDR) și autism)

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12031-019-01464-z>

Hongchang Yang & Xueping Wu

Journal of Molecular Neuroscience (2020)

Polimorfismele receptorului de vitamina D (VDR) sunt factori de risc pentru autism. Au fost incluse 6 studii eligibile, cu un număr total de 2001 participanți (1045 de cazuri și 956 de controale). Meta-analiza a arătat că alela „C” a genei rs731236, ar putea fi un factor de risc pentru autism. Mai mult, alela „G” din rs7975232 a fost asociată cu un efect protector împotriva dezvoltării autismului.

Atât gena rs731236, cât și rs7975232 au fost asociate semnificativ cu autismul, în timp ce genele rs11568820, rs1544410 și rs2228570 ar putea să nu fie corelate cu această afecțiune.

2. Studiul ***Maternal exposure to air pollution and risk of autism in children: A systematic review and meta-analysis*** (Expunerea maternă la poluarea aerului și riscul de autism la copii: o revizuire sistematică și meta-analiză)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0269749119314691>

HeeKyoung Chun, Cheryl Leung, Shi WuWen, Judy McDonal, Hwashin H. Shin

<https://doi.org/10.1016/j.envpol.2019.113307>

În ceea ce privește asocierea între expunerea maternă la poluarea aerului înconjurător și TSA la copii, există unele dovezi pentru PM2.5, dovezi slabe pentru NO2 și puține dovezi pentru PM10 și ozon. Cu toate acestea, modelele asociațiilor pe trimestre de sarcină, au fost inconsecvente între studii. Există șase poluanți ai aerului numiți poluanți critici: ozon la nivelul solului, plumb, particule (PM), monoxid de carbon (CO), dioxid de azot (NO2) și dioxidul de sulf (SO2).

3. Studiul ***Neuroinflammation and neuroprotection in schizophrenia and autism spectrum disorder*** (Neuroinflamația și neuroprotecția în schizofrenie și TSA)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128140376000112#!>

Ehud Mekori-Domachevsky, Hadar Segal-Gavish, Raz Gross

<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814037-6.00011-2>

Microtubulii sunt polimeri dinamici esențiali în dezvoltarea și întreținerea corectă a unui sistem nervos sănătos. Acetilarea tubulinei determină diversitatea biochimică și biofizică a microtubulilor, reglează funcția acestora și a fost recent legată de evenimentele moleculare care stau la baza diferitelor tulburări ale sistemului nervos, inclusiv schizofrenia, autismul și boala Alzheimer. Determinarea consecventă a noilor compuși care vizează acest proces, reprezintă calea către intervențiile terapeutice viitoare.

4. Studiul ***Quality of Life in School-Aged Youth Referred to an Autism Specialty Clinic: A Latent Profile Analysis*** (Calitatea vieții la tineri de vârstă școlară raportată la o clinică de specialitate pentru autism)

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-019-04353-x>

Gazi F. Azad, Emily Dillon, Julie Feuerstein, Luke Kalb, Jason Neely, Rebecca Landa

Datele folosite în studiu au provenit din raportul părinților copiilor și tinerilor în vârstă de 5-17 ani, care au fost programați pentru evaluare la o clinică specializată în TSA. Părinții au completat chestionare privind calitatea vieții la copii și tineri. Analiza acestora a identificat următoarele grupuri distincte: grupul tinerilor cu risc scăzut, grupul celor cu probleme școlare, grupul cu probleme emoționale și grupul cu probleme emoționale și fizice. Acest lucru are implicații în eficiența sistemelor de furnizare a serviciilor pentru pacienții cu TSA.

5. Studiul ***The effects of parent-implemented language interventions on child linguistic outcomes: A meta-analysis*** (Efectele intervențiilor părinților asupra rezultatelor lingvistice ale copiilor)

Jodi K. Heidlage, Jennifer E. Cunningham, Ann P. Kaiser, Carol M. Trivette, Erin E. Barton, Jennifer R. Frey, Megan Y. Roberts
<https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.12.006>

Intervenția lingvistică timpurie a părinților este importantă pentru a reduce la minimum dificultățile persistente în limbaj și domeniile conexe, la copiii mici sau la cei cu risc de deficiență de limbaj (cu TSA).

