

IMPLICAȚII TEORETICE ȘI PRACTICE ALE LITERAȚIEI ȘI PREVENȚIEI ACTIVE ÎN SĂNĂTATE MINTALĂ

SEBASTIAN TIBERIU CHENDREAN*
Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Abstract

Mental Health Literacy and Active Prevention represent two fundamentals yet often underutilized pillars in concerted efforts to improve psychological well-being globally. This article explores the origins, evolution, and essential components of MHL, highlighting its important role in promoting preventive behaviors and reducing treatment gaps. Studies show that MHL is not merely a collection of knowledge, but a complex framework that guides individuals through the challenges of mental health, transforming them from passive beneficiaries into proactive agents for their own health. Furthermore, this paper analyzes how MHL facilitates active prevention strategies, from early help-seeking to adopting healthy lifestyles and providing community-based first aid. To be truly effective, these concepts must be consciously applied, recognizing, and addressing the multiple disparities – demographic, socioeconomic, and cultural that persist in MHL levels across diverse population segments. Therefore, the article addresses the academic community and mental health professionals, offering an integrated perspective on the theoretical and practical implications of these two emerging concepts, essential and necessary for the development of personalized and culturally sensitive interventions.

Cuvinte-cheie: literație în sănătate mintală, prevenție activă, sănătate mintală, disparități, stigmatizare, îngrijire comunitară.

Keywords: mental health literacy, active prevention, mental health, disparities, stigmatization, community care.

1. INTRODUCERE

Societatea contemporană se confruntă cu un paradox al informației, în care abundența datelor nu este întotdeauna echivalentă cu înțelegerea și utilizarea eficientă a acestora. În domeniul sănătății mintale, această situație este la fel de pertinentă. În ciuda progreselor științifice remarcabile, stigmatizarea, ignoranța și, îndeosebi, lipsa unei literații adecvate acestui domeniu complex continuă să reprezinte bariere semnificative în calea bunăstării psihologice (Jorm, 2012; Ciciurkaite & Pescosolido, 2024). În acest context, nu este de mirare că două

* Doctorand, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași, Facultatea de Filosofie și Științe Social Politice, Școala Doctorală, Specializarea Sociologie, E-mail: seb.chendrean@gmail.com

concepte relativ recente, „Literația în Sănătate Mintală” și „Prevenția activă”, au dobândit o importanță tot mai mare atât în discursul public, cât și în cel academic.

Este cunoscut faptul că timp îndelungat îngrijirea sănătății mintale s-a concentrat predominant pe tratamentul tulburărilor deja instalate, neglijând, într-o oarecare măsură, atât pârghiile educaționale, cât și cele preventive. Pe măsură ce povara globală a tulburărilor mintale crește, devine imperios necesar să se mute accentul de la o abordare reactivă la una proactivă, care să construiască structuri rezistente de sănătate mintală, nu doar să intervină în situații de criză (Jorm, 2012, 2015; Kutcher *et al.*, 2016). Așa cum sugerează studiile de specialitate, această schimbare de paradigmă este esențială și realizabilă. Ambele concepte, MHL și Prevenția activă, ar trebui să ocupe un loc central în orice agendă de sănătate publică și de cercetare științifică de specialitate (Jorm, 2012, 2015; Kutcher *et al.*, 2016).

În acest context, articolul își propune să exploreze implicațiile teoretice și practice ale acestor două concepte emergente. Obiectivele specifice includ:

1. Analiza originilor și evoluției conceptelor de Literație în Sănătate Mintală și Prevenție Activă;
2. Identificarea componentelor-cheie ale MHL și a modului în care aceasta facilitează comportamentele preventive;
3. Examinarea disparităților existente în nivelurile de MHL, cu accent pe factorii demografici, socioeconomi și culturali;
4. Formularea de implicații concrete pentru practică și cercetare, cu scopul de a ghida dezvoltarea unor intervenții personalizate și cultural sensibile.

Astfel, în cele ce urmează, vom parcurge succint originile și evoluția acestor concepte, vom descompune elementele Literației în Sănătate Mintală, așa cum apar în literatura de specialitate și vom analiza legătura intrinsecă dintre un nivel ridicat de MHL și adoptarea unor comportamente preventive. Vom examina, de asemenea, disparitățile existente în nivelurile de MHL, punând în lumină grupurile vulnerabile și necesitatea unor abordări personalizate. Un sistem de sănătate mintală robust se construiește atât în cabinetele de terapie, cât și prin informarea și acțiunea conștientă conjugată la nivel individual și comunitar.

2. LITERAȚIA ÎN SĂNĂTATE MINTALĂ

Literația în Sănătate Mintală a devenit un concept central atât în promovarea sănătății mintale, cât și în strategiile de prevenție, recunoaștere timpurie și management al tulburărilor mintale (Jorm *et al.*, 1997; Kutcher *et al.*, 2016). MHL reprezintă un cadru conceptual care ghidează indivizii prin provocările sănătății mintale atât pentru ei înșiși, cât și pentru cei din jurul lor (Jorm *et al.*, 1997). Aceasta se referă la nivelul de cunoștințe și atitudini pe care o persoană le are atât despre sănătate mintală, cât și despre bolile mintale, influențând semnificativ atât modul în care își înțelege propria bunăstare psihologică, cât și modul în care

interacționează cu sistemul de sănătate. Un nivel ridicat de MHL este considerat o resursă personală importantă.

Călătoria conceptuală a „literației în sănătate mintală” este una fascinantă, marcând o schimbare semnificativă de paradigmă în modul în care societatea percepe și interacționează cu problemele de sănătate mintală. Acest concept, relativ nou, își găsește rădăcinile într-o lacună evidentă a discuțiilor inițiale despre literația în sănătate – o omisiune care a catalizat dezvoltarea unei noi perspective centrate pe capacitatea publicului de a înțelege, gestiona și preveni tulburările mintale. Punctul de plecare al acestei perspective se regăsește în raportul guvernamental australian din anul 1993, intitulat „*Goals and targets for Australia's health in the year 2000 and beyond*”. În acest raport, Nutbeam și colegii săi (1993) au definit literația în sănătate ca fiind: „abilitatea de a accesa, înțelege și utiliza informații în moduri care promovează și mențin o sănătate bună”. Cu toate acestea, aceste obiective inițiale se concentrau preponderent pe bolile fizice, ignorând dimensiunea vitală a sănătății mintale.

