



ALIANȚA NAȚIONALĂ

— PENTRU SĂNĂTATE MINTALĂ —

— Unitate • Responsabilitate • Protecția Beneficiarului —

STIGMATIZAREA ÎN SĂNĂTATEA MINTALĂ – ce este, cum ne afectează și cum o putem reduce



ÎNȚELEGERE

Află ce înseamnă stigmatizarea
și cum se manifestă.



IMPACT

Descoperă cum stigma afectează
oamenii și comunitățile.



ACȚIUNE

Împreună putem construi
o societate mai empatică
și mai incluzivă.



SCHIMBĂM PERSPECTIVA.
REDUCEM STIGMA. CREȘTEM SPERANȚA.



Alianța Națională pentru Sănătate Mintală

Stigmatizarea în sănătatea mintală – ce este, cum ne afectează și cum o putem reduce

1. Introducere

Sănătatea mintală face parte din sănătatea noastră generală, la fel cum sănătatea fizică este esențială pentru o viață împlinită. Cu toate acestea, încă există bariere semnificative în modul în care sănătatea mintală este percepută și abordată în societatea românească — una dintre cele mai importante fiind stigmatizarea.

Stigmatizarea în sănătatea mintală înseamnă asocierea problemelor emoționale sau psihologice cu judecată negativă, rușine sau inferioritate. Aceasta nu este o problemă abstractă sau „teoretică”: ea se reflectă în modul în care oamenii vorbesc despre suferința psihică, în felul în care persoanele afectate se văd pe ele însele și în deciziile pe care le iau sau le evită în ceea ce privește îngrijirea lor.

În România, stigmatizarea în sănătatea mintală rămâne o realitate persistentă și complexă. Deși la nivel oficial există politici și programe pentru sănătatea mintală, accesul la servicii și percepțiile sociale legate de sprijinul psihologic sau psihiatric sunt încă influențate de prejudecăți și lipsa de informare. O analiză integrată arată că stigmatizarea este identificată ca unul dintre principalele riscuri sociale în contextul sănătății mintale ale populației românești, alături de prioritizarea insuficientă a sănătății mintale în politica publică și accesul limitat la resurse adecvate de îngrijire.

1.1. De ce este necesar un ghid despre stigmatizare

Problema stigmatizării nu este doar despre „vocabular” sau „atitudini”, ci despre efectele concrete pe care le are asupra vieții oamenilor. Atunci când suferința emoțională este tratată ca un subiect tabu sau cu ironiile frecvente ale limbajului, cei afectați pot:

- evita să ceară ajutor, de teamă că vor fi judecați sau marginalizați;
- interioriza mesajele negative, ceea ce poate agrava rușinea sau auto-învinovățirea;
- suferi dublu — atât din cauza simptomelor, cât și din cauza reacțiilor sociale.

În astfel de situații, consecințele nu sunt doar simbolice. Ceea ce ar putea fi gestionat mai devreme, cu sprijin adecvat, ajunge adesea să devină o povară mai mare din cauza tăcerii, amânării sau retragerii.

1.2. Contextul românesc

Datele privind sănătatea mintală din România sunt încă limitate și insuficient raportate la nivel național. În lipsa unor studii epidemiologice cu acoperire recentă și completă, prevalența problemelor de sănătate mintală este dificil de estimat cu precizie. Totuși, datele existente arată:

- În unele rapoarte, depresia este estimată la aproximativ 1% din populația României pe baza înregistrărilor oficiale, comparativ cu o medie europeană mult mai ridicată (~7%).
- Alte estimări academice sugerează o rată mai mare pentru tulburările de dispoziție (inclusiv episoade depresive), indicând că acestea pot afecta un procent semnificativ al populației adultului în cursul vieții.

- Există limite importante în monitorizarea acestor date, ceea ce face dificilă înțelegerea completă a fenomenului, un aspect atribuit în parte stigmatizării și sub-raportării problemelor mintale.

Aceste cifre par scăzute la prima vedere, dar nu reflectă neapărat realitatea epidemiologică completă, ci mai degrabă un fenomen de subestimare și acces redus la diagnostic și tratament — inclusiv din cauza reținerii persoanelor în a raporta simptome sau de a căuta ajutor din cauza stigmei.

1.3. Cum ne afectează toți stigmatizarea

Stigmatizarea nu este o problemă izolată doar pentru persoanele care se confruntă cu suferință psihică. Ea afectează întreaga comunitate, pentru că:

- creează obstacole pentru accesul la servicii adecvate de îngrijire;
- descurajează discuțiile deschise despre bunăstarea emoțională;
- limitează educația emoțională în familie, la locul de muncă și în școală;
- menține mituri și stereotipuri care se transmit de la o generație la alta.

1.4. Scopul acestui ghid

Ghidul de față își propune să:

1. **explice ce este stigmatizarea și cum se manifestă;**
2. **ilustreze modul în care afectează persoanele, familiile și comunitatea;**
3. **oferte repere practice pentru reducerea stigmatizării în diferite contexte sociale;**
4. **încurajeze dialogul responsabil și sprijinul efectiv pentru sănătatea mintală.**

Acest ghid nu este un manual clinic, ci o resursă educațională și de conștientizare, adresată oricărei persoane interesate de sănătatea mintală — fie că te confrunți cu dificultăți personale, fie că vrei să fii un sprijin real pentru cei din jur.

2. Ce este stigmatizarea în sănătatea mintală?

Stigmatizarea în sănătatea mintală este un fenomen complex care afectează modul în care sunt percepute persoanele cu dificultăți emoționale, tulburări psihice sau care solicită sprijin psihologic. Pe scurt, stigmatizarea înseamnă judecată negativă, stereotipuri și atitudini discriminatorii, care reduc o persoană la ceea ce suferă, în loc să o perceapă ca pe un individ complet. — Unitate • Responsabilitate • Protecția Beneficiarului —

2.1. Definiția stigmatizării

Termenul *stigmatizare* se referă la:

- atitudini negative
- credințe și stereotipuri disprețuitoare
- percepții discriminatorii față de persoanele care se confruntă cu probleme de sănătate mintală.

Conform centrelor de sănătate publică, stigmatizarea poate include:

- opinii care asociază problemele de sănătate mintală cu slăbiciune personală sau caracter defectuos
- comportamente care exclud sau resping social
- reacții emoționale negative față de persoanele afectate

Aceste manifestări pot împiedica accesarea sprijinului și pot întârzia tratamentul adecvat.



Stigmatizarea nu înseamnă doar insulte sau etichete, ci și reacții subtile — deseori inexplicite — care transmit mesajul că suferința psihică este “de evitat”, “rușinoasă” sau “semn de slăbiciune”.

2.2. Componentele stigmei în sănătatea mintală

Stigmatizarea poate fi înțeleasă ca având mai multe dimensiuni:

▪ Stigmatizarea socială (publică)

Reprezintă atitudinile negative ale societății sau grupului social față de persoanele cu dificultăți mintale. Acest tip de stigmă include stereotipuri și prejudecăți care sunt împărtășite de publicul larg.

▪ Auto-stigmatizarea

Are loc atunci când o persoană cu experiență de suferință psihică interiorizează stereotipurile negative și începe să le aplice asupra propriei persoane — de exemplu, prin rușine, auto-învinovărire sau scăderea stimei de sine.

▪ Stigmatizarea instituțională și profesională

Reprezintă bariere sistemice sau comportamente negative venite din partea instituțiilor, inclusiv a profesioniștilor din sănătatea mintală sau a personalului medical, care pot menține discriminarea și accesul inegal la servicii. În unele studii asupra mediului de îngrijire din România s-a observat manifestarea sa în anumite contexte, ceea ce poate influența experiența pacientului.

Aceste dimensiuni se suprapun, iar efectele lor se resimt atât în plan social, cât și individual.

2.3. Cum se manifestă stigmatizarea

Stigmatizarea se poate manifesta prin:

- Limbaj și etichetare

Stereotipuri precum „ești nebun(ă)”, „nu te descurci”, „scrântit(ă)”, „nu ești normal(ă)” sunt exemple de etichete care reduc o persoană la o caracteristică negativă și o marchează ca „altfel” în fața comunității.

- Minimalizarea suferinței

Fraze ca „trece”, „nu e mare lucru”, „e doar o fază” reduc experiența propriu-zisă a suferinței și pot transmite invalidare emoțională.

- Izolare, excludere socială

Atunci când o persoană evită discuțiile despre dificultățile sale de teamă că va fi judecată sau marginalizată, se creează un climat de tăcere și singurătate.

2.4. De ce stigmatizarea contează

Stigma nu este doar o problemă de vocabular, ci are efecte reale și măsurabile în viața persoanelor afectate:

- Întârzie sau împiedică accesul la tratament

Persoanele care se tem de judecată socială sunt mai puțin predispuse să caute sprijin profesional, ceea ce poate agrava simptomele și poate întârzia intervenția.

- Crește suferința emoțională

Când discuțiile despre experiența internă sunt evitate din rușine, persoana poate interioriza mesaje negative, ceea ce crește riscul de:

- rușine profundă
- auto-învinovărire
- izolare

- retragere socială

Toate acestea sunt consecințe documentate ale stigmatizării asupra sănătății mintale.

- Consolidarea stereotipurilor și prejudecăților

Stigma se auto-întărește în comunitate prin repetarea stereotipurilor negative, ceea ce, în unele contexte, menține o imagine falsă despre persoanele cu dificultăți psihice, percepute eronat ca „slabe”, „imprevizibile” sau „periculoase”. Aceste credințe au fost identificate în diverse cercetări și surse analitice.