6. Studiul ***A broad autism phenotype expressed in facial morphology*** (Un fenotip larg de autism exprimat în morfologia facială)

Diana Weiting Tan, Murray T. Maybery, Syed Zulqarnain Gilani, Gail A. Alvares, Ajmal Mian, David Suter & Andrew J. O. Whitehouse
<https://www.nature.com/articles/s41398-020-0695-z>

Studiul de față se bazează pe descoperirile anterioare privind creșterea masculinității faciale la copiii cu autism. Folosind fotogrametria facială 3D și grupuri de control de copii fără istoric familial de TSA, am constatat că trăsăturile faciale erau mai masculinizate în cazul copiilor diagnosticați cu TSA, decât cele ale grupurilor control masculine. Trăsăturile faciale ale copiilor de sex feminin cu TSA au fost, de asemenea, mai masculine decât trăsăturile grupurilor control feminine. Aceste date oferă primele dovezi pentru un fenotip larg de autism exprimat printr-o caracteristică fizică, care are implicații în înțelegerea interacțiunii dintre dezvoltarea fizică și cognitivă la om.

7. Studiul ***Treatment of Executive Function Deficits in Autism Spectrum Disorder with Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation: A double-blind, sham-controlled, pilot trial*** (Tratamentul deficiențelor funcției executive în TSA, cu stimulare magnetică transcraniană repetitivă)

Stephanie H. Ameis, Daniel M. Blumberger, Paul E. Croarkin, Donald J. Mabbott, Meng-Chuan Lai, Pushpal Desarkar, Peter Szatmari, Zafiris J. Daskalakis
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1935861X20300073>
<https://doi.org/10.1016/j.brs.2020.01.007>

La tinerii și adulții tineri cu TSA, deficiențele funcției executive pot fi o țintă pentru tratament, cu impact asupra funcționării cotidiene. Studiul pilot a demonstrat fezabilitatea și acceptabilitatea folosirii RTMS (stimulare magnetică transcraniană repetitivă) de înaltă frecvență, la tineri și adulți tineri cu autism. Studiile viitoare care examinează eficacitatea RTMS pentru

deficiențe de funcționare executivă la persoanele cu TSA, s-ar putea concentra pe dezvoltarea acestei intervenții la persoanele afectate de deficit de funcționare adaptativ mai sever.

8. Studiul ***Towards Identifying Genetic Biomarkers for Gastrointestinal Dysfunction in Autism*** (Spre identificarea biomarkerilor genetici pentru disfuncții gastrointestinale în autism)

A. E. Shindler, E. L. Hill-Yardin, S. Petrovski, N. Bishop, A. E. Franks

Journal of Autism and Developmental Disorders

January 2020, Volume 50, Issue 1, pp 76–86

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-019-04231-6>

Acest studiu a investigat biomarkeri genetici pentru a oferi informații suplimentare despre riscul genetic al disfuncției gastrointestinale asociate cu autismul. Au fost analizate polimorfismele cu un singur nucleotid pentru 60 de participanți cu autism și disfuncții gastrointestinale. Grupul cu autism a avut o semnificație statistică moderată pentru Prolactină (PRL) (OR 6,35, valoarea p 0,069) și Interleukină 10 (IL-10) (OR 0,25, valoarea p 0,087) SNPs. Grupul cu disfuncție gastrointestinală a avut o semnificație statistică puternică pentru clusterul de diferențiere 38 (CD38) (OR 6,88, valoarea p 0,005) și receptorul de oxitocină (OXTR) (OR 0,27, valoarea p 0,036) SNP. Utilizarea potențială a expresiei PRL, IL-10, CD38 și OXTR SNP ca biomarkeri pentru disfuncția gastrointestinală în autism necesită cercetări suplimentare.

