



**UNIVERSITATEA “ALEXANDRU IOAN CUZA” din IAȘI**

**Facultatea de Filosofie și Științe Social – Politice**

**Școala Doctorală de Filosofie și Științe Social – Politice**

**Modulul: Sociologie**



***REZUMAT***

**DEPRESIA ȘI IDEAȚIA SUICIDARĂ LA STUDENȚI**

**Conducător de doctorat:**

**Prof.univ.dr. Nicu GAVRILUȚĂ**

**Doctorand:**

**Irina ȘUNDA**

**IAȘI, 2022**

## CUPRINS

I.	MOTIVAȚIE .....	1
II.	COORDONATELE TEORETICE ALE LUCRĂRII .....	2
	II.1. Depresia .....	2
	II.2. Ideea suicidară .....	3
	II.3. Suicidul .....	6
	II.4. Universalitatea depresiei .....	8
	II.5. Fenomenul depresiv în mediul educațional .....	9
	II.6. Variabile mediatore .....	12
	II.6.1. Pandemia de COVID .....	12
	II.6.2. Inteligența emoțională .....	14
	II.6.3 Religiozitatea .....	16
	II.6.4. Strategiile de coping .....	19
III.	COORDONATELE PRACTICE ALE LUCRĂRII.....	23
	III.1. Scopul cercetării.....	23
	III.2. Obiectivele cercetării.....	23
	III.3. Ipotezele cercetării.....	23
	III.4. Metodologia cercetării.....	24
	III.5. Interpretarea rezultatelor.....	24
IV.	CONCLUZII.....	33
	BIBLIOGRAFIE.....	38

## I. MOTIVAȚIE

Depresia este considerată boala actualului secol, atât din cauza invalidității pe care o generează, cât și a incidenței în populație, care conform analizelor și statisticilor OMS, a crescut în ultimii ani cu 18%, afectând cca 350 de milioane de oameni, fiind considerată prima cauză a dezabilității la nivel mondial, înaintea TBC-ului și a accidentelor auto.

Studiile recente arată că depresia este întâlnită la vârste din ce în ce mai fragede, atât la femei cât și la bărbați și în toate mediile economico-sociale, polii depresiei fiind așadar în schimbare.

Deși semnele depresiei încă mai sunt considerate în populația generală, la nivel de familie și de societate, acte de slăbiciune, simptomatologia severă nu poate fi mascată, ea ieșind mereu la suprafață în diferite momente ale vieții.

Depresia a fost și este foarte atent studiată din motive care o mențin și în ziua de astăzi în topul preocupării cercetătorilor și care determină actualitatea prezentei cercetări:

- frecvența crescândă a tulburării, semnalată de OMS și de revistele de specialitate, conform cărora, anual, 100 de milioane de oameni la nivel mondial dezvoltă un episod depresiv;

- impactul asupra funcționării sociale, depresia reprezentând un factor de dizabilitate mai mare decât al bolilor somatice majore – diabet, hipertensiune, artrită, afecțiuni respiratorii;

- extinderea tulburării în rândul generației din ce în ce mai tinere;

- perturbarea structurilor familiale și a dezvoltării normale a copiilor;

- riscul ridicat al sinuciderii;

- creșterea costurilor alocate tratării persoanelor care suferă de depresie.

Pornind de la vârsta din ce în ce mai fragedă a persoanelor afectate de depresie și de la complexitatea simptomelor la adolescenți și cercetând terenul, care este bătătorit cu studii care semnalează prezența simptomatologiei depresive la studenți, am ales drept subiecți această categorie de vârstă.

## II. COORDONATELE TEORETICE ALE LUCRĂRII

### II.1. Depresia

Cuvântul depresie definește o stare de spirit, un simptom sau un sindrom de tulburare afectivă. Tulburările afective sunt denumite astfel deoarece una dintre principalele lor caracteristici este anomalia dispoziției.<sup>1</sup>

Ca stare de spirit, se referă la o perioadă evolutivă de trăire a sentimentului de tristețe, amărăciune, nefericire. Ca simptom, se referă la o deplângere, deseori însoțită de un grup de probleme biopsihosociale. Sindromul depresiv include un spectru de disfuncționalități psihosociale, care variază în funcție de frecvență, durată și gradul de severitate. Depresia este o perioadă tranzitorie de tristețe, care, în mod general, apare ca răspuns la evenimente stresante identificabile în anamneza persoanei.<sup>2</sup>

Conștiința melancolică este o tulburare de conștiință în care dimensiunea temporală e afectată în sensul încetirii. La această idee a lui Binswanger se adaugă și o idee din psihanaliză care vede în melancolic un subiect care și-a pierdut obiectul direct sau imaginar, în cadrul endogeniei e vorba de pierderea obiectului imaginar, iar în cadrul doliului e pierderea obiectului real, deci e ceva reactiv iar obiectul e lumea întregă ca sens și simbol.<sup>3</sup>

Elementul esențial al sindromului depresiv îl constituie prezența dispoziției triste, pierderii interesului sau a plăcerii pentru activitate, modificări în apetit sau greutate, somn și activitate psihomotorie, energie scăzută, sentimente de inutilitate sau de culpă, dificultate în gândire, concentrare sau luarea de decizii, idei recurente de moarte, sau planuri, tentative de suicid.<sup>4</sup>

Subiectul descrie adesea o dispoziție tristă, depresivă, descurajantă și o stare ”fără chef”. De asemenea, acesta se simte deseori ”fără vervă”, simte că nu mai are sentimente, este anxios.

În general, persoanele depresive acuză simptomele somatice mai degrabă decât cele psihice. Depresivii pierd interesul pentru activitățile fizice, nu mai au hobby-uri, chiar dacă

---

<sup>1</sup> Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. *Tratat de Psihiatrie Oxford ediția a II-a*, B.C.U. Iași, 1994, p.173

<sup>2</sup> Colman Andre, *A Dictionary of Psychology*, 2nd Edition, Oxford University Press, 2006

<sup>3</sup> Romila, A., *Psihiatrie Ediția a 2-a revizuită*, Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2004, p. 300

<sup>4</sup> *Ibidem* p. 350

înaintea instalării episodului erau activi. Se retrag din punct de vedere social, găsim scuze pentru a nu mai participa la evenimente.

Apetitul este scăzut, bolnavul se chinuie să mănânce în unele cazuri, iar în altele devine bulimic. Insomnia, nocturnă sau diurnă, este un alt simptom al tulburării depresive majore.

Modificările psihomotorii includ agitație sau lentoare în gândire, vorbire sau mișcările corporale, creșterea pauzelor înainte de a răspunde, vorbirea redusă ca volum, modulație, cantitate sau varietate a conținutului sau mutism.

Sunt frecvente și energia scăzută, extenuarea și fatigabilitatea, chiar dacă persoana nu a avut activitate, sau a depus un efort minor. Capacitatea de gândire, concentrare sau de a lua decizii este scăzută, acuzând totodată tulburări de memorie. La toate acestea se poate adăuga un sentiment de inutilitate sau de culpă, care poate include aprecieri negative asupra propriei valori, sau preocupări referitoare la culpabilitate sau rumații, în legătură cu erori minore din trecut.

Frecvent se întâlnesc gânduri de moarte, ideație suicidară, planuri sau tentative de suicid.

Cultura joacă un rol foarte important în identificarea simptomatologiei depresive. În culturile latino și mediteraneene se poate manifesta prin nervozitate și cefalee, dezechilibru în culturile asiatice, probleme de ”inimă” în culturile mediorientale.

Tristețea este o parte naturală a experienței umane. Oamenii se pot simți tristi sau deprimați atunci când o persoană iubită a murit sau când trec printr-o provocare de viață, cum ar fi un divorț sau o boală gravă. Totuși, aceste sentimente sunt de obicei de scurtă durată. Când cineva trăiește sentimente persistente și intense de tristețe pentru perioade îndelungate de timp, atunci poate avea tulburări depresive majore.

## **II.2. Ideeația suicidară**

Ideația suicidară este des întâlnită la adolescenți<sup>5</sup>, atât în România cât și la nivel global, reprezentând o problemă majoră, atât prin gravitate, cât și prin faptul că poate conduce la exitus.

Chiar dacă sunt tranzitorii, gândurile suicidare ale depresivilor pot determina tentative de suicid. Persoanele cu ideație suicidară au gânduri despre, sau iau în considerare, ori chiar planifică suicidul.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Uddin R., Burton NW., Maple M, et al., „Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study”, *The Lancet Child & Adolescent Health*, pp. 223-233, 2019

Cu toate că, nu întotdeauna persoanele care au gânduri de suicid au și un plan de a le pune în aplicare, acestea reprezintă un factor de risc pentru suicid.<sup>7</sup>

Persoanele cu un istoric psihiatric familial sau care suferă de forme avansate ale depresiei sunt mai predispuse la ideeație suicidară.

**Semnele** sau **simptomele** care sugerează că o persoană ar putea avea gânduri sau planuri de sinucidere sunt: schimbări ale dispoziției, ”durere” emoțională insuportabilă, simț autocritic exagerat, izolare sentimentul de neajutorare, idei legate de rușine sau vinovăție, sentimentul că este o povară pentru familie, preocupări legate de moarte.

Ideația suicidară cuprinde *gânduri despre sinucidere*, fără a se referi la comportamente efective, idei care frământă persoana și o pot conduce către suicid, sinuciderea reprezentând riscul major al acestei simptomatologii. Ideația suicidară poate îmbrăca atât o formă pasivă – în cazul în care persoana are gânduri legate de moarte, dar nu a elaborat un plan pentru a le duce la îndeplinire, cât și una activă – atunci când gândurile suicidare sunt însoțite de strategii legate de felul în care acestea vor fi puse în aplicare.

Conform statisticilor, cei mai expuși la a avea astfel de gânduri sunt adolescenții<sup>8</sup> și chiar dacă, în marea lor majoritate nu ajung la comiterea tentativei de suicid sunt predispuși la un risc mai mare ca și toate celelalte persoane care prezintă ideeație suicidară.

Termenul de *ideații suicidare*, numite adesea gânduri sau idei suicidare, este larg folosit pentru a descrie o serie de *contemplații, dorințe și preocupări* legate de moarte autoprovocată.

Până în prezent nu a fost formulată o definiție universal acceptată a ideeației suicidare, aceasta reprezentând în continuare o provocare atât pentru clinicieni, cât și pentru cercetători și educatori. Spre exemplu, în studiile de cercetare, ideeația suicidară primește frecvent felurite definiții operaționale, ceea ce poate altera capacitatea de a compara rezultatele diferitelor studii și determină o limitare în meta-analizele asociate cu suicidalitatea. Trebuie să avem în vedere că unele definiții ale ideeației suicidare includ *intențiile deliberate de planificare* a sinuciderii, în timp ce altele consideră planificarea ca fiind o etapă distinctă.

Pe lângă lipsa unei nomenclaturi clare, mai sunt și alte aspecte care trebuie să fie lămurite. O revizuire sistematică a numeroaselor ghiduri clinice interprofesionale despre

---

<sup>6</sup> Klonsky E., May A., M., Saffer B., "Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation", *Annual Review of Clinical Psychology*, pp. 307–330, 2016

<sup>7</sup> Gliatto M.F., Rai A.K., "[Evaluation and Treatment of Patients with Suicidal Ideation](#)", [American Family Physician](#), pp. 1500–1506, 1999

<sup>8</sup> Uddin, R; Burton, NW; Maple, M; Khan, SR; Khan, A, „Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study”, *The Lancet Child & Adolescent Health*, pp. 223-233, 2019

sinucidere nu s-a soluționat cu un consens cu privire la un standard clinic general acceptat ca etalon pentru evaluarea și gestionarea ideății suicidare, precum și a persoanelor cu risc de sinucidere.

Deși există scale pentru măsurarea depresiei, a ideății suicidare și a riscului de sinucidere, niciuna nu produce un scor suficient de sigur, util din punct de vedere clinic pentru a prezice subgrupul foarte mic al celor a căror moarte prin sinucidere este iminentă.<sup>9</sup>

Simptomul de ideăție suicidară, caracterizat prin gânduri și idei legate de intenția de a-și pune capăt vieții, poate să apară atât în diferite afecțiuni psihice, cât și în cazul unor persoane sănătoase din punct de vedere clinic, survenind ca răspuns la evenimentele negative de viață.

ICD-11 definește ideăția suicidară ca fiind „gânduri, idei sau ruminății despre posibilitatea de a-și pune capăt vieții, de la gândirea că ar fi mai bine mort, până la formularea de planuri elaborate.”<sup>10</sup>

Așadar, pentru persoanele care au ideăție suicidară, sinuciderea este considerată ca o modalitate radicală de rezolvare a unei probleme grave pentru care nu au soluție, dar asta nu înseamnă că în mod sigur ea va fi și pusă în aplicare. În unele cazuri, aceste gânduri pot fi pasagere, ele putând să dispară în mod definitiv sau să reapară după o perioadă de timp. O atenție specială trebuie acordată persoanelor care se pot vizualiza decedate, precum și celor care elaborează adevărate strategii pentru a își încheia socotelile cu viața, deoarece unele dintre acestea pot ajunge să le pună în aplicare.