2.5. Stigmatizarea în România — ce știm din cercetare

Studiile care examinează stigma în sănătatea mintală în România arată că aceasta afectează:

- atitudinile față de persoanele cu probleme mintale
- disponibilitatea de a căuta ajutor
- relațiile sociale ale persoanelor afectate

O trecere în revistă sistematică arată că stigma legată de tulburările mintale în România are un impact semnificativ asupra comportamentului de căutare a ajutorului, asupra mediului de muncă și asupra relațiilor sociale, iar stereotipurile negative sunt validate și întreținute de relatările mass-media.

Această evidență sugerează că stigmatizarea rămâne o barieră în furnizarea de îngrijire și în reintegrarea socială a persoanelor cu probleme mintale.

Stigmatizarea în sănătatea mintală este o combinație de:

- atitudini negative,
- stereotipuri dezumanizante,
- comportamente discriminatorii.

Aceasta poate lua forma limbajului ofensator, a prejudecăților, a evitării și, mai grav, a auto-stigmatizării. Stigma nu doar afectează modul în care persoanele sunt percepute de ceilalți, ci influențează direct accesul la sprijin și calitatea vieții lor.

Prin înțelegerea clară a ceea ce este stigmatizarea, putem începe să o demontăm — atât la nivel personal, cât și la nivel social.

3. De ce apare stigmatizarea

Stigmatizarea nu apare „din neant”. Este rezultatul unei combinații de factori culturali, sociali, educaționali și instituționali care se întrepătrund. Înțelegerea acestor cauze ne ajută să recunoaștem atunci când stigmatizarea se reproduce și să o abordăm în mod conștient.

3.1. Rădăcini culturale și istorice

În multe societăți, inclusiv în România, sănătatea mintală nu a fost discutată deschis tradițional. Vulnerabilitatea emoțională a fost adesea asociată cu rușinea sau cu lipsa de „voință”.

Această atitudine are rădăcini istorice și sociale: în trecut, problemele psihice erau adesea reduse la „nebunie” sau privite ca ținând de voința individuală, nu ca necesitând ajutor profesional. Chiar astăzi, stereotipurile legate de instabilitate, pericol sau „diferență” pot fi prezente în discursul comun. Aceste stereotipuri își au originea în lipsa alfabetizării emoționale și în tradiția de a privi sănătatea mintală ca pe un subiect tabu.

Un studiu privind percepțiile publice în România arată că distanța socială față de persoanele cu probleme de sănătate mintală crește în funcție de tipul de tulburare și de percepția riscului; măsurile de devalorizare și discriminare sunt semnificative în diferite regiuni ale țării, sugerând că stereotipurile negative sunt încă răspândite.

3.2. Lipsa cunoașterii și alfabetizarea emoțională

Lipsa de informare corectă despre sănătatea mintală este un factor major al stigmatizării. Când oamenii nu înțeleg cauzele, manifestările sau natura variată a suferinței psihice, ei tind să umple golurile cu prejudecăți sau idei eronate.

În România, cercetările au arătat că mass-media poate contribui la perpetuarea stereotipurilor, deoarece în numeroase articole despre sănătate mintală experții sunt menționați rar, iar limbajul folosit poate contribui la etichetare sau exagerare. De exemplu, într-o analiză a presei centrale și locale din 2025, s-a constatat că termenii folosiți în articolele despre sănătate mintală adesea nu sunt însoțiți de explicații relevante și pot contribui la stigmatizare prin reducerea subiectului la idei senzaționaliste sau reacții emoționale superficiale.

Această lipsă de informare consolidată la nivel social creează un teren fertil pentru stereotipuri și prejudecăți.

3.3. Frica de necunoscut și anxietatea socială

Oamenii au tendința de a se teme de ceea ce nu cunosc sau nu înțeleg. Problemele de sănătate mintală pot părea imprevizibile sau greu de „controlat” pentru cineva fără educație în domeniu, ceea ce poate duce la evitarea discuțiilor despre ele sau la interpretări exagerate („este periculos”, „nu ai voie să fii vulnerabil”).

O parte din aceste temeri se bazează mai puțin pe realitatea empirică și mai mult pe percepțiile sociale — adică pe felul în care societatea transmite aceste idei.

3.4. Media și reprezentarea problemelor mintale

Modul în care mass-media scrie sau vorbește despre sănătatea mintală influențează atitudinile publicului.

Date recente arată că în presa românească articolele despre sănătate mintală sunt adesea reactive, abordând subiectul după evenimente (de exemplu, după un incident legat de auto-vătămare sau un produs de media), și nu sunt însoțite de surse științifice sau de mențiunea experților. Aceasta contribuie la menținerea unor imagini incomplete sau distorsionate.

3.5. Stereotipuri validate la nivel social și profesional

Un review sistematic al studiilor privind stigma în România arată că:

- stigma legată de tulburările mintale afectează atitudinea față de căutarea ajutorului,
- influențează mediul de lucru și relațiile sociale ale persoanelor afectate,
- stereotipurile negative sunt menținute și validate de mass-media.

De asemenea, stigma publică este mai frecvent raportată decât auto-stigmatizarea în studiile existente.

3.6. Bariere structurale și instituționale

Stigmatizarea nu este doar o problemă individuală. Ea este susținută și de bariere instituționale, cum ar fi:

- acces insuficient la servicii comunitare de sănătate mintală;
- servicii concentrate în spitale, într-un sistem medical încă puternic biomedical;
- resurse limitate pentru intervenții preventive și educaționale.

Raportul de situație a sănătății mintale din România observă că serviciile de sănătate mintală sunt încă centrate pe modelele tradiționale și pot fi dificil de accesat pe scară largă, ceea ce poate întări percepția că problema nu este „relevantă” sau „valabilă” pentru majoritatea populației.

Aceste bariere structurale pot întări stigma, deoarece lipsa vizibilității serviciilor adecvate face ca problemele mintale să pară mai rare sau mai extreme decât sunt în realitate.

3.7. Lipsa educației și a dialogului deschis

Educația formală și conversațiile deschise despre sănătatea mintală în familie, școală sau la locul de muncă sunt adesea absente sau insuficiente. Fără aceste conversații, oamenii ajung să aplice modele de înțelegere simpliste sau eronate, iar lipsa cunoștințelor consolidează stigmatul. Educația emoțională, integrarea conceptelor de sănătate mintală în curricula școlară și programe de conștientizare susținute pot reduce aceste bariere pe termen lung.

Stigmatizarea nu este pur și simplu o „atitudine greșită” a unor indivizi. Ea este produsul unui context mai larg:

- lipsa de informare,
- tradiții culturale de evitarea vulnerabilității,
- modul în care mass-media comunică subiectul,
- bariere instituționale și educaționale.

Când înțelegem cauzele stigmatizării, putem începe să o adresăm într-un mod strategic și responsabil — atât la nivel personal, cât și social.

4. Cum afectează stigmatizarea persoana

Stigmatizarea nu este doar o reacție socială exterioară. Ea produce efecte interne, adesea profunde și durabile. Atunci când o persoană se confruntă cu dificultăți emoționale sau cu o tulburare psihică, povara simptomelor poate fi amplificată de teama de judecată, de rușine sau de reacțiile negative ale celor din jur.

Suferința nu mai este doar despre ceea ce trăiește persoana, ci și despre cum este privită pentru ceea ce trăiește.

În această secțiune analizăm impactul stigmatizării la patru niveluri: emoțional, cognitiv, comportamental și sistemic.

4.1. Efecte emoționale

▪ Rușine – „e ceva greșit cu mine”

Rușinea este una dintre cele mai frecvente consecințe ale stigmatizării. Când mesajele sociale repetă ideea că suferința psihică este semn de slăbiciune, persoana poate ajunge să creadă că problema nu este doar experiența prin care trece, ci propria identitate.

Rușinea diferă de vinovăție.

Vinovăția spune: „am făcut ceva greșit”.

Rușinea spune: „eu sunt greșit(ă)”.

Această diferență este esențială.

Rușinea tinde să conducă la:

- retragere socială,
- secretizare,
- auto-critică intensă,
- evitarea expunerii.

Cu cât rușinea este mai intensă, cu atât probabilitatea de a cere ajutor scade.

▪ Vinovăție – „eu sunt problema”

Stigmatizarea transmite frecvent ideea că persoana ar trebui „să se descurce singură”.

În consecință, pot apărea gânduri precum:

- „Dacă aș fi mai puternic(ă), nu aș fi așa.”
- „E vina mea că nu pot face față.”
- „Alții reușesc, eu de ce nu?”

Vinovăția devine un mecanism de auto-explicație a suferinței, dar în același timp blochează căutarea sprijinului.

▪ **Frica de judecată – „dacă află ceilalți?”**

Teama de a fi perceput(ă) diferit poate fi paralizantă.

Aceasta este adesea mai puternică decât simptomele în sine.

Frica de judecată poate include:

- teamă că vei fi considerat(ă) incompetent(ă) la locul de muncă;
- teamă că vei fi evitat(ă) în relații;
- teamă că vei fi etichetat(ă) definitiv.

Această anxietate socială determinată de stigmatizare poate duce la izolare preventivă: persoana evită să vorbească despre suferință tocmai pentru a preveni excluderea.

