

INFORMAȚIE • SPRIJIN • SPERANȚĂ



ALIANȚA NAȚIONALĂ
— PENTRU SĂNĂTATE MINTALĂ —

— Unitate • Responsabilitate • Protecția Beneficiarului —

PRIMUL AJUTOR ÎN SĂNĂTATE MINTALĂ

GHID PRACTIC PENTRU
FAMILIE, PRIETENI ȘI COLEGI



ÎNȚELEGERE



EMPATIE



SIGURANȚĂ



RECUPERARE

INFORMAȚIA CORECTĂ SALVEAZĂ VIEȚI.
TU POȚI FACE DIFERENȚA.



Primul ajutor în sănătate mintală

Ghid practic pentru familie, prieteni și colegi

Introducere

Ce este primul ajutor în sănătate mintală?

În fiecare zi, milioane de oameni se confruntă cu dificultăți emoționale sau psihologice. Uneori este vorba despre stres intens, anxietate sau depresie. Alteori apar atacuri de panică, consum problematic de alcool sau droguri, tulburări psihotice ori crize suicidare. De cele mai multe ori, primele persoane care observă că ceva nu este în regulă nu sunt medicii sau psihoterapeuții, ci membrii familiei, prietenii, colegii sau vecinii.

La fel cum orice persoană poate învăța să acorde primul ajutor în cazul unui accident până la sosirea ambulanței, orice persoană poate învăța câteva principii simple prin care să ofere un prim sprijin unei persoane aflate într-o criză de sănătate mintală.

Acest tip de intervenție poartă denumirea de **prim ajutor în sănătate mintală** (Mental Health First Aid) și reprezintă un ansamblu de măsuri simple, bazate pe dovezi științifice, care urmăresc să reducă suferința imediată, să crească sentimentul de siguranță și să faciliteze accesul cât mai rapid la ajutorul profesionist.

Primul ajutor în sănătate mintală nu presupune stabilirea unui diagnostic și nici efectuarea unei intervenții psihoterapeutice. El reprezintă sprijinul inițial acordat unei persoane care trece printr-o problemă psihologică sau psihiatrică până când aceasta poate beneficia de evaluare și tratament de specialitate sau până când criza se remite.

În ultimele două decenii, programele de Mental Health First Aid au fost implementate în numeroase țări și au fost evaluate în sute de studii. Rezultatele arată că persoanele instruite în acordarea primului ajutor psihologic recunosc mai ușor semnele unei probleme de sănătate mintală, manifestă atitudini mai puțin stigmatizante și sunt mai capabile să ofere sprijin adecvat și să faciliteze accesul la servicii specializate.

Acest ghid își propune să traducă aceste principii într-un limbaj accesibil și practic, astfel încât orice persoană să poată interveni cu mai multă încredere atunci când cineva apropiat trece printr-o perioadă dificilă.

De ce este important?

Problemele de sănătate mintală reprezintă una dintre principalele cauze de dizabilitate la nivel mondial. Organizația Mondială a Sănătății estimează că una din opt persoane trăiește cu o tulburare psihică la un moment dat, iar multe dintre acestea nu beneficiază de tratament sau ajung foarte târziu la un specialist.

Întârzierea accesului la ajutor nu apare doar din cauza lipsei serviciilor. De foarte multe ori, oamenii evită să ceară sprijin din cauza rușinii, a stigmatizării, a fricii că vor fi judecați sau pentru că nu recunosc semnele unei probleme psihologice.

În aceste situații, reacția celor din jur poate face o diferență importantă. O conversație purtată cu empatie, încurajarea consultării unui specialist sau simplul fapt că persoana nu este lăsată singură într-un moment critic pot contribui la prevenirea agravării situației.

Este important de înțeles însă că primul ajutor în sănătate mintală nu înlocuiește tratamentul de specialitate. Rolul său este asemănător cu primul ajutor medical: stabilizează situația, reduce riscurile imediate și facilitează accesul la îngrijirea adecvată.

Ce poate face orice persoană?

Nu este nevoie să fii psiholog, psihoterapeut sau medic psihiatru pentru a ajuta pe cineva aflat într-o perioadă dificilă.

Orice persoană poate:

- observa schimbările importante de comportament;
- asculta fără a judeca;
- transmite siguranță și disponibilitate;
- încuraja persoana să solicite ajutor specializat;
- contribui la reducerea stigmatizării;
- recunoaște semnele unei urgențe;
- solicita ajutor de specialitate atunci când situația o impune.

De multe ori, simplul fapt că cineva spune: „*Sunt aici și vreau să te ascult*” poate reprezenta primul pas către recuperare.

Ce NU poate face un aparținător?

Una dintre cele mai frecvente greșeli este încercarea de a deveni terapeutul persoanei apropiate. Chiar dacă intențiile sunt bune, membrii familiei sau prietenii nu pot înlocui competențele unui specialist.

Un aparținător nu poate:

- stabili un diagnostic;
- decide tratamentul medicamentos;
- realiza psihoterapie;
- obliga persoana să se facă bine;
- controla evoluția unei tulburări psihice;
- garanta că nu va exista o recădere.

Rolul său este acela de a oferi sprijin, nu de a prelua responsabilitatea tratamentului.

De asemenea, este important ca aparținătorii să își recunoască propriile limite. Încercarea de a rezolva singuri probleme complexe poate conduce la epuizare, sentimente de vinovăție și burnout.

Când este suficient sprijinul și când este nevoie de un specialist?

Nu orice perioadă dificilă necesită intervenția unui psihiatru sau psihoterapeut. Tristețea după o pierdere, emoțiile înaintea unui examen sau stresul în perioade solicitante fac parte din experiența umană normală.

Există însă situații în care evaluarea de specialitate devine necesară. Este recomandată atunci când simptomele persistă, afectează funcționarea zilnică, provoacă suferință semnificativă sau implică un risc pentru persoana în cauză ori pentru cei din jur.

Solicitarea imediată a ajutorului specializat este indicată în cazul în care persoana:

- exprimă intenții sau planuri de suicid;
- prezintă halucinații sau deliruri;
- își pierde contactul cu realitatea;
- manifestă agresivitate severă sau imposibilitatea de a se controla;
- are o stare de confuzie accentuată;



- consumă substanțe într-un mod care îi pune viața în pericol.

În aceste situații, prioritatea nu este convingerea persoanei prin argumente, ci asigurarea siguranței sale și accesul cât mai rapid la servicii medicale de urgență.

Primul ajutor în 60 de secunde

Dacă ai doar un minut, reține aceste cinci principii:

Rămâi calm și transmite siguranță.

Ascultă mai mult decât vorbești.

Nu judeca și nu minimaliza suferința.

Încurajează persoana să accepte ajutor profesionist.

Dacă există risc imediat pentru viață sau pierderea contactului cu realitatea, solicită imediat ajutor medical de urgență.

De reținut

Primul ajutor în sănătate mintală nu înseamnă să fii psihoterapeut. Înseamnă să fii persoana care observă, ascultă, sprijină și facilitează accesul la ajutorul potrivit, la momentul potrivit.

Bibliografie

American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental Health First Aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-2-10>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization.

National Institute for Health and Care Excellence. (NICE). (2022). *Depression in adults: Treatment and management (NG222)*.

Capitolul 1

Cum recunoști că cineva are nevoie de ajutor?

Uneori, primul semn este că persoana „nu mai este ea însăși”

Mulți oameni își imaginează că problemele de sănătate mintală apar brusc și sunt ușor de recunoscut. În realitate, de cele mai multe ori, schimbările sunt subtile și apar treptat. Familia, prietenii sau colegii observă că „ceva s-a schimbat”, fără să poată spune exact ce.

Poate că persoana devine mai retrasă, mai iritabilă sau își pierde interesul pentru activități care înainte îi făceau plăcere. Poate începe să lipsească frecvent de la serviciu, să doarmă foarte puțin sau, dimpotrivă, aproape toată ziua. Uneori apar dificultăți de concentrare, iar alteori persoana pare copleșită de griji sau reacționează disproporționat la situații obișnuite.

Este important să înțelegem că niciunul dintre aceste semne, luat separat, nu înseamnă automat existența unei tulburări psihice. O perioadă stresantă, o boală fizică, o pierdere importantă sau dificultățile financiare pot produce reacții asemănătoare. Totuși, atunci când schimbările persistă, se agravează sau afectează funcționarea zilnică, ele merită observate și discutate.

Primul ajutor în sănătate mintală începe tocmai cu această capacitate de a observa modificările semnificative și de a răspunde cu empatie, nu cu judecată.

Cele zece semnale generale de alarmă

1. Schimbări bruște de comportament

Una dintre cele mai frecvente situații este schimbarea evidentă față de comportamentul obișnuit al persoanei.

O persoană calmă poate deveni iritabilă sau agresivă. O persoană sociabilă poate evita complet contactul cu ceilalți. Cineva foarte responsabil poate începe să neglijeze obligațiile zilnice.

Nu contează doar comportamentul în sine, ci diferența față de modul obișnuit de a fi al persoanei.

Exemple:

- întârzie frecvent la serviciu, deși înainte era foarte punctuală;
- renunță brusc la hobby-uri;
- își schimbă radical rutina zilnică;
- pare dezinteresată de activități importante pentru ea.

2. Retragera socială

Izolarea este unul dintre cele mai frecvente semne ale suferinței psihice.

Persoana începe să răspundă tot mai rar la telefon, refuză invitațiile, evită întâlnirile cu prietenii sau petrece aproape tot timpul singură.

Uneori spune că este obosită sau că nu are chef. Alteori oferă explicații vagi ori încetează complet să mai comunice.

Retragerea socială poate apărea în depresie, anxietate, psihoză, tulburări legate de consumul de substanțe și în multe alte situații.

3. Tristețea persistentă

Toți oamenii sunt triști uneori.

Diferența este că tristețea obișnuită apare într-un context clar și se diminuează treptat.

În schimb, atunci când starea de tristețe persistă săptămâni întregi, este prezentă aproape zilnic și începe să afecteze activitățile obișnuite, este recomandată evaluarea de specialitate.

Persoana poate spune:

- „Nu mai simt bucurie pentru nimic.”

- „Nu mai are rost.”
- „Nu mai am energie.”

4. Anxietatea intensă

Grijile fac parte din viața normală.

Anxietatea devine însă o problemă atunci când este disproporționată, apare frecvent sau împiedică desfășurarea activităților zilnice.

Semne frecvente:

- neliniște permanentă;
- tensiune musculară;
- dificultăți de concentrare;
- palpitații;
- senzația că urmează să se întâmple ceva rău.

Uneori pot apărea atacuri de panică.

5. Insomnia severă

Somnul este unul dintre cei mai sensibili indicatori ai sănătății mintale.

Semnale de alarmă:

- adoarme foarte greu;
- se trezește frecvent;
- se trezește foarte devreme și nu mai poate adormi;
- nu doarme aproape deloc mai multe nopți la rând.

Lipsa somnului poate agrava aproape toate tulburările psihice și poate afecta semnificativ judecata, atenția și reglarea emoțională.

6. Izbucnirile emoționale

Uneori persoana plânge foarte ușor, alteori devine extrem de furioasă din motive aparent minore.

Aceste reacții pot indica faptul că resursele sale de adaptare sunt depășite.

Este important să privim aceste manifestări ca expresii ale suferinței și nu ca dovezi ale lipsei de voință sau ale unui „caracter dificil”.

7. Confuzia

Confuzia poate apărea din numeroase cauze, inclusiv medicale.

Persoana poate părea dezorientată, uită lucruri evidente, vorbește incoerent sau nu înțelege ce se întâmplă în jur.

Confuzia apărută brusc necesită întotdeauna evaluare medicală de urgență.

8. Halucinațiile

Halucinațiile reprezintă percepții fără un stimul real.

Persoana poate:

- auzi voci pe care ceilalți nu le aud;
- vedea persoane sau obiecte inexistente;
- simți mirosuri ori senzații care nu pot fi explicate.

Aceste simptome impun întotdeauna evaluare psihiatrică și, în anumite situații, pot reprezenta o urgență.

9. Consumul excesiv de alcool sau droguri

Uneori consumul de alcool sau alte substanțe apare ca o încercare de a face față anxietății, depresiei sau altor dificultăți emoționale.

Semne de alarmă:

- consum tot mai frecvent;

- incapacitatea de a reduce consumul;
- probleme la serviciu sau în familie;
- modificări evidente ale comportamentului după consum.

Este important să evităm etichetarea sau moralizarea persoanei și să încurajăm accesul la servicii specializate.

10. Vorbește despre moarte

Acesta este unul dintre cele mai importante semnale de alarmă și nu trebuie niciodată ignorat.

Persoana poate spune direct:

- „Nu mai vreau să trăiesc.”
- „Ar fi mai bine dacă nu aş mai exista.”

Sau indirect:

- „Curând nu va mai trebui să vă faceți griji din cauza mea.”
- „Toți ar fi mai bine fără mine.”

Contrar unui mit foarte răspândit, a întreba o persoană despre gândurile suicidare **nu îi induce ideea de suicid**. Dimpotrivă, discuția deschisă și empatică poate facilita accesul la ajutor și reduce sentimentul de izolare.

Orice persoană care exprimă intenții suicidare trebuie evaluată cât mai rapid de un specialist, iar dacă există un risc imediat pentru viață, trebuie solicitat serviciul de urgență.

Ce trebuie să faci

Observă schimbările față de comportamentul obișnuit al persoanei.

Alege un moment liniștit pentru a începe conversația.

Ascultă fără să întrerupi și fără să judeci.

Exprimă-ți îngrijorarea cu empatie: „*Am observat că în ultima perioadă pari diferit și îmi fac griji pentru tine.*”

Încurajează persoana să solicite ajutor profesionist atunci când simptomele persistă sau se agravează.

Ce NU trebuie să faci

Nu minimaliza suferința („O să-ți treacă.”).

Nu pune diagnostice.

Nu critica și nu învinovăți.

Nu încerca să rezolvi singur probleme complexe.

Nu ignora niciodată vorbirea despre moarte sau suicid.

Primul ajutor în 60 de secunde

Ai observat că cineva nu mai este „el însuși”?

Observă schimbările fără a trage concluzii pripite.

Întreabă cu blândețe cum se simte.

Ascultă fără să judeci sau să oferi imediat soluții.

Încurajează consultarea unui specialist dacă simptomele persistă sau afectează viața de zi cu zi.

Dacă persoana vorbește despre suicid, prezintă halucinații, este foarte confuză sau își pierde contactul cu realitatea, solicită imediat ajutor medical de urgență.



De reținut

Primul semn al unei probleme de sănătate mintală este adesea o schimbare semnificativă față de felul obișnuit de a fi al persoanei. Observarea acestor schimbări, urmată de o conversație empatică și de orientarea către ajutor specializat atunci când este necesar, poate face o diferență importantă pentru evoluția și recuperarea acesteia.

Bibliografie

- American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Depression in adults: Treatment and management (NG222)*. NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence (NG225)*. NICE.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental Health First Aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2, Article 10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-2-10>



Capitolul 2

Cele cinci reguli ale primului ajutor în sănătate mintală

Uneori, cel mai important ajutor nu este să găsești soluția, ci să fii prezent

Atunci când cineva apropiat trece printr-o perioadă dificilă, reacția noastră este adesea una instinctivă. Dorim să îl încurajăm, să îi oferim soluții, să îl convingem că lucrurile nu sunt atât de grave sau să îi spunem ce ar trebui să facă.

Deși aceste reacții sunt bine intenționate, ele nu sunt întotdeauna cele mai utile. O persoană aflată într-o criză emoțională nu are nevoie, în primul rând, de sfaturi sau explicații. Are nevoie să se simtă în siguranță, ascultată și înțeleasă.

Programele internaționale de Mental Health First Aid și ghidurile de intervenție în criză arată că există câteva principii simple care cresc probabilitatea ca persoana să accepte ajutorul și reduc riscul agravării situației. Aceste principii nu sunt tehnici psihoterapeutice și nu necesită o pregătire de specialitate. Ele reprezintă baza oricărei relații de sprijin.

Regula 1

Rămâi calm

Într-o situație de criză, emoțiile sunt contagioase. Dacă persoana care oferă ajutor devine agitată, panicată sau furioasă, nivelul de stres al persoanei aflate în dificultate poate crește și mai mult.

A rămâne calm nu înseamnă a fi rece sau indiferent. Înseamnă să vorbești pe un ton liniștit, să eviți gesturile bruște și să transmiți prin comportamentul tău că situația poate fi gestionată.