Prin urmare, această omisiune notabilă a servit drept impuls pentru Anthony F. Jorm și echipa sa, care, în 1997, au propus și definit conceptul revoluționar de „literație în sănătate mintală” (Jorm *et al.*, 1997). Ei au definit MHL drept: „cunoștințele și convingerile despre tulburările mintale care ajută la recunoașterea, gestionarea și prevenirea acestora” (Jorm *et al.*, 1997). Mai mult, autorii acestui studiu au elaborat asupra componentelor-cheie ale acestui concept, incluzând: „abilitatea de a recunoaște tulburările specifice, cunoașterea modalităților de căutare a informațiilor, înțelegerea factorilor de risc și a cauzelor, a auto-tratamentelor și a ajutorului profesional disponibil, precum și atitudinile care promovează recunoașterea și căutarea adecvată a ajutorului” (Jorm *et al.*, 1997). Ulterior, Jorm (2012) a rafinat și mai mult aceste componente, subliniind că „literația în sănătate mintală include”: „cunoștințe despre cum să se prevină tulburările mintale; recunoașterea momentului în care o tulburare se dezvoltă; cunoștința opțiunilor de căutare a ajutorului și a tratamentelor disponibile; cunoștințe despre strategiile eficiente de auto-ajutor pentru problemele mai ușoare; și abilități de prim ajutor pentru a sprijini alte persoane care dezvoltă o tulburare mintală sau se află într-o criză de sănătate mintală”.

Un aspect definitoriu al MHL este accentul pus pe cunoștințe care pot fi utilizate în acțiuni practice. De exemplu, înțelegerea complexității genetice a schizofreniei, deși valoroasă, nu ar constitui MHL conform acestei definiții, deoarece nu susține direct o acțiune benefică imediată. Intenția principală a propunerii conceptului de MHL a fost de a atrage atenția asupra unei arii neglijate atât de cercetătorii în literația în sănătate, cât și de sectorul sănătății mintale. La mijlocul anilor 1990, ideea că publicul larg ar avea nevoie de o înțelegere a tulburărilor mintale pentru a fi împuternicit să acționeze era inovatoare. În acea perioadă, sectorul sănătății mintale se concentra în mare măsură pe extinderea pregătirii profesionale (Goldberg & Huxley, 1992), iar persoanele afectate erau adesea văzute ca beneficiari pasivi. Introducerea conceptului de MHL, prin contrast, a reconfigurat perspectiva,

portretizând persoana afectată ca un agent primar în gestionarea propriilor simptome, căutarea ajutorului profesional fiind doar una dintre multiplele strategii pe care aceasta le-ar putea încerca (Jorm, 2000).

Inițial, MHL a fost dezvoltat pentru adulți, însă, ulterior, conceptul a fost extins și la adolescenți, considerând această etapă a vieții fundamentală pentru debutul multor tulburări și boli mintale. Apariția conceptului a condus la realizarea primului studiu național australian pe adulți în 1995 (Jorm *et al.*, 1997), urmat de studii similare în Germania și Austria (Jorm *et al.*, 2000a). Aceste sondaje au adoptat o metodologie standardizată, care a devenit ulterior un etalon global: prezentarea unei viniete ce descrie o persoană cu simptome ale unei tulburări mintale, urmată de o serie de întrebări specifice adresate respondenților. Această abordare bazată pe viniete s-a impus ca metodă principală pentru studierea MHL în sondajele comunitare. De asemenea, metoda Delphi, care implică un proces iterativ de consultare a experților pentru a ajunge la un consens, a fost utilizată pentru a stabili acțiuni publice adecvate, cum ar fi dezvoltarea ghidurilor de prim ajutor în sănătate mintală (Hart *et al.*, 2009; Kelly *et al.*, 2008a, 2008b, 2009, 2010; Kingston *et al.*, 2009, 2011; Ross *et al.*, 2014).

Recent, unii autori au propus extinderea conceptului de MHL. Kusan (2013), de exemplu, a susținut că definiția originală „se traduce efectiv prin cunoașterea conținutului DSM și reflectă orientarea biomedicală dominantă”, propunând o redefinire care să includă: „reziliența, salutogeneza și mindfulness-ul”. Într-o manieră similară, Bjørnsen și colegii (2017) au introdus termenul „literație în sănătate mintală pozitivă”, concentrându-se pe cunoștințe despre menținerea bunăstării, nu doar pe cunoștințe abstracte despre tulburări și boli. Prin urmare, conceptul de literație în sănătate mintală a evoluat de la o necesitate stringentă la un domeniu complex, cu multiple fațete, transformând publicul din simpli receptori pasivi în agenți activi atât ai propriei sănătăți mintale, cât și a celei comunitare. Cu toate provocările legate de măsurare, așa cum o arată studiile de specialitate, MHL rămâne un concept fundamental, esențial pentru îmbunătățirea rezultatelor în sănătate mintală la nivel global.

Așadar, ca să sumarizăm, conceptul de literație în sănătate mintală a fost conceptualizat pentru prima dată de profesorul Anthony Jorm și colegii săi la începutul anilor 1990 (Jorm *et al.*, 1997), ca o analogie cu literația în sănătate fizică, recunoscând că și „mintea” are nevoie de propria sa alfabetizare. Obiectivul inițial a fost de a crea un cadru pentru a înțelege și îmbunătăți cunoștințele publice despre sănătatea mintală, cu scopul strategic de a reduce decalajul de tratament și de a combate stigmatizarea.

Conform formulării nuanțate de Jorm (2012), MHL include un set complex de componente interconectate, după cum urmează:

a. „*Capacitatea de a recunoaște tulburările mintale specifice*”. Aceasta implică, în esență, cunoașterea semnelor și simptomelor unor afecțiuni comune, cum ar fi depresia sau anxietatea. Recunoașterea timpurie este fundamentală pentru intervenția promptă și pentru un prognostic favorabil. Un individ cu un nivel ridicat

de MHL va putea distinge, de exemplu, între o stare de tristețe normală, o parte naturală a vieții și simptomele unei depresii clinice, o condiție medicală serioasă.

b. „*Cunoștințe despre cauze și factori de risc*”. Înțelegerea faptului că tulburările mintale au cauze complexe, care pot include factori genetici, biologici, psihologici și sociali, ajută la demitizarea bolilor mintale și la reducerea auto-învinuirii, promovând o perspectivă mai echilibrată și mai empatică. De exemplu, înțelegerea că stresul cronic sau discriminarea pot contribui la depresie, alături de predispoziții individuale, extinde cadrul de înțelegere dincolo de genetică și biochimie (Jorm *et al.*, 2004, 2007).

c. „*Cunoștințe despre opțiunile de tratament și strategii de auto-ajutor*”. A fi informat despre diversele modalități de intervenție disponibile, inclusiv terapia medicamentoasă, psihoterapia disponibilă, dar și despre strategii de autogestionare și de coping. Această componentă este esențială pentru luarea unor decizii informate privind îngrijirea, oferind control și agenție.

d. „*Abilitatea de a căuta informații valide*”. Capacitatea de a identifica și de a accesa surse de informații credibile și bazate pe dovezi despre sănătatea mintală, evitând dezinformarea și miturile periculoase, este fundamentală în era digitală.

e. „*Atitudini care reduc stigmatizarea*”. Recunoașterea și respingerea stereotipurilor și prejudecăților asociate cu bolile mintale. Aceasta include o atitudine de acceptare, înțelegere și susținere față de persoanele afectate, promovând incluziunea socială și încurajând deschiderea. Un nivel ridicat de MHL reduce teama și discriminarea, facilitând căutarea ajutorului și construind punți de înțelegere și suport.

f. „*Abilitatea de a oferi prim ajutor în sănătate mintală*”. Recunoașterea unei crize de sănătate mintală și capacitatea de a oferi suport inițial, de a reduce riscul de rănire și de a orienta persoana către ajutor profesional adecvat (Kelly *et al.*, 2007). Această componentă se referă la intervenția proactivă, similară primului ajutor fizic, fiind un act de solidaritate socială și responsabilitate comunitară.