O definiție sugestivă a ideății suicidare este data de DSM – 5: „gânduri despre autovătămare, cu luarea în considerare sau planificarea deliberată a posibilelor tehnici de a-și provoca propria moarte”,<sup>11</sup> specificând că nu doar gândurile legate de moarte fac parte din ideăția suicidară, ci și cele legate de autoagresiune care are drept scop încetarea vieții.

Conform *Centrului pentru Prevenirea și Controlul Bolilor*, agenția federală a *Departamentului de Sănătate Publică al SUA*, ideăția suicidară se definește prin: „a se gândi despre, a lua în considerare sau a plănuși suicidul”.

*Asociația Americană de Psihologie (APA)*, cea mai mare organizație profesională și științifică a psihologilor din Statele Unite, definește ideăția suicidară ca fiind gândurile sau *preocupările* de a se sinucide, adesea ca simptomatologie a unui episod depresiv major,

---

<sup>9</sup> Silverman J., Galanter M., Jackson M., et al., „Assessment of Suicide Risk”, *The American Psychiatric Association Practice Guidelines for Psychiatric Evaluation of Adults*, ed. 3, p. 19, 2016

<sup>10</sup> <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/778734771>, 23.05.2020

<sup>11</sup> American Psychiatric Association. (2013), Glossary of Technical Terms, In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), p. 830.

scoțând în evidență faptul că majoritatea cazurilor de ideeație suicidară nu evoluează spre tentative de sinucidere.<sup>12</sup>

Având în vedere faptul că mulți oameni experimentează gânduri suicidare, în mod special în situații de stres, sau atunci când suferă de o boală psihică, putem afirma că gândurile suicidare reprezintă un simptom al unei probleme subiacente.

În majoritatea cazurilor, existența gândurilor legate de moarte se manifestă prin anumite semne care trebuie să fie evidențiate și corect interpretate: sentimentul de a fi captiv și lipsa de speranță, durerea emoțională insuportabilă, preocupările legate de violență și moarte, schimbările bruște de dispoziție, ideile legate de răzbunare, vinovăție sau rușine, agitația, anxietatea, schimbările legate de activitățile rutiniere și de ritmul veghe-somn, consumul crescut de alcool sau droguri, angajarea în comportamente de risc, izolarea, donarea bunurilor personale, procurarea de arme letale, otrăvuri sau alte substanțe periculoase, atacurile de panică, depresia, simțul autocritic exagerat, sentimentul că este o povară pentru ceilalți, exprimarea unor remușcări puternice sau a unor gânduri legate de moarte: „mai bine nu m-aș fi născut”, „regret că sunt în viață”, „aș vrea să nu mă mai trezesc”.

### **II.3. Suicidul**

Comportamentul suicidar este modelat de o confluență de factori biologici, psihologici, sociali, economici și culturali. Spre deosebire de psihologi, care atunci când încearcă să explice sinuciderea subliniază importanța factorilor individuali, care sunt determinați parțial de biologie, cum ar fi antecedentele de afecțiuni psihice sau abuzul de substanțe psihotrope, sociologii sunt preocupați de identificarea aspectelor sociale implicate în determinarea comportamentului suicidar, concentrându-se pe variația sinuciderii la nivel general.

Numeroase studii transversale și longitudinale efectuate asupra acestui tulburător și alarmant fenomen oferă sprijin pentru perspectiva durkheimiană conform căreia *integrarea și reglementarea socială*, reprezentate de structura demografică, religioasă și a familiei precum și de condițiile economice, sunt în corelație cu ratele de sinucidere.

---

<sup>12</sup> <https://dictionary.apa.org/suicidal-ideation>, 02.11.2021.



Problema sinuciderii a reprezentat una din temele „clasice” ale sociologiei ca știință, constituind un subiect care a avut o mare importanță în stabilirea ei ca disciplină independentă.<sup>13</sup>

Referitor la comportamentul autolitic, raportat la fiecare individ, cea dintâi și cea mai însemnată biruință este aceea asupra noastră înșine, după cum cea mai rușinoasă dintre toate înfrângerile și cea mai nenorocită este de a fi învins de către sine însuși, ceea ce presupune că fiecare dintre noi duce un război lăuntric.<sup>14</sup>

Nu avem o definiție cuprinzătoare și unanim acceptată a suicidului, problema suscitând de-a lungul timpului interesul cercetătorilor, fie aceștia sociologi, psihologi, filosofi, teologi sau psihiatri. Dificultatea și controversesele definirii noțiunii provin din complexitatea și diversitatea comportamentului suicidar, din cauza aspectelor culturale sau a interferențelor religioase, aspectelor doctrinare, precum și din cauza dificultăților operaționale și logistice pentru a putea determina și raporta cauza unui deces. De asemenea, persoana nu poate, postmortem, să mărturisească adevăratele intenții care au condus la acțiunea sa, deci de cele mai multe ori are loc un proces de deducție și intepretare de către terți, ceea ce nu este întotdeauna conform cu realitatea.<sup>15</sup>

Expresiile care au fost initial folosite pentru autoliză, precum „s'occir soi-meme” = a fi ucigaș al lui însuși, „self-destruction” = autodistrugere, au fost înlocuite treptat cu un cuvânt de proveniență latină, care subliniază diferența față de uciderea unui terț.<sup>16</sup>

Prima consemnare scrisă a termenului de „suicid” apare în anul 1642 în lucrarea „Religio medici”, a lui Sir Thomas Browne. Etimologic, termenul de „suicid” provine din cuvintele latine „sui” = de sine și „caedere” = omorător, însemnând „omorâre de sine”.<sup>17</sup>

Esquirol considera suicidul ca un fenomen consecutiv unui număr de cauze diverse și era sigur că acest fenomen nu poate caracteriza o boală, părere nuanțată de Brierre de Boismond, care credea că suicidul poate fi determinat și de o boală psihică gravă, afirmând că „dacă există un suicid nebunie, el nu poate fi decât o monomanie”.<sup>18</sup>

---

<sup>13</sup> Rădulescu Sorin, *Sociologia sinuciderii Tendințe și evoluții ale sinuciderii în România*, Editura Pandora, București, 2015, p. 18.

<sup>14</sup> Platon, *Legile*, Editura IRI, București, 1995, p. 43

<sup>15</sup> Lonnqvist J.K., *Epidemiology and causes of suicide*, New Oxford Textbook of Psychiatry, vol 1, Oxford University Press, 2012

<sup>16</sup> Cunningham A., „Sir Thomas Browne and his Religio medici: Reason, Nature and Religion” în Ole Peter Grell and Andrew Cunningham (eds.), 1996, *Scholar Press Aldershot*

<sup>17</sup> [http://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/7166/1/Incursiune\\_in\\_esenta\\_comportamentului\\_suicidar\\_in\\_schizofrenie.pdf](http://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/7166/1/Incursiune_in_esenta_comportamentului_suicidar_in_schizofrenie.pdf), 11.11.2021

<sup>18</sup> Cosman Doina, *Sinuciderea, Studiu în perspectivă biopsihosocială*, Risoprint, Cluj-Napoca, 1999, p. 11.

Emile Durkheim a definit sinuciderea ca orice caz de moarte care rezultă direct sau indirect dintr-un act pozitiv sau negativ, săvârșit de victima însăși, și despre care aceasta știe ce rezultat va produce.<sup>19</sup>

O definiție simplă și exactă, a fost cuprinsă în ediția din 1973 a Enciclopediei Britanice:<sup>20</sup> sucidul este actul intenționat, realizat de către ființa umană, în vederea încetării existenței sale.

Scripcaru C. ne oferă o definiție mai cuprinzătoare, prezentând sucidul ca un „comportament tentat sau realizat, ce exprimă o stare de tensiune psiho-afectivă subiect-grup social, declanșat sau precipitat de factori circumstanțiali și în care ideea autodistrucției este conștient proiectată”.<sup>21</sup>

Sociologul Sorin Rădulescu consideră că „orice sinucidere este o formă de violență îndreptată împotriva propriei persoane. Este un act premeditat comis cu intenția suprimării propriei vieți, care sfidează instinctul de conservare și raționalitatea umană”.<sup>22</sup>

OMS definește sucidul ca fiind un act prin care un individ caută să se autodistrugă fizic, cu intenția mai mult sau mai puțin autentică de a-și pierde viața, fiind conștient, mai mult sau mai puțin, de motivele sale.<sup>23</sup>

#### **II.4. Universalitatea depresiei**

Avem motive întemeiate să considerăm că depresia este o problemă complexă, nu una izolată, aflată la confluența dintre numeroasele tipuri de probleme care o declanșează și multitudinea celor pe care le generează. Spre exemplu, depresia nu este doar strâns legată de statutul economic precar, ci este, de asemenea, corelată cu o gamă întreagă de tulburări fizice grave.

Afirmația privind semnificația complexă a stării se bazează pe poziția esențială a depresiei în corelație cu ceea ce nu este în regulă cu societatea noastră.<sup>24</sup> Și cu toate că tristețea, nefericirea și durerea sunt inevitabile în toate societățile, acest aspect nu este relevant pentru a explica originea depresiei clinice.

---

<sup>19</sup> Durkheim Emile, *Despre sinucidere*, tr. Mihaela Calcan, Institutul European Iași, 1993, p. 4.

<sup>20</sup> Cosman Doina, *Psihologie medicală*, Polirom, 2010 p. 397.

<sup>21</sup> Scripcaru Călin, *Sucid și agresivitate. Contribuții la studiul psihiatric al sucidului*. Psihomania, Iași, 1996.

<sup>22</sup> Rădulescu Sorin, *Sociologia sinuciderii Tendințe și evoluții ale sinuciderii în România*, Editura Pandora, București, 2015, p. 15.

<sup>23</sup> O.M.S. – Consensus of death, Geneve, 1991

<sup>24</sup> George W. Brown, *Social origins of depression*, Routledge, 2011, p. 3

Preocuparea sociologică privind rolul etiologic al factorilor psihosociali în afecțiunile medicale are o lungă istorie. Sociologia s-a preocupat nu numai de funcționarea sistemului social în ansamblu, ci și de impactul pe care îl are asupra indivizilor din societate.

Relația problemelor personale cu cele publice ale structurii sociale a fost caracteristica centrală a tuturor lucrărilor clasice din științele sociale.

Ceea ce sociologia urmărește din colaborarea sa cu medicina sunt modalități noi de a privi la astfel de efecte - cât de mult este tulburarea psihică sau fizică rezultatul trăirii într-un anumit mediu familial și profesional, într-un anumit tip de societate economică și politică. Acest interes a fost exprimat atât în *Despre sinucidere* a lui Durkheim publicat în 1897, cât și prin preocuparea lui Marx față de înțelegerea societății capitaliste și influența ei asupra sănătății și bunăstării individului.

Sociologii studiază modul în care oamenii se comportă în grupuri, cultura, grupurile sociale și modul în care sunt afectați indivizii, deoarece sociologia depresiei privește contextul cultural în care trăiesc aceștia. De asemenea, analizează stresurile sociale pe care le întâmpină oamenii pe durata întregii vieții. Desigur, aspectele sociologice ale depresiei sunt corelate și cu aspectele biologice și psihologice ale individului.

## **II.5. Fenomenul depresiv în mediul educațional**

Deoarece procesul educațional se desfășoară preponderant la vârsta adolescenței, etapă de viață marcată de vulnerabilități sporite, la care se adaugă faptul că procesul educațional de nivel academic este însoțit de o nouă serie de factori stresori specifici, fenomenul depresiv la studenți are particularități deosebite, printre care și riscul sporit al apariției ideii de suicidare, aspect care aduce un plus de gravitate și care impune o atenție particulară.

Depresia este mult mai frecvent întâlnită printre adolescenți decât este raportată statistic, deoarece deseori este nerecunoscută sau chiar ascunsă, din cauza stigmatului public care planează asupra bolilor psihice.

Chiar și așa, cifrele oficiale sunt cel puțin îngrijorătoare și trebuie menționat că, „începând cu anii '90, incidența depresiei în rândul adolescenților a crescut cu fiecare an”.<sup>25</sup> Pornind de la această realitate, putem presupune că tinerii de astăzi sunt supuși unei tensiuni mai mari, atât în familie cât și la școală și în societate, situație care-i predispozează la instalarea unei depresii.

---

<sup>25</sup> Hidaka, Brandon, "Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence", *Journal of Affective Disorders*, 2012, pp. 205-214

În România, fenomenul ”migrării părinților tineri” poate avea efecte devastatoare asupra dezvoltării copiilor așa ziși ai ”nimănu”, cum au fost numiți în presă, copii lăsați de tinerii lor părinți în grija bunicilor sau a rudelor. Școala nu poate atenua ”pierderea” părinților, și are cerințe și așteptări mari de la copii, indiferent de calitatea mediului familial din care aceștia provin.