Creierul uman este foarte sensibil la semnalele de siguranță venite din partea celorlalți. O voce calmă, o atitudine răbdătoare și disponibilitatea de a rămâne alături de persoană pot reduce nivelul de anxietate chiar înainte ca problema să fie rezolvată.

Uneori, simpla prezență liniștitoare a unei persoane apropiate este primul pas către ieșirea din criză.

Exemple utile

„Sunt aici cu tine.”

„Nu trebuie să treci singur prin asta.”

„Vom găsi împreună ajutorul potrivit.”

Regula 2

Ascultă mai mult decât vorbești

Mulți oameni cred că trebuie să găsească imediat soluția potrivită. În realitate, una dintre cele mai eficiente forme de sprijin este ascultarea autentică.

Ascultarea activă presupune să îi acorzi persoanei întreaga atenție, fără să o întrerupi, fără să pregătești în minte următorul răspuns și fără să transformi conversația într-o poveste despre propriile experiențe.

Atunci când cineva se simte ascultat, nivelul de tensiune emoțională scade, iar persoana este mai dispusă să accepte sprijin și să caute soluții.

Ascultarea nu înseamnă pasivitate. Înseamnă să pui întrebări simple și deschise:

- „Cum te simți?”
- „Ce s-a întâmplat?”
- „Cum pot să te ajut acum?”

De multe ori, oamenii nu caută răspunsuri perfecte. Caută pe cineva care să îi asculte fără să îi judece.

Regula 3

Nu judeca

Suferința psihică este adesea însoțită de rușine și teamă. Mulți oameni evită să vorbească despre ceea ce trăiesc deoarece se tem că vor fi considerați slabi, exagerați sau incapabili.

Comentarii precum:

- „Ești prea sensibil.”
- „Alții au probleme mai mari.”
- „Trebuie doar să fii mai puternic.”

pot accentua sentimentul de vinovăție și pot determina persoana să se retragă și mai mult.

În schimb, o atitudine empatică transmite că emoțiile sale sunt luate în serios.

Empatia nu presupune să fii de acord cu tot ceea ce spune persoana. Înseamnă să încerci să înțelegi experiența ei fără a o critica sau ridiculiza.

Regula 4

Nu minimaliza problema

Una dintre cele mai frecvente greșeli este încercarea de a liniști persoana spunând că problema nu este atât de gravă.

Afirmații precum:

- „Nu este mare lucru.”
- „O să treacă.”
- „Nu te mai gânde.”

pot avea exact efectul opus.

Persoana poate simți că suferința ei nu este înțeleasă și poate evita să mai vorbească despre ceea ce trăiește.

Este mult mai util să recunoaștem emoțiile fără a le amplifica:

- „Îmi dau seama că îți este foarte greu.”
- „Îți mulțumesc că ai avut încredere să îmi spui.”
- „Înțeleg că treci printr-o perioadă dificilă.”

Validarea emoțiilor nu înseamnă că aprobăm toate concluziile persoanei, ci că recunoaștem realitatea suferinței sale.

Regula 5

Încurajează ajutorul profesionist

Primul ajutor în sănătate mintală nu se încheie odată cu conversația.

Uneori sprijinul oferit de familie sau prieteni este suficient pentru depășirea unei perioade dificile. Alteori este nevoie de evaluarea și intervenția unui specialist.

Încurajarea consultării unui psihoterapeut, psiholog sau medic psihiatru trebuie făcută cu respect și fără presiune.

În loc de:

„Trebuie să mergi la psihiatru.”

este preferabil:

„Cred că ar putea fi util să vorbești cu cineva care are pregătirea necesară pentru astfel de situații. Dacă vrei, te pot ajuta să găsești un specialist.”

Atitudinea colaborativă este mult mai eficientă decât încercarea de a convinge sau de a forța persoana.

De ce funcționează aceste reguli?

Toate cele cinci principii au un element comun: contribuie la creșterea sentimentului de siguranță psihologică.

Când oamenii se simt ascultați, respectați și acceptați, sistemul lor nervos își reduce treptat nivelul de activare, iar capacitatea de a gândi clar și de a lua decizii se îmbunătățește. În schimb, critica, minimalizarea și confruntarea agresivă cresc stresul și pot determina persoana să se închidă și mai mult în sine.

Acesta este motivul pentru care primul ajutor în sănătate mintală începe întotdeauna cu relația umană și nu cu soluțiile.

Ce trebuie să faci

Fii prezent și disponibil.

Vorbește calm.

Ascultă fără să întrerupi.

Acceptă emoțiile persoanei.

Încurajează consultarea unui specialist atunci când este necesar.

Ce NU trebuie să faci

Nu intra în panică.

Nu ții predici.

Nu critici.

Nu compara suferința cu a altor persoane.

Nu încerca să rezolvi totul în câteva minute.

Nu promite ceea ce nu poți garanta.

Primul ajutor în 60 de secunde

Dacă cineva apropiat îți spune că îi este foarte greu, amintește-ți cele cinci reguli:

Rămâi calm – prezența ta poate transmite siguranță.

Ascultă mai mult decât vorbești – nu te grăbi să oferi soluții.

Nu judeca – evită criticile și etichetele.

Nu minimaliza problema – recunoaște suferința persoanei.

Încurajează ajutorul profesionist – sprijinul tău este valoros, dar nu înlocuiește îngrijirea de specialitate atunci când aceasta este necesară.

De reținut

Primul ajutor în sănătate mintală nu începe cu răspunsurile potrivite, ci cu o relație sigură. O persoană care se simte ascultată, respectată și acceptată este mult mai probabil să accepte ajutorul de care are nevoie.



Bibliografie

- American Psychological Association. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. American Psychological Association.
- Everly, G. S., Jr., & Lating, J. M. (2017). *The Johns Hopkins guide to psychological first aid*. Johns Hopkins University Press.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental Health First Aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2, Article 10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-2-10>
- National Child Traumatic Stress Network, & National Center for PTSD. (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide* (2nd ed.).
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.



Capitolul 3

Ce NU trebuie să spui niciodată

Cuvintele pot ajuta, dar pot și răni

Atunci când cineva apropiat trece printr-o perioadă dificilă, majoritatea oamenilor își doresc sincer să îl ajute. Tocmai de aceea, tind să ofere sfaturi, să încerce să încurajeze persoana sau să îi arate că situația nu este atât de gravă. Intențiile sunt aproape întotdeauna bune.

Cu toate acestea, ceea ce îi ajută pe oameni într-o situație obișnuită nu îi ajută întotdeauna atunci când suferă din cauza unei probleme de sănătate mintală.

O persoană care trece prin depresie, anxietate, o criză psihologică sau o perioadă de suferință intensă nu are nevoie să i se demonstreze că greșește sau că exagerează. Are nevoie să se simtă înțeleasă, acceptată și în siguranță.

Uneori, o singură propoziție spusă cu empatie poate încuraja persoana să ceară ajutor. Alteori, o replică aparent banală o poate face să se închidă în sine și să nu mai vorbească despre ceea ce simte.

Acest capitol nu își propune să stabilească formule perfecte de comunicare. Nu există cuvinte magice. Însă există expresii care, potrivit cercetărilor și experienței clinice, tind să agraveze suferința și altele care facilitează dialogul și apropierea.

„Treci peste.”

Aceasta este probabil cea mai frecventă replică pe care o primesc persoanele aflate în suferință. Deși este adesea spusă cu intenția de a încuraja, mesajul transmis este că problema poate fi rezolvată prin simpla voință și că persoana nu depune suficient efort.

În realitate, tulburările psihice nu dispar printr-un act de voință. Nimeni nu alege să fie deprimat, anxios sau să aibă atacuri de panică.

Ce poți spune în schimb

- „Îmi dau seama că îți este greu.”
- „Sunt aici pentru tine.”
- „Spune-mi cum pot să te ajut.”

„Gândește pozitiv.”

Optimismul este valoros, însă nu poate înlocui tratamentul unei probleme de sănătate mintală. Pentru o persoană aflată în depresie, această afirmație poate crea impresia că este vinovată pentru faptul că nu reușește să își schimbe starea.

În plus, oamenii aflați în suferință încearcă adesea deja să gândească pozitiv. Tocmai faptul că nu reușesc îi face să se simtă și mai neputincioși.

Ce poți spune în schimb

- „Nu trebuie să treci singur prin asta.”
- „Sunt aici să te ascult.”
- „Vom căuta împreună soluțiile potrivite.”

„Alții o duc mai rău.”

Comparațiile rareori reduc suferința.

Faptul că alte persoane trec prin dificultăți nu face ca durerea celui din fața noastră să fie mai mică.

Mai mult, această afirmație poate induce vinovăție: persoana începe să creadă că nici măcar nu are dreptul să sufere.

Ce poți spune în schimb

- „Fiecare om trăiește diferit situațiile dificile.”
- „Îmi dau seama că pentru tine este foarte greu acum.”

„Este doar în capul tău.”

Toate emoțiile și toate experiențele psihologice sunt procesate de creier. Din acest punct de vedere, desigur că sunt „în capul nostru”. Dar această expresie este folosită pentru a sugera că problema nu este reală sau că persoana și-o imaginează.

Tulburările psihice sunt afecțiuni reale, recunoscute de medicina și psihologia modernă. Ele nu reprezintă lipsă de voință, slăbiciune morală sau imaginație excesivă.

Ce poți spune în schimb

- „Ceea ce simți este real pentru tine.”
- „Chiar dacă eu nu trăiesc aceeași experiență, vreau să înțeleg prin ce treci.”

„Nu ai niciun motiv să fii trist.”

Emoțiile nu funcționează după reguli matematice.

Două persoane pot reacționa complet diferit la aceeași situație. În plus, depresia poate apărea chiar și atunci când, aparent, viața persoanei merge bine.

A încerca să demonstrăm logic faptul că persoana „nu ar trebui” să fie tristă nu îi va modifica starea emoțională.

Ce poți spune în schimb

- „Vrei să îmi povestești ce simți?”
- „Îți mulțumesc că ai avut încredere să vorbești cu mine.”
- „Nu trebuie să treci singur prin asta.”

De ce contează atât de mult cuvintele?

Comunicarea are un rol esențial în felul în care oamenii gestionează suferința psihică.

Atunci când persoana se simte ascultată și acceptată, este mai probabil să continue conversația, să își exprime emoțiile și să accepte ajutorul unui specialist.

În schimb, criticile, minimalizarea și comparațiile pot accentua rușinea, vinovăția și izolarea socială, factori care sunt asociați cu agravarea multor tulburări psihice.

Empatia nu înseamnă să ai răspunsul perfect. Înseamnă să creezi un spațiu în care celălalt să simtă că poate vorbi fără teama de a fi judecat.

Ce trebuie să faci

Ascultă înainte de a oferi sfaturi.

Validează emoțiile persoanei.

Folosește întrebări deschise.

Acceptă că uneori nu există soluții imediate.

Încurajează consultarea unui specialist atunci când este necesar.

Ce NU trebuie să faci

Nu minimaliza suferința.

Nu compara cu alte persoane.

Nu critica.



Nu ironiza.

Nu încerca să rezolvi imediat problema.

Nu transforma conversația într-una despre experiențele tale.

Primul ajutor în 60 de secunde

Dacă cineva îți spune că suferă:

Oprește-te din ceea ce faci și acordă-i atenție.

Ascultă fără să întrerupi.

Evită sfaturile rapide.

Spune: „Îmi pare rău că treci prin asta. Sunt aici cu tine.”

Dacă observi că suferința este intensă sau persistă, încurajează persoana să consulte un specialist.

Mit sau realitate?

Mit

Dacă îi spun unei persoane să fie mai optimistă, o ajut să iasă din depresie.

Realitate

Depresia nu este lipsă de optimism și nu poate fi depășită prin simpla schimbare a modului de a gândi. Cercetările arată că sprijinul empatic, ascultarea și accesul la tratamente bazate pe dovezi sunt mult mai utile decât sfaturile simpliste sau minimalizarea suferinței.

De reținut

În sănătatea mintală, cuvintele nu sunt doar informații. Ele pot transmite acceptare sau respingere, speranță sau izolare. Nu este nevoie să găsești fraza perfectă. Este suficient să fii prezent, să asculți și să vorbești cu respect și empatie.

Bibliografie

American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental Health First Aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-2-10>

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Depression in adults: Treatment and management (NG222)*. NICE.

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.

Capitolul 4

Atacul de panică

O experiență intensă, care poate părea o amenințare pentru viață

Atacul de panică este un episod brusc de frică sau disconfort intens, însoțit de simptome fizice și psihologice puternice. Persoana poate simți că nu mai poate respira, că își pierde controlul, că va leșina, că are un infarct sau chiar că urmează să moară. Deși senzațiile sunt extrem de convingătoare și înspăimântătoare, un atac de panică necomplicat nu este, de regulă, periculos în sine. Problema este că manifestările sale pot semăna cu simptomele unor urgențe medicale, iar un aparținător nu trebuie să presupună automat că orice durere toracică, dificultate de respirație sau amețeală este „doar anxietate”.

Atacul de panică poate apărea aparent „din senin” sau într-o situație pe care persoana o percepe ca amenințătoare. Uneori apare în mijloacele de transport, într-un magazin aglomerat, înaintea unui examen, în timpul unui conflict sau după o perioadă prelungită de stres. Alteori persoana se trezește din somn cu palpitații, senzație de sufocare și frică intensă.

Nu orice atac de panică înseamnă că persoana are o tulburare de panică. Un atac izolat poate apărea în contexte diferite, inclusiv în alte tulburări de anxietate, în depresie, după consumul unor substanțe sau în timpul unor afecțiuni medicale. Tulburarea de panică presupune atacuri repetate și neașteptate, însoțite de preocuparea persistentă că acestea se vor repeta și, uneori, de evitarea locurilor sau activităților asociate cu ele.

Pentru persoana care oferă primul ajutor, obiectivul nu este să stabilească diagnosticul. Obiectivul este să asigure siguranța, să reducă stimularea inutilă, să rămână alături de persoană și să solicite evaluare medicală atunci când simptomele sunt noi, atipice, severe sau nu pot fi diferențiate cu certitudine de o problemă fizică.

Cum recunoști un atac de panică?

Atacul de panică debutează de obicei rapid. Persoana poate părea bine, iar în câteva minute să devină foarte speriată, agitată sau convinsă că i se întâmplă ceva grav.

Manifestările diferă de la o persoană la alta. Unele persoane au predominant simptome cardiovasculare, precum palpitațiile și durerea toracică. Altele simt mai ales sufocare, amețeală, derealizare sau teama că își vor pierde controlul.

Simptome fizice frecvente

Persoana poate prezenta:

- bătăi rapide, puternice sau neregulate ale inimii;
- durere, presiune sau disconfort în piept;
- respirație rapidă ori senzația că nu primește suficient aer;
- senzație de sufocare sau de nod în gât;
- transpirație abundentă;
- tremur;
- amețeală, instabilitate sau senzația că va leșina;
- greață ori disconfort abdominal;
- frisoane sau valuri de căldură;
- furnicături sau amorțeli, mai ales la nivelul mâinilor, feței ori buzelor.

Simptome psihologice frecvente

Persoana poate spune:

- „Mor.”
- „Fac infarct.”
- „Nu mai pot respira.”
- „O să leșin.”
- „Îmi pierd mințile.”
- „Nu mă mai pot controla.”
- „Trebuie să plec de aici.”
- „Totul pare ireal.”

Uneori apare *derealizarea*, adică impresia că mediul este straniu, îndepărtat sau ireal. Alteori apare *depersonalizarea*, senzația că persoana este desprinsă de propriul corp ori că se observă din exterior. Aceste experiențe pot fi foarte înfricoșătoare, dar pot apărea în contextul unui nivel extrem de anxietate.

Cum se comportă persoana?

În timpul atacului, persoana poate:

- căuta urgent o ieșire;
- cere să fie dusă la spital;
- se agăța de persoana care o însoțește;
- refuza să rămână singură;
- merge agitată prin încăpere;
- se așeza sau se întinde de teamă că va cădea;
- verifica repetat pulsul ori respirația;
- cere în mod repetat confirmarea că nu va muri.

Aceste comportamente nu reprezintă „exagerare” sau „căutare de atenție”. Ele reflectă faptul că, în acel moment, corpul și mintea persoanei interpretează senzațiile ca pe un pericol imediat.