9. Studiul ***Epigenetic modification of the oxytocin receptor gene: implications for autism symptom severity and brain functional connectivity*** (Modificarea epigenetică a genei receptorului oxitocinei: implicații în gravitatea simptomatologiei autismului și conectivitatea funcțională a creierului)

Neuropsychopharmacology (2020), Article Published: 13 January 2020

Elissar Andari, Shota Nishitani, Gopinath Kaundinya, Gabriella A. Caceres, Michael J. Morrier, Opal Ousley, Alicia K. Smith, Joseph F. Cubells & Larry J. Young

<https://www.nature.com/articles/s41386-020-0610-6>

Rolul oxitocinei în cogniția socială a atras un interes extraordinar pentru neuroștiința socială și psihiatrie. Unele studii au raportat o îmbunătățire a simptomelor sociale în urma tratamentului cu oxitocină în tulburările din spectrul autismului, în timp ce altele indică factori endogeni care influențează eficiența acestuia și rezultate mixte în ceea ce privește beneficiile clinice pe termen lung. Modificarea epigenetică a genei receptorului de oxitocină (OXTR) în TSA, ar putea fi un biomarker informativ al eficacității tratamentului. Cu toate acestea, se știe puțin despre relația dintre metilarea OXTR, severitatea clinică și funcționarea creierului în TSA. În acest studiu, s-au investigat relația dintre metilarea OXTR, diagnosticul TSA, indicatorii de reacție socială și conectivitatea funcțională în stare de repaus (rsFC). Adulții cu TSA au arătat niveluri mai mari de metilare OXTR în zona intronului 1, comparativ cu subiecții neurotipici.

Această hipermetilare a fost legată de simptomele clinice din TSA și de o hipoconectivitate între zonele corticale implicate în gândire.

Metilarea OXTR în zona exonului 1 ar putea fi un potențial biomarker al sociabilității.

<http://anpd.gov.ro/web/wp-content/uploads/2016/06/Clasificarea-internationala-a-functionarii-dizabilitatii-si-sanatatii-CIF-OMS-2004.pdf>

10. Studiul ***What are we targeting when we treat autism spectrum disorder? A systematic review of 406 clinical trials*** (Ce vizăm atunci când tratăm TSA? O revizuire sistematică a 406 de studii clinice)

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362361319854641>

Umberto Provenzano, Laura Fusar-Poli, Natascia Brondino etc.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31269800>

<https://doi.org/10.1177%2F1362361319854641>

Numărul de studii care vizează evaluarea tratamentelor pentru TSA a crescut progresiv. Cu toate acestea, nu este clar ce măsurători ar trebui utilizate pentru a evalua eficacitatea acestora, în special pentru tratamentele care vizează simptomele de bază. S-a utilizat baza de date Web of KnowledgeSM, perioada 1980-2016, pentru a identifica studiile controlate publicate care investighează eficacitatea intervențiilor în TSA. Au fost incluse 406 studii în baza de date finală, din care au fost identificate un număr total de 327 de măsurători (de ex. Scala de evaluare a autismului în copilărie și Scala de receptivitate socială). 69% dintre instrumente au fost utilizate în literatura de specialitate o singură dată. Analiza sistematică a arătat că evaluarea eficacității tratamentului TSA, se bazează pe instrumente eterogene și deseori nespecifice pentru această afecțiune. Acest lucru poate împiedica semnificativ comparațiile dintre studii și astfel este îngreunată descoperirea unor tratamente eficiente pentru TSA. Ar trebui să se ajungă la un consens mai mare cu privire la alegerea acestor instrumente de măsurare.

11. Studiul ***Sleep, Growth, and Puberty After Two Years of Prolonged-Release Melatonin in Children With Autism Spectrum Disorder*** (Somnul, creșterea și pubertatea după doi ani de tratament cu melatonină cu eliberare prelungită la copiii cu TSA)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856720300344>

Beth A. Malow, Robert L. Findling, Carmen M. Schroder, Athanasios Maras, John Breddy, Tali Nir, Nava Zisapel, Paul Gringras

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.12.007>

Prevalența insomniei la copiii și adolescenții cu TSA este ridicată în comparație cu ceilalți copii și este estimată la 50-80%. Cele mai frecvente reclamații sunt dificultățile de a adormi (~40%) sau menținerea somnului (~35%). Problemele de somn la copiii cu TSA sunt

asociate cu stresul matern crescut, întreruperea somnului parental și calitatea slabă a vieții îngrijitorului. Un studiu recent a demonstrat eficacitatea și siguranța melatoninei cu eliberare prelungită (PedPRM) pentru copiii cu TSA și insomnie. Prezentul studiu se referă la efectele pe termen lung ale tratamentului cu PedPRM asupra somnului, creșterii indicelui de masă corporală și dezvoltării pubertare la copiii cu TSA. Tratamentul cu PedPRM în doză 2,5mg sau 10mg pe noapte este sigur și eficient pe termen lung la copii și adolescenți cu TSA și insomnie. Nu s-au observat efecte dăunătoare asupra creșterii și dezvoltării pubertare a copiilor și nici probleme legate de siguranța utilizării medicamentului.