În plus, unii autori au sugerat extinderea conceptului de MHL pentru a include și aspecte legate de promovarea sănătății mintale în general, nu doar prevenția și tratamentul bolilor. Aceasta ar include cunoștințe despre cum să menții bunăstarea psihologică, cum să construiești reziliența și cum să gestionezi eficient stresul cotidian. De asemenea, s-a propus includerea navigării sistemului de sănătate mintală, o componentă practică esențială pentru a accesa efectiv serviciile necesare (Kutcher *et al.*, 2016, Morgan *et al.*, 2018).

3. PREVENȚIA ACTIVĂ ÎN SĂNĂTATE MINTALĂ

Dacă Literația în Sănătate Mintală este cadrul de înțelegere, atunci Prevenția activă reprezintă aplicarea practică și direcționarea conștientă a acțiunilor. Prevenția activă în sănătate mintală se definește prin: „demersurile proactive întreprinse de indivizi și comunități pentru a reduce riscul de apariție a tulburărilor mintale, a

promova bunăstarea psihologică și a interveni timpuriu în cazul apariției simptomelor” (Jorm *et al.*, 1997). Un nivel crescut de MHL este considerat o resursă fundamentală pentru promovarea comportamentelor preventive și pentru o intervenție eficientă în sănătatea mintală. De fapt, legătura dintre MHL și prevenție este esențială pentru a reduce povara globală a tulburărilor mintale, acționând atât ca o strategie defensivă, cât și ca una proactivă. MHL și prevenția activă sunt interconectate într-un mod complex. Iată câteva moduri în care MHL facilitează comportamentele preventive:

a. „*Căutarea timpurie a ajutorului*”. Indivizii cu niveluri ridicate de MHL sunt mai capabili să recunoască semnele timpurii ale unei probleme de sănătate mintală la ei înșiși sau la alții și sunt mai dispuși să caute ajutor profesional sau să încurajeze pe alții să o facă. Aceasta reduce „întârzierea în tratament” – timpul dintre debutul simptomelor și inițierea tratamentului – care poate agrava condiția și poate afecta prognosticul pe termen lung. Teama de stigmatizare, lipsa de cunoștințe despre unde să caute ajutor sau despre ce presupune tratamentul sunt bariere majore pe care MHL le poate depăși, deschizând noi perspective. Această recunoaștere timpurie este o primă linie de apărare eficientă. Studiile au arătat că întârzierile mai lungi între debut și căutarea ajutorului profesional sunt asociate cu rezultate mai slabe (Wang *et al.*, 2007). Mulți oameni, pur și simplu, nu conceptualizează ceea ce experimentează ca fiind o tulburare mintală, o realitate tristă evidențiată de un studiu australian care a arătat o întârziere medie de 6, 9 ani între debut și recunoaștere pentru tulburările de anxietate sau dispoziție (Thompson *et al.*, 2004).

b. „*Adoptarea strategiilor de autogestionare și de coping*”. MHL include cunoștințe despre strategiile de auto-ajutor și de menținere a bunăstării. Persoanele cu un nivel bun de MHL sunt mai predispuse să adopte stiluri de viață sănătoase, să utilizeze tehnici eficiente de reducere a stresului, să-și gestioneze emoțiile și să cultive reziliența. Aceasta poate reduce riscul de debut al tulburărilor sau poate ameliora simptomele existente. Jorm și colegii (2007, 2008) au propus un „model al undelor suprapuse de acțiune” pentru a explica rolul auto-ajutorului, unde strategiile de auto-ajutor existente ating vârful de utilizare în cazul problemelor mai ușoare, urmate de noi strategii de auto-ajutor pentru probleme moderate, iar apoi de ajutor profesional pentru cazuri severe.

c. „*Reducerea întârzierii în inițierea tratamentului*”. Chiar și după recunoașterea problemei, un nivel scăzut de MHL poate duce la ezitări în inițierea tratamentului din cauza fricii de efecte secundare, a percepției negative asupra terapiei sau a lipsei de încredere în sistemul medical. MHL contribuie la o înțelegere mai realistă a beneficiilor tratamentului și a riscurilor, încurajând aderarea la planurile terapeutice. Informația corectă este fundamentală pentru a face alegeri sănătoase, așa cum au arătat atât Acosta și colegii (2013), cât și Reavley și Jorm (2012), care au subliniat faptul că credințele și atitudinile unei persoane față de tratamente sunt un factor important în ceea ce privește continuarea acestora.

d. „*Promovarea sănătății mintale la nivel comunitar*”. După Kutcher și colegii (2016), indivizii cu niveluri ridicate de MHL pot acționa ca agenți de schimbare în comunitățile lor, reducând stigmatizarea, educând pe alții și încurajând un dialog deschis despre sănătatea mintală. Aceasta contribuie la crearea unor medii sociale mai favorabile sănătății mintale.

e. „*Dovezi empirice*”. Numeroase studii au investigat legătura dintre MHL și comportamentele preventive sau de căutare a ajutorului. Deși multe dintre aceste studii sunt corelaționale, ele sugerează o asociere puternică. De exemplu, într-un studiu metaanalitic, realizat de Morgan și colegii (2018), s-a concluzionat că intervențiile pentru îmbunătățirea MHL sunt eficiente în creșterea cunoștințelor și în schimbarea atitudinilor legate de sănătatea mintală, cu dovezi promițătoare privind impactul asupra căutării ajutorului.

4. MECANISME ȘI STRATEGII DE PREVENȚIE PRIN MHL

Un aspect fundamental al literației în sănătate mintală se referă la cunoștințele despre prevenția tulburărilor. Deși unii factori de risc, precum evenimentele traumatiche de viață, pot fi în afara controlului individual, există numeroși factori legați de stilul de viață care pot fi modificați pentru a reduce riscul. De exemplu, în efortul de a identifica strategii de prevenție pentru adolescenți, Cairns și colegii (2014, 2015) au identificat o multitudine de strategii cu potențial preventiv, inclusiv cele care vizează dezvoltarea fitness-ului mental și a abilităților de viață, încurajarea relațiilor sănătoase și adoptarea unui stil de viață echilibrat. Un sondaj realizat pe tineri australieni a constatat un nivel înalt de acord în rândul lor, iar activitatea fizică, contactul regulat cu familia și prietenii și activitățile de relaxare sunt protectoare (Yap *et al.*, 2012). Cu toate acestea, a apărut o discrepanță majoră între credințele tinerilor și cele ale profesioniștilor în ceea ce privește strategia de „evitare a situațiilor stresante”. Profesioniștii susțin că evitarea este asociată cu menținerea tulburărilor de anxietate și că, dimpotrivă, confruntarea cu situațiile stresante oferă o oportunitate de a învăța strategii eficiente de coping, o idee care contravine intuiției multora.