4.2. Efecte cognitive

Stigmatizarea nu afectează doar emoțiile, ci și modul în care persoana gândește despre sine și despre lume.

▪ **Auto-etichetare – „sunt slab(ă)”**

Când stereotipurile sunt interiorizate, apare auto-stigmatizarea.

Persoana poate ajunge să adopte limbajul social stigmatizant în dialogul interior.

Aceasta conduce la:

- scăderea stimei de sine;
- percepție distorsionată a valorii personale;
- reducerea inițiativei de a căuta soluții.

▪ **Catastrofizare – „dacă cer ajutor, îmi distrug reputația”**

Un efect frecvent este anticiparea consecințelor negative extreme:

- „Dacă merg la psiholog, o să afle toată lumea.”
- „Dacă iau concediu medical, nu voi mai fi promovat(ă).”
- „Dacă spun ce simt, voi fi respins(ă).”

Aceste scenarii nu sunt întotdeauna bazate pe fapte, ci pe frica alimentată de stigmatizare.

▪ **Neîncredere – „oricum nu ajută”**

Când societatea transmite implicit că intervenția psihologică este inutilă sau „pentru cei slabi”, persoana poate dezvolta o atitudine de scepticism.

Neîncrederea poate viza:

- eficiența psihoterapiei,
- profesionalismul specialiștilor,
- confidențialitatea.

Aceasta devine o barieră suplimentară în accesarea serviciilor.

4.3. Efecte comportamentale

▪ **Evitare – amânarea programării**

Stigmatizarea conduce frecvent la procrastinare:

- „Mai aștept puțin.”
- „Poate îmi trece.”
- „Nu e atât de grav.”

Această amânare poate permite agravarea simptomelor.

▪ **Retragere – izolarea ca autoprotecție**

Retragerea este un mecanism de apărare.

Dacă există riscul de a fi judecat(ă), persoana poate alege să reducă expunerea socială.

Problema este că izolarea:

- reduce sprijinul,
- limitează resursele,
- amplifică vulnerabilitatea.

▪ **„Masking” – zâmbet social + suferință privată**

Unele persoane continuă să funcționeze aparent normal:

- performează profesional,
- mențin interacțiuni sociale,
- afișează „normalitate”.

În privat, însă, suferința rămâne nespusă.

Acest „masking” poate crește epuizarea emoțională și sentimentul de singurătate.

4.4. Efecte asupra sănătății și accesului la servicii (cu date)

Stigmatizarea nu influențează doar trăirea individuală, ci și statisticile oficiale.

Un exemplu relevant vine din Profilul de țară privind sănătatea în România (Comisia Europeană, 2023):

- Conform EHIS 2019 (European Health Interview Survey), aproximativ 1% dintre adulții din România au raportat depresie.
- Această cifră este mult sub media UE.
- Raportul atrage atenția că această rată foarte scăzută poate reflecta subdiagnostic și reticență în raportare, inclusiv din cauza stigmei, nu neapărat o prevalență reală mai mică.

(Sursă: European Commission, *Romania – Country Health Profile 2023*, bazat pe EHIS 2019)

În același document sunt citate estimări ale Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) pentru 2019, care indică:

- anxietatea: aproximativ 4% prevalență estimată
- depresia: aproximativ 4% prevalență estimată

Diferența dintre:

- 1% auto-raportat
și

- ~4% estimat epidemiologic

sugerează un decalaj semnificativ.

Acest decalaj poate reflecta:

- sub-raportare;
- reticență în a declara simptome;
- lipsa evaluării profesionale;
- teamă de etichetare.

Stigma poate „micșora” cifrele oficiale, deoarece oamenii evită să declare dificultăți sau să caute diagnostic.

4.5. Cerc vicios: stigma → evitare → agravare

Putem observa un mecanism circular:

1. Există stigmatizare socială.
2. Persoana dezvoltă rușine și teamă.
3. Evită sprijinul.

4. Simptomele se agravează.
5. Problemele devin mai vizibile și mai severe.
6. Stereotipurile sunt confirmate la nivel social.

Astfel, stigmatizarea nu doar reflectă problemele de sănătate mintală — le poate amplifica indirect.

Stigmatizarea afectează persoana la multiple niveluri:

- emoțional,
- cognitiv,
- comportamental,
- sistemic.

Ea poate transforma o experiență gestionabilă într-una copleșitoare prin rușine și tăcere. Înțelegerea acestor mecanisme este primul pas în a rupe cercul vicios.

5. Impactul stigmatizării asupra celor apropiați

Stigmatizarea în sănătatea mintală nu afectează doar persoana care traversează o perioadă de suferință. Ea se extinde în cercuri concentrice — atingând familia, partenerul, copiii, prietenii și chiar colegii de muncă.

Uneori, impactul asupra apropiaților este subtil și invizibil. Alteori, este explicit: rușine, teamă de expunere socială, conflicte, tăcere colectivă.

Atunci când stigma este prezentă într-o comunitate, nu doar persoana afectată este redusă la o etichetă, ci și cei din jur pot simți presiunea socială.

5.1. „Stigma prin asociere”

Conceptul de „stigma prin asociere” (uneori numit *courtesy stigma*) descrie situația în care membrii familiei sau apropiații unei persoane cu dificultăți psihice experimentează ei înșiși rușine sau teamă de judecată socială.

▪ Rușinea indirectă – „ce o să zică lumea despre noi?”

În unele contexte culturale, dificultatea unui membru al familiei este percepută ca reflectând asupra întregii familii.

Pot apărea gânduri precum:

- „Ce vor spune vecinii?”
- „O să creadă că nu ne-am ocupat suficient.”
- „Ne facem de râs.”

Această perspectivă poate determina:

- ascunderea problemei;
- evitarea discuțiilor;
- opoziție față de ideea de a merge la psiholog sau psihiatru.

▪ Presiunea de a „păstra aparențele”

În multe familii, imaginea socială este considerată esențială.

A recunoaște o vulnerabilitate emoțională poate fi perceput ca o amenințare la adresa statutului sau reputației.

Astfel apar comportamente precum:

- negarea dificultăților;
- minimalizarea („e doar o fază”);
- amânarea evaluării profesionale;
- impunerea unei „normalități” forțate.

Presiunea de a păstra aparențele poate accentua izolarea persoanei afectate.

5.2. Tăcerea devine colectivă

Stigmatizarea nu produce doar tăcere individuală, ci și tăcere relațională.

▪ Apropiații evită să încurajeze terapia

Unii membri ai familiei pot ezita să spună: „Poate ar fi util să vorbești cu un specialist.”

Motivul nu este lipsa grijii, ci frica de a:

- amplifica rușinea,
- valida „etichetarea”,
- crea conflict.

Această evitare poate întârzia accesul la sprijin.

▪ Persoana suferindă evită să vorbească „ca să nu îi încarce”

La rândul ei, persoana afectată poate evita să își exprime suferința din dorința de a nu „îngreuna” atmosfera familiei.

Gânduri frecvente:

- „Nu vreau să îi stresez.”
- „Au destule probleme.”
- „Mai bine țin pentru mine.”

Se creează astfel un paradox: fiecare încearcă să îl protejeze pe celălalt prin tăcere.

Rezultatul: izolare reciprocă.

5.3. Conflicte relaționale tipice

Atunci când suferința este neînțeleasă, comportamentele asociate pot fi interpretate greșit.

▪ Retragerea este interpretată ca dezinteres

Persoana afectată poate:

- evita conversațiile;
- refuza ieșirile;
- petrece mai mult timp singură.

Apropiatul poate interpreta:

- „Nu îi mai pasă.”
- „Nu mai vrea să fie implicat(ă).”

În realitate, retragerea poate fi consecința epuizării emoționale, nu a lipsei de atașament.

▪ Iritabilitatea este interpretată ca „răutate”

În depresie sau anxietate, pragul de toleranță la stres poate scădea.

Iritabilitatea poate reflecta:

- suprasolicitare internă;
- epuizare;
- tensiune acumulată.

Dacă nu este înțeleasă, poate duce la escaladarea conflictelor.

▪ Lipsa de energie este interpretată ca „lene”

Unul dintre cele mai frecvente stereotipuri este asocierea simptomelor cu lipsa de voință.

Când persoana nu poate:

- să se mobilizeze;
- să finalizeze sarcini;
- să participe la activități,

familia poate reacționa cu frustrare.

Această reacție, deși uneori justificată emoțional, poate amplifica rușinea și auto-critica persoanei afectate.

5.4. Impact asupra copiilor și adolescenților

În familiile în care un adult se confruntă cu dificultăți psihice, copiii pot:

- interpreta retragerea ca respingere;
- crede că sunt responsabili pentru starea părintelui;
- evita să vorbească despre propriile emoții.

Dacă stigma este prezentă în familie, copiii pot învăța implicit că:

- vulnerabilitatea trebuie ascunsă;
- ajutorul profesional este rușinos;
- suferința se gestionează în tăcere.

Aceste mesaje pot avea efecte pe termen lung asupra modului în care generațiile viitoare vor aborda sănătatea mintală.

5.5. Ce pot face apropiații – mini-instrumentar practic

Reducerea stigmatizării începe în familie.

▪ Validare fără dramatizare

Exemple de formulări utile:

- „Are sens ce simți.”
- „Îmi dau seama că îți este greu.”
- „Nu trebuie să treci prin asta singur(ă).”

Validarea nu înseamnă amplificarea problemei, ci recunoașterea experienței.