12. Studiul ***A preliminary study of pharmacogenetic biomarkers for individuals with autism and gastrointestinal dysfunction*** (Un studiu preliminar al biomarkerilor farmacogenetici pentru persoanele cu autism și disfuncții gastro-intestinale)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1750946720300064>

A. E. Shindler, E. L. Hill-Yardin, S. Petrovski, N. Bishop, A. E. Franks

<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101516>

Simptomele TSA sunt tratate frecvent cu o varietate de produse farmaceutice care pot avea diferite reacții adverse. Un studiu asupra biomarkerilor farmacogenetici și asocierea cu simptomele de disfuncție gastro-intestinală (GI) a fost realizat la persoanele diagnosticate cu autism și / sau disfuncție GI pentru a oferi informații suplimentare despre riscul genetic în raport cu eficacitatea tratamentului. Cercetări suplimentare sunt justificate pentru a releva utilizarea expresiei CYP2C9 și SLC6A2 SNP ca biomarkeri farmacogenetici pentru a determina cea mai potrivită medicație pentru persoanele cu autism și / sau disfuncție GI.

13. https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/

Planul OMS de acțiune pentru sănătatea mintală 2013-2020 a fost adoptat de către 66-a Adunare Mondială a Sănătății. Dr. Margaret Chan, directorul general al OMS, a descris noul Plan de acțiune global pentru sănătate mintală 2013-2020, ca o concentrare a atenției internaționale pe o problemă de mult neglijată și care este înrădăcinată ferm în principiile drepturilor omului. Planul de acțiune solicită o schimbare a atitudinilor care perpetuează stigmatizarea și discriminarea și solicită o extindere a serviciilor și o mai mare eficiență în utilizarea resurselor.

Cele patru obiective majore ale Planului de acțiune sunt următoarele:

1. Consolidarea conducerii și guvernancei eficiente pentru sănătatea mintală.
2. Servicii de îngrijire socială corespunzătoare, în cadrul comunității.
3. Implementarea strategiilor pentru sănătatea mintală.
4. Consolidarea sistemelor informaționale, a dovezilor și a cercetării pentru sănătatea mintală.

A fost elaborat un set de indicatori de bază referitori la aceste ținte și sunt colectați periodic prin intermediul **proiectului Mental Health Atlas**
https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mnh/en/

Proiectul Mental Health Atlas, al Departamentului pentru Sănătate Mintală și Abuz de Substanțe este conceput pentru a colecta și disemina date despre resursele de sănătate mintală din lume. Resursele includ politici, planuri, finanțare, furnizarea de îngrijiri, resurse umane, medicamente și sisteme informaționale. Aceste resurse sunt necesare pentru a oferi servicii și îngrijiri persoanelor cu tulburări mintale.

Raportul proiectului Mental Health Atlas a fost publicat pentru prima dată în anul 2001, iar informațiile au fost actualizate în anii 2005, 2011, 2014 și 2017.

În raportul din anul 2017, 177 din 194 state membre ale OMS (91%) au raportat date privind progresul implementării Planului de acțiune global pentru sănătate mintală 2013-2020. Aceste date indică faptul că obiectivele globale pot fi atinse, numai dacă există un angajament colectiv, care conduce la investiții substanțiale și eforturi extinse la nivel de țară, pentru politici, legi, programe și servicii de sănătate mintală în toate statele membre.

În ultimii ani, s-a recunoscut din ce în ce mai mult rolul important pe care îl joacă sănătatea mintală în atingerea obiectivelor globale de dezvoltare. Depresia este una dintre principalele cauze ale dizabilității. Sinuciderea este a doua cauză principală de deces în rândul tinerilor de 15-29 de ani. Persoanele cu afecțiuni psihice severe mor prematur - cu până la două decenii mai devreme - din cauza condițiilor fizice care pot fi prevenite.