Studentii de astăzi se pot confrunta cu o serie de probleme de sănătate mentală, care le influențează comportamentul și le scad performanțele. Sunt din ce în ce mai mulți studenți cu afecțiuni psihice diagnosticate (depresie, tulburare bipolară, tulburări de anxietate, tulburări de personalitate și tulburare Asperger) care sunt admiși să urmeze cursurile unei facultăți.

În plus, adolescenții par să aibă abilități de coping mai puțin dezvoltate pe care să le folosească atunci când sunt stresați și dezamăgiți<sup>26</sup>.

Pe de altă parte, universitățile sunt din ce în ce mai conștiente de necesitatea acordării unei atenții speciale studenților, și din punct de vedere psihologic, nu doar pedagogic, ținând cont de dificultățile de acomodare ale unora dintre ei, sau chiar de incapacitatea de a face față efortului impus de cerințele academice, precum și de riscul instalării unei simptomatologii depresive care ar putea pune în pericol succesul studiilor sau chiar finalizarea acestora.

Conform unui studiu<sup>27</sup> care a examinat asocierea dintre auto-raportarea simptomatologiei depresive și performanța academică a studentului, a fost identificată o relație negativă semnificativă între acestea. Mai mult decât atât, se constată că studenții care prezintă un nivel moderat de intensitate a simptomelor depresive, au înregistrat performanțe școlare mai scăzute, comparativ cu cei cu niveluri minime de depresie. Rezultatele relevă necesitatea instituirii unor măsuri de screening precum și a unor intervenții adecvate, cu scopul diminuării simptomelor depresive moderate, care au un impact major asupra performanței academice.

Teoria și cercetările empirice au implicat stresul ca factor de risc critic pentru depresie în timpul adolescenței. Acesta poate lua forma unei acumulări de complicații zilnice minore, stări cronice severe sau evenimente negative specifice vieții.

Stresul poate apărea și din tranzițiile normative de dezvoltare, cum ar fi admiterea la facultate sau plecarea pentru prima dată de acasă. Cercetările au arătat că tranzițiile școlare, care sunt adesea caracterizate de numeroși factori de stres social și academic, au efecte negative asupra motivației academice, performanței și angajamentului școlar, precum și

---

<sup>26</sup><https://counseling.uoregon.edu/mental-health-academic-environment>, accesat la 22.06.2020

<sup>27</sup>Virginia Margaret, Leach, John, Leverett, Patrick, ”The relationship between depression and college academic performance”, *College Student Journal*, vol. 43, 2009, p. 325-334

asupra bunăstării emoționale. Karen Rudolph și colegii săi au demonstrat în 2001 că experiența stresului școlar (cum ar fi performanța academică slabă, feedback-ul negativ de la părinți și profesori cu privire la munca școlară și bătăile zilnice în mediul școlar) duce la creșterea depresiei în contextul unei tranziții la școala medie.<sup>28</sup>

Depresia și anxietatea afectează starea generală de bine a individului, inclusiv somnul, alimentarea, sănătatea mentală și fizică, stima de sine, interacțiunea socială și performanța academică.

Studentii cu asemenea tulburări sunt expuși riscului de a avea performanțe academice slabe și de a dezvolta rezistență la orice este legat de școală, manifestată prin lipsa de implicare în clasă, relații slabe cu colegii și profesorii ca și dezinteresul în urmărirea pasiunilor și în planificarea viitorului. Învățarea este afectată de faptul că depresia influențează negativ memoria de lucru, făcând dificilă păstrarea informațiilor noi și amintirea informațiilor învățate anterior.

Atunci când studenții sunt depresivi sau anxioși sunt mai predispuși să încerce să se deconecteze la cursuri, atunci când își întâlnesc colegii, precum și să evite anumite situații, cum ar fi participarea la examene.

Depresia este tot mai frecventă la studenți, aceștia invocând problemele de sănătate mintală ca fiind cele mai mari bariere pe care le au în efortul de învățare (16% dintre studenți au raportat că depresia a avut un impact negativ asupra performanței lor academice în 2017<sup>29</sup>).

Deoarece în perioada de timp relativ scurtă a facultății se produc schimbări profunde de viață, nu este de mirare că mulți studenți sunt predispuși la depresie.

Un alt factor care crește riscul de instalare a unor stări depresive este acela că actuala generație de studenți petrece mult timp pe *rețelele de socializare*. Mai multe studii evidențiază faptul că studenții petrec între opt și zece ore pe zi folosind telefoanele mobile și corelează utilizarea rețelelor sociale cu apariția unor stări de spirit mai proaste, reducerea stimei de sine, stres, anxietate și depresie.

Nu este clar de ce utilizarea rețelelor sociale este legată de creșterea stresului, anxietății și depresiei, dar unii experți sugerează că aceste tulburări ar putea fi provocate de bombardamentul constant cu informații stresante, de comparația depreciativă nerealistă cu ceilalți sau de întreruperea somnului cauzată de vizionarea ecranelor.

---

<sup>28</sup> <https://education.stateuniversity.com/pages/2457/Stress-Depression.html>, 03.03.2021

<sup>29</sup> <https://www.affordablecollegesonline.org/college-resource-center/college-student-depression/>, 08.03.2021

## **II.6. Variabile mediatore**

### **II.6.1. Pandemia de COVID**

Pandemia COVID-19 a avut consecințe de amploare la nivel mondial asupra societății și grave alterări ale sănătății fizice și mentale a populației. Cercetările specifice fiecărei țări relevă o reducere generală a bunăstării mentale și fizice, atât ca efect direct al maladiei, cât și ca urmare a măsurilor luate pentru a opri răspândirea bolii COVID-19, iar numeroase alte studii, aflate în derulare, continuă să examineze impactul pandemiei asupra suferinței psihologice globale și efectele acesteia asupra grupurilor vulnerabile. În această perioadă, este necesară explorarea factorilor care ar putea media relația dintre stres și sănătatea mintală, pentru a ajuta la întreprinderea unor măsuri concrete de atenuare a suferinței psihologice și de sprijinire a grupurilor vulnerabile.

Apariția pandemiei COVID-19 a creat un mediu în care mulți factori determinanți ai sănătății mintale au fost afectați. Creșterea prevalenței tulburărilor depresive majore și a tulburărilor de anxietate în perioada pandemiei a fost în directă asociere cu creșterea ratelor de infectare cu SARS-CoV-2, dar a încorporat și efectele carantinării, ale reducerii transportului public, ale închiderii școlilor și ale dispariției unor locuri de muncă, ale reducerii interacțiunilor sociale.

Este de necontestat faptul că pandemia, încă de la primele etape ale sale, a provocat în întreaga lume și o suferință psihologică semnificativă, care a implicat un nivel ridicat al stresului, anxietate, depresie, tulburări de somn, subliniind puternicul impact al bolii asupra sănătății mentale, în întreaga lume.

Evenimentele neașteptate sau previzibile care perturbă circumstanțele de mediu, de sănătate, economice sau sociale din cadrul unei populații, cresc prevalența tulburărilor depresive și anxioase. În analiza privind rezultatele în materie de sănătate mintală după criza economică din 2009, Frasquilho și colegii au identificat mai multe studii care arată o creștere a tulburărilor mintale comune în rândul populației generale.<sup>30</sup>

O pandemie nu este doar un fenomen medical, ea afectând indivizii și societatea și provocând perturbări în toate aspectele cotidiene ale vieții. Creșterile ratelor de boli mintale grave au urmat tuturor crizelor globale, cum ar fi Marea Depresiune și pandemia de gripă spaniolă din 1919.

---

<sup>30</sup> Frasquilho D., Matos M.G., et al., „Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review”, *Public Health*, p.115, 2016

Transmiterea rapidă a SARS-CoV-2 și măsurile restrictive au dus la izolare, distanțare social, închiderea locurilor de divertisment, separarea de cei dragi, pierderea libertății prin obligarea oamenilor să rămână în casele lor pentru a ajuta la ruperea lanțului de transmisie a epidemiei, ca și incertitudinea asupra perspectivelor au afectat, fără îndoială, sănătatea socială și mentală a indivizilor.

Dincolo de stresul inerent al bolii în sine, măsurile fără precedent privind izolarea în masă la domiciliu (în încercările autorităților și ale oamenilor de știință de a explica rațiunea unor asemenea măsuri s-a făcut deseori referire la Gripa Spaniolă sau Ciurma lui Caragea, iar acestea, neputând fi contextualizate ca experiență directă a populației, nu au avut impactul dorit de a atenua frica și de a diminua rezistența la respectarea măsurilor impuse) au produs îngrijorări cu privire la modul în care oamenii vor reacționa individual și colectiv. Aceste măsuri au produs sechele psihologice precum stres, depresie, iritabilitate, insomnie, teamă, confuzie, furie, frustrare, plictiseală și stigmatizare asociate cu carantina, unele dintre acestea persistând și după ridicarea carantinei.

Printre factorii de stres specifici se numără durata mare a izolării, lipsa de provizii adecvate, dificultatea de a obține asistență medicală și medicamente ca și pierderile financiare rezultate. În cazul pandemiei actuale, stresul resimțit a fost intensificat de infodemie, fiind documentată o explozie fără precedent a fenomenului de fake-news și dezinformare, la care au contribuit și mesajele contradictorii din partea autorităților guvernamentale și de sănătate publică.

Faptul că suferința emoțională a populației a căpătat forme care puteau pune în pericol funcționarea normală și sigură a societății, rezistența în utilizarea certificatului verde, etc., a făcut ca pentru autorități să primeze protejarea sănătății mentale a comunității, prin ridicarea mai rapidă a restricțiilor decât în alte state europene.

Pandemia de Covid a apărut pe un teren fragil al sănătății psihice a populației, având în vedere că datele OMS pre-pandemice trăgeau un semnal de alarmă cu privire la incidența crescută a depresiei, iar un astfel de eveniment catastrofal la nivel mondial nu a făcut decât să accelereze periculos curba ascendentă, dublată fiind și de accesul greoi la serviciile de sănătate publică, acestea fiind aproape închise pentru pacienții non-covid sau pentru cei care nu reprezentau o urgență medicală. Studiile au arătat o creștere a căutărilor pe internet a simptomelor de sănătate mintală (2020)<sup>31</sup> și o cerere crescută de servicii de sănătate mintală.

---

<sup>31</sup> Jacobson N.C., Lekkas D., Price G. Et al., „Flattening the mental health curve: COVID-19 stay-at-home orders are associated with alterations in mental health search behavior in the United States”, *JMIR Mental Health*, pp. 9347, 2020

## II.6.2. Inteligența emoțională

Inteligența emoțională a devenit un subiect de interes major în cercurile științifice, precum și în rândul publicului larg, odată cu publicarea, în 1995, bestseller-ului cu același nume (Goleman). În pofida creșterii bruște a nivelului de interes pentru noua idee, rădăcinile istorice ale acestui domeniu mai larg pot fi de fapt urmărite până în secolul al XIX-lea, începând cu lucrarea din 1920 a lui Edward Thorndike despre inteligența socială.

Cu toate că în ultimele două decenii mai multe cercetări au fost dedicate ideii de inteligență emoțională (IE) nu avem încă o definiție unică a conceptului. De fapt, cercetările care studiază IE sunt împărțite în trei grupuri în funcție de concepția lor despre acest construct.

Conform lui Garaigordobil, IE poate fi înțeleasă ca o abilitate, o trăsătură sau poate reuni abilități și trăsături<sup>32</sup>. Astfel putem defini inteligența emoțională ca fiind o abilitate cognitivă legată de emoții. Mayer și Salovey au definit IE ca fiind abilitatea de a percepe și de a exprima emoțiile, de a asimila emoțiile în gândire, de a înțelege și de a raționa cu emoțiile și de a regla emoțiile în sine. Dacă ne referim la IE ca fiind o trăsătură, aceasta poate fi ca un set de percepții emoționale la cele mai mici niveluri ale ierarhiei personalității.<sup>33</sup>

Înțelegerea conceptului de inteligență emoțională și a metodelor de a face față stresului psihologic este foarte importantă, deoarece ambele au o mare influență în creșterea și dezvoltarea cu succes a unui individ. Relația a fost identificată pentru prima dată de Salovey și Sluyter (1997), care au arătat că inteligența emoțională permite unei persoane să își înțeleagă sentimentele și emoțiile, ceea ce are ca rezultat direcționarea acțiunilor<sup>34</sup>. Pentru Goleman și Cherniss (2000), inteligența emoțională reprezintă capacitatea individului de a stăpâni emoțiile negative de furie, stima de sine scăzută și anxietatea și de a le înlocui cu emoții pozitive, cum ar fi încrederea, empatia și prietenia.<sup>35</sup>

De fapt, inteligența emoțională implică atât abilitățile cognitiv-emoționale, cât și trăsăturile de personalitate. Goleman a definit IE ca fiind capacitatea de a recunoaște propriile sentimente, sentimentele celorlalți și de a se motiva pentru a face față în mod adecvat

---

<sup>32</sup> M. Garaigordobil, „Intrapersonal Emotional Intelligence during Adolescence: Sex Differences, Connection with other Variables, and Predictors, *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, pp. 899-914, 2020

<sup>33</sup> Mayer J.D., Salovey P., *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications*, Ed. Harper Collins, pp. 3-11, 1997

<sup>34</sup> Salovey P, Sluyter D, *Emotional Development and Emotional Implication*, Ed. Basic Books, USA, 1997

<sup>35</sup> Goleman D., Cherniss C., *The emotionally intelligent workplace*, Ed. Jossey-Bass, San Francisco, 2000



relațiilor cu ceilalți și cu sine însuși. Bar-On consideră IE ca fiind un set de factori personali, emoționali și sociali care influențează capacitatea oamenilor de a se adapta la cerințele și presiunile mediului.<sup>36</sup>

Ulterior, Mayer și Salovey au lărgit definiția IE și au considerat că aceasta presupune abilitatea de a percepe, valoriza și exprima cu acuratețe emoțiile; abilitatea de a accesa sau de a genera sentimente care facilitează gândirea; abilitatea de a înțelege emoțiile și cunoștințele emoționale; și abilitatea de a regla emoțiile, promovând creșterea emoțională și intelectuală.