▪ Întrebări concrete și colaborative

În loc de: „Trebuie să mergi la psiholog.”

Se poate formula: „Vrei să căutăm împreună un specialist?” „Ți-ar fi mai ușor dacă te-aș însoți la prima programare?”

Aceste întrebări păstrează autonomia persoanei.

▪ Încurajare fără presiune

„Putem încerca o evaluare. Nu te obligă la nimic.”

Mesajul transmite:

- sprijin,
- flexibilitate,
- lipsă de constrângere.

Presiunea poate activa rezistența; sprijinul constant crește încrederea.

▪ Evitarea minimalizării

Fraze precum:

- „trece”
- „nu e mare lucru”
- „exagerezi”

pot invalida experiența.

O alternativă: „Nu știu exact cum e pentru tine, dar vreau să înțeleg.”

▪ Informare corectă

Apropiatul poate reduce propria anxietate prin:

- informare despre simptome;
- înțelegerea diferenței dintre stare temporară și tulburare;
- clarificarea miturilor.

Cu cât nivelul de cunoaștere crește, cu atât stigmatizarea scade.

6. Normalizarea vulnerabilității

Stigmatizarea prosperă într-un context în care vulnerabilitatea este percepută ca excepție, deviație sau slăbiciune. În realitate, vulnerabilitatea este parte integrantă a condiției umane. A normaliza vulnerabilitatea nu înseamnă a minimaliza suferința. Înseamnă a o așeza în contextul firesc al vieții.

6.1. Vulnerabilitatea ca parte a vieții (nu excepție)

Viața implică inevitabil:

- perioade de stres intens,
- pierderi (de persoane, relații, statut, sănătate),
- schimbări majore (mutări, divorț, schimbare profesională),
- epuizare cronică,
- incertitudine prelungită.

Nici un individ nu este imun la impactul acestor experiențe.

Totuși, discursul social promovează adesea imaginea unei persoane „puternice”, autonome, capabile să gestioneze orice fără sprijin extern. Această imagine idealizată creează un contrast dureros atunci când apar dificultăți reale.

Vulnerabilitatea nu este un defect de caracter.

Este o reacție umană la circumstanțe solicitante.

A simți anxietate, tristețe profundă sau epuizare în anumite contexte nu indică slăbiciune, ci sensibilitate la stres și capacitate de a reacționa emoțional la realitate.

Vulnerabilitatea ca indicator, nu ca eșec

Simptomele emoționale pot funcționa ca semnale:

- că ritmul este prea intens,
- că resursele sunt epuizate,
- că sprijinul este insuficient,
- că schimbările au depășit capacitatea actuală de adaptare.

Privite astfel, vulnerabilitatea devine un indicator de ajustare necesară, nu o dovadă de inferioritate.

6.2. „A cere ajutor” ca act de grijă, nu slăbiciune

Unul dintre cele mai persistente mituri este acela că solicitarea sprijinului psihologic sau psihiatric este un semn de slăbiciune.

Putem reîncadra această perspectivă printr-o comparație simplă:

Atunci când apare o durere fizică persistentă, majoritatea persoanelor:

- consultă un medic,
- efectuează investigații,
- acceptă tratament.

Nu interpretăm consultul cardiologic sau ortopedic ca pe un eșec personal.

De ce ar fi diferit în cazul sănătății mintale?

Creierul și sistemul emoțional fac parte din organism.

A solicita sprijin pentru dificultăți psihice este comparabil cu solicitarea ajutorului pentru orice altă problemă de sănătate.

Maturitate și responsabilitate

A cere ajutor presupune:

- recunoașterea limitelor proprii,
- dorința de a preveni agravarea,
- responsabilitate față de propria stare,
- grijă față de cei din jur.

În multe situații, intervenția timpurie reduce durata și intensitatea simptomelor.

Prin urmare, solicitarea sprijinului este un act preventiv și responsabil, nu un semn de fragilitate.

6.3. Context socio-economic și vulnerabilitate

Normalizarea vulnerabilității devine și mai importantă atunci când luăm în considerare contextul socio-economic recent.

Conform Profilului de țară privind sănătatea în România (Comisia Europeană, 2023), pe baza datelor Eurofound din perioada pandemiei:

- Persoanele din gospodării cu dificultăți financiare au prezentat un risc semnificativ mai mare de depresie.
- Aproximativ 63% dintre persoanele aflate în dificultăți financiare raportau risc de depresie, comparativ cu 34% dintre cele fără dificultăți financiare.

(Sursă: European Commission, *Romania – Country Health Profile 2023*, date Eurofound)

Aceste cifre sunt esențiale pentru înțelegerea contextului.

Ele arată că vulnerabilitatea emoțională nu este doar o chestiune individuală, ci și una structurală.

Presiunea contextului

Pandemia a adus:

- incertitudine economică,
- izolare socială,
- pierderi umane,
- stres prelungit,
- modificări bruște ale stilului de viață.

În acest context, creșterea riscului de depresie nu reflectă slăbiciune personală, ci impactul unor factori externi majori.

Atunci când condițiile de viață sunt instabile, vulnerabilitatea psihologică este o reacție adaptativă la presiune.

„Nu este ceva în neregulă cu tine”

Una dintre cele mai importante consecințe ale stigmatizării este personalizarea excesivă a suferinței.

Mesajul implicit este: „Dacă ai dificultăți, problema este la tine.”

Datele arată însă că:

- factorii economici,
- instabilitatea,
- lipsa sprijinului,
- stresul colectiv,

influențează semnificativ sănătatea mintală.

În multe situații, nu este „ceva în neregulă cu tine”, ci există o presiune reală de viață care depășește resursele disponibile.

6.4. Vulnerabilitatea și reziliența nu sunt opuse

O concepție eronată frecventă este că vulnerabilitatea și reziliența se exclud reciproc.

În realitate:

- Vulnerabilitatea recunoscută favorizează reziliența.
- Vulnerabilitatea negată o subminează.

Persoanele care își recunosc limitele și caută sprijin au, pe termen lung, o capacitate mai bună de adaptare.

6.5. Schimbarea cadrului social

Normalizarea vulnerabilității presupune o schimbare culturală:

- de la „trebuie să fii tare”
- la „este firesc să ai nevoie de sprijin”.

Această schimbare începe în familie, continuă în școală și este consolidată în mediul profesional.

Vulnerabilitatea nu este o anomalie.

Este o parte naturală a experienței umane.

A recunoaște dificultățile emoționale și a solicita sprijin:

- nu diminuează valoarea persoanei,
- nu anulează competențele,
- nu definește identitatea.

Într-o societate care normalizează vulnerabilitatea, stigma pierde din putere.

7. Limbajul contează

Modul în care vorbim despre sănătatea mintală influențează modul în care o înțelegem, o acceptăm sau o respingem. Limbajul nu este neutru. El modelează percepții, atitudini și comportamente.

Cuvintele pot reduce suferința la o caricatură sau pot deschide spațiu pentru înțelegere. Pot crea distanță sau pot construi siguranță.

Stigmatizarea este adesea perpetuată nu prin acte evidente de discriminare, ci prin limbaj cotidian — prin glume, expresii aparent inofensive sau formule repetate fără reflecție.

— Unitate • Responsabilitate • Protecția Beneficiarului —

7.1. Cuvinte și expresii care stigmatizează (și de ce)

▪ „Nebun”, „dus cu pluta”, „scrântit”

Aceste etichete reduc o persoană la o imagine caricaturală și depreciativă. Ele:

- simplifică excesiv experiențe complexe;
- sugerează pericol sau lipsă de control;
- descurajează exprimarea vulnerabilității.

Chiar atunci când sunt folosite „în glumă”, aceste cuvinte normalizează ideea că dificultățile psihice sunt ridicole sau rușinoase.

În context românesc, astfel de expresii sunt frecvente în limbajul informal, dar tocmai această normalizare le face problematice.

▪ „Instabil”

Termenul poate fi folosit tehnic în anumite contexte clinice, dar în limbaj comun capătă conotații negative:

- lipsă de fiabilitate;

- imprevizibilitate;
- pericol social.

Folosirea generalizată a etichetei „instabil” poate accentua distanțarea socială.

▪ **„Dramatic” / „exagerează”**

Minimalizarea suferinței prin astfel de termeni transmite implicit că reacția emoțională este disproporționată sau nejustificată.

Aceasta poate duce la:

- auto-îndoială;
- rușine;
- tăcere.

▪ **Metafore patologizante folosite informal**

Exemple:

- „Sunt OCD cu ordinea.”
- „Sunt bipolar azi.”
- „M-a luat depresia că plouă.”

Folosirea termenilor clinici ca metafore pentru preferințe sau dispoziții temporare trivializează experiențele reale ale persoanelor diagnosticate.

De ce contează aceste cuvinte?

Cercetările în domeniul stigmei arată că limbajul influențează atitudinile sociale și distanța interpersonală. Atunci când termenii sunt utilizați în mod depreciativ sau simplificator, ei întăresc stereotipurile și prejudecățile existente.

Limbajul creează realitate socială.

7.2. Alternative responsabile

Schimbarea limbajului nu înseamnă rigiditate sau cenzură excesivă. Înseamnă conștiență.

▪ **De la etichetă la experiență**

În loc de: „E depresiv(ă).”

Putem spune: „Se confruntă cu depresie.” „Trece printr-o perioadă dificilă.”