Deoarece unii factori de risc pentru tulburările mintale apar timpuriu în viață, acțiunea preventivă trebuie inițiată de părinți sau de alți îngrijitori. Autori precum Yap și Jorm (2015) au investigat factorii parentali asociați cu depresia și anxietatea la copii și adolescenți. Studii de consens Delphi au fost, de asemenea, realizate pentru a identifica strategii preventive pe care părinții le pot utiliza (Yap *et al.*, 2014, 2015b). Cu toate acestea, părinții adesea nu știu ce să facă sau cum să acționeze optim în aceste domenii. De exemplu, un sondaj online a relevat deficiențe semnificative în cunoștințele multor părinți în ceea ce privește modelarea unui consum responsabil de alcool (Yap *et al.*, 2015a). Literația în sănătate mintală este importantă și utilă pentru a dobândi capacitatea de a-i sprijini pe alții. Termenul de „prim ajutor în sănătate mintală” a fost utilizat pentru a desemna „ajutorul oferit unei persoane care dezvoltă o problemă de sănătate mintală, care experimentează o agravare a unei probleme de

sănătate mintală existente sau care se află într-o criză de sănătate mintală”. Cunoștințele de prim ajutor în sănătate mintală au fost evaluate în mai multe sondaje, iar calitatea generală a răspunsurilor s-a dovedit a fi slabă în studiile australiene. Chiar și atunci când persoana descrisă într-o vinietă este suicidară, acțiunile de evaluare și asistare în criză sunt rar menționate. Această lipsă de cunoștințe poate avea un impact asupra acțiunilor efectiv întreprinse. Este important de recunoscut că, deși MHL facilitează comportamentele preventive, relația nu este unidirecțională sau simplu cauzală. Alți factori, cum ar fi accesul la servicii, calitatea îngrijirii și suportul social, joacă, de asemenea, un rol decisiv. Cu toate acestea, MHL este o componentă necesară, chiar dacă nu suficientă, pentru o strategie de prevenție eficientă (Rossetto *et al.*, 2014).

5. ROLUL TEHNOLOGIEI ÎN MODELAREA LITERAȚIEI ȘI PREVENȚIEI ACTIVE ÎN SĂNĂTATEA MINTALĂ

În era digitală contemporană, omniprezența tehnologiei a redefinit modul în care interacționăm cu informația, cu serviciile de sănătate și chiar cu propria noastră stare de bine. Această revoluție digitală a deschis atât noi orizonturi pentru îmbunătățirea nivelurilor de literație în sănătate mintală (MHL) și a prevenției active, cât și a generat provocări complexe. De la website-uri interactive și aplicații mobile la platforme de videoconferință, tehnologia modelează semnificativ modul în care publicul percepe, înțelege și acționează în fața problemelor de sănătate mintală. Tehnologia modernă a transformat în mod radical accesibilitatea și diseminarea informațiilor despre sănătate, democratizând cunoașterea și oferind instrumente inovatoare pentru prevenție activă. Aceasta se aliniază direct cu componenta fundamentală a MHL, care vizează „abilitatea de a căuta informații valide” (Jorm, 2012).

Internetul, prin intermediul diferitelor platforme online și a website-urilor specializate, a devenit și în România o sursă primară de informații despre sănătate mintală. Platforme oficiale guvernamentale, cum ar fi Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog¹ (CNSMLA), oferă resurse credibile și bazate pe dovezi, esențiale pentru „cunoștința opțiunilor de căutare a ajutorului” și „cunoștințe despre cum să se prevină tulburările mintale”. Similar, organizații internaționale precum UNICEF² utilizează tehnologia pentru a educa publicul larg, în special adolescenții și părinții, despre importanța sănătății mintale, construind în acest mod o literație timpurie și strategii parentale preventive. Organizația Mondială a Sănătății³ (WHO) oferă, de asemenea, o multitudine de resurse digitale și inițiative pentru promovarea sănătății mintale la scară globală, incluzând ghiduri și materiale educaționale care depășesc

¹ Despre CNSMLA. <https://cnsmla.org.ro/despre-noi/>

² The Adolescent Mental Health Hub.

<https://www.unicef.org/adolescentmentalhealthhub/about-hub>

³ WHO Special Initiative for Mental Health. <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health>

barierele geografice. Dincolo de simpla informare, tehnologia oferă instrumente interactive care transformă învățarea pasivă într-o experiență angajantă.

Siteuri precum MoodGYM⁴, un program de intervenție bazat pe terapia cognitiv-comportamentală online, demonstrează eficacitatea platformelor digitale în dezvoltarea „strategiilor eficiente de auto-ajutor pentru problemele mai ușoare” (Christensen *et al.*, 2004). Aplicațiile mobile de *mindfulness* și meditație, precum Headspace⁵ sau Calm⁶, sunt exemple remarcabile de instrumente care susțin „cunoștințe despre cum să menții bunăstarea psihologică” și „strategiile de autogestionare și de coping”, oferind exerciții ghidate și sesiuni personalizate pentru reducerea stresului și îmbunătățirea rezilienței (Huberty *et al.*, 2019). Videoconferințele și platformele de tele-sănătate mintală au eliminat barierele geografice și logistice, facilitând astfel accesul la servicii profesionale de psihoterapie și consiliere. Această inovație tehnologică este foarte utilă pentru „căutarea timpurie a ajutorului”, în special în zonele rurale sau pentru persoanele cu mobilitate redusă, reducând „întârzierea în tratament” (Wang *et al.*, 2007). Prin telemedicină, indivizii pot interacționa cu profesioniști din sănătate mintală dintr-un mediu familiar și confortabil, ceea ce poate reduce anxietatea inițială asociată cu vizitele la cabinet. Mediul online oferă un grad de anonimat care poate încuraja persoanele să caute informații sau chiar să discute despre problemele lor de sănătate mintală, depășind „atitudini care reduc stigmatizarea” (Jorm, 2012; Ciciurkaite & Pescosolido, 2024). Forumurile de suport și comunitățile online pot crea un sentiment de apartenență și validare, oferind „abilitatea de a oferi prim ajutor în sănătate mintală” prin împărtășirea experiențelor și consilierea reciprocă, similar cu rețeaua de suport descrisă de organizații precum Mind⁷.