Atacul de panică sau o urgență medicală?

Aceasta este una dintre cele mai importante întrebări.

Simptomele atacului de panică se pot suprapune cu cele ale infarctului miocardic, ale tulburărilor de ritm cardiac, ale astmului, emboliei pulmonare, hipoglicemiei, unor afecțiuni neurologice, reacțiilor la medicamente sau consumului de substanțe. De aceea, primul episod sever, simptomele neobișnuite sau o manifestare diferită de atacurile cunoscute anterior trebuie evaluate medical.

Nu încerca să stabilești singur că este „doar un atac de panică” atunci când:

- este primul astfel de episod;
- nu cunoști istoricul medical al persoanei;
- durerea toracică este intensă, persistentă sau neobișnuită;
- persoana își pierde starea de conștiență;
- apar paralizie, slăbiciune pe o parte a corpului, asimetrie facială sau tulburări de vorbire;
- există dificultăți respiratorii severe, cianoză sau impresia că persoana nu poate respira efectiv;
- apar convulsii;
- persoana este profund confuză;
- simptomele au apărut după consumul de droguri, după supradozaj sau după administrarea unui medicament necunoscut;
- persoana are o boală cardiacă, respiratorie sau neurologică importantă;

- simptomele sunt diferite de atacurile sale obișnuite;
- starea nu începe să se amelioreze ori continuă să se agraveze.

În aceste situații, se solicită ajutor medical de urgență prin **112**. Este mai sigur ca o posibilă problemă medicală să fie evaluată decât să fie etichetată în mod eronat drept anxietate.

Ce faci pas cu pas?

Pasul 1. Verifică mai întâi siguranța

Privește rapid situația:

- Persoana este conștientă?
- Poate vorbi?
- Respiră?
- Există durere toracică severă?
- A căzut sau s-a lovit?
- A consumat alcool, droguri ori medicamente?
- Există un pericol în jur: trafic, scări, apă, obiecte ascuțite?

Dacă există semne de urgență medicală sau nu ești sigur ce se întâmplă, sună la 112.

Nu te concentra exclusiv asupra ipotezei de panică. Confuzia acută, pierderea conștienței, convulsiile sau deficitul neurologic nu trebuie tratate ca simptome obișnuite ale unui atac de panică.

Pasul 2. Prezintă-te și cere permisiunea de a ajuta

Dacă persoana nu te cunoaște, spune-i cine ești și întreab-o simplu:

„Numele meu este... Pot să rămân aici cu tine?”

Dacă este o persoană apropiată, poți spune:

„Sunt aici. Nu plec. Hai să luăm lucrurile pas cu pas.”

O voce calmă și propozițiile scurte sunt mai utile decât explicațiile lungi. În timpul unei crize, persoanei îi poate fi greu să urmărească multe informații deodată.

Nu o atinge fără să întrebi, mai ales dacă este foarte agitată, traumatizată sau nu te cunoaște. Pentru unii oameni, atingerea este liniștitoare; pentru alții poate intensifica senzația de pierdere a controlului.

Pasul 3. Mută persoana într-un loc mai liniștit, dacă este posibil

Dacă atacul apare într-un spațiu aglomerat, luminos sau zgomotos, încurajează persoana să se deplaseze într-un loc mai liniștit, fără să o tragi sau să o forțezi.

Poți spune:

„Putem merge câțiva pași într-un loc mai liniștit?”

Reduce, pe cât posibil:

- aglomerația din jur;
- numărul persoanelor care vorbesc simultan;
- zgomotul;
- întrebările repetate;
- expunerea publică sau filmarea.

Nu forma un cerc de oameni în jurul persoanei. Chiar și atunci când cei prezenți vor să ajute, aglomerația poate accentua senzația de sufocare și pierdere a controlului.

Dacă persoana preferă să rămână pe loc și zona este sigură, nu o obliga să se deplaseze.

Pasul 4. Vorbește calm și simplu

Folosește fraze scurte:

- „Sunt aici cu tine.”
- „Ești într-un loc sigur.”

- „Hai să ne concentrăm pe următorul minut.”
- „Nu trebuie să îmi explici totul acum.”
- „Spune-mi ce te-ar ajuta.”

Poți întreba:

„Ai mai avut astfel de episoade?”

„Există ceva ce te ajută de obicei?”

„Ai nevoie să chem pe cineva apropiat?”

Dacă persoana știe că are atacuri de panică și recunoaște simptomele, faptul că își amintește că episodul a mai trecut poate fi liniștitor.

Totuși, evită certitudinile medicale de tipul:

„Este sigur doar panică.”

Mai potrivit este:

„Simptomele pot apărea într-un atac de panică, dar dacă ceva este diferit sau foarte intens, cerem ajutor medical.”

Pasul 5. Încurajează o respirație lentă și confortabilă, fără a o forța

În timpul panicii, persoana poate începe să respire foarte repede. Hiperventilația poate accentua amețeala, furnicăturile, senzația de lipsă de aer și irealitatea.

Poți spune:

„Încearcă să nu grăbești respirația. Lasă aerul să iasă lent și ușor.”

„Nu trebuie să tragi mult aer. Respiră cât mai confortabil.”

„Poți să urmărești ritmul vocii mele.”

Accentul trebuie pus pe o respirație *blândă, lentă și neforțată*, nu pe inspirații foarte adânci. Inspirațiile ample, repetate, pot întreține hiperventilația la unele persoane. Tehnicile de relaxare și gestionare a stresului pot fi utile în tulburarea de panică, dar trebuie aplicate fără constrângere și adaptate persoanei.

Nu transforma respirația într-un test. Dacă persoana spune că exercițiul o face să se simtă mai rău, oprește-l și concentrează-te pe orientarea în mediul înconjurător.

Nu folosi punga de hârtie

Metoda tradițională de a respira într-o pungă nu este recomandată ca intervenție generală de prim ajutor. Dacă simptomele au o cauză medicală și nu un atac de panică, reducerea aportului de oxigen poate fi periculoasă. Nu acoperi gura sau nasul persoanei și nu îi oferi o pungă pentru respirație.

Pasul 6. Ajută persoana să se orienteze în prezent

Când senzațiile interne devin copleșitoare, poate fi util ca persoana să își mute atenția către mediul imediat.

Poți încerca o orientare simplă:

„Privește în jur și spune-mi trei lucruri pe care le vezi.”

„Simte podeaua sub tălpi.”

„Poți descrie obiectul din fața ta?”

„Unde suntem acum?”

Nu este obligatoriu să folosești o tehnică rigidă. Scopul este să o ajuți să observe că se află într-un loc concret, alături de cineva, în momentul prezent.

Evită jocurile complicate, calculele dificile sau cerințele care pot face persoana să simtă că „nu se descurcă”. Dacă nu vrea să răspundă, nu insista.

Pasul 7. Rămâi alături de persoană

Nu o abandona brusc și nu îi spune să se liniștească singură.

Poți rămâne aproape, păstrând suficient spațiu personal. Continuă să vorbești rar și calm. Nu o bombarda cu întrebări.

Atacul de panică este adesea însoțit de o percepție distorsionată a timpului. Câteva minute pot părea foarte lungi. Faptul că o persoană calmă rămâne prezentă poate reduce sentimentul de pericol.

Dacă persoana dorește, contactează:

- un membru al familiei;
- un prieten de încredere;
- medicul curant;
- psihoterapeutul;
- serviciile de urgență.

Nu suna alte persoane fără acordul său, exceptând situațiile în care există un pericol medical ori un risc imediat și consimțământul nu poate fi obținut.

Pasul 8. După ce intensitatea scade, nu încheia conversația brusc

După episod, persoana poate fi epuizată, rușinată, tremurată sau foarte vulnerabilă. Nu spune: „Vezi? Nu ai avut nimic.”

Această frază minimizează experiența. Chiar dacă nu a existat o urgență medicală, frica a fost reală și extrem de intensă.

Poți spune:

„A fost foarte greu. Mă bucur că mi-ai spus ce se întâmplă.”

„Cum te simți acum?”

„Ai pe cineva cu care să rămâi?”

„Ai vrea să te ajut să programezi o consultație?”

Dacă este primul episod, recomandă evaluarea medicală. Chiar și atunci când atacurile sunt cunoscute, este utilă consultarea unui specialist dacă se repetă, duc la evitarea unor locuri sau afectează semnificativ viața persoanei.

Ce NU faci?

Nu spune „Calmează-te!”

Persoana nu își poate opri reacția prin simpla comandă de a se liniști. Formula poate suna critic și poate amplifica rușinea.

Spune mai degrabă:

„Sunt aici. Hai să trecem împreună prin următoarele minute.”

Nu minimaliza experiența

Evită:

- „Nu ai nimic.”
- „Este doar în mintea ta.”
- „Exagerezi.”
- „Nu ai de ce să te temi.”
- „Iar faci asta?”

Chiar dacă știi că persoana are antecedente de atacuri de panică, experiența actuală este intensă și reală.

Nu ridică vocea și nu o confrunți

Nu încerca să demonstrezi logic că frica este absurdă. În plin atac, persoana nu are nevoie de o dezbatere, ci de siguranță și orientare.

Evită:

„Cum poți să crezi că mori dacă medicul ți-a spus că ești sănătos?”

Poți spune:

„Știu că senzațiile sunt foarte puternice. Rămân aici cu tine.”

Nu forța respirația

Nu îi cere să inspire repetat „cât mai adânc”. Nu îi ține nasul, nu îi acoperi gura și nu folosi punga de hârtie.

Încurajează o expirație lentă și o respirație confortabilă, fără presiune.

Nu administra medicamente care nu îi aparțin

Nu îi oferi calmante, sedative, medicamente cardiace sau alte tratamente din proprie inițiativă. Dacă persoana are un medicament prescris pentru astfel de situații, ea trebuie să îl utilizeze conform indicațiilor propriului medic. Nu modifica doza și nu combina medicamentele cu alcool. Benzodiazepinele nu sunt recomandate ca tratament obișnuit al tulburării de panică; în situații acute severe, ele pot fi luate în considerare medical doar pe termen foarte scurt, nu administrate informal de aparținători.

Nu oferi alcool, energizante sau alte substanțe

Alcoolul nu este un tratament pentru panică și poate agrava simptomele sau interacționa cu medicamentele.

Cafeaua și băuturile energizante pot intensifica palpitațiile, tremorul și agitația.

Nu obliga persoana să se confrunte imediat cu situația de care se teme

Tratamentul tulburării de panică poate include expunere terapeutică, dar aceasta este planificată, graduală și realizată într-un cadru profesionist.

Primul ajutor într-o criză nu înseamnă să blochezi ușa, să împiedici persoana să iasă sau să îi spui:

„Trebuie să rămâi aici până îți învingi frica.”

Ajut-o mai întâi să fie în siguranță și să își recapete capacitatea de a lua decizii.

Nu transforma episodul într-un spectacol

Nu filma, nu fotografia și nu povesti altora fără permisiune.

Protejarea demnității și confidențialității persoanei face parte din primul ajutor.

Când trebuie mers la spital sau sunat la 112?

Solicită ajutor medical de urgență atunci când:

- persoana și-a pierdut starea de conștiență;
- nu respiră normal;
- prezintă durere toracică intensă, persistentă sau neobișnuită;
- are slăbiciune ori paralizie pe o parte a corpului;
- are tulburări de vorbire, asimetrie facială sau confuzie bruscă;
- prezintă convulsii;
- are o dificultate respiratorie severă;
- a consumat o substanță necunoscută ori există posibilitatea unui supradozaj;
- s-a rănit;
- simptomele au apărut în contextul unei boli cardiace sau respiratorii importante;
- este primul episod sever și cauza nu poate fi stabilită;
- manifestările sunt diferite de atacurile cunoscute anterior;
- simptomele continuă să se agraveze;
- persoana exprimă intenții suicidare sau există risc de auto-vătămare;
- nu ești sigur că este vorba despre un atac de panică.

Atunci când suni la 112, comunică:

- locul exact;



- vârsta aproximativă a persoanei;
- simptomele observate;
- momentul debutului;
- dacă este conștientă și respiră;
- eventualele boli cunoscute;
- medicamentele ori substanțele consumate, dacă sunt cunoscute.

Rămâi cu persoana și urmează instrucțiunile operatorului.

Când este necesară o consultație, chiar dacă nu este o urgență?

Este recomandată o evaluare medicală sau de specialitate dacă:

- atacurile se repetă;
- persoana trăiește cu teama permanentă a unui nou episod;
- evită transportul, magazinele, aglomerația sau ieșirea din casă;
- renunță la activități importante;
- folosește alcool ori medicamente pentru a preveni atacurile;
- somnul, munca, studiile sau relațiile sunt afectate;
- nu a fost exclusă o cauză medicală;
- tehnicile încercate fără ajutor nu funcționează;
- persoana dorește o evaluare și un plan de tratament.

După atac: ce poți face în următoarele ore?

Încurajează persoana:

- să rămână într-un loc sigur până se simte stabilă;
- să bea apă, dacă este conștientă și nu există contraindicații;
- să evite alcoolul, drogurile și consumul excesiv de cafeină;
- să nu conducă imediat dacă este amețită, dezorientată sau foarte obosită;
- să contacteze o persoană apropiată;
- să noteze contextul, simptomele și durata aproximativă a episodului;
- să programeze o consultație dacă atacul a fost primul, repetitiv ori sever.

Nu transforma perioada de după atac într-un interogatoriu. Uneori persoana are nevoie de liniște înainte de a discuta ce s-a întâmplat.

Cum vorbești cu cineva care se teme de următorul atac?

După un atac de panică, persoana poate începe să își monitorizeze excesiv corpul. O creștere normală a pulsului, o ușoară amețală sau o senzație de căldură pot fi interpretate ca începutul unei noi crize. Astfel se poate forma un cerc vicios: teama de simptome crește activarea fiziologică, iar aceasta pare să confirme că atacul revine.

Nu încuraja verificările repetate și evitarea totală, dar nici nu forța persoana să se expună singură unor situații temute.

Poți spune:

„Faptul că te temi după o experiență atât de intensă este de înțeles.”

„Există tratamente eficiente pentru atacurile de panică.”

„Putem căuta împreună un specialist.”

„Nu trebuie să rezolvi totul astăzi.”

Primul ajutor în 60 de secunde

Dacă cineva pare să aibă un atac de panică:

Verifică siguranța. Dacă există durere toracică severă, pierderea conștienței, convulsii, dificultăți respiratorii majore sau simptome neobișnuite, sună la 112.

Rămâi calm și stai alături de persoană.

Vorbește rar și simplu: „Sunt aici cu tine.”

Încurajează o respirație lentă și confortabilă, fără inspirații forțate și fără pungă de hârtie.

Reduce zgomotul și aglomerația.

După episod, încurajează evaluarea medicală sau psihologică, mai ales dacă este primul atac ori dacă episoadele se repetă.

Mit sau realitate?

Mit

„Dacă o persoană are atacuri de panică, îi putem spune întotdeauna că nu are nimic și că nu trebuie să meargă la spital.”

Realitate

Atacurile de panică pot produce simptome foarte asemănătoare unor urgențe medicale, inclusiv durere în piept, dificultăți de respirație, palpitații și amețeală. Un atac cunoscut, cu simptome obișnuite pentru persoana respectivă, poate fi gestionat prin calm, sprijin și monitorizare. Însă primul episod, simptomele severe, neobișnuite sau diferite de cele anterioare trebuie evaluate medical. A presupune automat că este „doar panică” poate întârzia recunoașterea unei probleme medicale reale.

Exemplu practic

Ana se află într-un centru comercial împreună cu o prietenă. Deodată, spune că nu mai poate respira, își duce mâna la piept și insistă că va leșina. Prietena ei știe că Ana a mai avut atacuri de panică, dar nu presupune automat că acesta este unul dintre ele.

O întreabă dacă simptomele sunt asemănătoare celor anterioare. Ana confirmă că da și spune că medicul a evaluat-o recent. Prietena o conduce într-un loc mai liniștit, îi cere acordul să rămână lângă ea și îi vorbește lent:

„Sunt aici. Nu trebuie să te grăbești. Lasă aerul să iasă încet.”

Nu îi spune să se calmeze, nu îi cere să inspire foarte adânc și nu o obligă să se ridice. După câteva minute, intensitatea scade. Prietena rămâne alături de ea, o ajută să își contacteze psihoterapeutul și verifică dacă poate ajunge în siguranță acasă.