Această diferență este importantă. Prima formulare reduce persoana la o caracteristică. A doua păstrează identitatea separată de experiență.

▪ **De la judecată la descriere**

În loc de: „E instabil(ă).”

Putem spune: „Traversează o perioadă cu fluctuații emoționale.”

▪ **De la minimalizare la validare**

În loc de: „Nu e mare lucru.”

Putem spune: „Îmi dau seama că pentru tine este dificil.”

▪ **De la individualizare excesivă la contextualizare**

În loc de: „Nu face față.”

Putem spune: „Se confruntă cu multă presiune în această perioadă.”

Limbaj centrat pe persoană

Un principiu important este limbajul „person-first”:

- „persoană care se confruntă cu anxietate”
nu
- „anxiosul”

Această formulare subliniază că persoana este mai mult decât diagnosticul sau simptomul.

7.3. Cum corectezi fără conflict

Schimbarea limbajului în spațiul public sau privat poate genera rezistență. Mulți oameni nu folosesc termeni stigmatizanți din intenție negativă, ci din obișnuință.

Intervenția eficientă presupune blândețe, nu confruntare agresivă.

▪ Tehnica reîncadrării blânde

„Știu că ai glumit, dar poate folosim alt cuvânt. Sună puțin dur.”

Această formulare:

- recunoaște intenția benignă;
- introduce alternativa fără acuzare.

▪ Tehnica informării scurte

„De fapt, termenul acela poate fi jignitor pentru cineva care chiar se confruntă cu problema.”

Explicația este factuală, nu moralizatoare.

▪ Tehnica modelării prin exemplu

În conversații, folosirea constantă a unui limbaj respectuos poate avea un efect contagios.

Exemplu:

Dacă cineva spune „e nebun”, poți răspunde: „Cred că trece printr-o perioadă foarte dificilă.”

Fără a intra în dispută, introduci un alt cadru.

▪ Stabilirea limitelor personale

În contexte apropiate: „Pentru mine, astfel de glume sunt inconfortabile.”

Aceasta mută discuția din plan moral în plan personal.

7.4. Limbajul ca instrument de schimbare culturală

Schimbarea limbajului este una dintre cele mai accesibile forme de intervenție anti-stigmă.

Nu necesită reforme legislative.

Nu necesită resurse financiare majore.

Necesită conștientă și consecvență.

Modul în care vorbim despre sănătatea mintală modelează:

- cât de sigur se simt oamenii să vorbească despre ea;
- cât de legitimă este solicitarea ajutorului;
- cât de acceptată este vulnerabilitatea.

Cuvintele pot răni sau pot susține.

Alegerea unui limbaj responsabil nu este un gest de corectitudine politică, ci un gest de respect și protecție socială.

Prin schimbarea limbajului, reducem stigmatizarea.

Prin reducerea stigmatizării, creștem accesul la sprijin.

Iar accesul la sprijin poate schimba traiectorii de viață.

8. Auto-stigmatizarea

Dacă stigmatizarea socială vine din exterior, auto-stigmatizarea apare atunci când vocea socială critică devine voce interioară.

Este momentul în care mesajele auzite repetat — „ești slab”, „exagerezi”, „nu e normal”, „trebuie să te descurci singur” — sunt internalizate și transformate în auto-judecată.

Auto-stigmatizarea este adesea mai greu de observat decât stigmatizarea externă, dar efectele ei pot fi chiar mai profunde.

8.1. Cum apare auto-stigmatizarea

Auto-stigmatizarea nu apare brusc. Ea se construiește în timp, prin acumulare.

▪ Repetiția mesajelor sociale

Atunci când o persoană aude constant, direct sau indirect, că:

- suferința psihică este rușinoasă,
- ajutorul este pentru „cei slabi”,
- problemele emoționale trebuie ascunse,

aceste mesaje devin parte din sistemul de credințe.

La început sunt percepute ca opinii externe. În timp, pot deveni convingeri personale.

▪ Experiențe de respingere sau invalidare

Auto-stigmatizarea este consolidată atunci când persoana:

- este ironizată pentru vulnerabilitate;
- este minimalizată („nu e mare lucru”);
- este comparată cu alții („alții au probleme mai grave”);
- este descurajată să ceară ajutor.

Fiecare experiență de invalidare întărește ideea că suferința trebuie ascunsă.

▪ Frica anticipativă

Chiar și în absența unor reacții negative concrete, anticiparea respingerii poate activa auto-stigmatizarea:

- „Dacă vor afla, vor crede că sunt instabil(ă).”
- „Mai bine nu spun nimic.”

Această anticipare produce autocenzură.

▪ Context cultural

În societățile în care discursul despre sănătatea mintală este limitat sau ambivalent, probabilitatea internalizării stigmei este mai mare.

Atunci când sănătatea mintală este rar discutată în mod deschis și validant, persoana poate rămâne fără modele alternative de înțelegere.

8.2. Semne tipice ale auto-stigmatizării

Auto-stigmatizarea poate fi subtilă. Uneori este recunoscută doar în psihoterapie sau în contexte de reflecție.

▪ Rușine intensă

Nu doar rușine pentru simptome, ci rușine pentru faptul că „nu ar trebui” să ai simptome.

Formulări interioare tipice:

- „Sunt defect(ă).”
- „Nu ar trebui să fiu așa.”
- „Nu merit să fiu în această stare.”

▪ Secretizare excesivă

Evitarea constantă a discuțiilor despre propria stare.

- minimalizarea simptomelor;
- schimbarea subiectului;
- evitarea persoanelor apropiate.

Secretizarea poate părea protecție, dar pe termen lung întreține izolarea.

▪ Evitare a sprijinului

Auto-stigmatizarea reduce probabilitatea de a:

- căuta psihoterapie;
- consulta un psihiatru;
- participa la grupuri de sprijin;

- solicita sprijin familial.

Chiar și atunci când persoana recunoaște dificultatea, poate spune: „Ar trebui să mă descurc singur(ă).”

▪ Autocritică persistentă

Dialog interior dur:

- „Nu ești suficient(ă).”
- „E vina ta.”
- „Alții reușesc.”

Această autocritică poate agrava simptomele depresive sau anxioase.

▪ Reducerea stimei de sine

Când stigmatizarea este internalizată, identitatea poate fi reorganizată în jurul percepției de „inadecvare”.

Persoana nu mai spune: „Am anxietate.”

Ci:

„Sunt o persoană anxioasă, problematică.”

Această diferență lingvistică reflectă o diferență profundă de identitate.

8.3. Cum se reduce auto-stigmatizarea

Reducerea auto-stigmatizării este posibilă. Ea presupune intervenție la mai multe niveluri.

▪ Psihoterapia

Psihoterapia oferă un spațiu sigur în care:

- rușinea este explorată fără judecată;
- convingerile internalizate sunt analizate;
- dialogul interior critic este identificat și restructurat.

Intervenții frecvente includ:

- restructurare cognitivă;
- lucrul cu scheme de rușine;
- abordări centrate pe compasiune;
- terapii bazate pe acceptare.

▪ Grupurile de sprijin

Contactul cu alte persoane care traversează experiențe similare reduce sentimentul de unicătate negativă.

Mesajul implicit devine: „Nu sunt singur(ă).”

Normalizarea prin experiență comună este un factor puternic anti-stigmă.

▪ Educația psiho-emoțională

Informarea corectă despre:

- prevalența dificultăților psihice;
- factorii biologici și sociali implicați;
- eficiența tratamentului,

reduce percepția de „defect personal”.

Cunoașterea contracarează rușinea.

▪ Autocompasiunea

Autocompasiunea este o practică psihologică bazată pe trei componente:

1. Bunătate față de sine.
2. Recunoașterea umanității comune.
3. Mindfulness (observarea experienței fără supra-identificare).

Exerciții scurte pentru reducerea auto-stigmatizării

a. Reformularea limbajului interior

Identifică o frază autocritică: „Sunt slab(ă).”

Reformulează:

„Traversez o perioadă dificilă.”

b. Întrebarea de perspectivă

„Dacă un prieten apropiat ar trece prin asta, i-aș spune aceleași lucruri dure?”

De cele mai multe ori, răspunsul este nu.

c. Normalizarea experienței

„Mulți oameni se confruntă cu astfel de dificultăți în anumite perioade ale vieții.”

Această frază reduce izolarea internă.

d. Scrisoare de autocompasiune (mini-exercițiu)

Scrie câteva rânduri către tine folosind un ton pe care l-ai folosi pentru o persoană dragă.

Exemplu:

„Știi că îți este greu. Nu ești defect(ă). Este o perioadă solicitantă și faci tot ce poți.”

Auto-stigmatizarea transformă prejudecata socială în critică internă.

Dar vocea critică nu este identitatea ta. Este un ecou al unor mesaje învățate.

Reducerea auto-stigmatizării începe cu:

- conștientizare,
- blândețe,
- informație corectă,
- sprijin adecvat.

Când persoana începe să se privească cu mai multă înțelegere, rușinea își pierde din intensitate.

9. Stigmatizarea la muncă și în școală

Sănătatea mintală nu este separată de viața profesională sau educațională. Totuși, aceste medii sunt adesea marcate de presiuni legate de performanță, competență și imagine.

În astfel de contexte, vulnerabilitatea poate fi percepută ca un risc.

Stigmatizarea la muncă și în școală nu este întotdeauna explicită. Ea se poate manifesta prin:

- atitudini subtile,
- etichete informale,
- excludere socială,
- presupuneri nejustificate.