În ciuda progreselor înregistrate în unele țări, persoanele cu probleme de sănătate mintală experimentează adesea încălcări grave ale drepturilor omului, discriminare și stigmatizare.

Multe afecțiuni mintale pot fi tratate în mod eficient la un cost relativ scăzut, însă diferența dintre persoanele care au nevoie de îngrijire și cele cu acces la îngrijire rămâne substanțială.

Este necesară o investiție sporită pe toate fronturile: pentru conștientizarea sănătății mintale, pentru creșterea înțelegerii și reducerea stigmatului; pentru creșterea accesului la îngrijiri de sănătate mintală de calitate și la tratamente eficiente și pentru cercetare în identificarea de noi tratamente și îmbunătățirea tratamentelor existente pentru toate tipurile de tulburări mintale.

În anul 2019, OMS a lansat Inițiativa specială a OMS pentru sănătatea mintală (2019-2023): Acoperirea universală a sănătății, pentru sănătatea mintală, pentru a asigura accesul la îngrijiri de calitate și la prețuri accesibile pentru bolnavii cu afecțiuni mintale din 12 țări prioritare, pentru 100 de milioane de pacienți în plus.

https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

Analiza grupurilor populaționale afectate

Depresia la adultul tânăr

Simptomele inițiale raportate la adulții tineri (18-35 ani) cu depresie diferă de cele raportate de adulții maturi (36-50 ani). Astfel, adulții tineri cu depresie raportează mai frecvent iritabilitate, creștere ponderală, hipersomnie, proiecție negativă în viitor. De asemenea, la adulții tineri cu depresie se asociază mai frecvent tulburările de anxietate generalizată, fobie socială, panică, respectiv cele legate de consumul de substanțe. În comparație cu adulții maturi cu depresie, cei tineri descriu un număr mai redus de episoade depresive și raportează mai rar simptome gastrointestinale, insomnii, scăderea libidoului.⁵

Adulții tineri comunică simptomele de depresie, ideate suicidară și cererile de ajutor similar adolescenților cu depresie. De asemenea, tinerii prezintă contagiune după expunere (reală, mass-media, on-line) la comportamente de autovătămare și suicidare.

La tână, tabloul clinic al depresiei, prezentarea la medic și complianța la tratament sunt strâns legate de impactul pe care depresia și tratamentul acesteia îl au asupra performanței academice sau profesionale. Așteptările și temerile privind impactul depresiei și al tratamentului acesteia asupra personogenezei, stimei de sine, vieții de cuplu, fertilității, hobby-urilor, randamentului academic/profesional influențează aderența pacientului tână.³

Depresia post-partum

Depresia post-partum sau depresia postnatală este o condiție medicală severă care poate surveni în timpul nașterii sau în decursul unui an de la nașterea copilului.

Pentru majoritatea femeilor, aducerea pe lume a unui copil este poate cea mai frumoasă experiență a vieții lor. Totuși acest eveniment de viață uneori poate determina o stare de tristețe, melancolie sau chiar nefericire.

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, la nivel mondial, aproximativ 10% dintre femeile însărcinate și 13% dintre femeile care tocmai au născut prezintă o tulburare mentală, în primul rând depresie. În țările în curs de dezvoltare procentele sunt și mai mari. De cele mai multe ori, depresia post-partum nu este diagnosticată, prin urmare netratată. Fără tratament, această afecțiune poate avea o evoluție lungă și cu efecte dăunătoare atât pentru mamă, cât și pentru bebeluș. Potrivit studiilor, copiii ai căror mame suferă de depresie post-partum suferă întârzieri în dezvoltarea abilităților mentale și de comportament.⁸

Studiile descriu o frecvență ridicată (50-85%) a trăirilor de tristețe, plâns facil, epuizare, dificultăți de concentrare a atenției, anxietate în săptămânile imediat următoare nașterii. Fenomenul este denumit baby blues și poate dura aproximativ 2 săptămâni.¹

Tulburarea depresivă post-partum are o frecvență raportată de 10-20% din femeile ce au născut recent, diferă de baby-blues, debutează mai târziu, se caracterizează prin dispoziție persistentă și de durată, accentuată mai ales seara, iritabilitate, fatigabilitate, tulburări de somn, îngrijorare marcată privind capacitatea de a îngriji bebelușul, plângeri legate de lipsa de suport din partea familiei, insatisfacție legată de viața familială. La 0,1 – 0,2% din femeile postpartum, depresia se manifestă cu simptome psihotice – agitație, vinovăție, interes excesiv și teamă exagerată, persistentă privind viața bebelușului sau respingerea acestuia, risc de suicid și/sau infanticid (American Psychiatric Association, 2013).