Plecând de la acest concept, Mayer și Salovey au structurat IE ca un model format din patru ramuri interrelaționate.

(1) Percepția emoțională: Capacitatea de a fi atent la semnele emoționale ale expresiei faciale, ale mișcărilor corpului și ale tonului vocii. Se referă la acuratețea cu care oamenii pot identifica emoțiile lor și ale celorlalți, precum și senzațiile fiziologice și cognitive pe care acestea le provoacă.

(2) Facilitarea emoțională a gândirii: capacitatea de a lua în considerare sentimentele atunci când raționează sau rezolvă probleme. Se referă la modul în care emoțiile afectează sistemul cognitiv și la modul în care stările afective influențează luarea deciziilor. Emoțiile și stările de spirit modulează perspectiva persoanei, favorizând perceperea diferitelor puncte de vedere. Această abilitate implică faptul că emoțiile acționează în mod pozitiv asupra raționamentului și a procesării informațiilor.

(3) Înțelegerea emoțională: Capacitatea de a eticheta emoțiile și de a recunoaște subgrupe de sentimente. Înțelegerea emoțională implică înțelegerea și analiza emoțiilor, utilizând cunoștințele emoționale. În plus, implică abilitatea de a cunoaște cauzele și consecințele diferitelor emoții și de a interpreta semnificația emoțiilor complexe.

(4) Reglarea emoțiilor: Capacitatea de a fi deschis și de a reflecta asupra sentimentelor (pozitive și negative) și de a respinge sau de a profita de informațiile care însoțesc sentimentele în funcție de utilitatea acestora. Această abilitate servește la reglarea propriilor emoții și a celor ale altora, punând în aplicare diverse strategii de reglare a emoțiilor care modifică sentimentele, neutralizând emoțiile negative și potențându-le pe cele pozitive.

Aceste patru ramuri sunt conectate ierarhic între ele, mergând de la procesele psihologice de bază până la cele mai complexe.

---

<sup>36</sup> Bar-On R., Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory, Ed. Jossey Bass, pp. 363-368, 2000

Inteligența emoțională este în strânsă corelație cu mai multe variabile: comportamente sociale pozitive (sensibilitate socială, ajutor-colaborare), cooperare, autocontrol și leadership prosocial, abilități sociale, comunicare, empatie, rezolvarea pozitivă și constructivă a conflictelor, stabilitate emoțională și capacitatea de a face față stresului cotidian.

În plus, unele studii au confirmat faptul că o inteligență emoțională ridicată este legată de mai puține probleme de internalizare (stres, depresie, plângeri somatice), probleme de externalizare (agresivitate, delincvență) și probleme emoționale și comportamentale.

În opoziție cu această relație, persoanele cu IE scăzută au prezentat mai multe comportamente de retragere și anxietate socială.

### **II.6.3 Religiozitatea**

Termenul de „religie”, provenit din latinescul religio (respectul pentru ceea ce este sacru) și religare (a lega, în sensul unei obligații), cuprinde diverse sisteme de credință și practică ce definesc ceea ce oamenii consideră a fi sacru sau spiritual. De-a lungul istoriei, în societățile din întreaga lume, liderii au folosit narațiuni, simboluri și tradiții religioase în încercarea de a da mai mult sens vieții și de a înțelege universul. O anumită formă de religie se găsește în fiecare cultură și este de obicei practică în mod public de către un grup, practica putând include sărbători, rugăciuni de mijlocire față de Dumnezeu sau zei, căsătorie și servicii funerare, muzică și artă, meditație sau inițiere, sacrificiu sau slujire și alte aspecte ale culturii.

În timp ce unii oameni consideră că religia este ceva individual, deoarece credințele religioase pot fi foarte personale, religia este, totodată, și o instituție socială. Oamenii de știință apreciază religia ca un set organizat și integrat de credințe, comportamente și norme centrate pe nevoile și valorile sociale de bază. Mai mult, religia este un universal cultural întâlnit în toate grupurile sociale. De exemplu, în fiecare cultură, ritualurile funerare sunt practicate într-un anumit fel, deși aceste obiceiuri variază între culturi și în cadrul afilierii religioase. În ciuda diferențelor, există elemente comune într-o ceremonie care marchează moartea unei persoane, cum ar fi anunțul morții, îngrijirea defunctului, dispoziția și ceremonia sau ritualul. Aceste elemente universale, precum și diferențele în modul în care societățile și indivizii experimentează religia, oferă un material bogat pentru studiul sociologic.

În studierea religiei, sociologii disting între ceea ce ei numesc experiența, credințele și ritualurile unei religii. Experiența religioasă se referă la convingerea sau senzația că suntem conectați la „divin”. Acest tip de comuniune poate fi experimentat atunci când oamenii se

roagă sau meditează. Credințele religioase sunt idei specifice pe care membrii unei anumite credințe le consideră adevărate, cum ar fi că Isus Hristos a fost fiul lui Dumnezeu sau că reîncarnarea există. O altă ilustrare a credințelor religioase sunt poveștile de creație pe care le găsim în diferite religii. Ritualurile religioase sunt comportamente sau practici care sunt fie cerute, mai mult sau mai puțin imperativ, fie sunt doar așteptate din partea membrilor unui anumit grup.

Termenul de „religiozitate” este, din punct de vedere etimologic, legat de alți termeni precum „religie”, „religios”, care au rădăcina în cuvântul latin „religio”. Din punct de vedere conceptual, religiozitatea este legată de termeni precum „evlavie”, „devotație”, „spiritualitate”. Sensul semantic al acestor termeni legați de religiozitate este diferit în funcție de componentele care se adaugă. Mai mult decât atât, termenul „religiozitate” poartă o încărcătură emoțională de diferite grade, în funcție de asociațiile și atitudinile lor istorice. În limba engleză, termenul este mai mult legat de practica religioasă, iar în alte limbi, poate fi folosit ca un termen antropologic general, care acoperă conceptele de cunoaștere, emoție, atitudine. De exemplu, termenul francez *régiosité* înseamnă „dispoziție religioasă”.<sup>37</sup>

Cu toate că religiile nu împărtășesc același set de credințe, religia se regăsește, într-o formă sau alta, în toate societățile umane. Chiar și de la cele mai vechi societăți s-au păstrat urme incontestabile de simboluri și ceremonii religioase. De-a lungul istoriei, religia a continuat să fie o parte centrală a societăților și a experienței umane, modelând modul în care indivizii reacționează la mediile în care trăiesc. Constituind o parte atât de importantă a societăților din întreaga lume, religia a prezentat un interes deosebit pentru sociologie, care o studiază precum un sistem de credințe și totodată, în calitate de instituție socială.

Ca sistem de credințe, religia modelează ceea ce gândesc oamenii și modul în care văd lumea, iar ca instituție socială, religia este un model de acțiune socială organizată în jurul credințelor și practicilor pe care oamenii le dezvoltă pentru a răspunde întrebărilor despre sensul existenței. Religia, ca instituție, persistă în timp și are o structură organizatorică în care membrii sunt socializați.

De asemenea, sociologia studiază religiozitatea indivizilor, grupurilor și societăților, intensitatea și consistența practicii credinței unei persoane (sau a unui grup), investigând persoanele asupra credințelor religioase, a apartenenței lor la organizații religioase și a participării la serviciile religioase.

---

<sup>37</sup> [https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4020-8265-8\\_1503](https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4020-8265-8_1503)

În sociologie, religiozitatea este un termen folosit pentru a descrie măsura în care religia influențează societățile și se intersectează cu alte domenii ale vieții publice. Ea definește rolul pe care religia îl joacă în societate, inclusiv amploarea credințelor oamenilor, a angajamentelor și nivelurilor de implicare în practica lor religioasă. Deși este un termen destul de larg, care poate fi aplicat în contexte diferite, religiozitatea este în general legată de cât de mult este interiorizată o anumită doctrină religioasă (sisteme de credințe, identitate etc.) și este mai puțin legată de practicarea concretă, reală a religiei, cum ar fi frecventarea lăcașului de cult.

În urma industrializării și secularizării europene din secolul al XIX-lea, trei teoreticieni care și-au înscris numele în istoria sociologiei, Émile Durkheim, Max Weber și Karl Marx, au încercat să explice relația dintre religie și societate.

Se poate considera că sociologia științifică modernă a început cu cercetările asupra religiei, ale căror rezultate sunt expuse în lucrarea „Despre sinucidere” al lui Emile Durkheim, din 1897, în care a abordat ratele diferite de sinucidere între protestanți și catolici. Ulterior lui Durkheim, rolul și influența religiei în alte instituții sociale, precum economia și politica au fost studiate de Karl Marx și Max Weber.

Fiecare cadru sociologic major are o perspectivă proprie asupra religiei. Astfel, din perspectiva funcționalistă a teoriei sociologice, religia este o forță integratoare în societate, deoarece are puterea de a modela credințele colective. Ea oferă coeziune în ordinea socială prin promovarea sentimentului de apartenență și a conștiinței colective, punct de vedere susținut de Emile Durkheim.

Un alt punct de vedere este cel susținut de Max Weber, care vede religia în ceea ce privește modul în care susține alte instituții sociale. Weber a considerat că sistemele de credințe religioase au oferit cadrul cultural care a susținut dezvoltarea altor instituții sociale, cum ar fi economia.

În timp ce Durkheim și Weber s-au concentrat asupra modului în care religia contribuie la coeziunea societății, Karl Marx s-a concentrat pe conflictul și opresiunea pe care religia le-a oferit societăților. Marx a văzut religia ca pe un instrument de oprimare a clasei, în care promovează stratificarea, deoarece susține o ierarhie a oamenilor de pe Pământ și subordonarea omenerii autorității divine.

Ulterior, teoria interacțiunii simbolice se concentrează pe explicarea procesului prin care oamenii devin religioși. Diferite credințe și practici religioase apar în diferite contexte sociale și istorice, deoarece contextul încadrează sensul credinței religioase. Teoria interacțiunii simbolice ajută la înțelegerea modului în care aceeași religie poate fi interpretată

diferit de grupuri diferite sau în momente diferite de-a lungul istoriei. Din această perspectivă, textele religioase nu sunt adevăruri, ci au fost interpretate de oameni. Astfel, diferiți oameni sau grupuri pot interpreta în moduri diferite aceeași Biblie.

Sociologia religiei a luat ființă odată cu întrebarea „cum afectează modernizarea religia?”. La nivelul instituțiilor sociale, răspunsul este simplu și limpede: religia își pierde puterea și autoritatea. Termenul „diferențiere” descrie separarea clară a guvernului, legii, educației, medicinei și a altor domenii ale vieții de controlul organizațiilor religioase.

Ceea ce rămâne discutabil este impactul credinței și a religiozității asupra autoidentificării individuale. Susținătorii tezei secularizării susțin că diverse aspecte ale vieții moderne tind să aducă o scădere a prestigiului și popularității religiei, precum și a puterii acesteia, subliniind relația inversă evidentă dintre dezvoltarea socioeconomică și implicarea religioasă.

Oponenții acestei teorii citează drept contraexemple realitatea din Statele Unite precum și religiozitatea persistentă a societăților care se află acum în curs de modernizare.

Deși dezbateră este adesea abordată de pe poziții radicale doar în culori de alb sau negru, o mare parte din cercetările recente folosesc diferite nuanțe de gri. Se admite în mod curent că organizațiile religioase tradiționale și ortodoxiile se luptă, dar mulți savanți susțin că religia este mai degrabă transformată decât erodată. Credința și practica, după părerea acestora, sunt individualizate, eventual privatizate. Pentru teoreticienii secularizării, problema este dacă aceste noi sisteme de credințe mai puțin formale au semnificația personală și socială care a caracterizat religia de altădată.<sup>38</sup>

Unul dintre cele mai cercetate domenii ale afecțiunilor psihice în contextul asocierii acestora cu religiozitatea este depresia. Recenzile din literatura de specialitate arată că studiile publicate de-a lungul ultimului secol au constatat că factorii religioși/spirituali sunt în general asociați cu rate mai mici de depresie.