Impactul poate fi semnificativ asupra stimei de sine, performanței și accesului la sprijin.

9.1. Stigmatizarea la locul de muncă

▪ Biasul „neîncrederii”

Una dintre convingerile frecvente este:

„Dacă mergi la psiholog sau psihiatru, înseamnă că nu ești stabil(ă) sau de încredere.”

Acest bias se bazează pe stereotipuri, nu pe date.

În realitate:

- multe persoane care accesează servicii de sănătate mintală sunt funcționale profesional;
- intervenția timpurie poate preveni scăderea performanței;
- sprijinul adecvat crește reziliența și capacitatea de concentrare.

Totuși, teama de a fi perceput(ă) diferit poate determina angajații să ascundă dificultățile.

▪ Teama de consecințe profesionale

Persoanele pot evita să vorbească despre starea lor de teamă că:

- vor fi excluse din proiecte importante;
- vor fi considerate „mai fragile”;
- vor pierde oportunități de promovare;
- vor fi privite cu suspiciune.

Această frică poate determina prezentismul — prezența la muncă în ciuda unei stări psihice afectate, cu eficiență redusă.

▪ Micro-stigmatizarea

Nu toate formele de stigmatizare sunt directe. Exemple subtile:

- glume despre „burnout” sau „depresie”;
- comentarii de tipul „noi nu avem timp de sensibilități”;
- evitarea persoanelor care au vorbit despre dificultăți emoționale.

Aceste comportamente pot crea un climat de insecuritate psihologică.

▪ Recomandări pentru manageri și colegi

Un mediu de lucru sănătos psihologic presupune:

a. Normalizarea conversației despre sănătatea mintală

- includerea subiectului în politicile interne;
- mesaje clare din partea managementului că sprijinul este legitim.

b. Confidențialitate și respect

- evitarea comentariilor informale despre situația unei persoane;
- protejarea informațiilor sensibile.

c. Focalizare pe performanță, nu pe etichete

- evaluarea profesională trebuie să se bazeze pe rezultate, nu pe presupuneri despre sănătatea mintală.

d. Flexibilitate rezonabilă

- adaptări temporare de program;
- redistribuirea sarcinilor în perioade dificile.

Sprijinul organizațional reduce absenteismul și crește loialitatea angajaților.

9.2. Stigmatizarea în școli

Școala este unul dintre primele spații sociale în care copiii și adolescenții pot experiența etichetarea.

▪ Etichetarea copiilor și adolescenților

Expresii precum:

- „e problematic”;
- „e dificil”;
- „e prea sensibil”;
- „nu e atent niciodată”;

pot fixa identități negative.

Un copil care trece prin anxietate, dificultăți de concentrare sau depresie poate fi perceput ca:

- lipsit de motivație;
- lipsit de disciplină;
- „diferit”.

Această etichetare poate afecta:

- stima de sine;
- relațiile cu colegii;

- performanța academică.

▪ **Riscul internalizării timpurii**

Copiii și adolescenții sunt deosebit de vulnerabili la stigmatizare deoarece identitatea lor este în formare.

Dacă primesc mesaje repetate că sunt „problema”, pot internaliza aceste etichete și le pot integra în auto-concept.

▪ **Rolul consilierului școlar**

Consilierul școlar poate avea un rol esențial în:

- identificarea timpurie a dificultăților;
- normalizarea emoțiilor;
- facilitarea comunicării între școală și familie;
- prevenirea etichetării.

Este important ca intervenția să fie prezentată ca sprijin, nu ca sancțiune.

▪ **Rolul profesorilor**

Profesorii influențează semnificativ climatul clasei.

Practici utile:

- limbaj descriptiv, nu etichetant;
- diferențierea între comportament și identitate („comportamentul de azi a fost dificil”, nu „ești dificil”);
- promovarea empatiei între elevi;
- colaborarea cu familia și specialiștii.

▪ **Cultura clasei**

Un mediu educațional sănătos psihologic include:

- reguli clare împotriva bullying-ului;
- educație socio-emoțională;
- încurajarea exprimării emoțiilor.

Când elevii învață că emoțiile sunt legitime și gestionabile, stigmatizarea scade.

9.3. Consecințe pe termen lung

Stigmatizarea la muncă și în școală poate conduce la:

- evitarea sprijinului profesional;
- retragere socială;
- scăderea performanței;
- consolidarea auto-stigmatizării.

În schimb, mediile care normalizează vulnerabilitatea și promovează respectul pot deveni factori protectivi.

Locul de muncă și școala sunt spații centrale în viața noastră.

Dacă aceste medii perpetuează stigmatizarea, accesul la sprijin devine dificil.

Dacă promovează deschiderea și respectul, ele pot deveni spații de protecție și prevenție.

Sănătatea mintală nu este incompatibilă cu performanța.

Este una dintre condițiile ei.

10. Ce poate face persoana afectată

Stigmatizarea este un fenomen social. Nu este responsabilitatea exclusivă a persoanei afectate să o „rezolve”.

Totuși, există pași concreți care pot crește sentimentul de control, siguranță și autonomie. Nu este nevoie de schimbări radicale. Uneori, pașii mici sunt cei mai eficienți.

10.1. Pași mici: cu cine vorbesc, când, cât

Una dintre cele mai dificile decizii este: „Spun sau nu spun?”

Nu este obligatoriu să vorbești cu toată lumea.

Nu este obligatoriu să spui tot.

▪ Alegerea persoanei potrivite

Întrebări utile:

- Cine a reacționat empatic în trecut?
- Cine știe să asculte fără să minimizeze?
- Cine respectă confidențialitatea?

Poate fi:

- un prieten apropiat,
- un membru al familiei,
- un coleg de încredere,
- un specialist.

Nu toate persoanele din viața ta trebuie să fie informate.

▪ Alegerea momentului

Este important ca discuția să aibă loc:

- într-un context calm;
- fără presiune de timp;
- într-un spațiu sigur.

Nu este recomandat să începi conversații sensibile în mijlocul unui conflict sau într-un moment de tensiune.

▪ Alegerea cantității de informație

Poți începe gradual.

Exemple:

- „Nu mă simt foarte bine în ultima perioadă.”
- „Am trecut printr-o perioadă dificilă.”
- „Mă confrunt cu anxietate și caut sprijin.”

Nu este necesar să detaliezi simptomele sau istoricul dacă nu te simți confortabil.

Autonomia în comunicare este esențială.

10.2. Cum aleg un profesionist

Accesarea sprijinului specializat poate reduce impactul auto-stigmatizării și poate oferi instrumente concrete de gestionare.

Pentru detalii complete despre diferența dintre psiholog, psihoterapeut și psihiatru, criterii de alegere și verificarea calificării, vezi **Ghidul „Cum alegi un profesionist în sănătate mintală?”**.

Aici reamintim câteva principii de bază:

▪ Verifică formarea și dreptul de practică

- formare acreditată;
- apartenență la organizații profesionale;

- claritate privind competențele.
- **Pune întrebări**
- „Care este experiența dumneavoastră în problema mea?”
 - „Cum evaluăm progresul?”
- **Observă cum te simți**
- Siguranța și respectul sunt indicatori esențiali ai unei relații terapeutice sănătoase.

▪ **Nu toate relațiile terapeutice sunt potrivite**

Este legitim:

- să cauți a doua opinie;
- să schimbi specialistul;
- să întrerupi colaborarea dacă nu te simți în siguranță.

Solicitarea sprijinului este un drept, nu o obligație rigidă.

10.3. Stabilirea limitelor cu persoane invalidante

Nu toate reacțiile vor fi empatic-susținătoare. Unele persoane pot:

- minimaliza („trece”);
- ironiza;
- dramatiza excesiv;
- transforma conversația în judecată.

În astfel de situații, stabilirea limitelor este sănătoasă.

▪ **Formulări posibile**

- „Pentru mine, asta este important.”
- „Aș prefera să nu glumim pe acest subiect.”
- „Nu am nevoie de sfaturi acum, doar de ascultare.”
- „Dacă discuția devine critică, prefer să o încheiem.”

Limitele nu sunt acte de agresivitate.

Sunt acte de protecție emoțională.

▪ **Reducerea expunerii**

În unele situații, poate fi util:

- să limitezi frecvența discuțiilor despre acest subiect cu persoane invalidante;
- să alegi alte surse de sprijin;
- să prioritizezi interacțiuni care oferă siguranță.

Protejarea echilibrului emoțional este legitimă.

10.4. Auto-validarea

În lipsa validării externe, este important să dezvoltăm validare internă.

Fraze de sprijin personal:

- „Ce simt are sens.”
- „Nu sunt singur(ă) în această experiență.”
- „A cere ajutor este un act de responsabilitate.”

Aceste afirmații nu sunt auto-amăgire, ci reîncadrare realistă.

10.5. Ritm propriu

Nu există o cronologie universală pentru:

- a vorbi despre dificultăți;
- a începe terapie;
- a informa locul de muncă;

- a implica familia.

Fiecare persoană are ritmul ei.

Presiunea de a „face ceva imediat” poate intensifica anxietatea.

Uneori, primul pas este doar documentarea.

10.6. Ce faci dacă reacția este negativă?

Dacă întâmpini reacții invalidante:

1. Reamintește-ți că reacția celui alt reflectă nivelul lui de înțelegere, nu valoarea ta.
2. Caută o altă sursă de sprijin.
3. Evită generalizarea („nimeni nu mă înțelege”).