Într-o altă situație, dacă Ana ar fi avut o durere toracică diferită de episoadele anterioare, și-ar fi pierdut conștiența sau ar fi prezentat o dificultate respiratorie severă, răspunsul potrivit ar fi fost solicitarea imediată a ajutorului medical.

De reținut

Atacul de panică este intens și înspăimântător, dar poate fi traversat mai ușor atunci când persoana beneficiază de calm, siguranță și sprijin. Totuși, simptomele fizice nu trebuie etichetate automat drept anxietate. Atunci când episodul este nou, sever, neobișnuit sau nu poate fi diferențiat de o urgență medicală, se solicită ajutor medical.



Bibliografie

- American Psychiatric Association. (n.d.). *Anxiety disorders*. <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders>
- American Psychiatric Association. (n.d.). *Severity measure for panic disorder—Adult*. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Severity-Measure-For-Panic-Disorder-Adult.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: Management (CG113)*. Updated June 15, 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
- National Health Service. (n.d.). *Get help with anxiety, fear or panic*. <https://www.nhs.uk/mental-health/feelings-symptoms-behaviours/feelings-and-symptoms/anxiety-fear-panic/>
- National Health Service. (n.d.). *Panic disorder*. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/panic-disorder/>
- World Health Organization. (2023). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>
- World Health Organization. (2023). *Stress management techniques for adults with generalized anxiety disorder and/or panic disorder*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/anxiety/stress-management-techniques>
- World Health Organization. (2023). *Benzodiazepines in the treatment of adults with generalized anxiety disorder and/or panic disorder*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/anxiety/benzodiazepines-in-treatment-of-adults-with-generalized-anxiety-disorder-and-or-panic-disorder>



Capitolul 5

Depresia

Depresia nu înseamnă doar tristețe

În limbajul de zi cu zi, spunem uneori că suntem „deprimați” atunci când am avut o zi dificilă, am primit o veste neplăcută sau lucrurile nu au mers așa cum ne-am dorit. Tristețea, dezamăgirea, oboseala și descurajarea fac parte din experiența umană și nu reprezintă automat o tulburare psihică.

Depresia este însă mai mult decât o stare trecătoare de tristețe. Ea poate modifica profund felul în care o persoană simte, gândește și funcționează. Poate afecta somnul, apetitul, energia, concentrarea, capacitatea de a lua decizii, relațiile, munca și interesul pentru activitățile care înainte ofereau satisfacție. În formele severe, depresia poate fi însoțită de sentimente intense de inutilitate, lipsă de speranță, neglijarea nevoilor de bază, simptome psihotice sau gânduri de moarte și suicid.

Depresia poate afecta orice persoană, indiferent de vârstă, educație, profesie, situație financiară sau succes social. O viață care pare „bună” din exterior nu protejează în mod absolut împotriva depresiei. Factorii biologici, psihologici, relaționali și sociali pot contribui, în combinații diferite, la apariția unui episod depresiv.

Pentru familie și prieteni, una dintre cele mai dificile experiențe este sentimentul de neputință: „Ce pot să fac?”, „Ce să îi spun?”, „De ce nu încearcă să își revină?”, „Cum îmi dau seama dacă este în pericol?”

Rolul aparținătorului nu este să diagnosticheze sau să trateze depresia. Rolul său este să observe schimbările importante, să inițieze o conversație empatică, să faciliteze accesul la ajutor profesionist și să recunoască situațiile în care este necesară intervenția urgentă.

Cum recunoști depresia?

Depresia nu arată la fel la toate persoanele. Unii oameni plâng frecvent și vorbesc despre tristețea lor. Alții par reci, iritabili, obosiți sau indiferenți. Unii se retrag complet, în timp ce alții continuă să lucreze și să își îndeplinească responsabilitățile, deși fac acest lucru cu un efort enorm.

O persoană poate zâmbi, poate merge la serviciu și poate părea funcțională, dar poate trăi în interior o suferință intensă. De aceea, depresia nu trebuie evaluată după aparențe și nici după cât de bine reușește persoana să își ascundă dificultățile.

Într-un episod depresiv, starea depresivă sau pierderea interesului și plăcerii sunt prezente o mare parte a timpului și sunt însoțite de alte simptome care afectează funcționarea. Pentru depresia majoră, simptomele sunt în mod obișnuit prezente aproape zilnic, timp de cel puțin două săptămâni, dar diagnosticul poate fi stabilit numai de un profesionist calificat, în urma unei evaluări complete.

1. Tristețe persistentă, gol interior sau iritabilitate

Persoana poate părea tristă aproape în fiecare zi, poate plânge frecvent sau poate spune că se simte „goală”, „stinsă” ori „deconectată”.

Totuși, depresia nu se manifestă întotdeauna prin tristețe vizibilă. La unele persoane, semnul dominant poate fi iritabilitatea:

- reacționează foarte puternic la dificultăți minore;
- devine nerăbdătoare sau conflictuală;

- pare permanent nemulțumită;
- spune că nu mai suportă oamenii sau activitățile cotidiene;
- se enervează din motive care înainte nu o afectau.

Iritabilitatea poate fi interpretată de familie drept lipsă de respect sau schimbare de caracter. Uneori este însă expresia unei suferințe pe care persoana nu reușește să o formuleze.

2. Pierderea interesului și a plăcerii

Un semn central al depresiei este pierderea interesului pentru activități care înainte erau importante sau plăcute.

Persoana poate:

- renunța la hobby-uri;
- evita întâlnirile cu prietenii;
- nu mai simți bucurie în relația cu familia;
- nu mai fi interesată de viața sexuală;
- refuza activități pe care anterior le aștepta cu nerăbdare;
- spune că „nimic nu mai contează” sau că „totul este la fel”.

Această pierdere a plăcerii este numită uneori *anhedonie*. Nu înseamnă că persoana este nerecunoscătoare sau că nu îi mai iubește pe cei apropiați. Este un simptom care poate afecta temporar capacitatea de a simți interes, motivație și recompensă.

3. Lipsa energiei și încetinirea

Depresia poate produce o oboseală profundă, care nu dispare după somn sau odihnă.

Activități aparent simple pot deveni copleșitoare:

- ridicarea din pat;
- efectuarea unui duș;
- pregătirea mesei;
- răspunsul la mesaje;
- deplasarea la serviciu;
- plata facturilor;
- efectuarea cumpărăturilor.

Persoana poate părea lentă în mișcări, vorbire și gândire. Poate răspunde după pauze lungi, poate merge mai încet sau poate sta nemișcată perioade îndelungate.

În alte cazuri apare agitația: persoana se plimbă continuu, își frământă mâinile, nu își găsește locul și pare tensionată. Ambele tipuri de schimbare pot apărea în depresie.

4. Modificarea somnului

Problemele de somn sunt frecvente:

- adoarme greu;
- se trezește de mai multe ori;
- se trezește foarte devreme și nu mai poate adormi;
- doarme foarte mult, dar se simte în continuare epuizată;
- își inversează ritmul, dormind ziua și rămânând trează noaptea.

Insomnia severă poate agrava starea emoțională, capacitatea de concentrare și controlul impulsurilor. Lipsa aproape completă a somnului, mai ales dacă este asociată cu energie crescută, vorbire accelerată, idei grandioase sau comportament neobișnuit, poate indica o altă problemă, precum un episod maniaco-depresiv, și necesită evaluare medicală rapidă.

5. Modificarea apetitului și a greutății

Unele persoane își pierd apetitul și slăbesc fără să își propună. Altele mănâncă mai mult, în special alimente bogate în carbohidrați sau zahăr, și iau în greutate.

Mai important decât o fluctuație izolată este caracterul persistent al schimbării și asocierea cu alte simptome depresive.

În formele severe, persoana poate înceta să mănânce sau să bea suficient, poate refuza medicamentele necesare pentru boli fizice sau poate ajunge într-o stare de deshidratare și epuizare. Aceasta necesită evaluare medicală urgentă.

6. Dificultăți de concentrare și decizie

Persoana poate:

- citi aceeași pagină de mai multe ori;
- pierde firul unei conversații;
- uita sarcini obișnuite;
- nu reuși să urmărească un film;
- amâna decizii simple;
- face mai multe greșeli la serviciu;
- spune că simte că are „mintea în ceață”.

Aceste dificultăți nu înseamnă lene, dezinteres sau lipsă de inteligență. Depresia poate afecta atenția, memoria de lucru, viteza de procesare și capacitatea de a lua decizii.

7. Vinovăție, inutilitate și autocritică

Persoana poate deveni extrem de critică față de sine:

- „Sunt o povară.”
- „Nu fac nimic bine.”
- „I-am dezamăgit pe toți.”
- „Familia ar fi mai bine fără mine.”
- „Nu merit să fiu ajutat.”
- „Tot ce s-a întâmplat este din cauza mea.”

Uneori, vinovăția este disproporționată sau nu are o bază realistă. Persoana își poate reproșa evenimente pe care nu le putea controla ori poate interpreta greșeli obișnuite drept dovezi că este lipsită de valoare.

Nu încerca să rezolvi această stare printr-o dezbatere agresivă. Poți contesta cu blândețe concluzia fără a nega emoția: „Aud cât de vinovat te simți. Eu nu te văd ca pe o povară și vreau să rămân alături de tine.”

8. Lipsă de speranță

Lipsa de speranță este un semnal important, mai ales atunci când devine rigidă și globală.

Persoana poate spune:

- „Nu se va schimba nimic.”
- „Nu există nicio soluție.”
- „Așa va fi pentru totdeauna.”
- „Nu mai are rost să încerc.”
- „Nimeni nu mă poate ajuta.”

În depresie, viitorul poate părea complet închis. Persoana nu simte doar că îi este greu acum, ci poate fi convinsă că suferința nu se va termina niciodată.

Nu promite că totul se va rezolva imediat. O speranță realistă este mai credibilă: „Nu pot să îți promit că va fi ușor, dar depresia se poate trata și nu trebuie să treci singur prin această perioadă.” Există tratamente eficiente pentru depresie, inclusiv psihoterapie și, atunci când sunt indicate, tratamente medicamentoase. Alegerea intervenției depinde de severitate, preferințele persoanei, istoricul clinic și evaluarea profesionistului.

9. Simptome fizice

Depresia se poate manifesta și prin simptome corporale:

- dureri fără o explicație clară;
- senzație de greutate în corp;
- dureri de cap;
- probleme digestive;
- tensiune musculară;
- scăderea libidoului;
- epuizare;
- dificultăți respiratorii subiective;
- disconfort general.

Aceste simptome trebuie evaluate medical, mai ales când sunt noi, severe sau persistente. Nu presupunem că orice simptom fizic este produs de depresie. Unele boli medicale pot provoca sau agrava simptome depresive, iar anumite medicamente ori substanțe pot influența dispoziția.

10. Vorbește despre moarte sau dispariție

Persoana nu trebuie să spună explicit „vreau să mă sinucid” pentru ca mesajul să fie îngrijorător. Formulările indirecte pot include:

- „Mi-aș dori să adorm și să nu mă mai trezesc.”
- „Ar fi mai bine dacă aș dispărea.”
- „Nu mai pot continua.”
- „Nu mai am pentru ce să trăiesc.”
- „Toată lumea s-ar descurca mai bine fără mine.”
- „În curând nu va mai trebui să vă faceți griji pentru mine.”

Alte semnale pot fi oferirea bunurilor personale, redactarea unor mesaje de rămas-bun, rezolvarea bruscă a unor chestiuni financiare, căutarea unor metode de suicid, retragerea neobișnuită sau o liniștire bruscă după o perioadă de disperare severă.

Dacă persoana vorbește despre suicid sau moarte, trebuie luată în serios. A întreba direct despre suicid nu introduce ideea în mintea persoanei. O conversație deschisă poate reduce izolarea și poate ajuta la identificarea riscului.

Tristețe obișnuită sau posibilă depresie?

Nu există un singur criteriu prin care un aparținător poate face diferența. Sunt importante patru întrebări:

1. Cât durează?

Tristețea obișnuită tinde să fluctueze și să se diminueze în timp. În depresie, simptomele pot persista săptămâni sau luni.

2. Cât de intense sunt simptomele?

Persoana poate fi incapabilă să simtă bucurie, să se mobilizeze sau să vadă vreo posibilitate de schimbare.

3. Cât de mult este afectată funcționarea?

Depresia poate afecta munca, studiile, îngrijirea personală, relațiile, somnul și alimentația.

4. Există riscuri?

Gândurile suicidare, neglijarea severă, simptomele psihotice, consumul periculos de substanțe sau incapacitatea de a se îngriji indică nevoia unei evaluări rapide ori urgente.

Nici durata de două săptămâni nu trebuie folosită ca motiv pentru amânarea ajutorului atunci când simptomele sunt severe. O persoană aflată în pericol are nevoie de intervenție imediată, indiferent de cât timp au fost prezente manifestările.

Cum ajuți o persoană cu depresie?

1. Observă și deschide conversația

Nu aștepta ca persoana să ceară ajutor. Depresia poate reduce motivația, speranța și încrederea că sprijinul ar avea vreun rost.

Poți începe simplu: „Am observat că în ultima vreme pari foarte obosit și retras. Îmi fac griji pentru tine. Cum te simți?”

sau:

„Nu trebuie să îmi explici totul, dar vreau să știi că sunt aici și că te pot asculta.”

Vorbește despre ceea ce ai observat, nu despre diagnosticul pe care presupui că îl are:

Mai util: „Am observat că nu mai dormi și că ai renunțat la multe lucruri care îți plăceau.”

Mai puțin util: „Este clar că ai depresie.”

2. Ascultă fără să grăbești conversația

Persoana poate avea nevoie de timp pentru a formula ceea ce simte. Nu umple imediat tăcerile și nu transforma conversația într-un interogatoriu.

Folosește întrebări deschise:

- „Care este partea cea mai grea acum?”
- „De cât timp te simți așa?”
- „Cum îți afectează somnul sau activitățile?”
- „Ce te ajută măcar puțin?”
- „Există cineva cu care ai mai vorbit?”

Poți reflecta ceea ce auzi:

„Pare că depui un efort enorm doar ca să treci prin fiecare zi.”

„Aud că te simți foarte singur și fără speranță.”

Ascultarea nu înseamnă aprobarea tuturor concluziilor persoanei. Înseamnă recunoașterea suferinței.

3. Oferă ajutor concret, nu doar general

„Sună-mă dacă ai nevoie” poate fi bine intenționat, dar o persoană deprimată poate să nu aibă energia necesară pentru a formula și solicita ajutorul.

Ofertele concrete sunt mai ușor de acceptat:

- „Pot să te sun mâine la ora 10?”
- „Pot să merg cu tine la consultație?”
- „Îți aduc ceva de mâncare?”

- „Putem căuta împreună un specialist?”
- „Vrei să facem o plimbare scurtă?”
- „Pot să te ajut să formulezi mesajul pentru medic?”
- „Vrei să stau cu tine în timp ce faci programarea?”

Oferă două opțiuni simple, nu o listă lungă. Capacitatea de decizie poate fi redusă în depresie. „Preferi să sunăm astăzi medicul de familie sau să căutăm un psihoterapeut pentru mâine?”

4. Încurajează activități mici, fără să presezi

Activitatea poate sprijini recuperarea, dar îndemnurile de tipul „ieși din casă și îți va trece” sunt simpliste și pot accentua vinovăția.

În loc să propui schimbări mari, începe cu pași mici și realiști:

- un duș;
- o masă simplă;
- deschiderea ferestrei;
- o plimbare de cinci sau zece minute;
- schimbarea hainelor;
- răspunsul la un singur mesaj;
- programarea unei consultații.

Poți spune: „Nu trebuie să rezolvî întreaga zi acum. Care ar fi cel mai mic lucru pe care îl putem face împreună în următoarele zece minute?”

Nu transforma aceste activități în condiții pentru a oferi afecțiune sau sprijin.

5. Sprijină accesul la tratament

Tratamentul poate include psihoterapie, medicație sau o combinație de intervenții, în funcție de nevoile persoanei. Depresia mai puțin severă și depresia mai severă pot necesita abordări diferite, iar deciziile trebuie luate împreună cu un profesionist, ținând cont de preferințele persoanei și de contextul său.

Poți ajuta prin:

- găsirea serviciilor disponibile;
- efectuarea unei programări, cu acordul persoanei;
- însoțirea la consultație;
- notarea simptomelor și întrebărilor;
- sprijinirea respectării programărilor;
- încurajarea discuției cu medicul despre efecte adverse sau dificultăți;
- oferirea de transport sau ajutor logistic.