Pe cât de numeroase sunt oportunitățile, pe atât de semnificative sunt și riscurile asociate cu utilizarea tehnologiei în domeniul sănătății mintale. Aceste provocări pot submina eforturile de îmbunătățire a nivelurilor de MHL și a prevenției active, adesea exacerband disparitățile existente. Abundența informațiilor online este o sabie cu două tăișuri. Lipsa unui control editorial riguros permite proliferarea de informații false, pseudoștiințifice sau chiar dăunătoare despre tulburările mintale și tratamentele acestora. Această „infodemie” poate duce la distorsionarea MHL, la autodiagnoze eronate și la evitarea ajutorului profesional bazat pe dovezi (Jorm, 2015). A discerne între sursele credibile și cele nefondate devine o abilitate critică, adesea deficitară.

Accesul inegal la tehnologie și la internet de mare viteză creează o „diviziune digitală” care poate afecta semnificativ disparitățile în MHL (Chendorean, 2025). Persoanele din mediile socioeconomice defavorizate, vârstnicii sau cei din comunitățile rurale, care nu au acces la internet sau la

⁴ About MoodGym. <https://www.moodgym.com.au/info/about>

⁵ About Headspace. <https://www.headspace.com/about-us?origin=navigation>

⁶ Calm. <https://www.calm.com>

⁷ About Mind. <https://www.mind.org.uk/about-us>

dispozitive inteligente, sunt private de beneficiile educaționale și de suport online, consolidând astfel decalajele de literație în sănătate mintală (Jorm *et al.*, 2004; Morgan *et al.*, 2018; Chendrean, 2025). Deși platformele online pot oferi suport, ele sunt, de asemenea, un teren foarte fertil pentru *cyberbullying*, hărțuire și expunere la conținut negativ sau traumatic. Aceste experiențe pot contribui la creșterea anxietății, depresiei și chiar la ideea suicidară, în special în rândul adolescenților și tinerilor, reducând astfel scopul inițial de prevenție activă și promovare a bunăstării. Interacțiunea rapidă și fragmentată specifică mediului online poate încuraja o înțelegere superficială a problemelor complexe de sănătate mintală.

De asemenea, utilizarea excesivă a dispozitivelor digitale și a rețelelor sociale a fost asociată cu probleme de somn, scăderea activității fizice și o stare generală de disforie, reducând beneficiile legate de „adoptarea strategiilor de autogestionare și de coping” și promovarea unui „stil de viață echilibrat” (Cairns *et al.*, 2014). Colectarea și stocarea datelor personale de sănătate în mediul online ridică întrebări serioase legate de confidențialitate și securitate. Temerile legate de modul în care informațiile personale sunt utilizate pot descuraja indivizii să acceseze servicii de tele-sănătate mintală sau să utilizeze aplicații dedicate, subminând încrederea în sistemul digital de suport. Tehnologia reprezintă un aliat puternic în eforturile de a consolida literația în sănătate mintală și prevenția activă. Cu toate acestea, potențialul său nu poate fi pe deplin valorificat fără o conștientizare clară a riscurilor și o abordare strategică pentru atenuarea acestora. Este imperativ ca dezvoltatorii de tehnologie, profesioniștii din sănătate mintală și factorii de decizie politică să colaboreze pentru a maximiza beneficiile și a minimiza pericolele, asigurând un spațiu digital sigur și eficient pentru sănătatea mintală a tuturor.

6. DISPARITĂȚI ȘI PROVOCĂRI ÎN MHL

Așa cum există disparități semnificative în sănătatea mintală generală, există și decalaje substanțiale în nivelurile de MHL în cadrul populației (Chendrean, 2025). Aceasta înseamnă că anumite grupuri sunt mai puțin informate sau au atitudini mai stigmatizante, ceea ce le face mai vulnerabile și mai expuse. Aceste disparități se suprapun adesea cu cele ale determinantilor sociali ai sănătății mintale, creând cicluri vicioase de vulnerabilitate. SDMH reprezintă acei factori sociali care impactează sănătatea mintală, generând în acest fel inechități multiple.

1. Factori demografici și socioeconomi:

a. *Vârsta*. Adesea, tinerii și vârstnicii pot prezenta niveluri diferite de MHL. Tinerii pot avea o deschidere mai mare spre discuțiile despre sănătate mintală, dar pot fi influențați de informații eronate de pe rețelele sociale. Vârstnicii pot adera la concepții mai vechi, stigmatizante sau pot avea o lipsă de acces la surse de informare moderne (Chendrean, 2025).

b. *Genul*. Femeile tind să demonstreze, în general, niveluri mai ridicate de MHL decât bărbații, în special în ceea ce privește recunoașterea depresiei și anxietății și o atitudine mai puțin stigmatizantă. Aceasta poate fi legată de diferențele de socializare de gen și de normele culturale privind exprimarea emoțiilor și căutarea ajutorului (Jorm *et al.*, 2004, 2007)

c. *Nivelul de educație*. Educația este unul dintre cei mai puternici predictori ai MHL. Persoanele cu un nivel de educație mai ridicat tind să aibă cunoștințe mai bune despre bolile mintale, despre cauzele și tratamentele lor și o atitudine mai puțin stigmatizantă (Morgan *et al.*, 2018; Chendrean, 2025). Educația facilitează accesul la informație și dezvoltarea unor abilități critice de evaluare a acesteia, oferind în felul acesta o bază solidă de înțelegere.

d. *Statusul socioeconomic*. Similar cu educația, un status socioeconomic mai scăzut este asociat cu un nivel mai redus de MHL. Aceasta se datorează accesului limitat la resurse educaționale, la informații de calitate și la servicii de sănătate, precum și unei expuneri mai mari la stresul cronic care poate diminua capacitatea cognitivă și interesul pentru sănătate mintală (Chendrean, 2025).

2. Factori culturali și etnici:

a. *Etnia și fundalul cultural*. Există diferențe semnificative în nivelurile de MHL între diverse grupuri etnice și culturale. Aceste diferențe pot fi atribuite viziunilor culturale distincte asupra sănătății și bolii, credințelor despre cauzele tulburărilor mintale, rolului familiei, preferințelor în ceea ce privește căutarea ajutorului și a nivelului de încredere în sistemele de sănătate majoritare (Ciciurkaite și Pescosolido, 2024; Chendrean, 2025). Normele culturale pot influența și modul în care suferința este exprimată.

b. *Limba vorbită*. Barierele lingvistice pot limita atât accesul la informații despre sănătatea mintală, cât și la servicii de suport pentru comunitățile de imigranți sau minorități etnice, creând un zid invizibil de comunicare care perpetuează disparitățile de literație în sănătate mintală (Chendrean, 2025).