O experiență negativă nu definește toate relațiile.

Stigmatizarea poate reduce vocea persoanei afectate.

Dar există pași concreți care pot reda sentimentul de control:

- alegerea conștientă a persoanelor de încredere;
- accesarea sprijinului specializat;
- stabilirea limitelor;
- auto-validarea.

Nu este necesar să faci totul deodată.

Un pas mic, într-o direcție sigură, poate schimba traiectoria.

11. Ce pot face familiile și comunitatea

Reducerea stigmatizării nu este doar responsabilitatea persoanei afectate. Este un proces colectiv.

Familia, prietenii, colegii, profesorii, liderii comunitari – toți contribuie, prin limbaj și atitudine, la crearea unui spațiu fie sigur, fie intimidant.

Sprijinul nu înseamnă soluții rapide. Înseamnă prezență, validare și deschidere.

11.1. „Cum sprijin fără să minimalizez”

Una dintre cele mai frecvente reacții bine intenționate este minimalizarea.

Fraze precum:

- „Trece.”
- „Nu e chiar atât de grav.”
- „Fii mai pozitiv(ă).”

sunt adesea rostite din dorința de a încuraja.

Însă pot transmite implicit că experiența nu este legitimă.

▪ Ce înseamnă validarea

Validarea nu înseamnă dramatizare și nici confirmarea ideii că situația este fără ieșire.

Validarea înseamnă:

- recunoașterea emoției;
- acceptarea experienței ca reală pentru persoana respectivă.

Exemple de validare:

- „Îmi dau seama că pentru tine este dificil.”
- „Are sens că te simți așa în contextul acesta.”
- „Nu trebuie să gestionezi asta singur(ă).”

Validarea reduce rușinea și deschide dialogul.

▪ **Ce să evităm**

- comparații („alții au probleme mai grave”);
- interpretări simplificatoare („e doar stres”);
- soluții rapide („fă sport și gata”);
- moralizare („trebuie să fii mai puternic”).

Aceste reacții pot accentua izolarea.

11.2. „Cum încurajez ajutorul fără presiune”

Încurajarea sprijinului profesional este importantă, dar modul în care este formulată contează.

Presiunea poate activa rezistența și rușinea.

▪ **Ce înseamnă presiune**

- „Trebuie să mergi la psiholog.”
- „Nu ești normal dacă nu cauți ajutor.”
- „Dacă nu faci ceva, se agravează.”

Aceste formulări pot fi percepute ca judecată sau ultimatum.

▪ **Formulări alternative**

- „Te-ai gândit dacă ar ajuta să vorbești cu un specialist?”
- „Dacă vrei, pot să te ajut să cauți informații.”
- „Putem face primul pas împreună.”

Accentul este pus pe colaborare și autonomie.

▪ **Respectarea ritmului**

Uneori, persoana nu este pregătită să caute ajutor imediat.

Forțarea deciziei poate crea distanță.

Menținerea disponibilității este adesea mai eficientă decât insistența.

Mesaj cheie: „Sunt aici când vei fi pregătit(ă).”

11.3. Ce spun când nu știu ce să spun

Un motiv frecvent pentru evitarea conversațiilor despre sănătatea mintală este teama de a spune „ceva greșit”.

Este important să înțelegem că perfecțiunea nu este necesară. Prezența autentică este mai importantă decât formularea ideală.

▪ **Fraze utile în conversații dificile**

- „Nu știu exact cum e pentru tine, dar vreau să înțeleg.”
- „Îți mulțumesc că ai avut încredere să îmi spui.”
- „Ce te-ar ajuta acum?”
- „Vrei doar să te ascult sau să căutăm soluții?”
- „Nu trebuie să ai toate răspunsurile.”

Aceste formulări:

- reduc presiunea;
- transmit disponibilitate;
- evită soluționismul excesiv.

▪ **Dacă reacționezi greșit**

Dacă ai minimalizat sau ai spus ceva nepotrivit, este util să revii:

- „Cred că am minimalizat ce ai spus. Îmi pare rău.”
- „Nu am reacționat cum ar fi trebuit.”

Corectarea sinceră întărește relația.

11.4. Rolul comunității

Comunitatea – școala, locul de muncă, biserica, organizațiile locale – influențează norma socială.

Reducerea stigmatizării presupune:

- educație psiho-emoțională;
- campanii de informare;
- modele publice de deschidere;
- accesibilitate la servicii.

Atunci când liderii comunitari vorbesc responsabil despre sănătatea mintală, mesajul devine legitim.

11.5. Sprijinul nu înseamnă salvare

Un aspect important este evitarea rolului de „salvator”.

Sprijinul sănătos:

- nu preia controlul;
- nu invalidează autonomia;
- nu transformă persoana în „proiect”.

Sprijinul înseamnă: „Sunt lângă tine, nu în locul tău.”

Stigmatizarea se reduce prin conversații curajoase și responsabile.

Familia și comunitatea pot deveni factori protectivi atunci când:

- validează fără a dramatiza;
- încurajează fără a forța;
- ascultă fără a judeca;
- acceptă că vulnerabilitatea este umană.

Nu este nevoie de cuvinte perfecte.

Este nevoie de prezență autentică.

ALIANȚA NAȚIONALĂ

12. Rolul instituțiilor și al societății

Stigmatizarea în sănătatea mintală nu este doar o problemă individuală sau relațională. Este un fenomen social, influențat de politici publice, acces la servicii, discurs mediatic și nivelul de educație psiho-emoțională.

Instituțiile au un rol esențial în modelarea normelor sociale.

Atunci când ele acționează activ pentru reducerea stigmatizării, schimbarea devine sustenabilă.

12.1. Educația – baza schimbării culturale

Educația este una dintre cele mai eficiente strategii anti-stigmă.

▪ Educație în școli

Introducerea sistematică a educației socio-emoționale poate:

- normaliza exprimarea emoțiilor;
- reduce etichetarea între elevi;
- crește alfabetizarea în sănătate mintală;
- încuraja căutarea sprijinului.

Copiii care învață de mici că emoțiile sunt legitime și gestionabile devin adulți mai puțin predispuși la stigmatizare.

▪ Educație pentru adulți

Campaniile publice de informare pot:

- clarifica diferența dintre tulburări psihice și stereotipuri;
- explica rolul psihologului, psihoterapeutului și psihiatrului;
- prezenta exemple reale de recuperare;
- combate mituri persistente.

Educația reduce teama necunoscutului.

12.2. Campanii publice și discurs responsabil

Mesajele transmise în spațiul public influențează percepțiile colective.

Instituțiile publice și organizațiile profesionale pot contribui prin:

- campanii de informare bazate pe date;
- utilizarea unui limbaj non-stigmatizant;
- implicarea persoanelor cu experiență directă;
- colaborarea cu mass-media.

Reprezentarea echilibrată în media este esențială.

Atunci când sănătatea mintală este asociată exclusiv cu pericol sau dramatism, stigmatizarea crește.

12.3. Accesul la servicii – factor structural esențial

Reducerea stigmatizării nu poate fi separată de accesul real la servicii.

Accesul implică:

- disponibilitate geografică;
- costuri suportabile;
- timpi de așteptare rezonabili;
- claritate în sistemul de trimitere;
- protejarea confidențialității.

Dacă serviciile sunt greu accesibile, persoanele pot interpreta dificultatea drept confirmare că „nu este o problemă legitimă”.

12.4. Context european – bariere de acces și posibil subdiagnostic

Profilul de țară privind sănătatea în România (Comisia Europeană, 2023) subliniază câteva aspecte relevante:

- Rate foarte scăzute de depresie auto-raportată în EHIS 2019 (aproximativ 1% dintre adulți).
- Estimări epidemiologice mai ridicate (aproximativ 4% pentru depresie și 4% pentru anxietate, conform IHME 2019).
- Posibil subdiagnostic și reticență în raportare, inclusiv în contextul stigmei.
- Bariere de acces la servicii de sănătate mintală.

Aceste date sugerează un decalaj între prevalența estimată și cea raportată.

Când stigma este prezentă:

- oamenii evită să declare simptome;
- evită evaluarea profesională;
- nu sunt incluși în statisticile oficiale.

Astfel, stigma poate contribui indirect la „invizibilitatea” dificultăților psihice în datele publice.

12.5. Politici publice și responsabilitate instituțională

Instituțiile pot contribui prin:

- integrarea sănătății mintale în politicile de sănătate publică;
- finanțarea serviciilor comunitare;
- formarea continuă a profesioniștilor;
- standarde etice clare;
- colaborare interdisciplinară.

Un sistem care transmite că sănătatea mintală este prioritară reduce implicit stigmatizarea.

12.6. Rolul organizațiilor profesionale și al ONG-urilor

Organizațiile profesionale pot:

- promova bune practici;
- oferi informații validate;
- reacționa la discursuri stigmatizante din spațiul public;
- dezvolta ghiduri pentru beneficiari și instituții.

ONG-urile și organizațiile de pacienți pot:

- oferi sprijin comunitar;
- crea spații de dialog;
- facilita grupuri de suport;
- aduce vocea persoanelor afectate în spațiul public.

12.7. Schimbarea culturală – proces pe termen lung

Reducerea stigmatizării nu este un eveniment punctual, ci un proces gradual.

Schimbarea culturală presupune:

- conversații repetate;
- modele pozitive;
- date transparente;
- politici coerente;
- implicare constantă.