Nu prescrie, nu modifica și nu întrerupe medicația unei alte persoane. Dacă apar efecte adverse, agravarea simptomelor sau întrebări despre tratament, încurajează contactarea medicului.

6. Păstrează legătura

Depresia poate determina persoana să refuze invitații, să nu răspundă la telefon sau să se retragă. Nu interpreta automat acest lucru ca respingere.

Poți trimite mesaje fără presiune: „Nu trebuie să răspunzi. Vreau doar să știi că mă gândesc la tine.” „Te sun din nou mâine, dacă este în regulă.” „Chiar dacă nu ai energie să vorbești, pot să stau puțin lângă tine.”

Sprijinul constant, previzibil și discret poate fi mai valoros decât un gest intens, urmat de dispariție.

7. Ajută fără să preiei întreaga viață a persoanei

Există o diferență între sprijin și preluarea totală a responsabilității.

Este util să ajuți temporar cu sarcinile care au devenit copleșitoare. Totuși, dacă este posibil, implică persoana în decizii și păstrează-i autonomia: „Pot să fac programarea pentru tine sau putem suna împreună. Ce ar fi mai ușor?”

Nu o trata ca pe un copil și nu lua decizii majore în numele său, cu excepția situațiilor de pericol imediat sau incapacitate severă, când este necesară intervenția serviciilor specializate.

Cum vorbești cu o persoană deprimată?

Formulări utile

„Îmi pare rău că treci prin asta.”

„Îți mulțumesc că mi-ai spus.”

„Nu ești o povară pentru mine.”

„Nu trebuie să ai toate răspunsurile acum.”

„Sunt aici să te ascult.”

„Depresia se poate trata.”

„Hai să găsim împreună ajutor.”

„Ce ar face următoarea oră puțin mai suportabilă?”

„Este în regulă să îmi spui și lucrurile greu de auzit.”

„Te-ai gândit că nu mai vrei să trăiești?”

Ultima întrebare este necesară atunci când există semnale de risc. Trebuie formulată direct, calm și fără ocoluri.

Formulări care pot răni

„Trebuie să fii puternic.”

„Gândește pozitiv.”

„Ai tot ce îți trebuie. De ce ești deprimat?”

„Alții o duc mai rău.”

„Ești egoist.”

„Nu mai dramatiza.”

„Ridică-te din pat și fă ceva.”

„Nu ai niciun motiv să fii trist.”

„Totul depinde de tine.”

„Promite-mi că nu vei mai gândi așa.”

Aceste afirmații pot amplifica rușinea, vinovăția și izolarea. Persoana deprimată își reproșează adesea deja că nu reușește să funcționeze. Critica suplimentară rareori crește motivația.

Cum întrebi despre suicid?

Dacă persoana vorbește despre lipsă de speranță, inutilitate, moarte sau faptul că este o povară, întreabă direct: „Te-ai gândit că nu mai vrei să trăiești?”

Dacă răspunsul este afirmativ: „Te-ai gândit să îți iei viața?”

Apoi: „Ai un plan?” „Te-ai gândit când sau cum ai face-o?” „Ai acces acum la lucrurile pe care intenționezi să le folosești?” „Ai mai încercat să îți iei viața?” „Ești în pericol să faci ceva chiar acum?”

Nu pune întrebările pe un ton acuzator. Scopul nu este efectuarea unei evaluări clinice complete, ci identificarea unui risc care necesită ajutor imediat.

Nu spune: „Nu ai face așa ceva, nu-i așa?”

Această formulare sugerează răspunsul dorit și poate determina persoana să ascundă adevărul. Nu reacționa prin șoc, furie sau moralizare. Spune: „Îți mulțumesc că mi-ai spus. Nu vreau să rămâi singur cu asta. Vom cere ajutor acum.”

Când devine depresia o urgență?

1. Există intenție sau plan suicidar

Situația este urgentă atunci când persoana:

- spune că intenționează să se sinucidă;
- are un plan;
- are acces la mijloacele pe care intenționează să le folosească;
- a stabilit un moment;
- și-a luat rămas-bun;
- a oferit bunuri importante;
- a redactat un mesaj sau testament;
- a efectuat o tentativă;
- se află sub influența alcoolului sau drogurilor și exprimă intenții suicidare;
- spune că nu se poate controla ori că ar putea acționa imediat.

În această situație:

1. **Nu lăsa persoana singură.**
2. **Sună la 112** sau deplasați-vă la cea mai apropiată unitate de primiri urgente, în funcție de gravitate și de instrucțiunile serviciilor de urgență.
3. **Îndepărtează, dacă poți face acest lucru în siguranță, accesul imediat la medicamente, arme, substanțe toxice sau alte mijloace periculoase.**
4. **Nu promite confidențialitate.**
5. **Anunță o persoană apropiată și responsabilă, dacă este necesar pentru siguranță.**
6. **Urmează instrucțiunile operatorului de urgență.**

O tentativă anterioară este un factor important de risc, iar crizele pot evolua rapid, uneori impulsiv.

2. Persoana nu se mai poate îngriji

Este necesară evaluarea urgentă dacă persoana:

- nu mai mănâncă sau nu mai bea;
- este deshidratată ori profund epuizată;
- nu se mai ridică din pat;
- nu își poate administra tratamentele necesare;
- trăiește în condiții care îi pun sănătatea în pericol;
- nu se poate orienta sau îngriji în siguranță;
- își neglijează grav copiii ori alte persoane dependente de ea.

3. Apar simptome psihotice

Depresia severă poate fi uneori însoțită de pierderea contactului cu realitatea.

Persoana poate:

- auzi voci;
- crede că a comis fapte îngrozitoare inexistente;
- fi convinsă că este ruinată, deși nu este;
- crede că organismul său nu mai funcționează;
- considera că merită să moară;
- simți că cineva o urmărește sau o pedepsește.

Depresia cu simptome psihotice necesită evaluare de specialitate și, frecvent, intervenția serviciilor de sănătate mintală.

Nu contrazice agresiv convingerile și nu confirma ideile delirante. Spune: „Înțeleg că pentru tine pare foarte real și înspăimântător. Eu nu percep același lucru, dar vreau să te ajut să fii evaluat de un medic.”

4. Apare agitație extremă, confuzie sau comportament periculos

Solicită ajutor medical de urgență dacă persoana este:

- profund confuză;
- imposibil de liniștit;
- agresivă;
- dezorientată;
- incapabilă să comunice coerent;
- sub influența unor substanțe;
- în pericol de a se răni sau de a răni pe altcineva.

Confuzia apărută brusc poate avea și o cauză medicală și nu trebuie presupus că este „doar depresie”.

5. Starea se agravează brusc după începerea sau modificarea tratamentului

Orice agravare importantă, apariție a ideilor suicidare, agitație neobișnuită sau modificare severă de comportament trebuie comunicată rapid medicului. Dacă există risc imediat, se solicită serviciul de urgență.

Ce NU trebuie să faci

Nu încerca să „scoți” persoana din depresie prin forță

Nu o certa pentru că nu se ridică din pat și nu îi condiționa sprijinul de performanță.

Nu presupune că refuzul ajutorului înseamnă că nu suferă

Lipsa de energie, rușinea și lipsa de speranță pot face dificilă solicitarea ajutorului.

Nu deveni singurul ei sprijin

Implică specialiști și, cu acordul persoanei, alte persoane de încredere. Un singur aparținător nu poate fi disponibil permanent.

Nu păstra secretul atunci când viața este în pericol

Dacă persoana îți spune că intenționează să se sinucidă, siguranța are prioritate față de promisiunea confidențialității.

Nu administra medicamente după propria apreciere

Nu oferi tratamentul tău și nu modifica dozele prescrise.



Nu folosi vinovăția

Afirmații precum „Gândește-te ce ne-ai face nouă” pot crește sentimentul că persoana este o povară.

Nu pleca presupunând că „doar caută atenție”

Orice comunicare despre suicid trebuie luată în serios, indiferent de forma ei.

Ai grijă și de tine

Sprijinirea unei persoane cu depresie poate fi dificilă și de durată. Poți simți îngrijorare, furie, tristețe, vinovăție sau epuizare.

Este firesc să ai limite.

Poți spune: „Țin la tine și vreau să te sprijin. În același timp, nu pot fi disponibil în fiecare moment. Hai să stabilim împreună și alte persoane sau servicii pe care le poți contacta.”

A avea grijă de tine nu înseamnă abandon. Înseamnă să îți păstrezi capacitatea de a oferi un sprijin stabil și sănătos.

Caută propriul sprijin dacă:

- nu mai dormi din cauza îngrijorării;
- te simți permanent responsabil pentru viața persoanei;
- ai renunțat la toate activitățile tale;
- ești amenințat, manipulat sau agresat;
- simți că nu mai poți face față;
- situația îți afectează sănătatea fizică sau psihică.

Primul ajutor în 60 de secunde

Dacă bănuiești că cineva trece prin depresie:

Spune ce ai observat: „Pari foarte retras și îmi fac griji pentru tine.”

Ascultă fără să judeci și fără să oferi imediat soluții.

Întreabă direct despre suicid dacă persoana vorbește despre moarte, lipsă de speranță sau faptul că este o povară.

Offeră ajutor concret: caută un specialist, programează o consultație sau însoțește persoana.

Dacă există intenție suicidară, plan, tentativă, simptome psihotice sau incapacitate severă de autoîngrijire, nu lăsa persoana singură și solicită imediat ajutor prin 112.

Mit sau realitate?

Mit

„Cine vorbește despre suicid nu o va face; persoanele aflate cu adevărat în pericol nu spun nimic.”

Realitate

Multe persoane transmit direct sau indirect că se gândesc la moarte ori suicid. Orice astfel de mesaj trebuie luat în serios. A întreba direct și calm despre gândurile suicidare nu „plantează”

ideea în mintea persoanei. Îi poate oferi, dimpotrivă, posibilitatea de a vorbi despre ceea ce trăiește și de a primi ajutor.

Exemplu practic

Mihai a devenit tot mai retras în ultimele două luni. Nu mai răspunde prietenilor, lipsește de la serviciu și spune că este permanent obosit. Sora lui observă că locuința este neîngrijită și că în frigider aproape nu există mâncare.

În loc să îi spună: „Trebuie să te mobilizezi. Nu poți continua așa”,

ea îi spune: „Am observat că îți este foarte greu să te ocupi de lucrurile obișnuite și îmi fac griji pentru tine. Aș vrea să înțeleg ce se întâmplă.”

Mihai spune că nu mai vede rostul în nimic și că familia ar fi mai bine fără el.

Sora lui nu schimbă subiectul și nu îi răspunde: „Nu mai spune prostii.” Întreabă calm: „Te-ai gândit că nu mai vrei să trăiești?”

Mihai spune că da. Ea continuă: „Te-ai gândit să îți iei viața? Ai un plan?”

Mihai recunoaște că a strâns mai multe medicamente și intenționează să le ia în acea seară.

În acest moment, situația nu mai este una în care este suficientă o conversație. Sora lui rămâne cu el, îndepărtează medicamentele fără a se pune în pericol și sună la 112. Nu îi promite că va păstra secretul și nu încearcă să gestioneze singură criza.

Sprijinul corect nu a constatat în găsirea unei fraze perfecte, ci în observarea semnalelor, întrebarea directă și solicitarea ajutorului potrivit.

De reținut

Depresia nu este lipsă de voință, lene sau nerecunoștință. Este o problemă de sănătate care poate afecta emoțiile, gândirea, corpul și capacitatea de a funcționa. Sprijinul empatic și ajutorul concret pot contribui la recuperare, dar nu înlocuiesc evaluarea și tratamentul de specialitate. Atunci când apar gânduri suicidare, un plan, simptome psihotice sau incapacitatea de autoîngrijire, situația trebuie tratată ca o urgență.

Bibliografie

- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Depression in adults: Treatment and management (NICE Guideline NG222)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2026). *January 2026 exceptional surveillance of depression in adults: Treatment and management (NICE Guideline NG222)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence>
- National Institute of Mental Health. (n.d.). *Depression*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization. (2024, September 18). *Suicide: Questions and answers*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/suicide>
- World Health Organization. (2025, August 29). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (2025, September 30). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Capitolul 6

Anxietatea

Când grija firească începe să conducă viața unei persoane

Anxietatea face parte din sistemul normal de protecție al organismului. În fața unui pericol, a unei schimbări importante sau a unei situații incerte, ea ne ajută să devenim mai atenți, să anticipăm dificultățile și să ne pregătim pentru acțiune. Este firesc să simțim anxietate înaintea unui examen, a unei intervenții medicale, a unui interviu sau a unei conversații dificile.

Problema nu este, prin urmare, simpla existență a anxietății. Aceasta devine îngrijorătoare atunci când este excesivă în raport cu situația, persistă, apare în numeroase contexte, produce suferință semnificativă sau începe să limiteze viața persoanei. În tulburările de anxietate, frica și îngrijorarea nu mai reprezintă doar reacții temporare, ci pot afecta somnul, concentrarea, munca, studiile, relațiile și capacitatea de a desfășura activități obișnuite.

Anxietatea nu arată la fel la toate persoanele. Uneori se manifestă prin griji permanente, alteori prin teama intensă de anumite locuri, obiecte sau situații. O persoană se poate teme că va fi evaluată negativ de ceilalți, alta poate evita călătoriile, spațiile aglomerate ori intervențiile medicale. Uneori predomină simptomele fizice: palpitații, tremor, greață, tensiune musculară sau dificultăți de respirație.

Pentru aparținători, anxietatea poate fi dificil de înțeles. Situația de care se teme persoana poate părea inofensivă sau puțin probabilă. Totuși, experiența ei este reală, iar răspunsurile de tipul „nu ai de ce să te temi” rareori înlătură anxietatea. Ele pot transmite că persoana nu este înțeleasă și o pot determina să își ascundă dificultățile.

Rolul familiei nu este să elimine orice teamă și nici să protejeze permanent persoana de disconfort. Rolul său este să ofere siguranță, să sprijine accesul la ajutor și să încurajeze, fără constrângere, revenirea treptată la activitățile pe care anxietatea le-a restrâns.

Cum recunoști anxietatea?

Nu există un singur simptom care să demonstreze că o persoană are o tulburare de anxietate. Diagnosticul este stabilit de un profesionist în urma unei evaluări. Aparținătorii pot însă observa anumite schimbări și pot iniția o conversație atunci când acestea persistă sau afectează viața zilnică.

1. Griji greu de controlat

Persoana pare să se îngrijoreze aproape permanent:

- pentru sănătate;
- pentru bani;
- pentru locul de muncă;
- pentru familie;
- pentru greșelile pe care le-ar putea face;
- pentru evenimente care nu s-au întâmplat;
- pentru posibilitatea ca ceva rău să apară în viitor.

Îngrijorarea se mută adesea de la un subiect la altul. Chiar dacă una dintre probleme este rezolvată, apare rapid o alta. Persoana poate recunoaște că grijile sunt excesive, dar spune că nu le poate opri.

Poate cere frecvent confirmări:



- „Ești sigur că totul va fi bine?”
- „Crezi că am făcut ceva greșit?”
- „Ești sigur că nu sunt bolnav?”
- „Poți verifica încă o dată?”
- „Promiți că nu se va întâmpla nimic?”

Grija devine problematică atunci când nu mai ajută persoana să rezolve dificultăți reale, ci o menține într-o stare continuă de alertă.

2. Senzația că urmează să se întâmple ceva rău

Persoana poate descrie:

- o presimțire permanentă;
- senzația de pericol;
- imposibilitatea de a se relaxa;
- nevoia de a fi mereu pregătită;
- teama că va pierde controlul;
- impresia că „ceva nu este în regulă”, chiar dacă nu poate explica ce.

Organismul se comportă ca și cum pericolul ar fi deja prezent. De aceea, argumentele logice nu sunt întotdeauna suficiente pentru a reduce starea de alarmă.

3. Neliniște și iritabilitate

Anxietatea nu se manifestă numai prin frică vizibilă. Persoana poate părea:

- nerăbdătoare;
- iritată;
- tensionată;
- permanent grăbită;
- foarte atentă la reacțiile celorlalți;
- incapabilă să stea liniștită;
- ușor de speriat.

Poate reacționa intens la schimbări minore de program, la întârzieri sau la situații neprevăzute. Familia poate interpreta aceste reacții drept nevoie de control sau caracter dificil, deși în spatele lor se poate afla teama că persoana nu va putea face față incertitudinii.