#### **II.6.4. Strategiile de coping**

Conform Asociației Psihologice Americane (APA), strategiile de coping sunt definite ca „o acțiune, o serie de acțiuni sau un proces de gândire utilizat pentru a întâlni o situație stresantă sau neplăcută sau pentru a modifica reacția cuiva la o astfel de situație, acestea

---

<sup>38</sup> D. Voas, „Sociology of Religion”, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, pp. 359-365, 2015

implică de obicei o abordare conștientă și directă a problemelor, spre deosebire de mecanismele de apărare”.<sup>39</sup>

La modul general, se poate spune că strategiile de coping sunt tehnicile folosite de oameni pentru a gestiona problemele, acestea reflectând evoluția și fiind în pas cu ea.

Oamenii sunt capabili să recunoască și să reacționeze la cerințele mediului în moduri care să asigure supraviețuirea. Copingul are o bază fiziologică, psihologică și socială strâns integrată și încorporează procese de la mai multe niveluri.

Multe caracteristici ale funcționării psihologice, cum ar fi emoțiile, motivația, atenția, voința, cogniția și comunicarea sunt organizate în moduri care le permit să contribuie la coping.

De exemplu, emoțiile semnalează și organizează interacțiuni cu semnificație adaptativă, iar multe aspecte ale relațiilor sociale și ale sistemelor culturale care de asemenea contribuie la adaptare, cum ar fi relațiile de atașament, oferă un refugiu sigur de protecție în perioadele de suferință.<sup>40</sup>

Aceste strategii pot fi active sau evitante<sup>41</sup>, copingul activ fiind o modalitatea corectă de a face față stresului, în timp ce copingul prin evitare este strategia dezadaptativă, un factor de risc psihologic pentru răspunsurile adverse la evenimentele stresante din viață.

„Strategiile active de coping sunt fie răspunsuri comportamentale, fie psihologice menite să schimbe natura stresorului însuși sau modul în care cineva se gândește la acesta”, în timp ce strategiile de coping prin evitare „conduc oamenii către activități (cum ar fi consumul de alcool) sau stări mentale (cum ar fi retragerea) care îi împiedică să abordeze direct evenimentele stresante”<sup>42</sup>.

Potrivit lui Carver<sup>43</sup>, strategiile active de coping se manifestă prin luarea de măsuri sau depunerea eforturilor pentru a elimina sau eluda factorul de stres, precum: „planificarea” - gândirea la modul de a se confrunța cu stresorul și planificarea eforturilor de adaptare, „acceptarea” - acceptarea faptului că evenimentul stresant a avut loc și este real și „refocalizarea pozitivă” - valorificând situația cât mai bine, crescând din ea sau văzând-o într-o lumină mai pozitivă. Strategiile de evitare includ „negarea”, definită ca o încercare de a respinge realitatea evenimentului stresant, „dezangajarea comportamentală” - renunțarea sau

---

<sup>39</sup> <https://dictionary.apa.org/coping-strategy>, 27.04.2022

<sup>40</sup> E.A. Skinner, M. Zimmer-Gembeck, „Coping”, *Encyclopedia of Mental Health*, pp. 350-357, 2016

<sup>41</sup> Krohne HW., Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness, Ed. Hogrefe & Huber, pp. 19–50, 1993

<sup>42</sup> Ibidem

<sup>43</sup> Carver CS., „You want to measure coping but your protocol’s too long: Consider the brief COPE”, *International Journal of Behavioural Medicine*, pp. 92–100, 1997

retragerea eforturilor de la încercarea de a atinge scopul cu care interferează stresorul, „aerisirea” - o conștientizare crescută a suferinței emoționale și o tendință concomitentă de a ventila sau de a descărca acele sentimente și „umorul” – „haz de necaz”, glume despre factorul stresor.

Fiecare persoană se confruntă cu stresul, în numeroase momente ale vieții. Aceste situații sunt cunoscute ca factori de stres. Când răspunsul la stres este declanșat, în organism au loc o serie de reacții fiziologice: eliberarea de adrenalină, puls accelerat, redirecționarea sângelui către organele vitale ș.a..

Acest tip răspuns a fost util strămoșilor noștri, în special în lupta împotriva dușmanilor ori a fiarelor sau pentru a fugi de pericole.

În aceste situații intervine strategia de coping, efortul conștient de a rezolva o problemă personală sau interpersonală care va ajuta la depășirea, minimizarea sau tolerarea stresului ori a conflictului. Avem nevoie de modalități de a ne liniști, relaxa fizic și psihic după ce factorul de stres și-a produs efectul iar acestea pot fi obținute prin coping-ul centrat pe emoție și coping-ul centrat pe soluție.

Coping-ul centrat pe emoție schimbă răspunsul emoțional al unei persoane la factorul de stres. Tehnicile de coping centrate pe emoții sunt axate pe reducerea răspunsurilor emoționale negative pe care le-am putea experimenta din cauza factorilor de stres.<sup>44</sup>

Oamenii sunt mai predispuși să adopte un coping centrat pe emoții atunci când nu cred că acțiunile lor pot afecta factorul de stres în sine, așa că își modifică răspunsul la factorul de stres.

Coping-ul centrat pe soluție se realizează prin încercarea de a face față stresorului în sine, astfel încât să se evite răspunsul la stres pe care acesta îl provoacă. Coping-ul centrat pe soluționarea problemei presupune găsirea unor modalități practice de a face față situațiilor stresante.<sup>45</sup>

Stresul este o boală a societății moderne, cu efecte asupra comportamentului, comunicării și eficienței, fiind descris ca „o relație între indivizi și mediul lor, care este apreciat ca periculos și evaluat ca dincolo de capacitatea acestora de a face față”.<sup>46</sup>

Selye a definit stresul ca „o reacție fiziologică nespecifică la solicitările externe sau interne”.<sup>47</sup> Prin urmare, nu factorul de stres provoacă stres, ci percepția individului și reacția emoțională la acesta.

---

<sup>44</sup> Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, pp. 150-152, 1984

<sup>45</sup> Ibidem, pp. 152-153

<sup>46</sup> RS. Lazarus, Psychological stress and the coping process, New York: Springer, 1966

Studentii sunt expuși frecvent la situații stresante, problemele întâmpinate putând diferi de cele cu care se confruntă adolescenții care nu sunt înscriși la facultate. Ar putea fi foarte mare presiunea creată de dorința de a obține note bune și o diplomă care să ateste pregătirea și să le permită accesarea la un statut socio-profesional cât mai avantajos, cerințele academice, relațiile cu facultatea, relațiile cu familia și prietenii precum și singurătatea, iar toate acestea constituie veritabile surse de stres.

În viața academică de zi cu zi, studenții sunt expuși la o gamă largă de situații potențial stresante, care le-ar putea afecta rezultatele academice și sănătatea. Dintre factorii care ar putea fi influențați de stresul academic, un loc aparte este ocupat de așteptările de autoeficacitate, care sunt considerate unul dintre cei mai importanți factori determinanți pentru implicarea studenților și succesul academic.

Reglarea cognitivă a emoțiilor se referă la strategiile mentale pe care oamenii le folosesc pentru a face față evenimentelor traumatice sau stresante<sup>48</sup>, mai exact, la „procesele extrinseci și intrinseci responsabile de monitorizarea, evaluarea și modificarea reacțiilor emoționale, în special a trăsăturilor intensive și temporale”<sup>49</sup>.

Cu toate că gestionarea evenimentelor stresante este importantă în toate etapele vieții, adolescența este acea perioadă a existenței în care se dobândesc abilități de reglare cognitivă a emoțiilor. S-a sugerat în mod repetat că strategiile cognitive pe care adolescenții le folosesc pentru a-și gestiona factorii de stres ar putea fi legate de dezvoltarea problemelor psihopatologice<sup>50</sup>, cum ar fi depresia. Prin urmare, o perspectivă asupra strategiilor specifice de reglare a emoțiilor cognitive pe care le folosesc adolescenții și a modului în care acestea sunt asociate cu inadaptația, ar putea oferi informații importante pentru prevenirea și intervenția depresiei la această grupă de vârstă.

Dintr-o perspectivă proactivă, cercetările privind stresul academic au subliniat importanța strategiilor de coping în prevenirea consecințelor dăunătoare. În ultimii ani, a existat un interes din ce în ce mai mare pentru a descoperi măsura în care indivizii sunt capabili să combine diferite strategii de coping și consecințele adaptative pe care le presupune această flexibilitate. Cu toate acestea, studiile care utilizează această abordare

---

<sup>47</sup> H. Selye, *The Stress of Life*, New York: McGraw-Hill, 1976

<sup>48</sup> Thompson RA, „Emotional regulation and emotional development”, *Educational Psychology Review*, pp. 269-307, 1991

<sup>49</sup> Thompson RA, „Emotional regulation: a theme in search for definition”, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, pp. 25-52, 1994

<sup>50</sup> Compas BE, Orosan PG, Grant KE, „Adolescent stress and coping: implications for psychopathology during adolescence”, *Journal of Adolescence*, pp. 331-349, 1993



centrată pe persoană, pe capacitatea individual de combinare în utilizarea strategiilor de coping, sunt încă rare în contextul academic.

### **III. COORDONATELE PRACTICE ALE LUCRĂRII**

#### **III.1. Scopul cercetării**

**Scopul cercetării** este determinarea prezenței tulburării depresive și a gândurilor de suicid la studenți, în funcție de o serie de determinanți psihologici și sociali: gen biologic, vârstă, domiciliu, mediul de proveniență, etnie, confesiune, statutul marital, domeniul de studiu.

#### **III.2. Obiectivele cercetării**

În cadrul cercetării urmărim să atingem următoarele obiective:

- Realizarea unui studiu cantitativ și calitativ asupra incidenței depresiei în rândul tinerilor constanțeni care studiază la trei facultăți cu specializări diferite;
- Elaborarea unui chestionar de identificare a depresiei și a ideății suicidare și a unor aspecte care influențează aceste tulburări;
- Identificarea factorilor de risc pentru depresie în rândul studenților.

#### **III.3. Ipotezele cercetării**

H1. Există diferențe semnificative în prevalența depresiei în presesiune în rândul studenților după specializarea acestora.

H2. Simptomatologia depresivă este semnificativ mai mare în perioada de presesiune decât cea din post sesiune.

H3. Nivelul prevalenței depresiei este în corelație cu vârsta și este semnificativ diferit după genul studenților și după nivelul satisfacției cu pregătirea academică.

H4. Prevalența depresiei corelează pozitiv cu gradul de afectare generat de pandemie și negativ cu nivelul de religiozitate al respondenților.

H5. Nivelul inteligenței emoționale (ca abilitate a studenților de a empatiza cu ceilalți) corelează negativ cu prevalența depresiei și pozitiv cu nivelul de religiozitate.

H6. Cu cât nivelul depresiei este mai ridicat cu atât susținerea familiei este mai ridicată.

H7. Ideea suicidară este semnificativ diferită după genul respondenților și categorii de vârstă.

#### **III.4. Metodologia cercetării**

Populația cuprinsă în cercetarea noastră este formată din studenți ai **Facultăților de Psihologie, Drept și Științe Economice** ale Universității Andrei Șaguna din Constanța.

Am optat pentru aceste domenii, foarte diferite între ele ca specific, pornind de la ideea că, în funcție de **profilul** de studiu ales, personalitatea studenților prezintă anumite particularități caracteristice.

Având în vedere faptul că populația Dobrogei este heterogenă din punct de vedere **etno-cultural și confesional**, studenții din lotul cercetat aparțin acestui mozaic.

Eșantionul cercetării este format din 450 de studenți care au răspuns la chestionarul aplicat în pre-sesiune, 409 dintre aceștia răspunzând și la chestionarul aplicat în post-sesiune. Membrii grupului aparțin genurilor biologice feminin, masculin și neutru și au vârste cuprinse între 19 și peste 45 de ani. Majoritatea respondenților sunt de etnie română, ceilalți aparținând etniilor turcă, rromă și aromână.

Studenții sunt înscriși în diferiți ani de studiu, la programele de licență sau masterat și provin atât din mediul rural cât și din cel urban.

Un număr de 41 de respondenți din primul eșantion nu au dorit să răspundă la chestionarul post sesiune.