Depresia la vârsta a treia

Aproape un sfert din adulții în vârstă de peste 60 de ani prezintă simptome de depresie majoră, minoră sau disforie. Vârstnicii raportează mai frecvent scăderea capacității de a trăi emoții decât dispoziție depresivă. Simptomele cardinale de depresie lipsesc adesea la vârstnicii cu depresie. Aceștia raportează mai frecvent acuze somatice, neliniște sau retard psihomotor. Aceste simptome tind să fie atribuite unei afecțiuni somatice concomitente, agravează prognosticul acestei afecțiuni, duc la izolarea socială a vârstnicului și la un nivel crescut de morbiditate somatică (American Psychiatric Association, 2013).³

Declinul memoriei este una din principalele acuze ale vârstnicului cu depresie.

La pacienții vârstnici, atât din comunitate, cât și instituționalizați, simptomele de depresie se asociază cu durerea. Prezența durerii, cauzele acesteia (artroze, osteoporoză, fibromialgie, afecțiuni degenerative ale coloanei vertebrale, neuropatii periferice etc.) și focusul pe tratarea substratului somatic al durerii întârzie identificarea și tratarea depresiei la vârstnic.

Bolile mintale generează costuri extrem de ridicate pentru întreaga societate, bolile mintale fiind probleme esențiale a căror abordare poate fi sprijinită printr-o acțiune comunitară.

⁸ https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/

Cetățenii pot participa la prevenirea acestora, iar diagnosticul precoce poate asigura aplicarea intervențiilor în stadiul în care acestea sunt cele mai eficiente. În toată Uniunea Europeană există însă un deficit de conștientizare a importanței prevenirii și intervenției precoce.

Există o nevoie evidentă de a înțelege mai bine sănătatea mintală. Cu toate acestea, există o coordonare extrem de limitată a cercetării, un domeniu care ar putea beneficia în mod deosebit de o valoare adăugată la nivel european, precum și o lipsă de date epidemiologice suficiente care să sprijine cercetarea și acțiunile din viitor.

Cu toate că în diferite zone ale UE apar continuu bune practici privind diagnosticul, tratamentul, îngrijirea și finanțarea terapiilor pentru aceste afecțiuni, acestea nu sunt difuzate în întreaga uniune. Acest fapt este cu atât mai important cu cât Uniunea Europeană este și va fi confruntată atât cu o lipsă de personal oficial de îngrijire, cât și cu probleme rezultate din lipsa sprijinului oferit de personalul neoficial de îngrijire; se acordă o atenție insuficientă drepturilor persoanelor care suferă de deficite cognitive.

De asemenea, capacitățile mintale ale persoanelor în cauză nu sunt recunoscute, există o lipsă a cunoașterii și înțelegerii de către publicul larg a bolii mintale, precum și o stigmatizare asociată acestora, care poate afecta sănătatea acestor pacienți.

Înțelegerea sănătății mintale, atât pentru pacienți în mod individual, cât și pentru familie, precum și pentru autoritățile publice, depinde și de existența unui diagnostic precis și coerent. Identificarea și promovarea celor mai bune practici de diagnostic precoce al bolii mintale este necesară în vederea optimizării utilizării intervențiilor în stadiile timpurii, în care sunt cele mai eficiente. Prin diagnosticări și intervenții precoce s-ar putea întârzia progresul bolii către stadii avansate, obținându-se astfel o amânare a instituționalizării și o reducere a costurilor ridicate generate de îngrijirea terminală (pe termen lung). Deja s-au înregistrat progrese la nivelul UE în dezvoltarea unei baze pentru diagnosticul precoce și precis, care permite și utilizarea optimă a tratamentelor existente.

Grupurile țintă ale campaniei la nivel național sunt:

1. Copiii, adolescenții și aparținătorii acestora
2. Profesioniștii din domeniul medical și educațional

ⁱ O'Hara, MW McCabe, JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:379-407.