4. Simptome fizice

Anxietatea poate produce manifestări corporale reale, printre care:

- palpitații;
- transpirație;
- tremor;
- tensiune musculară;
- dureri de cap;
- amețeală;
- greață sau disconfort abdominal;
- senzație de nod în gât;
- respirație rapidă;
- furnicături;
- oboseală;

- dificultăți de somn.

Simptomele fizice noi, severe sau neobișnuite trebuie evaluate medical. Nu presupunem automat că durerea toracică, pierderea conștienței, dificultatea respiratorie severă sau confuzia sunt cauzate de anxietate.

5. Probleme de somn

Persoana poate:

- adormi greu din cauza gândurilor;
- revedea mental conversații și evenimente;
- anticipa problemele zilei următoare;
- se trezi frecvent;
- avea coșmaruri;
- se trezi obosită, chiar după mai multe ore de somn.

Lipsa somnului poate amplifica iritabilitatea, dificultățile de concentrare și sensibilitatea la senzațiile fizice. Se poate forma astfel un cerc vicios: anxietatea afectează somnul, iar oboseala face anxietatea mai greu de gestionat.

6. Dificultăți de concentrare și luare a deciziilor

O mare parte din atenția persoanei este ocupată de identificarea riscurilor. Din această cauză, îi poate fi dificil:

- să urmărească o conversație;
- să citească;
- să lucreze;
- să ia decizii;
- să își amintească informații;
- să finalizeze sarcini;
- să aleagă între mai multe variante.

Poate amâna deciziile de teamă că va alege greșit sau poate cere altora să hotărască în locul său.

7. Nevoia excesivă de control și pregătire

Unele persoane încearcă să gestioneze anxietatea controlând cât mai multe detalii:

- verifică repetat programul;
- ajung cu mult prea devreme;
- pregătesc numeroase scenarii;
- cer informații până când devin copleșite;
- verifică frecvent starea de sănătate;
- evită orice situație în care rezultatul nu poate fi garantat;
- solicită familiei să respecte rutine foarte rigide.

Pregătirea este utilă până la un punct. Devine o problemă atunci când consumă mult timp, nu produce o liniștire durabilă și restrânge activitățile persoanei sau ale familiei.

8. Evitarea

Evitarea este unul dintre cele mai importante semne ale anxietății și unul dintre mecanismele care o pot menține.

Persoana poate evita:

- transportul public;

- condusul;
- spațiile aglomerate;
- vorbitul în public;
- interacțiunile sociale;
- călătoriile;
- analizele și consultațiile medicale;
- anumite alimente;
- locurile în care a avut un atac de panică;
- mersul singură;
- discuțiile dificile;
- orice situație în care s-ar putea simți evaluată.

Uneori evitarea este evidentă: persoana refuză să plece de acasă. Alteori este subtilă: merge la eveniment, dar stă lângă ieșire; acceptă să călătorească numai dacă este însoțită; vorbește în ședință doar după ce altcineva răspunde primul.

Evitarea produce o reducere rapidă a anxietății. Tocmai această ușurare imediată o face atât de puternică. Pe termen lung însă, persoana nu mai are ocazia să descopere că poate tolera disconfortul, că anxietatea scade și fără evadare sau că situația este mai puțin periculoasă decât anticipase.

9. Comportamentele de siguranță

Persoana nu evită întotdeauna situația în întregime, dar poate simți că o poate suporta numai dacă respectă anumite condiții:

- poartă permanent medicamente „pentru orice eventualitate”;
- verifică în mod repetat pulsul;
- stă lângă ușă;
- cere să fie însoțită;
- păstrează permanent legătura telefonică cu cineva;
- își pregătește în detaliu toate replicile;
- evită contactul vizual;
- consumă alcool înaintea unei situații sociale;
- cere confirmări pe tot parcursul activității.

Unele măsuri sunt firești și prudente. Problema apare când persoana ajunge să creadă că este în siguranță exclusiv datorită lor și că, fără ele, s-ar produce o catastrofă.

10. Afectarea vieții zilnice

Anxietatea merită evaluată de un specialist mai ales atunci când persoana:

- lipsește de la serviciu sau de la școală;
- renunță la oportunități;
- nu mai călătorește;
- evită relațiile;
- nu mai poate rămâne singură;
- își schimbă întreaga viață pentru a evita anumite situații;
- consumă alcool, sedative sau alte substanțe pentru a face față;
- doarme foarte puțin;



- solicită familiei să își adapteze permanent programul;
- suferă intens, chiar dacă încă pare funcțională.

Tulburările de anxietate pot interfera semnificativ cu performanța profesională, școlară și cu relațiile. Există însă tratamente eficiente, iar solicitarea ajutorului nu trebuie amânată până când persoana nu mai poate funcționa deloc.

Anxietate firească sau posibilă tulburare de anxietate?

Apartinătorul nu trebuie să stabilească diagnosticul, dar poate lua în considerare câteva întrebări.

Cât de intensă este?

Este o emoție neplăcută, dar suportabilă, sau persoana se simte copleșită și incapabilă să funcționeze?

Cât de des apare?

Este legată de un eveniment precis sau este prezentă în majoritatea zilelor și situațiilor?

Cât durează?

Se diminuează odată cu rezolvarea problemei sau persistă și se mută de la un subiect la altul?

Cât de mult limitează viața?

Persoana continuă activitățile importante sau renunță treptat la ele?

Cât de mult se adaptează familia?

Întreaga familie își modifică programul pentru a preveni anxietatea persoanei?

Există riscuri suplimentare?

Au apărut depresie, consum de alcool sau droguri, automutilare, gânduri suicidare ori incapacitatea de autoîngrijire?

Nu este nevoie ca toate semnele să fie prezente pentru ca o conversație și o evaluare să fie utile.

Cum răspunzi unei persoane anxioase?

1. Începe prin a observa, nu prin a pune un diagnostic

Poți spune: „Am observat că în ultima vreme pari foarte tensionat și că eviți să mai ieși singur. Cum te simți?”

sau: „Văd că această situație îți provoacă multă teamă. Vrei să îmi spui ce te îngrijorează cel mai mult?”

Evită: „Ai o tulburare de anxietate.” „Ești paranoic.” „Problema este că gândești prea mult.”

Discuția trebuie să pornească de la experiența persoanei, nu de la o etichetă.

2. Ascultă înainte de a liniști

Atunci când cineva este anxios, avem tendința să spunem imediat: „Nu se va întâmpla nimic.” Uneori această afirmație calmează pentru câteva minute, dar nu ajută persoana să înțeleagă și să gestioneze anxietatea. În plus, nu putem garanta întotdeauna rezultatul.

Întreabă:

- „De ce anume te temi?”
- „Ce crezi că s-ar putea întâmpla?”
- „Ce parte este cea mai greu de suportat?”
- „Ce te-a ajutat în trecut?”
- „Ce ai vrea să fac eu acum?”

Poți răspunde:

„Înțeleg că posibilitatea aceasta te sperie foarte mult.”

„Nu pot garanta exact ce se va întâmpla, dar pot rămâne alături de tine și putem găsi o modalitate de a face față.”

Aceasta validează emoția fără să confirme că pericolul anticipat este real sau inevitabil.

3. Vorbește calm și folosește informații simple

O persoană foarte anxioasă poate avea dificultăți în procesarea explicațiilor lungi. Folosește propoziții scurte și oferă câte o opțiune pe rând.

„Hai să ne concentrăm doar pe următorul pas.”

„Nu trebuie să rezolvăm totul acum.”

„Preferi să sunăm împreună sau să scriem un mesaj?”

„Putem lua o pauză de cinci minute și apoi hotărâm ce facem.”

Tonul contează uneori mai mult decât formularea exactă.

4. Validează emoția, nu catastrofa

Există o diferență importantă între: „Înțeleg că îți este frică.”

și: „Da, este foarte periculos și probabil se va întâmpla ceva rău.”

Prima formulare recunoaște emoția. A doua confirmă interpretarea catastrofică.

Poți spune: „Teama ta este reală, chiar dacă nu știm că scenariul de care te temi se va produce.”

„Corpul tău pare să reacționeze ca și cum ai fi în pericol. Hai să vedem de ce ai nevoie acum.”

5. Întreabă ce tip de ajutor dorește

Nu toate persoanele anxioase au nevoie de același lucru. Unele vor să vorbească. Altele preferă câteva minute de liniște. Unele doresc ajutor pentru o programare, iar altele au nevoie să fie însoțite pentru primul pas.

Întreabă: „Vrei să te ascult sau vrei să căutăm împreună o soluție?”

„Ce te-ar ajuta fără să preiau eu complet situația?”

„Vrei să facem primul pas împreună?”

Această abordare păstrează autonomia persoanei și reduce riscul ca aparținătorul să devină indispensabil pentru orice activitate.

6. Încurajează evaluarea profesionistă

Este recomandată consultarea unui specialist atunci când anxietatea:

- persistă;
- produce suferință intensă;
- afectează somnul;
- limitează activitățile;
- determină evitări repetate;
- afectează munca, școala sau relațiile;
- se asociază cu depresie ori consum de substanțe;
- nu se ameliorează prin strategiile obișnuite de adaptare.

Poți spune: „Există intervenții eficiente pentru anxietate. Nu trebuie să înveți singur să gestionezi toate acestea.” „Pot să te ajut să găsești un specialist și, dacă dorești, să merg cu tine la prima consultație.”

Psihoterapia, tratamentul medicamentos sau combinația acestora pot fi indicate în funcție de tipul anxietății, severitate, istoricul persoanei și preferințele sale.

Cum reduci evitarea?

Evitarea nu trebuie eliminată prin forță

Faptul că evitarea poate menține anxietatea nu înseamnă că persoana trebuie împinsă brusc în situația de care se teme.

Expresii precum: „Te duc acolo și nu te las să pleci până nu îți trece.” „Trebuie să te arunc direct în apă.” „De mâine faci totul singur.”

pot crește frica, pot deteriora încrederea și pot face persoana să evite și mai mult.

Reducerea evitării trebuie să fie:

- graduală;
- planificată;
- colaborativă;
- adaptată nivelului de dificultate;
- repetată suficient;
- realizată, atunci când problema este severă, cu sprijinul unui specialist.

Pasul 1. Identificați ce anume evită persoana

Întrebarea „Ce îți provoacă anxietate?” poate fi prea generală.

Este mai util să identificați situațiile concrete:

- să meargă singură la magazin;
- să vorbească la telefon;
- să conducă;
- să participe la o ședință;
- să intre într-un lift;
- să călătorească;
- să mănânce în public;
- să își facă analize;
- să rămână singură acasă.

Notați și ceea ce face persoana pentru a se simți în siguranță: însoțire, verificări, solicitarea de confirmări, statul lângă ieșire sau plecarea înainte de final.

Pasul 2. Alegeți un obiectiv important pentru persoană

Scopul nu este eliminarea imediată a anxietății, ci recâștigarea unei părți din viața limitată de aceasta.

Întrebați:

„Ce ai vrea să poți face din nou?”

„Ce lucru important pentru tine a devenit dificil din cauza anxietății?”

„Care ar fi o schimbare mică, dar semnificativă?”

Motivația este mai puternică atunci când obiectivul are valoare personală: să își viziteze familia, să se întoarcă la studii, să călătorească sau să participe la activitățile copiilor.

Pasul 3. Împărțiți obiectivul în pași mici

Dacă persoana nu mai folosește transportul public, primul pas nu trebuie să fie o călătorie de două ore.

O progresie posibilă ar putea fi:

1. să privească autobuzele din stație;
2. să stea câteva minute în stație;

3. să urce pentru o singură oprire însoțită;
4. să călătorească două opriri;
5. să repete traseul cu însoțitorul aflat la distanță;
6. să facă singură o călătorie scurtă.

Pașii sunt orientativi. Ei trebuie stabiliți împreună cu persoana și adaptați situației. În cazurile severe, planul de expunere trebuie elaborat cu un psihoterapeut.

Pasul 4. Încurajează, dar nu obliga

Poți spune:

- „Știi că este dificil. Sunt aici să te sprijin.”
- „Vrei să încercăm pasul pe care l-ai ales?”
- „Putem opri și analiza ce s-a întâmplat, dar aș vrea să nu luăm decizia doar pe baza anxietății din primele secunde.”

Nu amenința, nu ridiculiza și nu folosi iubirea sau sprijinul drept recompensă.

Pasul 5. Laudă efortul, nu absența anxietății

Succesul nu înseamnă neapărat că persoana nu a simțit deloc frică. Poate însemna că a realizat activitatea în prezența anxietății.

Spune:

- „Ai făcut pasul, chiar dacă ți-a fost teamă.”
- „Ai rămas în situație mai mult decât data trecută.”
- „Ai observat că anxietatea poate crește și apoi se poate reduce.”

Evită:

- „Vezi? Nu aveai de ce să te temi.”

Această replică poate invalida efortul și poate sugera că persoana a suferit fără motiv.

Pasul 6. Repetați, nu creșteți dificultatea prea repede

Un singur succes nu înseamnă că teama a dispărut definitiv. Repetarea ajută la consolidarea experienței.

Nu transforma progresul într-o cursă. Dacă un pas a fost copleșitor, el poate fi împărțit în etape mai mici.

Pasul 7. Reduceți treptat ajutorul excesiv

Dacă persoana poate realiza o activitate numai însoțită, nu este necesar ca sprijinul să dispară brusc.

El poate fi redus treptat:

- însoțitorul merge alături;
- apoi merge la câțiva pași distanță;
- apoi așteaptă într-un loc apropiat;
- apoi este disponibil telefonic;
- în final, persoana încearcă singură.

Scopul este creșterea autonomiei, nu demonstrarea faptului că aparținătorul este inutil.

Ce înseamnă „acomodarea familială”?

Acomodarea familială apare atunci când membrii familiei își modifică repetat comportamentul sau rutina pentru a preveni anxietatea persoanei.

Exemple:

- părintele răspunde de zeci de ori la aceeași întrebare;

- partenerul sună în locul persoanei de fiecare dată;
- întreaga familie evită călătoriile;
- cineva verifică permanent dacă persoana este sănătoasă;
- membrii familiei participă la ritualuri;
- copilul nu mai merge la școală, iar programul familiei este reorganizat nelimitat;
- toate situațiile care produc disconfort sunt eliminate.

Aceste răspunsuri pornesc din grijă și reduc suferința pe termen scurt. Cercetările arată însă că acomodarea este frecventă în tulburările de anxietate și în tulburarea obsesiv-compulsivă și poate fi asociată cu simptome și afectare funcțională mai importante. Reducerea ei trebuie realizată treptat, cu empatie și, în cazurile complexe, ca parte a tratamentului.

A ajuta nu este același lucru cu a acomoda permanent anxietatea.

Ajutor util:

„Stau lângă tine cât suni la telefon.”

Acomodare care poate menține problema:

„Voi suna eu de acum înainte, ca să nu mai simți anxietate.”

Ce greșeli fac familiile?

Greșeala 1. Minimalizează teama

„Nu este nimic.”

„Ți-ai inventat singur problema.”

„Nu ai niciun motiv să fii anxios.”

Aceste afirmații nu reduc anxietatea. Ele reduc probabilitatea ca persoana să mai vorbească despre ea.

O alternativă

„Văd că îți este foarte greu, chiar dacă eu percep situația diferit.”

Greșeala 2. Oferă confirmări fără sfârșit

Persoana întreabă:

„Ești sigur că nu voi păți nimic?”

Familia răspunde, iar liniștirea durează puțin. Întrebarea revine, uneori într-o formă ușor diferită.

Confirmarea ocazională este firească. Problema apare când devine un ritual repetitiv, iar persoana ajunge să depindă de ea.

O alternativă

„Am discutat deja informațiile pe care le avem. Observ că anxietatea îți cere din nou certitudine. Ce strategie ai putea folosi acum?”

Răspunsul trebuie adaptat persoanei și planului terapeutic. Nu se recomandă retragerea brutală a oricărui sprijin.

Greșeala 3. Preiau toate responsabilitățile

Familia face toate cumpărăturile, deplasările și programările, pentru ca persoana să nu simtă anxietate.

Pe termen scurt, viața pare mai ușoară. Pe termen lung, persoana poate ajunge să creadă că nu este capabilă să facă nimic singură.

O alternativă

„Facem primul pas împreună, iar apoi vedem ce parte poți prelua tu.”