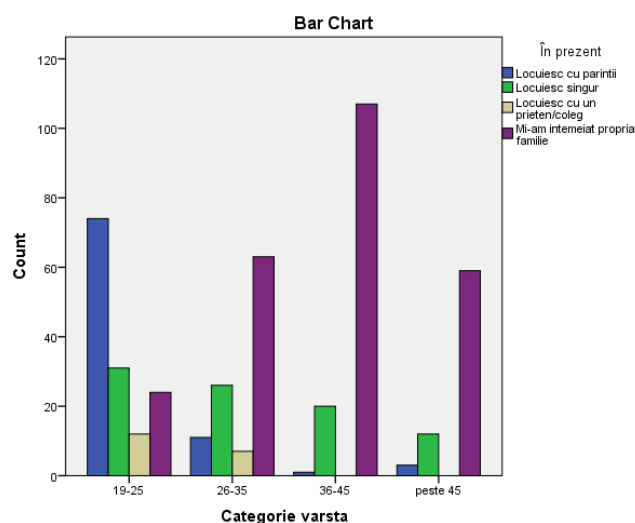
În culegerea datelor, am utilizat, în primul rând, un **inventar de identificare a depresiei și a ideății suicidare**, care a fost aplicat întregului eșantion, în două momente distincte (înainte și după sesiunea de examene).

De asemenea, au fost evaluate **gradul de religiozitate, inteligența emoțională și strategiile de coping la stres** ale studenților.

#### **III.5. Interpretarea rezultatelor**

Am considerat important „statutul familial” al studenților, deoarece gradul de depresie ar putea fi influențat de acesta, funcția familiei este considerată o componentă critică a succesului academic.

Figura nr. 1. Distribuția eșantionului în funcție de vârstă și statutul familial



În cazul a 222 de studenți (care constituie o majoritate de 49,3%), familia le oferă foarte mult suport în ceea ce privește demersul academic, pentru 115, 25,6%, familia susține mult acest demers, iar pentru 71, 15,8%, familia le acorda o susținere relativă. Constatăm că peste 90% dintre studenți beneficiază de susținerea familiei în demersul academic.

Deoarece întregul studiu s-a desfășurat în perioada pandemiei, am analizat felul în care percep studenții efectele pandemiei și cum i-a afectat aceasta în plan profesional/economic, socio-emoțional și educațional.

#### *Evaluarea efectului pandemiei*

a. Pe plan profesional/economic rezultatele se prezintă astfel: majoritatea studenților au fost afectați de pandemie pe plan profesional/economic. 58 de studenți (respectiv 12,9%) au fost foarte afectați, 121 (26,9%) au fost afectați și 99 (22%), au fost afectați moderat. Doar 86, respectiv 19,1%, au fost puțin afectați și alți 86, respectiv 19,1% nu au fost deloc afectați.

b. Pe plan socio-emoțional afectarea a fost următoarea: rezultatele au relevat faptul că 14,9% dintre studenți au fost foarte afectați în plan **socio-emoțional**, 31,6% au fost afectați, 24,9% au fost afectați în măsură moderată, 17,1% au fost puțin afectați și doar 11,6% nu au fost afectați deloc de pandemie în acest plan.

c. Din perspectivă educațională gradul de afectare a fost următorul :

Constatăm că în plan **educațional**, 10,9% dintre studenți au fost foarte afectați, 28,7% au fost afectați, 23,1% au fost moderat afectați, 19,3% au fost puțin afectați, iar 18% nu se consideră să fi fost afectați în acest plan.

În urma analizării afectării pandemice se poate trage concluzia că studenții au fost cel mai puternic afectați în plan socio-emoțional.

Pe baza situațiilor din tabelele de mai sus am compus un indice al afectării dată de pandemie pentru respondenți (indice numit PANDEMIC). Cei trei itemi care compun indicele au un coeficient Cronbach Alfa de 0.785 deci noul indice este fiabil.

#### *Evaluarea nivelului depresiei in pre-sesiune*

Din cele spuse până acum evaluarea nivelului depresiei pre-sesiune s-a făcut după completarea răspunsurilor de la 20 de itemi din Inventarul de depresie BECK. Prin cumularea valorilor celor 20 de variabile se obține un indice statistic SCORDEPR. Făcând analiza de fiabilitate (reliability analysis) am obținut următoarele rezultate: valoarea lui Cronbach's Alpha=0.922 (peste limita minimă de 0.65). Corelațiile între variabile sunt de intensitate medie și nu avem situația de multicoliniaritate.

Inventarul de depresie Beck a fost aplicat lotului de studiu, format din 450 de studenți, în două etape diferite, înainte de începerea sesiunii de iarnă și după finalizarea acesteia, în prima săptămână a începerii semestrului al II-lea. După *cotarea chestionarelor*, a rezultat că 29,3% dintre studenți prezintă un anumit grad de depresie, 11,3% depresie ușoară, 9,6% depresie moderată și 8,4% depresie severă

A fost identificat un posibil efect al pandemiei COVID, 46% dintre studenții care nu manifestau forme de depresie au reclamat probleme mari și foarte mari de concentrare.

Rezultatele arată că 11,3% dintre studenți au întâmpinat dificultăți foarte mari de concentrare a atenției în această perioadă, 20,7% au întâmpinat dificultăți mari, 25,8% au întâmpinat dificultăți moderate, 25,1% au întâmpinat dificultăți mici și doar 17,1% nu au întâmpinat dificultăți deloc.

#### *Evaluarea religiozității*

În ceea ce privește gradul de religiozitate am precizat deja că acesta este de fapt un indice statistic sumativ obținut din variabilele Q38-Q52. Descriptiv acest indice numit SCORRELIG are valorile cuprinse în intervalul (15,75) cu o medie de 47.13 ceea ce denotă un scor relativ ridicat al religiozității autodeclarate. Făcând și în acest caz analiza de fiabilitate observăm valoarea foarte mare a lui Cronbach's Alpha=0.941 (peste 0.65).

42 de persoane (respectiv 9,3%) au un grad foarte mare de religiozitate, 155 (respectiv 34,4%) au un grad de religiozitate mare, 157 (respectiv 34,9%) au un grad mediu de religiozitate, iar 96 (respectiv 21,3%) au un grad scăzut al religiozității.

Făcând o analiză de corelație cu variabilele *vârstă* și *grad de religiozitate* se observă că nu există o corelație între cele două ( $r=0.081$ ,  $p=0.087$ ). Cu alte cuvinte nu putem decide dacă gradul de religiozitate crește odată cu vârsta (cel puțin pentru eșantionul nostru).

Considerăm acest fapt o constatare interesantă privind evoluția religiozității în perioade de criză cu atât mai mult cu cât în perioade normale studiile în care s-a cercetat relația dintre frecvența prezenței persoanei la biserică, auto-evaluarea religiozității, rugăciunea privată și vârsta, s-au obținut rezultate care indică un efect general al îmbătrânirii, corelat cu o evoluție ascendentă a intensității religioase și a forței credințelor pe durata vieții adulte.<sup>51</sup>

#### *Evaluarea inteligenței emoționale*

Am construit un nou indice statistic plecând de la variabilele Q53-Q62 din chestionar. Descriptiv am obținut următoarele date: dintre cei 450 de respondenți, 19 (respectiv 4,2%) au inteligența emoțională peste medie, 162, (respectiv 36%) au inteligență emoțională medie și 269 (respectiv 59,8%), au inteligență emoțională sub medie.

Se constată că 4,4% dintre respondenți au întâmpinat dificultăți foarte mari de comunicare în perioada pandemiei, 10,7% au întâmpinat dificultăți mari, 34% au întâmpinat moderat dificultăți, 26,4% au întâmpinat dificultăți mici, în timp ce 24,4% nu au întâmpinat deloc dificultăți.

#### *Satisfacția cu pregătirea academică*

Evaluarea satisfacției cu pregătirea academică reunește mai multe întrebări din chestionar: Q3 (Evaluarea volumului de informații necesar pregătirii de specialitate) Q4 (Neliniștea provocată de perioada examenelor) Q13 (Evaluarea corectitudinii profesorilor) Q14 (Evaluarea interacțiunii cu colegii de an). După modul cum au fost elaborate în chestionar am fost obligați să recodificăm variabilele Q13 și Q14. După recodificare am constituit un indice al satisfacției cu pregătirea academică [ACADEMIC]. Analiza de fiabilitate (reliability analysis) pentru cei cinci itemi a generat un rezultat eficient (Alfa Cronbach=0.65).

---

<sup>51</sup> Kyriakos S. Markides, PhD, „Aging, Religiosity, and Adjustment: A Longitudinal Analysis”, *Journal of Gerontology*, Volume 38, Issue 5, September 1983, pp. 621–625

Înainte de sesiune, am evaluat percepția studenților cu privire la dificultatea și mărimea volumului de informații pe care trebuie să le asimileze, iar rezultatele au fost următoarele:

5,6% au considerat că volumul de informații este foarte dificil/mare, 20% au considerat că este dificil/mare, iar majoritatea, în procent de 43,3%, au considerat că este relativ dificil/mare, 24,2% au considerat că este puțin dificil/mare și doar 6,9% au considerat că nu este deloc dificil/mare.

Pornind de la această prezumție, am evaluat neliniștea studenților în legătură cu apropierea sesiunii de examene și am obținut următoarele rezultate: 30,9% sunt foarte mult neliniștiți cu privire la apropierea sesiunii, 23,8% sunt mult neliniștiți, 24% sunt relativ neliniștiți, 17,8% sunt puțin neliniștiți și doar 3,6% au declarat că nu sunt deloc neliniștiți cu privire la apropierea acestui eveniment.

#### *Evaluarea depresiei în post sesiune*

Evaluarea nivelului depresiei post-sesiune s-a făcut după completarea răspunsurilor aceluiași 20 de itemi din Inventarul de depresie BECK. Prin cumularea valorilor celor 20 de variabile se obține un indice statistic SCORDEPR. Descriptiv, acest indice a avut următoarele valori: indicele ia valori în intervalul (0,72) cu o medie de 7.08. Observăm de asemenea o medie în scădere față de situația pre sesiune (când media era de 8.26).

307 studenți (respectiv 75,1%) nu prezintă niciun grad de depresie, 44 de studenți (respectiv 10,8%), prezintă depresie ușoară, 29 de studenți (respectiv 7,1%), prezintă depresie moderată, iar 29 de studenți, respectiv 7,1%, prezintă depresie severă. Dintre cei 409 de respondenți, 102 sunt afectați de depresie, în diferite grade.

#### *Evaluarea ideii de suicidare*

Acest item face parte integrantă din *Inventarul de depresie Beck*. După modul de construcție a acestui inventar ideea de suicidare este doar o dimensiune a manifestării depresive. Tocmai de aceea a ne rezuma în cercetare doar pe itemul 25 din *Inventarul Beck* este insuficient. Acest item poate constitui însă o variabilă independentă pentru alte analize cantitative. Reamintim că itemul respectiv este o scală în patru trepte cu variante de la a. *Nu am nici o idee de sinucidere până la d. M-aș sinucide dacă aș avea ocazia să o fac.* În analiza sociologică vom diferenția întotdeauna între *opinia liber exprimată* și *atitudinea respondentului*. A cerceta în mod explicit *atitudinea* față de suicid (ca predispoziție determinată de o multitudine de variabile) poate fi subiectul unei cercetări viitoare.

Observăm că marea majoritate (94%) nu au avut idei suicidare. Încă celelalte date pot fi un motiv suficient de puternic pentru a continua cercetările aprofundate din perspectivă sociologică (probabil existând și cazuri cu prognostic medical). Este alarmant faptul că 5,8% dintre studenți prezintă ideea suicidară, dintre aceștia 5,11% au idei de sinucidere, dar nu intenționează să le pună în aplicare și 0,7% s-ar sinucide dacă ar putea să o facă.

Am aplicat interviul semis-structurat pe un eșantion extras din totalul studenților cu ideea suicidară, având ca obiectiv dublarea analizei cantitative de una calitativă, pentru o fidelitate mai mare a rezultatelor obținute

Cu o singură excepție, la toți studenții cu ideea suicidară care au participat la interviu, am constatat că debutul acestei tulburări a avut loc cu mult înainte de înscrierea la facultate. În toate aceste cazuri, diagnosticate cu tulburări psihice anterior începerii studiilor universitare, influența activității studentești a avut un efect benefic, ideea suicidară a diminuat ca intensitate și frecvență și stima de sine a crescut. Studenții care prezintă ideea suicidară au, în majoritate, antecedente heredo-colaterale care sunt în raport cu aceasta (rude care s-au sinucis, tulburări psihice în familie).