Așadar, aceste disparități în nivelurile de MHL contribuie la perpetuarea decalajelor în sănătate mintală. Grupurile cu niveluri scăzute de MHL sunt mai puțin susceptibile de a recunoaște o problemă, de a căuta ajutor, de a adera la tratament și de a beneficia de suport social, ceea ce le agravează vulnerabilitatea (Kelly *et al.*, 2007; Chendrean, 2025). Această situație subliniază necesitatea unor intervenții personalizate și cultural sensibile, care să analizeze și să abordeze barierele specifice fiecărui grup demografic sau etnic. Programele de educație în sănătate mintală trebuie să fie adaptate lingvistic și cultural, difuzate prin canale de comunicare accesibile și să țină cont de valorile și credințele comunitare.

Așa cum am explorat în proiectul doctoral personal, contextul multiethnic și multicultural adaugă în mod evident un strat complex acestor disparități. Dobrogea, de exemplu, este o zonă cu o diversitate culturală remarcabilă, unde tradițiile și viziunile asupra sănătății și bolii pot varia semnificativ între grupuri. În acest context complex, înțelegerea nuanțată a barierelor culturale și lingvistice devine practic fundamentală

pentru a putea dezvolta intervenții de MHL eficiente care să reducă „disparitățile de literație în sănătate mintală” (Chendrean, 2025). Regiunea Dobrogea reprezintă un mozaic etnic, cultural și religios remarcabil în sud-estul României, astfel fiind un spațiu de coexistență pentru români, aromâni, turci, tătari, romi, lipoveni, greci, bulgari, evrei, armeni și alte minorități (Chendrean, 2025a). Această diversitate, deși este o sursă de bogăție culturală, adaugă inerent o complexitate considerabilă problematicilor de sănătate mintală care, în practică, modelează percepțiile asupra sănătății mintale și a comportamentelor de căutare a ajutorului.

Cercetarea doctorală a fost realizată pe un eșantion de 182 de participanți (N=182) și a utilizat un model de ecuații structurale (SEM) pentru a investiga interconexiunile complexe dintre statusul socioeconomic (SES), suportul social și familial (SSF), experiențele de discriminare (D) și stigmatizare (S) în modelarea practică a nivelurilor de literație în sănătate mintală (MHL) în rândul populației multietnice și multiculturale din Dobrogea (Chendrean, 2025a). Compoziția etnică a eșantionului a inclus 73.07% români, 9.89% aromâni, 5.50% tătari, 5.50% lipoveni, 3.84% romi și 2.20% turci (Chendrean, 2025a). Rezultatele studiului sugerează că particularitățile culturale și etnice din Dobrogea, manifestate prin bariere lingvistice, diferențe culturale în percepția bolii și a procesului de căutare a ajutorului, norme sociale specifice și inegalități socioeconomice, pot exacerba disparitățile în literația în sănătate mintală – MHL (Chendrean, 2025a). De asemenea, rezultatele studiului au evidențiat faptul că statusul socioeconomic (SES) influențează literația în sănătate mintală (MHL) atât direct, cât și indirect, prin intermediul suportului social și familial (SSF) (Chendrean, 2025a). Mai mult, datele empirice arată faptul că experiențele de discriminare (D) și stigmatizare (S) acționează ca bariere semnificative, afectând negativ și simultan atât nivelul de cunoștințe despre sănătate și tulburare mintală, cât și atitudinile și comportamentele proactive ale indivizilor (Chendrean, 2025a). De exemplu, nivelurile mai ridicate de stigmatizare (S) au fost asociate direct, negativ și semnificativ cu un nivel mai scăzut de literație în sănătate mintală (MHL), indicând faptul că stigmatizarea (S) reprezintă un obstacol major în dezvoltarea unui nivel optim de MHL (Chendrean, 2025a). Această realitate subliniază modul în care cultura și etnia pot influența negativ atât cunoștințele despre sănătatea mintală, cât și dorința de a căuta ajutor. Pe de altă parte, suportul social și familial (SSF) a relevat un rol protector semnificativ, atenuând în acest fel impactul negativ al discriminării și stigmatizării (Chendrean, 2025a). Modelul cauzal (SEM) construit s-a dovedit robust și coerent, explicând o proporție semnificativă din varianța MHL ($R\text{-squared} = 0.38$) (Chendrean, 2025a).

7. IMPLICAȚII PENTRU PRACTICĂ ȘI CERCETARE

Având în vedere conceptele definite și provocările identificate, devine esențial să se stabilească direcții clare pentru practica și cercetarea viitoare. Implicațiile pentru profesioniștii din domeniul îngrijirii sănătății mintale ar trebui

să prioritizeze integrarea MHL în toate strategiile de intervenție. Pacienții nu pot fi tratați ca simpli receptori de informații, ci este necesar să fie tratați ca parteneri activi, ale căror credințe și atitudini necesită o modelare riguroasă și empatică (Reavley și Jorm, 2012 ; Jorm, 2015).

Prin urmare, dezvoltarea de programe educaționale adaptate cultural și lingvistic, care să vizeze recunoașterea simptomelor, promovarea strategiilor de auto-ajutor eficiente și reducerea stigmatizării, devine oportună. Aceste programe ar trebui dezvoltate de instituții de sănătate publică, ONG-uri specializate și, evident, de sistemul educațional. Ar trebui să fie implementate în școli, locuri de muncă, centre comunitare și prin campanii publice online și offline. În plus, o atenție deosebită ar trebui acordată consolidării abilităților de prim ajutor în sănătate mintală la nivelul populației generale. Nu este suficient să se recunoască o criză; este imperativ să se cunoască și modul de acțiune. Așa cum învățăm să acordăm prim ajutor fizic, ar trebui să învățăm și să oferim suport în crizele de sănătate mintală.

Pentru cercetători, domeniul MHL și al Prevenției active rămâne un teren fertil. Sunt necesare studii longitudinale care să demonstreze impactul causal al intervențiilor de MHL asupra rezultatelor în sănătate mintală (Atilola, 2015; Chendrean, 2025). De asemenea, este fundamentală dezvoltarea de instrumente de măsurare a MHL care să fie valide, fiabile și adaptate transcultural. Este necesar să se depășească dezbaterile legate de „cât de larg” ar trebui să fie conceptul de MHL (Jorm, 2015; Mackert *et al.*, 2015) și să ne concentrăm pe măsuri pragmatice, orientate spre obiective specifice ale intervențiilor. Cercetarea asupra disparităților, în special în contexte multietnice și multiculturale, este necesară și oportună. Chendrean (2025) a evidențiat complexitatea acestor disparități de literație în sănătate mintală, în regiunea Dobrogea, un context multietnic și multicultural unic în România, iar viitoarele studii ar trebui să aprofundeze aceste aspecte, explorând mecanismele subtile prin care cultura și etnia influențează percepția sănătății mintale și căutarea ajutorului. Nu în ultimul rând, o mai bună înțelegere a modului în care atitudinile generale față de tratament modelează acceptarea intervențiilor bazate pe dovezi rămâne un domeniu promițător.