Greșeala 4. Forțează confruntarea

Unii aparținători merg în extrema opusă:

„Îți arăt eu că nu ai nimic.”

„Nu te las să pleci până nu te calmezi.”

„De azi nu te mai ajut deloc.”

Expunerea terapeutică nu înseamnă constrângere. Ea presupune colaborare, planificare și pași adaptați persoanei.

Greșeala 5. Devin și ei hiper-vigilenți

Familia începe să urmărească fiecare respirație, expresie facială sau modificare a pulsului:

„Ești bine?”

„Ți-a crescut anxietatea?”

„Sigur poți?”

„Nu ar fi mai bine să plecăm?”

Monitorizarea constantă poate transmite că situația este într-adevăr periculoasă și că persoana nu se poate descurca.

O alternativă

Stabiliți dinainte cum va semnala persoana că are nevoie de ajutor și evitați verificările continue.

Greșeala 6. Critică sau induce rușine

„Ne strici tuturor viața.”

„Ești adult, comportă-te ca atare.”

„Toată lumea trebuie să se adapteze din cauza ta.”

Anxietatea poate fi frustrantă pentru întreaga familie, dar rușinea nu este un tratament. Critica poate crește izolarea și poate intensifica simptomele.

Familia are totuși dreptul la limite:

„Înțeleg că îți este greu. În același timp, nu putem renunța permanent la toate activitățile familiei. Hai să cerem ajutor pentru a găsi o soluție mai bună.”

Greșeala 7. Confundă sprijinul cu disponibilitatea permanentă

Un aparținător nu poate răspunde la telefon în fiecare minut și nu poate deveni singurul mecanism de reglare al persoanei.

Este util să existe:

- mai multe persoane de sprijin;
- strategii pe care persoana le poate folosi singură;
- un plan stabilit cu specialistul;
- servicii profesionale;
- limite clare și previzibile.

Greșeala 8. Recomandă alcool, sedative sau medicamente care nu au fost prescrise

„Bea ceva ca să te relaxezi.”

„Ia din pastilele mele.”

Alcoolul și alte substanțe pot agrava anxietatea, pot crea dependență și pot interacționa cu tratamentele. Medicamentele trebuie recomandate și monitorizate de un profesionist competent.

Greșeala 9. Așteaptă ca problema să devină severă

Unele familii speră că anxietatea va dispărea singură și solicită ajutor numai după ce persoana a renunțat la muncă, școală, relații sau ieșirea din casă.

Intervenția poate fi căutată mai devreme, când apar evitarea persistentă, suferința și afectarea funcționării.

Când devine anxietatea o urgență?

Anxietatea necesită ajutor de urgență atunci când:

- persoana exprimă intenții suicidare;
- a făcut o tentativă de suicid sau s-a automutilat grav;
- nu mai poate fi menținută în siguranță;
- este profund confuză sau dezorientată;
- își pierde starea de conștiență;
- prezintă convulsii;
- are durere toracică severă sau simptome neurologice;
- are o dificultate respiratorie majoră;
- este extrem de agitată ori agresivă;
- există suspiciunea unui supradozaj;
- simptomele au apărut după consumul unei substanțe necunoscute;
- nu mai mănâncă, nu mai bea sau nu se mai poate îngriji;
- există pierderea contactului cu realitatea.

În aceste situații, nu presupune că este „doar anxietate”. Sună la **112** și urmează indicațiile serviciilor de urgență.

Tulburările de anxietate se pot asocia cu depresie, consum de substanțe și un risc crescut de gânduri și comportamente suicidare. Orice mesaj despre moarte sau imposibilitatea de a continua trebuie luat în serios.

Ce poți face ca aparținător, pe termen lung?

Poți sprijini persoana prin:

- încurajarea evaluării de specialitate;
- participarea la o discuție cu specialistul, dacă persoana dorește;
- stabilirea unor obiective mici și realiste;
- încurajarea autonomiei;
- reducerea treptată a acomodării familiale;
- păstrarea unui program cât mai previzibil;
- încurajarea somnului, mișcării și meselor regulate, fără a le prezenta drept „vindecări”;
- observarea agravării simptomelor;
- păstrarea propriilor limite;
- solicitarea de sprijin pentru familie.

Nu este responsabilitatea aparținătorului să elimine complet anxietatea. Recuperarea poate însemna ca persoana să își poată continua viața chiar dacă uneori simte teamă.

Primul ajutor în 60 de secunde

Dacă cineva este copleșit de anxietate:

Rămâi calm și întreabă ce îl sperie în acel moment.

Validează emoția, fără să confirmi scenariul catastrofic: „Înțeleg că îți este foarte teamă.”

Concentrează conversația asupra următorului pas, nu asupra tuturor problemelor.

Nu forța confruntarea, dar nici nu promite că vei elimina permanent toate situațiile dificile.

Oferă ajutor concret: o programare, însoțire sau un pas mic făcut împreună.

Dacă apar intenții suicidare, pierderea conștienței, simptome medicale severe, confuzie ori imposibilitatea de a păstra persoana în siguranță, sună la 112.

Mit sau realitate?

Mit

„Cel mai bun mod de a ajuta o persoană anxioasă este să o protejăm de orice situație care îi provoacă teamă.”

Realitate

Evitarea reduce anxietatea pe termen scurt, dar poate contribui la menținerea ei pe termen lung. Atunci când familia elimină constant toate situațiile dificile, răspunde nelimitat nevoii de reasigurare sau preia toate responsabilitățile, persoana poate ajunge să se simtă și mai puțin capabilă să facă față.

Sprijinul util nu înseamnă nici protecție totală, nici confruntare forțată. Înseamnă încurajarea unor pași graduali, aleși împreună cu persoana și, atunci când problema este importantă, integrați într-un plan de tratament.

Exemplu practic

Elena evită să conducă după ce a avut un episod de anxietate intensă la volan. La început, soțul ei conduce la drumurile mai lungi. Treptat însă, ajunge să conducă peste tot: la cumpărături, la serviciul Elenei, la școală și la toate programările. Familia își schimbă întregul program pentru ca Elena să nu se urce niciodată la volan.

Soțul îi spune frecvent: „Nu-ți face griji, nu vei mai fi nevoită să conduci.”

Această promisiune îi reduce anxietatea pentru moment, dar întărește convingerea că șofatul este periculos și că Elena nu poate face față.

După o evaluare de specialitate, Elena stabilește un plan gradual. Prima etapă este să stea câteva minute la volanul mașinii parcate. Apoi conduce într-o parcare liberă, după aceea pe o stradă liniștită, iar ulterior face un traseu scurt, însoțită.

Soțul nu o forțează și nu o critică. În același timp, nu îi mai promite că va conduce întotdeauna în locul ei. Spune:

„Știu că îți este teamă. Facem pasul stabilit și sunt aici să te sprijin.”

Când Elena finalizează un traseu simțind încă anxietate, el nu spune:

„Vezi? Totul a fost doar în capul tău.”

Spune:

„Ai făcut ceva important, chiar dacă ți-a fost frică.”

Ajutorul nu a constatat în eliminarea completă a disconfortului, ci în susținerea autonomiei și a progresului gradual.

De reținut

Anxietatea devine o problemă atunci când nu mai avertizează persoana asupra unui pericol real, ci începe să îi organizeze și să îi restrângă viața. Familia poate ajuta prin calm, ascultare, sprijin concret și încurajarea pașilor gradualii. Protecția totală menține adesea evitarea, iar confruntarea forțată poate agrava teama. Sprijinul sănătos se află între aceste două extreme: empatie, limite, autonomie și acces la tratamente bazate pe dovezi.

Bibliografie

- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., & Bloch, M. H. (2016). Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: A five-year update. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(1), 45–53. <https://doi.org/10.1586/14737175.2016.1126181>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: Management* (Clinical Guideline CG113; updated 2020). NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Social anxiety disorder: Recognition, assessment and treatment* (Clinical Guideline CG159). NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Anxiety disorders* (Quality Standard QS53). NICE.
- National Institute of Mental Health. (n.d.). *Anxiety disorders*. National Institutes of Health.
- National Institute of Mental Health. (n.d.). *Generalized anxiety disorder: What you need to know*. National Institutes of Health.
- Shimshoni, Y., Shrinivasa, B., Cherian, A. V., & Lebowitz, E. R. (2019). Family accommodation in psychopathology: A synthesized review. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl. 1), S93–S103. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_530_18
- World Health Organization. (2025). *Anxiety disorders*. World Health Organization.

Capitolul 7

Riscul suicidar

O conversație dificilă poate salva o viață

Puține situații provoacă mai multă teamă familiei decât momentul în care o persoană apropiată spune că nu mai vrea să trăiască. Aparținătorii se pot teme că vor spune ceva greșit, că vor agrava situația sau că vor reacționa exagerat. Uneori încearcă să schimbe repede subiectul, să liniștească persoana prin argumente sau să creadă că afirmația a fost făcută „doar pentru a atrage atenția”.

În realitate, orice comunicare despre suicid trebuie luată în serios. Persoana poate vorbi direct despre intenția de a muri sau poate folosi formulări indirecte, precum „nu mai pot”, „aș vrea să dispar”, „toți ar fi mai bine fără mine” ori „în curând nu va mai trebui să vă faceți griji pentru mine”. Nu este responsabilitatea aparținătorului să stabilească dacă persoana „vorbește serios”. Rolul lui este să asculte, să întrebe direct, să evalueze dacă există un pericol imediat și să faciliteze accesul la ajutor.

Suicidul este un fenomen complex, fără o singură cauză. Poate apărea în contextul depresiei, al altor tulburări psihice, al consumului de alcool sau droguri, al durerii cronice, al pierderilor, conflictelor, izolării, violenței, dificultăților financiare ori al unor crize acute. Unele comportamente suicidare apar într-un moment de suferință intensă și capacitate redusă de a vedea alternative. Organizația Mondială a Sănătății subliniază că prevenirea este posibilă și că intervenția individuală, familială, comunitară și instituțională poate salva vieți.

Primul ajutor în cazul riscului suicidar nu înseamnă efectuarea unei evaluări clinice complete. Înseamnă:

- observarea semnalelor;
- inițierea unei conversații directe;
- menținerea persoanei în siguranță;
- solicitarea ajutorului profesionist;
- păstrarea legăturii după criză.

Atunci când există un pericol imediat, siguranța are prioritate față de discreție, jenă, teama de a supăra persoana sau dorința acesteia de a păstra situația secretă.

Ce înseamnă riscul suicidar?

Riscul suicidar se referă la posibilitatea ca o persoană să își provoace în mod intenționat moartea. El poate include mai multe niveluri ale experienței:

- gânduri pasive despre moarte;
- dorința de a nu se mai trezi sau de a nu mai exista;
- gânduri active de suicid;
- imaginarea sau planificarea unei tentative;
- pregătirea unor mijloace;
- intenția de a acționa;
- o tentativă aflată în desfășurare sau deja produsă.

Aceste niveluri nu evoluează întotdeauna într-o ordine previzibilă. O persoană poate trece rapid de la gânduri la acțiune, mai ales într-o stare de intoxicație, agitație, disperare intensă sau

impulsivitate. De aceea, nu trebuie presupus că există întotdeauna suficient timp pentru negocieri îndelungate.

În același timp, prezența unui factor de risc nu înseamnă că persoana va încerca să se sinucidă. NIMH arată că majoritatea persoanelor care prezintă factori de risc nu vor face o tentativă, iar predicția exactă a comportamentului individual este dificilă. Semnalele actuale și schimbările recente de comportament sunt însă motive pentru atenție și intervenție.

Aceasta înseamnă că familia nu trebuie nici să intre automat în panică la fiecare exprimare a tristeții, nici să ignore o afirmație despre moarte deoarece persoana pare calmă sau „nu ar face așa ceva”.

Gândurile despre moarte nu sunt toate identice

Este util să distingem între mai multe tipuri de formulări, fără a le considera trepte rigide.

Dorința pasivă de a nu mai exista

Persoana poate spune:

- „Aș vrea să adorm și să nu mă mai trezesc.”
- „Mi-aș dori să dispar.”
- „Nu îmi mai pasă dacă trăiesc.”
- „Nu mai vreau să mă trezesc dimineața.”

Aceste afirmații nu descriu neapărat un plan imediat, dar indică suferință importantă și necesită o conversație directă și o evaluare de specialitate.

Gânduri active de suicid

Persoana poate spune:

- „Mă gândesc să mă sinucid.”
- „Vreau să îmi iau viața.”
- „Nu mai pot continua.”
- „Am început să mă gândesc cum aș putea muri.”

Aceste afirmații impun clarificarea imediată a intenției, a planului, a accesului la mijloace și a momentului în care persoana se gândește să acționeze.

Planificare sau pregătire

Riscul este mai îngrijorător atunci când persoana:

- a formulat un plan;
- a stabilit un moment;
- are acces imediat la mijloace;
- a făcut pregătiri;
- a redactat mesaje de rămas-bun;
- și-a oferit bunurile importante;
- a organizat chestiuni personale sau financiare într-un mod neobișnuit;
- a căutat informații despre metode;
- a mers într-un loc în care intenționează să acționeze.

Tentativă sau pericol aflat în desfășurare

Dacă persoana a ingerat o substanță, s-a rănit, se află într-un loc periculos sau a început orice acțiune cu intenție suicidală, situația este o **urgență medicală**. Nu aștepta să vezi ce se întâmplă și nu încerca să gestionezi singur cazul. Sună imediat la **112**. Serviciul 112 este sistemul național pentru apelurile de urgență din România.

Cele mai importante semne de alarmă

Nu toate persoanele prezintă aceleași semne, iar unele își ascund intențiile. Prezența unuia dintre semne nu demonstrează automat că va exista o tentativă. Totuși, schimbările noi, accentuate sau apărute într-o perioadă de criză trebuie luate în serios.

1. Vorbește direct despre moarte sau suicid

Acesta este cel mai evident semnal:

- „Vreau să mor.”
- „Mă voi sinucide.”
- „Nu mai vreau să trăiesc.”
- „M-am hotărât să închei totul.”

Nu răspunde prin:

- „Nu mai spune prostii.”
- „Nu ai curajul să faci asta.”
- „Nu vorbești serios.”

Spune:

- „Îți mulțumesc că mi-ai spus. Vreau să înțeleg cât de mare este pericolul și să găsim ajutor acum.”

2. Formulări indirecte despre dispariție

Uneori persoana nu folosește cuvântul „suicid”:

- „Toți ar fi mai bine fără mine.”
- „Sunt doar o povară.”
- „Nu mai există nicio soluție.”
- „În curând se va termina totul.”
- „Nu va mai trebui să aveți grijă de mine.”
- „Nu mai am niciun motiv să trăiesc.”

Sentimentul de a fi o povară, lipsa de speranță, senzația de captivitate și absența motivelor de a trăi sunt recunoscute drept semnale importante.

3. Lipsa profundă de speranță

Persoana nu vede doar prezentul ca fiind dificil, ci este convinsă că viitorul nu se poate schimba:

- „Nimic nu mă mai poate ajuta.”
- „Așa va fi pentru totdeauna.”
- „Am încercat totul.”
- „Nu există ieșire.”

Într-o criză suicidală, capacitatea de a vedea alternative poate fi puternic restrânsă. Nu încerca să demonstrezi rapid că persoana greșește și nu îi prezenta o listă lungă de motive pentru care viața este frumoasă.

Poți spune:

„Aud că acum nu mai vezi nicio soluție. Nu trebuie să o găsim singuri. Vom cere ajutor.”

4. Sentimente intense de vinovăție sau rușine

Persoana poate crede că a dezamăgit pe toată lumea, că nu merită ajutorul sau că a făcut ceva de neiertat.

Uneori aceste convingeri sunt disproporționate ori apar în depresia severă. În alte cazuri, există probleme reale, dar persoana nu mai poate concepe repararea lor.

Evită moralizarea:

„Cum poți să te gândești la asta după tot ce am făcut pentru tine?”

O astfel de afirmație poate crește vinovăția.

Spune:

„Nu trebuie să rezolvi toate problemele acum. Primul lucru este să rămâi în siguranță.”

5. Durere emoțională sau fizică percepută ca insuportabilă

Persoana poate spune:

- „Nu mai suport.”
- „Durerea nu se mai termină.”
- „Nu mai pot continua nici măcar o zi.”
- „Aș face orice ca să nu mai simt asta.”

Durerea cronică, bolile grave și suferința psihologică intensă se pot asocia cu un risc crescut și trebuie evaluate profesionist.