#### *Evaluarea strategiilor de coping*

După cum am spus anterior CERQ se identifică cu un număr de 36 de itemi, câte patru pentru tipurile următoare de strategii: 1. Autoculpabilizarea, 2. Acceptarea, 3. Ruminarea, 4. Refocalizarea pozitivă, 5. Refocalizarea pe planificare, 6. Reevaluarea pozitivă, 7. Punerea în perspectivă, 8. Catastrofarea, 9. Culpabilizarea celorlalți. Pentru toate aceste strategii valorile descriptive de bază au fost următoarele:

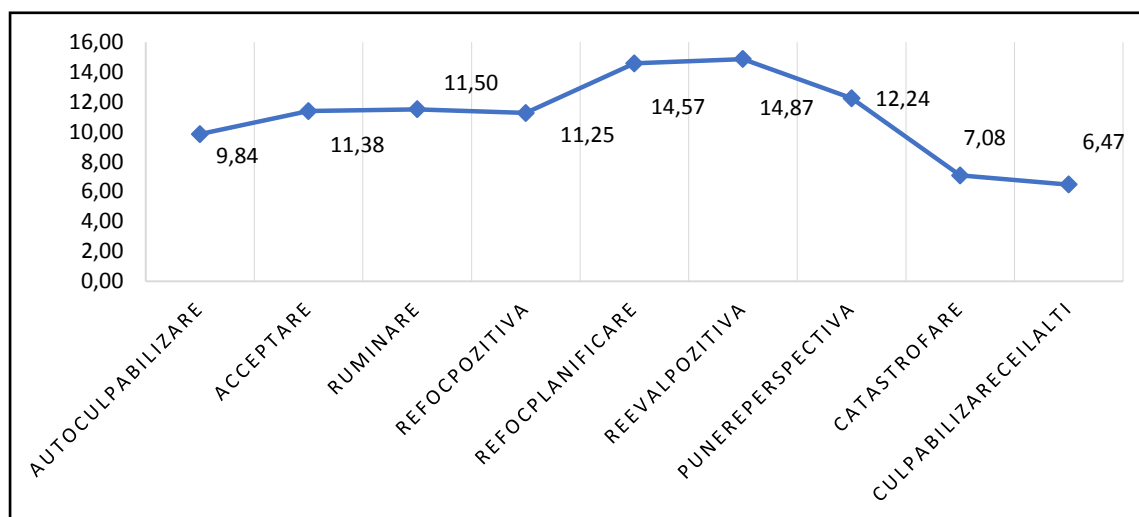
Tabelul nr. 1

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
autoculpabilizare	409	4.00	20.00	9.8411	3.45300
acceptare	409	4.00	20.00	11.3839	3.84272
ruminare	409	4.00	20.00	11.4988	4.21722
refocpozitiva	409	4.00	20.00	11.2543	4.02978
refocplanificare	409	4.00	20.00	14.5721	3.89951
reevalpozitiva	409	4.00	20.00	14.8655	4.13960
punereperspectiva	409	4.00	20.00	12.2445	4.02795
catastrofare	409	4.00	19.00	7.0831	2.88725
culpabilizareceilalti	409	4.00	20.00	6.4670	2.41716
Valid N (listwise)	409				

După cum se observă mediile cele mai mari le identificăm pentru *refocalizarea pe planificare* și pentru *reevaluare pozitivă* iar mediile cele mai reduse sunt pentru *culpabilizarea celorlalți* și *catastrofare*. Pentru o vizualizare suplimentară am reprezentat grafic respectivele medii:

Figura nr. 2



Considerăm situația respondenților ca fiind una pozitivă (optimistă) având în vedere rezultatele obținute. După cum am spus faptul de a recurge *culpabilizarea celorlalți* sau la *catastrofare* sunt opțiuni mai puțin dezirabile fapt la care concură un set complex de variabile. Ne așteptăm ca scorurile efective ale măsurării depresiei să fie mai puternic corelate cu valorile din aceste cazuri. Rezultatele se pot vedea în tabelul următor:

Tabelul nr. 2

	Scor depresie	
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
Autoculpabilizare	.415**	0.000
Acceptare	.175**	0.000
Ruminare	.218**	0.000
Refocpozitiva	-.244**	0.000
refocplanificare	-.156**	0.002
reevalpozitiva	-.297**	0.000
punereperspectiva	-0.011	0.823
catastrofare	.512**	0.000
culpabilizareceilalti	.353**	0.000



Din acest tabel putem trage o serie de concluzii importante:

- Valori mari ale *depresiei* autodeclarate sunt însoțite de valori mari ale *autoculpabilizării* sau *catastrofării*.
- Scorurile depresiei corelează invers cu *refocalizarea pozitivă*, *refocalizarea pe planificare* și *reevaluarea pozitivă*.
- Nu există corelație între scorurile *depresiei* și cele ale *punerii în perspectivă*!

### **Testarea ipotezelor de lucru**

**H1. Există diferențe semnificative în prevalența depresiei în presesiune în rândul studenților după specializarea acestora.**

Pentru această analiză era de preferat analiza ANOVA cu variabila independentă *Specializare studii* însă una din condițiile de bază ale analizei nu s-a verificat (distribuția normală a variabilei dependente pentru toate categoriile vi). În consecință am aplicat un test nonparametric și am obținut faptul că nu există diferențe semnificative în ce privește simptomatologia depresiei după specializarea studenților (Chi Square=8.06, p=0.089). Putem considera că studenții din eșantion au un nivel comparabil al depresiei indiferent de specializare. Ipoteza nu se confirmă.

**H2. Simptomatologia depresivă este semnificativ mai mare în perioada de presesiune decât cea din post sesiune.**

Datorită nerespectării asumpțiilor privind testul parametric Paired Sample T Test am preferat utilizarea aceluiași test în variantă non parametrică. Analiza datelor ne arată o diferență statistică semnificativă între scorurile măsurate în pre și post sesiune (Z=-2.801, p=0.005). Simptomatologia depresivă este semnificativ mai mare în perioada de presesiune. Ipoteza H2 se confirmă.

**H3. Nivelul prevalenței depresiei este în corelație cu vârsta și este semnificativ diferit după genul studenților și după nivelul satisfacției cu pregătirea academică.**

a. *Prevalența depresiei și vârsta*

Pentru început am efectuat analiza corelațională între *nivelul prevalenței depresiei* și *vârsta*. Sensul analizei este unul bidirecțional fără să avem nici o presupunere a legăturii dintre variabile. Există o corelație între cele două variabile și este semnificativă statistic ( $r=-$

0.369,  $p=0.000$ ). Corelația este de sens contrar și de intensitate medie: cu creșterea vârstei scade intensitatea depresiei (autodeclarate). Ipoteza se confirmă.

*b. Prevalența depresiei și genul subiecților*

Pentru acest caz am efectuat un test neparametric din datele obținute observăm că există o diferență semnificativă în ce privește prevalența depresiei după genul respondenților ( $U=9909$ ,  $Z=-2.006$ ,  $p=0.045$ ). Într-adevăr prevalența în cazul studentelor este semnificativ mai mare. Ipoteza se confirmă.

*c. Prevalența depresiei și satisfacția cu pregătirea academică*

Rezultatul indică o corelație între cele două variabile și este semnificativă statistic ( $r=-0.468$ ,  $p=0.000$ ). Corelația este de sens contrar și de intensitate medie: creșterea satisfacției cu pregătirea academică este însoțită de o scădere a prevalenței depresiei. Ipoteza se confirmă.

**H4. Prevalența depresiei corelează pozitiv cu gradul de afectare generat de pandemie și negativ cu nivelul de religiozitate al respondenților.**

Există o corelație între pandemie și nivelul de depresie și este semnificativă statistic ( $r=0.343$ ,  $p=0.000$ ). Corelația este de același sens și de intensitate medie: creșterea gradului de afectare specific perioadei pandemice se însoțește de o creștere medie a prevalenței depresiei. Ipoteza se confirmă.

Există o corelație foarte slabă între depresie și religiozitate dar totuși semnificativă statistic ( $r=-0.099$ ,  $p=0.036$ ). Corelația este de sens contrar: creșterea nivelului religiozității este însoțită de o ușoară scădere a prevalenței depresiei. Ipoteza se confirmă, însă la limită.

**H5. Nivelul inteligenței emoționale (ca abilitate a studenților de a empatiza cu ceilalți) corelează negativ cu prevalența depresiei și pozitiv cu nivelul de religiozitate.**

Nivelul inteligenței emoționale nu se însoțește de o creștere sau o scădere a nivelului declarant al depresiei, nu există o corelație între cele două variabile ( $r=-0.085$ ,  $p=0.072$ ). De data această deduce că ipoteza nu se confirmă. Nu există corelație nici cu nivelul de religiozitate ( $r=-0.036$ ,  $p=0.445$ ). Și de data această ipoteza nu se confirmă.

**H6. Cu cât nivelul depresiei este mai ridicat cu atât susținerea familiei este mai ridicată.**

Prin analiza de asociere am obținut următoarele rezultate: variabilele sunt asociate ( $\text{Chi Square}=26.2$ ,  $df=9$  și  $p=0.002$ ). Puterea efectului este  $\Phi=0.241$  pentru  $p=0.002$ . Deducem că cele două variabile sunt asociate cu o intensitate scăzută. Cu toate acestea asocierea este semnificativă și ipoteza se confirmă.

### **H7. Ideea suicidară este semnificativ diferită după genul respondenților și categorii de vârstă.**

Pentru a testa această ipoteză am recurs la două analize de asociere:

a. *După genul respondenților*

Se observă că nu există asociere după genul subiecților (Chi Square=0.752, p=0.687).

Ipoteza în acest caz nu se confirmă.

b. *După categorii de vârstă*

Analiza datelor după recodificare variabilei categorii de vârstă (am redus cele patru categorii inițiale la două deoarece volumul matricii conținea un surplus de celule cu valori așteptate mai mici decât 5). Rezultatul a fost următorul: există o asociere între cele două variabile (Chi Square=12.589, p=0.002).

Concluzia generală: ipoteza H7 se verifică parțial.

## **IV. CONCLUZII**

Cercetarea aduce în prim plan importanța analizei sociologice în înțelegerea rolului pe care îl are mediul social asupra apariției ideeații suicidară și a comportamentului suicidar și ajută la identificarea mecanismelor sociale capabile să diminueze amploarea acestei grave tulburări cu impact psihosocial.

Capitolul al doilea al lucrării cuprinde o analiză amănunțită a depresiei și ideeații suicidară, prezentând atât evoluția conceptelor din perspectivă multidisciplinară, cât și, cu precădere, provocările actuale în rândul tinerilor. Un accent deosebit a fost pus pe identificarea cauzelor care determină apariția ideeații suicidară și a modalităților de intervenție asupra lor, cauze ce reprezintă o provocare majoră pentru medicină, sociologie, psihologie, pedagogie. Totodată, am evidențiat că depistarea precoce a ideeații suicidară apărută la grupele de risc precum cea a adolescenței și aplicarea măsurilor adecvate pot duce la reducerea incidenței suicidului.

O concluzie a analizei literaturii de specialitate este aceea că trecerea de la ideile de suicid la tentativă este întotdeauna provocată de acțiunea confluentă a mai multor factori de natură biologică, psihologică, socială, psihopatologică, deseori surveniți pe un fond de stres.

O atenție a fost acordată faptului că la majoritatea persoanelor cu ideeație suicidară pot fi observate anumite semnale ale intențiilor lor, adevărate „*semne de avertizare*”. Semnele

majore de alertă în privința punerii în aplicare a acestor idei sunt reprezentate de inițierea unor discuții despre suicid sau autorânire, scrierea în jurnal sau transmiterea unor mesaje legate de moarte, interesul crescut pentru așa-numitele „*modele de suicid*”, căutarea anumitor locuri devenite simbolice, tradiționale pentru comiterea acestui gest sau procurarea obiectelor care ar putea fi folosite în scop suicidar: arme, otrăvuri, droguri. Aceste semnale sunt și mai alarmante dacă persoana a devenit mai izolată sau taciturnă, este tristă sau chiar depresivă, este dependentă de alcool sau droguri, a mai avut tentative de suicid sau are antecedente familiale de sinucidere.

Un semn de avertizare mai subtil, dar la fel de periculos, este lipsa de speranță, identificată de mai multe studii ca fiind un predictor puternic al sinuciderii. Persoanele care se simt lipsite de speranță se plâng de sentimente „insuportabile”, își prevăd un viitor sumbru și afirmă că nu au la ce să se aștepte de la viață.

Lumea socială este complexă și multistratificată și poate fi caracterizată prin structuri de rețea și culturi comune care, la rândul lor, influențează în mod individual membrii grupului prin identitățile lor sociale și emoțiile sociale. Faptul că mediul social joacă un rol esențial în dezvoltarea umană pe parcursul întregii vieți a individului, având o contribuție semnificativă la sănătatea fizică și mentală a acestuia și influențând în mod evident incidența suicidului în societate, nu este o concluzie nouă.

Depresia este tot mai frecventă la studenți, aceștia invocând problemele de sănătate mintală ca fiind cele mai mari bariere pe care le au în efortul de învățare, deoarece în perioada de timp relativ scurtă a facultății se produc schimbări profunde de viață, nu este de mirare că mulți studenți sunt predispuși la depresie.

Un alt factor care crește riscul de instalare a unor stări depresive este acela că actuala generație de studenți petrece mult timp pe *rețelele de socializare* care se corelează cu apariția unor stări de spirit mai proaste, reducerea stimei de sine, stres, anxietate și depresie.