8. REFLECȚII FINALE

Literația în Sănătate Mintală și Prevenția activă reprezintă două concepte transformative cu un potențial imens de a remodela peisajul îngrijirii sănătății mintale. Ele necesită în practică o abordare proactivă, care împuternicește indivizii și comunitățile să devină arhitecții propriei lor bunăstări psihologice. De la recunoașterea semnelor timpurii ale unei tulburări, până la adoptarea unor stiluri de viață sănătoase și la oferirea de prim ajutor, MHL servește drept fundație pentru o societate mai informată, mai empatică și, într-un final, mai sănătoasă. Cu toate acestea, studiile de specialitate ne arată o situație dinamică, în continuă dezvoltare,

dar care este încă departe de a fi terminată. Discriminarea și stigmatizarea persistă, iar disparitățile complexe în ceea ce privește accesul la informație și la servicii continuă să reprezinte un obstacol major. Așadar, în continuare, eforturile noastre trebuie să fie concertate, adaptate și, mai ales, sensibile la nuanțele culturale și sociale. Prin investiții continue în educație, cercetare și intervenții personalizate, putem contribui la construirea unei lumi în care sănătatea mintală nu mai este un tabu, ci devine o prioritate recunoscută și îngrijită pentru toți. Fiecare individ merită să aibă o minte sănătoasă într-o societate care îl înțelege și îl sprijină în atingerea potențialului său individual și colectiv.

Primit în redacție la: 15.09.2025

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. ACOSTA, F., RODRÍGUEZ, L., & CABRERA, B., *Beliefs about depression and its treatments: Associated variables and the influence of beliefs on adherence to treatment*, Revista de Psiquiatria y Salud Mental, **6**, 2, 2013, p. 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2012.08.002>
2. ATILOLA, O., *Level of community mental health literacy in sub-Saharan Africa: Current studies are limited in number, scope, spread, and cognizance of cultural nuances*, Nordic Journal of Psychiatry, **69**, 2, 2015, p. 93–101. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.947319>
3. BJØRNSSEN, H. N., EILERTSEN, M. B., RINGDAL, R., ESPNES, G. A., & MOKSNES, U. K., *Positive mental health literacy: Development and validation of a measure among Norwegian adolescents*, BMC Public Health, **17**, 1, 2017, p. 717–727. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4733-6>
4. CAIRNS, K.E., YAP, M.B.H., PILKINGTON, P.D., & JORM, A.F., *Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies*, Journal of Affective Disorders, **169**, 2014, p. 61–75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.006>
5. CAIRNS, K.E., YAP, M.B.H., REAVLEY, N.J., & JORM, A.F., *Identifying prevention strategies for adolescents to reduce their risk of depression: A Delphi consensus study*, Journal of Affective Disorders, **183**, 2015, p. 229–238. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.019>
6. CHENDREAN, S.T., *Disparități de literație și prevenție activă în sănătate mintală: Studiu transversal în contextul multiethnic și multicultural din Dobrogea*, Teză de doctorat, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași, Facultatea de Filosofie și Științe Social Politice, Școala Doctorală, 2025.
7. CHENDREAN, S.T., *Mental health literacy disparities and Active prevention in multiethnic and multicultural Dobrogea, Romania: Dissemination report of doctoral research results*, Journal of Romanian Literary Studies, **42**, 2025a, p. 1206–1220. <https://asociatia-alpha.ro/Jrls/042-2025/Jrls-042-157.pdf>
8. CHRISTENSEN, H., GRIFFITHS, K., JORM, A., *Delivering interventions for depression by using the Internet: Randomized controlled trial*, BMJ (Clinical research ed.), **328**, 265, 2004. <https://doi.org/10.1136/bmj.37945.566632.EE>
9. CICIURKAITE, G., & PESCOLIDIO, B. A., *Mental Health Literacy and Public Stigma: Examining the Link in 17 Countries*, Medical Research Archives, **12**, 7, 2024, <https://doi.org/10.18103/mra.v12i7.5471>

10. GOLDBERG, D., & HUXLEY, P., *Common mental disorders: A bio-social model*. Routledge, 1992.
11. HART, L.M., JORM, A.F., PAXTON, S.J., KELLY, C.M., & KITCHENER, B.A., *First aid for eating disorders*, *Eating Disorders*, **17**, 5, 2009, p. 357–384. <https://doi.org/10.1080/10640260903210156>
12. HUBERTY, J., GREEN, J., GLISSMANN, C., LARKEY, L., PUZIA, M., & LEE, C., *Efficacy of the Mindfulness Meditation Mobile App „Calm” to Reduce Stress Among College Students: Randomized Controlled Trial*, *JMIR mHealth and uHealth*, **7**, 6, 2019, e14273. <https://doi.org/10.2196/14273>
13. JORM, A.F., *Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders*, *British Journal of Psychiatry*, **177**, 5, 2000, p. 396–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
14. JORM, A.F., *Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health*, *American Psychologist*, **67**, 3, 2012, p. 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
15. JORM, A.F., *Why we need the concept of mental health literacy*, *Health Communication*, **30**, 12, 2015, p. 1166–1168. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037423>
16. JORM, A.F., ANGERMEYER, M., & KATSCHNIG, H., *Public knowledge of and attitudes to mental disorders: a limiting factor in the optimal use of treatment services in* ANDREWS, G. & HENDERSON, S. (Eds.), *Unmet need in psychiatry: Problems, resources, responses*, Cambridge University Press, 2000a, p. 399–414. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543562.032>
17. JORM, A.F., GRIFFITHS, K.M., CHRISTENSEN, H., PARSLow, R.A., & ROGERS, B., *Actions taken to cope with depression at different levels of severity: A community survey*, *Psychological Medicine*, **34** 2, 2004, p. 293–299. <https://doi.org/10.1017/s003329170300895x>
18. JORM, A. F., KORTEN, A. E., JACOMB, P. A., CHRISTENSEN, H., RODGERS, B., & POLLITT, P., „Mental health literacy”: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment, *The Medical Journal of Australia*, **166**, 4, 1997, p. 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
19. JORM, A. F., MORGAN, A. J., & WRIGHT, A., *A Comparison of Clinician, Youth, and Parent Beliefs About Helpfulness of Interventions for Early Psychosis*, *Psychiatric Services*, **59**, 10, 2008, p. 1115–1120. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.10.1115>
20. JORM A. F., WRIGHT A., MORGAN A. J., *Beliefs about appropriate first aid for young people with mental disorders: Findings from an Australian national survey of youth and parents*, *Early Intervention in Psychiatry*, **1**, 1, 2007, p. 61–70. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00012.x>
21. KELLY, C. M., JORM, A. F., & WRIGHT, A., *Improving mental health literacy as a strategy to improve early intervention for mental disorders*, *Medical Journal of Australia*, **187**, S7, 2007, p. S26–S30. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>
22. KELLY, C.M., JORM, A.F., & KITCHENER, B.A., *Development of mental health first aid guidelines for panic attacks: A Delphi study*, *BMC Psychiatry*, **9**, 1, 49, 2009. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-49>
23. KELLY, C.M., JORM, A.F., & KITCHENER, B.A., *Development of mental health first aid guidelines on how a member of the public can support a person affected by a traumatic event: A Delphi study*, *BMC Psychiatry*, **10**, 1, 49, 2010. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-49>
24. KELLY, C.M., JORM, A.F., KITCHENER, B.A., & LANGLANDS, R.L., *Development of mental health first aid guidelines for deliberate non-suicidal self-injury: A Delphi study*, *BMC Psychiatry*, **8**, 1, 62, 2008a. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-62>