Societățile care normalizează vulnerabilitatea și promovează accesul la sprijin tind să aibă rezultate mai bune în prevenție și intervenție timpurie.

Stigmatizarea nu este doar o atitudine individuală, ci un fenomen influențat de sistem.

Instituțiile au responsabilitatea de a crea un cadru în care:

- vulnerabilitatea este acceptată;
- accesul la servicii este facil;
- limbajul este responsabil;
- datele sunt interpretate realist.

Sănătatea mintală nu este o problemă marginală.

Este o componentă fundamentală a sănătății publice și a funcționării sociale.

13. Pași concreți de reducere a stigmei

Reducerea stigmatizării nu presupune schimbări dramatice sau reforme spectaculoase peste noapte.

În realitate, schimbarea începe prin gesturi mici, repetate și consecvente.

Stigma se construiește prin obiceiuri culturale.

Se reduce prin obiceiuri noi.

Acest capitol oferă pași concreți la trei niveluri: personal, organizațional și comunitar.

13.1. La nivel personal

Schimbarea începe în conversațiile zilnice.

▪ Fără glume pe seama sănătății mintale

Chiar dacă sunt spuse „în glumă”, expresii precum:

- „Ești nebun?”
- „Sunt bipolar azi.”
- „M-a luat depresia.”

contribuie la normalizarea etichetării.

Micro-intervenție:

- Alegerea conștientă de a nu utiliza astfel de expresii.
- Reformularea când apar în conversații.

Exemplu:

„Hai să folosim alt cuvânt, poate sună mai potrivit.”

▪ Fără etichete

Diferența dintre: „E depresiv.” și „Se confruntă cu depresie.” pare mică, dar este semnificativă.

Micro-intervenție:

- Separarea persoanei de experiență.
- Folosirea limbajului centrat pe persoană.

▪ Întrebări cu grijă

În loc de: „Ce ai pățit?” „De ce ești așa?”

Se poate formula: „Cum te simți în perioada asta?” „Ce te-ar ajuta?”

Întrebările deschise și non-invazive reduc presiunea.

▪ Modelarea vulnerabilității

A vorbi responsabil despre propriile emoții contribuie la normalizare.

Exemplu: „Și eu am trecut prin perioade dificile.” „Mi-a fost util să vorbesc cu un specialist.”

Autenticitatea reduce rușinea colectivă.

13.2. La nivel organizațional

Instituțiile au capacitatea de a schimba norma socială internă.

▪ Politici clare anti-discriminare

Organizațiile pot include explicit sănătatea mintală în politicile de nediscriminare.

Claritatea normativă reduce ambiguitatea.

▪ 2. Traininguri și informare

Sesiuni de formare pentru:

- manageri;
- profesori;
- echipe HR;
- personal administrativ.

Teme utile:

- alfabetizare în sănătate mintală;
- diferența dintre performanță și stigmatizare;
- cum răspundem empatic.

▪ Normalizarea conversației

- Mesaje instituționale despre importanța sănătății mintale.
- Campanii interne de conștientizare.



- Zile dedicate sănătății emoționale.

Când leadership-ul vorbește deschis, stigma scade.

▪ **Confidențialitate și siguranță**

Angajații sau elevii trebuie să știe că informațiile sensibile sunt protejate.

Siguranța psihologică este condiția reducerii stigmei.

13.3. La nivel comunitar

Comunitățile modelează norme culturale.

▪ **Campanii publice coerente**

Campaniile eficiente:

- folosesc date reale;
- evită dramatizarea excesivă;
- includ exemple de recuperare și funcționalitate.

Mesajul central: „Sănătatea mintală este parte din sănătatea generală.”

▪ **Implicarea liderilor comunitari**

Când lideri locali, profesioniști sau persoane publice vorbesc responsabil despre sănătatea mintală, mesajul devine legitim.

Reprezentarea pozitivă contează.

▪ **Accesibilitate la servicii**

Reducerea stigmei este corelată cu:

- servicii disponibile;
- informații clare;
- costuri accesibile;
- proceduri simple.

Accesul real consolidează legitimitatea sprijinului.

13.4. Micro-intervenții zilnice – lista scurtă

Uneori, schimbarea se reduce la lucruri foarte simple:

- Fără glume pe seama sănătății mintale.
- Fără etichete reductive.
- Întrebări formulate cu grijă.
- Validare înainte de soluții.
- Încurajare fără presiune.
- Corectare blândă când apare limbaj stigmatizant.
- Normalizarea vulnerabilității în conversații.

Aceste intervenții sunt mici, dar cumulative.

13.5. De la reacție la prevenție

Reducerea stigmatizării nu înseamnă doar reacție la situații problematice.

Înseamnă prevenție prin:

- educație continuă;
- modele sănătoase;
- conversații regulate;
- deschidere instituțională.

Cultura se schimbă prin repetare.

Stigma nu dispare printr-un singur gest.



Dispare prin multe gesturi mici, făcute constant.

Fiecare persoană poate contribui.

Fiecare organizație poate influența.

Fiecare comunitate poate modela norma.

Reducerea stigmatizării este un proces colectiv — dar începe cu decizii individuale.

14. Demnitate, responsabilitate și schimbare culturală

Stigmatizarea în sănătatea mintală nu este doar o problemă de limbaj sau de atitudine individuală. Este un fenomen social complex, care influențează modul în care oamenii își înțeleg suferința, cât de devreme caută sprijin și cât de siguri se simt să vorbească despre ceea ce trăiesc.

Când sănătatea mintală este asociată cu rușine, slăbiciune sau pericol, oamenii tind să tacă. Când este asociată cu responsabilitate, normalitate și grijă, oamenii tind să ceară ajutor mai devreme.

Acest ghid a urmărit să clarifice trei idei esențiale:

1. Vulnerabilitatea este parte a experienței umane, nu o excepție.
2. Stigmatizarea are efecte reale – emoționale, cognitive, relaționale și sistemice.
3. Reducerea stigmei este posibilă prin pași concreți, la nivel personal, organizațional și societal.

Demnitatea persoanei

Orice persoană care traversează o perioadă dificilă își păstrează demnitatea, competențele și valoarea.

Dificultatea emoțională nu anulează identitatea profesională.

Nu anulează rolurile familiale.

Nu anulează capacitatea de contribuție.

Sănătatea mintală nu definește întreaga persoană — este o dimensiune a experienței sale.

Respectul pentru această demnitate este fundamentul reducerii stigmatizării.

Responsabilitatea colectivă

Schimbarea nu depinde exclusiv de persoana afectată.

Familiiile pot:

- valida fără a minimaliza;
- încuraja fără a forța;
- asculta fără a judeca.

Organizațiile pot:

- crea politici clare;
- promova siguranța psihologică;
- normaliza conversațiile despre sănătatea mintală.

Instituțiile pot:

- asigura acces la servicii;
- susține campanii de informare;
- integra sănătatea mintală în politicile publice.

Comunitatea poate:

- ajusta limbajul;
- reduce etichetele;
- modela comportamente responsabile.

Schimbarea culturală este un proces gradual, dar posibil.

De la rușine la înțelegere

Unul dintre cele mai puternice efecte ale stigmatizării este rușinea.

Reducerea stigmei înseamnă înlocuirea rușinii cu înțelegere.

Înseamnă înlocuirea tăcerii cu dialog.

Înseamnă înlocuirea etichetelor cu explicații.

Nu este necesar ca toți să devină specialiști.

Este suficient să devenim mai atenți, mai informați și mai responsabili.

Sănătatea mintală ca parte a sănătății publice

Datele europene arată existența unor posibile bariere de acces și decalaje între prevalența estimată și cea raportată, sugerând că stigmatizarea poate contribui la subdiagnostic și reticență în solicitarea sprijinului.

Această realitate arată că sănătatea mintală nu este o problemă marginală.

Este o componentă esențială a sănătății publice și a funcționării sociale.

O societate care reduce stigmatizarea:

- facilitează intervenția timpurie;
- reduce suferința prelungită;
- crește coeziunea socială;
- consolidează încrederea în sistemele de sprijin.

A avea nevoie de sprijin nu este un semn de slăbiciune.

Este un semn că ești om.

A oferi sprijin fără judecată este un act de maturitate socială.

Este un semn că suntem o comunitate.

Reducerea stigmatizării începe cu un gest simplu: alegerea de a vorbi responsabil despre sănătatea mintală.

Prin demnitate, informație și responsabilitate colectivă, putem construi un spațiu social în care vulnerabilitatea nu este rușinoasă, iar sprijinul nu este temut.

Bibliografie

American Psychiatric Association. (2022). *Stigma, prejudice and discrimination against people with mental illness*. American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>

Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625.

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.

Department of Health and Social Care. (2011). *No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages*. London: HM Government.

Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777–780.

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Depression in adults: Treatment and management (NG222)*. London: NICE. (Include recomandări privind reducerea barierelor de acces și a discriminării.) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>



- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Mental wellbeing at work (NG212)*. London: NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng212>
- Royal College of Psychiatrists. (2024). *Mental health stigma*. London: Royal College of Psychiatrists. <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health>
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. Oxford University Press.
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123–1132.
- UK Council for Psychotherapy. (2023). *Mental health and psychotherapy*. UKCP. <https://www.psychotherapy.org.uk>
- World Health Organization. (2022). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Mental health*. <https://www.who.int/health-topics/mental-health>