Internaționalismul, multiculturalismul și cosmopolitismul sunt fenomene care produc efecte la nivel mondial, iar atașamentele individuale și identitățile sunt într-un permanent proces de schimbare. Acest lucru conduce la o mai mare interconexiune, la schimb de experiențe, valori, obiceiuri între oameni din culturi diferite, cu evidente consecințe psihologice ale globalizării.

Demersul investigativ aduce ca noutate determinarea prevalenței depresiei și a ideății suicidare în rândul studenților, în perioada de pandemie Covid, explorând două jaloane de timp relevante pentru aceștia: pre-sesiune și post-sesiune. Cercetarea aduce în prim plan importanța analizei sociologice în înțelegerea rolului pe care îl are mediul social asupra

aparitiei ideatiei suicidare și a comportamentului suicidar și ajută la identificarea mecanismelor sociale capabile să diminueze amploarea acestei grave tulburări cu impact psihosocial.

O parte importantă din cercetare s-a axat pe conturarea unui model sociologic al apariției și evoluției depresiei și ideatiei suicidare în mediul academic în funcție de o serie de determinanți psihologici și sociali: gen biologic, vârstă, domiciliu, mediul de proveniență, etnie, confesiune, statutul marital, domeniul de studiu.

Un alt aspect al cercetării a implicat evaluarea **gradului de religiozitate, inteligența emoțională și strategiile de coping la stres** ale studenților, acestea fiind raportate la gradul depresiei și ideatiei suicidare.

Rezultatele investigației au arătat că nu există diferențe semnificative în prevalența depresiei în presesiune în rândul studenților după specializarea acestora, studenții din eșantion prezentând un nivel comparabil al depresiei indiferent de specializare. Totuși, apreciem că acest aspect poate fi în continuare explorat, având în vedere extinderea lotului de studiu și alegerea unor studenți din medii academice diferite, cultura organizațională putând juca un rol important.

O altă concluzie a studiului este că simptomatologia depresivă este semnificativ mai mare în perioada de presesiune decât cea din post sesiune, demonstrând ciclicitatea depresiei în strânsă corelație cu structura anului academic. Acest aspect trebuie să fie cunoscut în mediul academic, iar utilizarea unor sesiuni de training pentru studenți și profesori ar putea reduce considerabil amplitudinea acestor oscilații.

Nivelul prevalenței depresiei este în corelație cu vârsta, odată cu creșterea vârstei scade intensitatea depresiei și este semnificativ diferit după genul studenților, prevalența în cazul studentelor este semnificativ mai mare

Un alt rezultat semnificativ este legat de faptul că în urma analizei datelor am remarcat că studenții care se declară satisfăcuți de rezultatele academice manifestă o prevalență scăzută a depresiei.

Un aspect important al investigației, care reprezintă un element de noutate pentru studiile efectuate la noi în țară, a fost analiza depresiei în contextual pandemiei și raportată la nivelul de religiozitate al respondenților. Rezultatele au demonstrat că gradul de afectare specific perioadei pandemice este însoțit de o creștere medie a prevalenței depresiei. Trebuie remarcat că perioada analizată a fost în timpul valului 4 al pandemiei, neavând date care să poate compara modul de evoluția al prevalenței depresiei de la începutul pandemiei până în momentul investigației noastre.

Există o corelație între depresie și religiozitate în sensul că un nivel ridicat al nivelului religiozității este însoțită de o scădere a prevalenței depresiei. Consider că aceasta analiză va trebui aprofundată în cercetări ulterioare folosind instrumente suplimentare pentru a deduce cu claritate raportul dintre religiozitate și prezența depresiei.

Este de remarcat că nivelul inteligenței emoționale nu a fost însoțit de o creștere sau o scădere a nivelului declarat al depresiei, ceea ce ar putea fi datorat nivelului scăzut al IE în rândul studenților. Și acest aspect va putea fi dezvoltat în studii ulterioare, folosind scale mai complexe ale IE și corelând cu efectele utilizării masive ale social media asupra IE.

Am identificat o corelație cu intensitate scăzută între nivelul depresiei și susținerea familiei, în sensul în care susținerea familială este legată de niveluri mai scăzute ale depresiei, ceea ce demonstrează importanța influenței mediului familial asupra sănătății mentale a individului.

În ceea ce privește ideea suicidară nu am identificat o asociere după genul subiecților, analiza relevând faptul că mai degrabă respondenții cu vârste sub 35 de ani au antecedente în ce privește ideea suicidară.

Am extras câteva concluzii, în urma interviurilor realizate pe un eșantion extras din rândul studenților cu ideea suicidară.

În urma interviurilor, a reieșit faptul că nu toți studenții care au ideea suicidară suferă și de depresie ceea ce impune necesitatea identificării unor metode specifice, altele decât cele pentru depresie, pentru depistarea precoce a ideii suicidare.

Majoritatea studenților intervievați, care suferă de depresie, folosesc strategii de coping neadaptative (ruminarea și autoculpabilizarea), cu rezultate slabe, aspect care argumentează necesitatea urgentă de depistare și tratare a depresiei, precum și importanța prevenției acesteia.

Majoritatea studenților cu ideea suicidară au avut debutul acestei tulburări cu mult înainte de înscrierea la facultate.

Studenții care prezintă ideea suicidară au, în majoritate, antecedente heredo-colaterale care sunt în raport cu aceasta (rude care s-au sinucis, tulburări psihice în familie).

Ideea depresivă și cea suicidară nu se află în raport direct cu performanța academică, majoritatea studenților intervievați obținând rezultate foarte bune. Mai mult decât atât, am constatat că gradul de depresie s-a modificat și scorurile obținute la chestionarul de depresie s-au diminuat după sesiune, în raport cu rezultatele bune obținute și diminuarea presiunii.

Epidemia a afectat cu precădere studenții care suferă de depresie, atât în plan motivațional, cât și în cel al interesului și al comunicării, majoritatea studenților raportând

slăbirea relațiilor interumane în această perioadă. De asemenea, cursurile online nu au fost foarte apreciate de către studenții cu depresie, aceștia simțindu-se mai singuri și nemotivați să participe.

Concluziile generale ale lucrării evidențiază faptul că

- perioada de pandemie, în lipsa unor perturbări majore vizibile, apare ca factor principal, dar nu exclusiv al tulburărilor depresive
- depresiile majore și ideea suicidară apar pe un miez depresivo-anxios preexistent perioadei de studenție
- mediul academic este unul depresogen ciclic, influențat de calendarul academic
- prevalența depresiei pe ani de studiu arată că fiecare etapă are particularități specifice, nivelul depresiei fiind cel mai ridicat în anii terminali
- depresia este influențată de rezultatele academice iar mediul familial oferă o creștere a rezilienței la factorii stresori minori
- valori mari ale *depresiei* sunt însoțite de valori mari ale *autoculpabilizării* sau *catastrofării*.
- 5,8% dintre studenți prezintă ideea suicidară, ceea ce reprezintă un real semnal de alarmă.

### **Propuneri și direcții noi de cercetare**

Date fiind dimensiunile semnificative ale prevalenței depresiei și ideei suicidare în rândul studenților, cu implicații majore asupra stării de sănătate mentală, propunem:

- realizarea unui ghid de identificare a primelor semne ale depresiei și instruirea cadrelor didactice pentru a fi atente la semnele de avertizare;
- instruirea personalului din Centrele de consiliere pentru a putea oferi consultanță studenților;
- creșterea eficienței activității Departamentului de Consiliere și Orientare în Carieră a universității în procesul de identificare precoce a dificultăților de adaptare a studenților la rigorile învățământului universitar și de depistare a simptomatologiei depresive și a ideei suicidare, în vederea includerii în programul de psihoterapie a studenților la care apar aceste tulburări;
- implicarea asociațiilor studențești în campanii de informare cu privire la pericolul real al depresiei și ideei suicidare;
- încurajarea unei culturi organizaționale deschise și orientate către student;

- extinderea explorării prevalenței depresiei în rândul studenților prin aplicarea anuală, cel puțin 5 ani, a instrumentelor testate în acest studiu;
- continuarea analizării corelației dintre depresie și religiozitate, prin aplicarea unor instrumente de cercetare care să permit analiza mai în profunzime a acesteia.

## V. BIBLIOGRAFIE

1. American Psychiatric Association. (2013), Glossary of Technical Terms, In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.)
2. Bar-On R., Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory, Ed. Jossey Bass, 2000
3. Bentzen J. S., „In crisis, we pray: Religiosity and the COVID-19 pandemic”, *Journal of economic behavior & organization*, 2021,
4. Carver CS., „You want to measure coping but your protocol’s too long: Consider the brief COPE”, *International Journal of Behavioural Medicine*, 1997
5. Colman Andre, *A Dictionary of Psychology*, 2nd Edition, Oxford University Press, 2006
6. Compas BE, Orosan PG, Grant KE, „Adolescent stress and coping: implications for psychopathology during adolescence”, *Journal of Adolescence*, 1993
7. Cosman Doina, *Psihologie medicală*, Polirom, 2010
8. Cosman Doina, *Sinuciderea, Studiu în perspectivă biopsihosocială*, Risoprint, Cluj-Napoca, 1999
9. Cunningham A., „Sir Thomas Browne and his Religio medici: Reason, Nature and Religion” în Ole Peter Grell and Andrew Cunningham (eds.), 1996, *Scholar Press Aldershot*
10. D. Voas, „Sociology of Religion”, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2015
11. Durkheim Emile, *Despre sinucidere*, tr. Mihaela Calcan, Institutul European Iași, 1993
12. E.A. Skinner, M. Zimmer-Gembeck, „Coping”, *Encyclopedia of Mental Health*, 2016
13. Frاسquilho D., Matos M.G., et al., „Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review”, *Public Health*, 2016
14. Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. *Tratat de Psihiatrie Oxford ediția a II-a*, B.C.U. Iași, 1994
15. Gliatto M.F., Rai A.K., "[Evaluation and Treatment of Patients with Suicidal Ideation](#)", *American Family Physician*, 1999
16. Goleman D., Cherniss C., *The emotionally intelligent workplace*, Ed. Jossey-Bass, San Francisco
17. H. Selye, *The Stress of Life*, New York: McGraw- Hill, 1976
18. Jacobson N.C., Lekkas D., Price G. Et al., „Flattening the mental health curve: COVID-19 stay-at-home orders are associated with alterations in mental health search behavior in the United States”, *JMIR Mental Health*,
19. Klonsky E., May A., M., Saffer B., "Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation", *Annual Review of Clinical Psychology*, 2016



20. Krohne HW., Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness, Ed. Hogrefe & Huber, 1993
21. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984
22. RS. Lazarus, Psychological stress and the coping process, New York: Springer, 1966
23. Lonnqvist J.K., *Epidemiology and causes of suicide* , New Oxford Textbook of Psychiatry, vol 1, Oxford University Press, 2012
24. M. Garaigordobil, „Intrapersonal Emotional Intelligence during Adolescence: Sex Differences, Connection with other Variables, and Predictors, *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 2020
25. Mayer J.D., Salovey P., *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications*, Ed. Harper Collins, 1997
26. O.M.S. – Consensus of death, Geneve, 1991
27. Platon, *Legile*, Editura IRI, București, 1995
28. Rădulescu Sorin, *Sociologia sinuciderii Tendințe și evoluții ale sinuciderii în România*, Editura Pandora, București, 2015
29. Romila, A. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision*, 2000
30. Romila, A., *Psihiatrie Ediția a 2-a revizuită*, Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2004
31. Salovey P, Sluyter D, Emotional Development and Emotional Implication, Ed. Basic Books, USA, 1997
32. Scripcaru Călin , *Suicid și agresivitate. Contribuții la studiul psihiatric al suicidului*. Psihomania, Iași, 1996.
33. Silverman J., Galanter M., Jackson M., et al., „Assessment of Suicide Risk”, *The American Psychiatric Association Practice Guidelines for Psychiatric Evaluation of Adults*, ed. 3, 2016
34. Thompson RA, „Emotional regulation and emotional development”, *Educational Psychology Review*, 1991
35. Thompson RA, „Emotional regulation: a theme in search for definition”, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1994
36. Uddin R., Burton NW., Maple M, et al., „Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study”, *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2019
37. Uddin, R; Burton, NW; Maple, M; Khan, SR; Khan, A, „Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study”, *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2019
38. <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/778734771>
39. <https://dictionary.apa.org/suicidal-ideation>
40. [http://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/7166/1/Incursiune in esenta comp ortamentului suicidar in schizofrenie.pdf](http://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/7166/1/Incursiune%20in%20esenta%20comp%20ortamentului%20suicidar%20in%20schizofrenie.pdf)
41. [https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4020-8265-8\\_1503](https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4020-8265-8_1503)
42. <https://dictionary.apa.org/coping-strategy>
43. <https://www.dspsv.ro/uploads/PromovareaSanatatii/San%20Mintala%202022/Analiza-situatie-Sanatare%20Mintala-2022.pdf>