25. KELLY, C.M., JORM, A.F., KITCHENER, B.A., & LANGLANDS, R.L., *Development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: A Delphi study*, BMC Psychiatry, **8**, 1, 17, 2008b. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-8-17>
26. KINGSTON, A.H., JORM, A.F., KITCHENER, B.A., HIDES, L., KELLY, C.M., MORGAN, A.J., *et al.*, *Helping someone with problem drinking: Mental health first aid guidelines – A Delphi expert consensus study*, BMC Psychiatry, **9**, 1, 79, 2009. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-9-79>
27. KINGSTON, A.H., MORGAN, A.J., JORM, A.F., HALL, K., HART, L.M., KELLY, C.M., & LUBMAN, D.I., *Helping someone with problem drug use: A Delphi consensus study of consumers, carers, and clinicians*, BMC Psychiatry, **11**, 1, 3, 2011. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-3>
28. KITCHENER, B.A., JORM, A.F., & KELLY, C.M., *Mental health first aid international manual*, Mental Health First Aid International, 2015.
29. KUSAN, S., *Dialectics of mind, body, and place: Groundwork for a theory of mental health literacy*, Sage Open, **3**, 4, 2013. <https://doi.org/10.1177/2158244013512131>
30. KUTCHER, S., WEI, Y., & CONIGLIO, C., *Mental health literacy: Past, present, and future*, Canadian Journal of Psychiatry, **61**, 3, 2016, p. 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
31. MACKERT, M., CHAMPLIN, S., SU, Z., & GUADAGNO, M., *The many health literacies: Advancing research or fragmentation?* Health Communication, **30**, 12, 2015, p. 1161–1165. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037422>
32. MORGAN, A. J., ROSS, A., & REAVLEY, N. J., *Systematic review, and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour*, PloS One, **13**, 5, 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>
33. NUTBEAM, D., WISE, M., BAUMAN, A., HARRIS, E., & LEEDER, S., *Goals, and targets for Australia's health in the year 2000 and beyond*, Commonwealth of Australia, 1993.
34. REAVLEY, N.J., & JORM, A.F., *Public recognition of mental disorders and beliefs about treatment: Changes in Australia over 16 years*, British Journal of Psychiatry, **200**, 5, 2012, p. 419–425. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.104208>
35. ROSS, A.M., KELLY, C.M., & JORM, A.F., *Re-development of mental health first aid guidelines for non-suicidal self-injury: A Delphi study*, BMC Psychiatry, **14**, 1, 236, 2014. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0236-5>
36. ROSSETTO, A., JORM, A.F., & REAVLEY, N.J., *Quality of helping behaviours of members of the public towards a person with a mental illness: A descriptive analysis of data from an Australian national survey*, Annals of General Psychiatry, **13**, 1, 2, 2014. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-13-2>
37. THOMPSON, A., HUNT, C., & ISSAKIDIS, C., *Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, **39**, 10, 2004, p. 810–817. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0816-7>
38. WANG, P.S., ANGERMEYER, M., BORGES, G., BRUFFAERTS, R., CHIU, W.T., DE GIROLAMO, G., *ET AL.*, *Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Survey Initiative*, World Psychiatry, **6**, 3, 2007, p. 177–185. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2174579/>
39. YAP, M.B.H., & JORM, A.F., *Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis*, Journal of Affective Disorders, **175**, 2015, p. 424–440. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.050>
40. YAP, M.B.H., FOWLER, M., REAVLEY, N., & JORM, A.F., *Parenting strategies for reducing the risk of childhood depression and anxiety disorders: A Delphi consensus study*, Journal of Affective Disorders, **183**, 2015b, p. 330–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.031>

41. YAP, M.B.H., JORM, A.F., & LUBMAN, D.I., *What are parents doing to reduce adolescent alcohol misuse? Evaluating concordance with parenting guidelines for adolescent alcohol use*, BMC Public Health, **15**, 1, 114, 2015a. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1452-8>
42. YAP, M.B.H., PILKINGTON, P.D., RYAN, S.M., KELLY, C.M., & JORM, A.F. *Parenting strategies for reducing the risk of adolescent depression and anxiety disorders: A Delphi consensus study*, Journal of Affective Disorders, **156**, 2014, p. 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.017>
43. YAP, M.B.H., REAVLEY, N., & JORM, A.F., *Young people's beliefs about preventive strategies for mental disorders: Findings from two Australian national surveys of youth*, Journal of Affective Disorders, **136**, 3, 2012, p. 940–947. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.003>

REZUMAT

Literația în Sănătate Mintală și Prevenția activă reprezintă doi piloni fundamentali și totodată subutilizați în eforturile conjugate de îmbunătățire a bunăstării psihologice la nivel global. Acest articol își propune să exploreze originile, evoluția și componentele esențiale ale conceptului MHL, subliniind rolul său fundamental atât în cultivarea și promovarea comportamentelor preventive, cât și în reducerea decalajelor de tratament. De fapt, MHL nu este doar o colecție de cunoștințe abstracte, ci reprezintă un instrument complex ce orientează indivizii prin labirintul problemelor de sănătate mintală, transformându-i din beneficiari pasivi în agenți pro activi ai propriei sănătăți mintale. Mai mult decât atât, MHL facilitează strategiile de prevenție activă, de la căutarea timpurie a ajutorului, până la adoptarea unor stiluri de viață sănătoase și oferirea de prim ajutor în comunitate. Dar, pentru a fi cu adevărat eficace, aceste concepte trebuie aplicate într-un mod conștient, recunoscând și abordând transparent disparitățile multiple existente în societate – demografice, socioeconomice și culturale – care persistă în nivelurile de MHL în diverse segmente ale populației. Așadar, articolul se adresează atât comunității academice, cât și profesioniștilor din domeniul îngrijirii sănătății mintale, oferind astfel o perspectivă integrată asupra implicațiilor teoretice și practice ale acestor două concepte emergente, esențiale și necesare atât pentru dezvoltarea unor intervenții personalizate și cultural-sensibile, cât și pentru reducerea disparităților de literație în sănătate mintală.