6. Elaborarea unui plan

Întrebările importante sunt:

- S-a gândit persoana cum ar acționa?
- Are acces la mijloace?
- A stabilit un moment?
- A început pregătirile?
- Se află singură?
- A consumat alcool sau droguri?

Cu cât intenția este mai apropiată în timp și planul este mai concret și accesibil, cu atât nevoia de intervenție de urgență este mai mare.

Nu cere detalii inutile sau grafice. Ai nevoie doar de informațiile necesare pentru siguranță și pentru comunicarea cu serviciile de urgență.

7. O tentativă anterioară

Un istoric de tentative reprezintă un factor important de risc și trebuie comunicat serviciilor medicale. O nouă criză nu trebuie minimalizată doar pentru că persoana a mai exprimat idei suicidare sau a mai fost evaluată în trecut.

Expresia:

„Face asta mereu”

nu este un motiv pentru a nu interveni. Repetarea semnalelor sau comportamentelor poate indica suferință persistentă și nevoie de îngrijire mai intensă.

8. Retragera și despărțirile neobișnuite

Persoana poate:

- înceta să răspundă la mesaje;

- se izola;
- vizita brusc persoane pe care nu le-a mai văzut de mult;
- suna pentru a-și lua rămas-bun;
- mulțumi oamenilor într-un mod neobișnuit;
- încheia relații sau obligații;
- oferi obiecte importante.

Aceste comportamente devin deosebit de îngrijorătoare dacă apar împreună cu faptul că vorbește despre moarte sau este lipsit(ă) de speranță.

9. Schimbări bruște de dispoziție

Persoana poate trece de la disperare la o calmare aparentă și neobișnuită.

Această schimbare nu indică automat un risc crescut. Uneori starea s-a îmbunătățit cu adevărat. Totuși, în contextul unor idei suicidare recente, calmul brusc nu trebuie interpretat fără o conversație.

Întreabă:

„Observ că pari mai liniștit. Ce s-a schimbat?”

„Mai ai în acest moment gânduri de suicid?”

10. Comportamente riscante sau nepăsare față de propria viață

Pot apărea:

- conduce mașina în mod extrem de periculos;
- conflicte provocate intenționat;
- consum excesiv de substanțe;
- neglijarea bolilor;
- expunere repetată la situații periculoase;
- afirmații precum „nu-mi pasă ce mi se întâmplă”.

11. Creșterea consumului de alcool sau droguri

Substanțele pot amplifica impulsivitatea, disperarea, agresivitatea și scăderea capacității de judecată. O persoană care exprimă intenții suicidare în timp ce este intoxicată trebuie considerată în pericol, chiar dacă ulterior spune că „nu a vorbit serios”. Tulburările legate de consumul de substanțe sunt între factorii importanți asociați cu riscul suicidar.

12. Automutilarea

Automutilarea și tentativa de suicid nu sunt același lucru. Unele persoane se rănesc fără intenția de a muri, pentru a regla emoții, a reduce tensiunea sau a exprima suferința. Totuși, orice act de automutilare necesită evaluare, deoarece intenția poate fi ambivalentă, se poate modifica, iar istoricul de auto-vătămare este asociat cu un risc ulterior mai mare.

Factorii de risc nu sunt același lucru cu semnele de avertizare

Este important să nu confundăm aceste două categorii.

Factorii de risc

Sunt caracteristici sau experiențe asociate statistic cu o probabilitate mai mare:

- tentative anterioare;
- depresie sau alte tulburări psihice;
- tulburări asociate consumului de substanțe;
- durere cronică;

- istoric familial de suicid;
- violență sau abuz;
- pierderi importante;
- izolare;
- dificultăți financiare sau juridice;
- acces la mijloace letale.

Semnele de avertizare

Sunt manifestări actuale sau recente care pot indica o criză:

- persoana spune că vrea să moară;
- are un plan;
- caută metode;
- își ia rămas-bun;
- oferă bunuri;
- se retrage;
- consumă mai multe substanțe;
- devine extrem de agitată, disperată sau lipsită de speranță.

O persoană poate prezenta factori de risc fără a fi într-o criză imediată. În schimb, o persoană care exprimă un plan și o intenție actuală necesită intervenție chiar dacă familia nu cunoaște alți factori.

Cum întrebi direct?

De ce trebuie să folosim cuvântul „suicid”?

Multe persoane se tem că întrebarea directă poate introduce ideea în mintea cuiva. Dovezile disponibile nu susțin acest mit. NIMH recomandă întrebarea directă — „Te gândești la suicid?” — și arată că aceasta poate deschide conversația fără să crească gândurile sau comportamentele suicidare. Ascultarea fără judecată și discutarea directă a subiectului pot reduce izolarea și pot facilita accesul la ajutor.

Întrebările vagi pot produce răspunsuri vagi:

„Nu ai face o prostie, nu-i așa?”

„Nu te gândești la ceva rău?”

„Promiți că nu faci nimic?”

Persoana poate răspunde „nu” fără ca situația să fie clarificată.

Este mai util să întrebi calm și direct.

Cum începi conversația?

Alege, dacă este posibil, un loc liniștit și suficient timp. Nu iniția o discuție sensibilă în fața unui grup sau într-un moment în care trebuie să pleci imediat.

Poți spune:

„Am observat că spui că nu mai are rost și că toți ar fi mai bine fără tine. Îmi fac griji pentru siguranța ta.”

Apoi întreabă:

„Te gândești la suicid?”

sau:

„Te-ai gândit să îți iei viața?”

Folosește o voce calmă. Nu șopti cuvântul, nu îl transforma într-o acuzație și nu manifesta șoc.

Dacă persoana spune „da”

Spune:

- „Îți mulțumesc că mi-ai spus.”
- „Vreau să te ajut să rămâi în siguranță.”
- „Nu trebuie să gestionăm singuri această situație.”

Apoi întreabă, pe rând:

1. *Gândurile sunt prezente acum?*

„Te gândești la suicid chiar acum?”

2. *Există un plan?*

„Te-ai gândit cum ai face?”

Nu este necesar să soliciți descrieri detaliate. Ai nevoie să afli dacă planul există și dacă este realizabil imediat.

3. *Există intenția de a acționa?*

„Crezi că ai putea face ceva astăzi sau în următoarele ore?”

„Simți că te poți opri singur?”

4. *Există acces la mijloace?*

„Ai acces acum la ceea ce te-ai gândit să folosești?”

5. *Au existat pregătiri?*

„Ai început să pregătești ceva?”

„Ți-ai luat rămas-bun sau ai scris mesaje?”

6. *A existat o tentativă anterioară?*

„Ai mai încercat vreodată să îți iei viața?”

7. *Persoana este singură sau a consumat substanțe?*

„Ai consumat alcool, droguri sau medicamente?”

„Mai este cineva cu tine?”

Aceste întrebări nu înlocuiesc evaluarea clinică. Ele te ajută să stabilești dacă trebuie solicitat imediat 112 și ce informații să comunici.

Dacă persoana spune „nu”, dar semnele rămân îngrijorătoare

Nu o acuza că minte.

Spune:

„În regulă. Îți mulțumesc că mi-ai răspuns. Îmi fac în continuare griji pentru că ai spus că ai vrea să dispari. Aș vrea să nu rămâi singur și să vorbim cu un specialist.”

Uneori persoana nu este pregătită să vorbească. Menține contactul, implică o persoană de încredere și solicită sfatul unui profesionist. Dacă există dovezi clare de pericol — de exemplu, o tentativă, pregătiri sau acces imediat la mijloace — apelează 112 chiar dacă persoana neagă intenția.

Cum răspunzi emoțional?

Nu trebuie să ai o reacție perfectă. Este firesc să fii speriat. Important este să nu transformi persoana în responsabilul emoțiilor tale.

Evită:

„Cum ai putut să îmi faci asta?”

„Dacă mă iubești, nu faci nimic.”

„Gândește-te ce traumă ne-ai provoca.”
„După câte am făcut pentru tine!”
„Asta este egoism.”

Astfel de formulări pot amplifica rușinea și sentimentul că persoana este o povară.
Spune:

„Îmi pare rău că suferi atât de mult.”
„Nu te judec.”
„Viața ta este importantă pentru mine.”
„Vom cere ajutor chiar acum.”

Mituri despre suicid

Mitul 1: „Dacă întreb despre suicid, îi dau ideea”

Realitate

Întrebarea directă nu crește riscul și poate permite persoanei să vorbească deschis. Este preferabil să folosim un limbaj clar și calm.

Mitul 2: „Cine vorbește despre suicid nu o va face”

Realitate

Multe persoane comunică direct sau indirect ceea ce intenționează. Orice afirmație trebuie luată în serios, indiferent dacă pare dramatică, repetitivă sau apare în timpul unui conflict.

Nu este nevoie să stabilim dacă persoana „vrea atenție”. Nevoia de atenție, apropiere sau ajutor poate fi ea însăși semnul unei suferințe importante.

Mitul 3: „Doar persoanele cu depresie au risc suicidar”

Realitate

Depresia este un factor important, dar suicidul poate apărea și în contextul altor tulburări psihice, consumului de substanțe, durerii cronice, pierderilor, izolării, violenței, conflictelor sau crizelor acute.

Mitul 4: „Dacă persoana pare calmă, pericolul a trecut”

Realitate

Aspectul exterior nu este suficient pentru evaluarea siguranței. Unele persoane își ascund suferința; altele pot părea mai calme după ce au luat o decizie. O schimbare bruscă trebuie explorată direct, mai ales dacă au existat idei sau pregătiri recente.

Mitul 5: „Trebuie să îi ofer multe motive să trăiască”

Realitate

Motivele personale și relațiile pot fi importante, dar o criză suicidară nu se rezolvă printr-o dezbatere. Ascultarea, siguranța, reducerea accesului la mijloace și conectarea cu serviciile specializate sunt mai importante decât discursurile motivaționale. NIMH structurează sprijinul în cinci pași: întreabă, fii prezent, ajută persoana să rămână în siguranță, conectează-o cu ajutorul și păstrează legătura.

Mitul 6: „O promisiune este suficientă”

Realitate

O afirmație precum „promit că nu fac nimic” nu înlocuiește evaluarea, supravegherea și intervenția de urgență atunci când există un plan sau o intenție. Nu transfera întreaga responsabilitate asupra unei persoane aflate într-o criză.

Poți cere colaborarea ei:

„Vreau să lucrăm împreună pentru a rămâne în siguranță.”

Dar nu te baza exclusiv pe promisiune.

Mitul 7: „Dacă chem serviciile de urgență, persoana nu mă va mai ierta”

Realitate

Persoana se poate supăra, dar protejarea vieții are prioritate. Atunci când pericolul este imediat, solicitarea ajutorului nu este o trădare, ci o intervenție de siguranță.

Poți spune:

„Știu că nu îți dorești să sun. O fac pentru că există un pericol real și nu te pot lăsa singur cu el.”

Când suni la 112?

Sună imediat la 112 dacă:

- persoana spune că intenționează să se sinucidă acum sau în viitorul apropiat;
- are un plan concret și acces la mijloace;
- a început pregătirile;
- a făcut o tentativă;
- a ingerat medicamente, alcool în cantitate periculoasă, substanțe toxice sau droguri;
- s-a rănit;
- se află într-un loc periculos;
- este profund agitată, confuză, intoxicată sau nu poate fi menținută în siguranță;
- au apărut halucinații sau comenzi de a se răni;
- spune că nu se poate controla;
- dispare după ce a transmis mesaje suicidare;
- refuză ajutorul, dar pericolul este imediat;
- nu ești sigur că persoana va rămâne în viață și în siguranță în următoarele ore.

În cazul auto-vătămării sau al unei tentative, trebuie tratate atât consecințele fizice, cât și nevoile psihologice.

Ce comunică operatorului

Spune clar:

- adresa sau locul exact;
- numărul de telefon de la care suni;
- vârsta aproximativă;
- dacă persoana este conștientă și respiră;
- ce a spus despre suicid;
- dacă există un plan;
- dacă a început o acțiune;
- dacă a consumat substanțe sau medicamente;
- dacă există răni;
- dacă are acces la obiecte periculoase;
- dacă este agresivă sau agitată;
- cine se află alături de ea.

Răspunde la întrebări și urmează indicațiile operatorului. Nu închide până când nu ți se spune.

Ce faci până vine ajutorul?

1. Nu lăsa persoana singură

Rămâi cu ea sau asigură-te că un adult responsabil rămâne permanent prezent.

Dacă persoana este la telefon și nu îi cunoști locația, încearcă să afli unde se află și menține conversația în timp ce altcineva contactează 112.

Dacă pleacă, nu te expune unui pericol urmărind-o în trafic sau într-un loc nesigur. Comunică serviciilor de urgență descrierea, direcția și locul în care a fost văzută ultima dată.

2. Redu accesul imediat la mijloace, numai dacă este sigur

NIMH recomandă reducerea accesului la mijloacele cu potențial letal ca parte a menținerii siguranței.

Poți:

- îndepărta medicamentele aflate la îndemână;
- încuia substanțele toxice;
- îndepărta obiectele periculoase;
- limita accesul la cheile unui vehicul;
- muta persoana din apropierea unei ferestre, a traficului sau a altui loc periculos;
- cere altcuiva să securizeze spațiul.

Nu încerca să smulgi un obiect din mâna unei persoane agitate dacă te poți răni. Nu o confrunta fizic și nu îți pune viața în pericol. Retrage-te într-un loc sigur și urmează indicațiile 112.

Reducerea accesului nu reprezintă o soluție completă, dar poate crea timp între impuls și acțiune, timp în care poate interveni ajutorul.

3. Vorbește simplu și calm

Spune:

„Sunt aici.”

„Ajutorul este pe drum.”

„Nu trebuie să rezolvi nimic acum.”

„Hai să rămânem aici împreună.”

„Spune-mi ce ai nevoie ca să trecem în siguranță prin următoarele minute.”

Nu cere explicații exhaustive și nu iniția o dezbatere despre moralitate, familie sau consecințe.

4. Ascultă fără să judeci

NIMH recomandă prezența și ascultarea fără judecată. Recunoașterea și discutarea suferinței pot contribui la reducerea izolării.

Poți spune:

„Pare că durerea a devenit insuportabilă.”

„Îți mulțumesc că ai rămas aici cu mine.”

„Nu trebuie să îmi protejezi sentimentele. Poți să îmi spui ce trăiești.”

Evită să spui că înțelegi perfect dacă nu ai trecut prin aceeași experiență. Poți spune:

„Nu știu exact cum este pentru tine, dar vreau să înțeleg.”

5. Nu promite confidențialitate

Dacă persoana spune:

„Îți spun doar dacă promiți că nu chemi pe nimeni”,

răspunde:

„Vreau să îți respect intimitatea, dar nu pot păstra secretul dacă viața ta este în pericol.”

Implicarea familiei și schimbul de informații trebuie făcute, în general, cu respectarea consimțământului. Într-o urgență, însă, protejarea persoanei poate necesita transmiterea informațiilor esențiale serviciilor competente. NICE recomandă implicarea familiei și recunoaște nevoia de a echilibra autonomia cu siguranța.

6. Nu administra medicamente după propria apreciere

Nu oferi sedative, somnifere, alcool sau medicamente care aparțin altei persoane.

Dacă există suspiciunea că a luat ceva, păstrează ambalajele pentru echipa medicală, fără să întârzie apelul la 112. Nu provoacă vărsături și nu îi da alimente sau lichide decât dacă operatorul ori personalul medical recomandă acest lucru.

7. Nu o certa și nu o amenința

Evită:

„Dacă faci asta, nu te voi ierta niciodată.”

„Te internează și vezi tu după aceea.”

„Nu ai voie să ne faci asta.”

„O să distrugi familia.”

Amenințarea poate reduce sinceritatea și poate crește agitația.

8. Nu filma și nu distribui situația

Protejează demnitatea persoanei. Nu fotografia, nu înregistra și nu transmite mesaje sau imagini altora, cu excepția informațiilor necesare serviciilor de urgență.

Dacă vezi online un mesaj suicidar, nu îl redistribui ca spectacol. Contactează persoana, raportează postarea prin mecanismul platformei și solicită ajutor de urgență dacă există informații care indică un pericol imediat.

9. Pregătește accesul pentru echipa de intervenție

Dacă este sigur:

- deschide ușa;
- aprinde luminile;
- îndepărtează animalele;
- roagă pe cineva să aștepte echipajul;
- pregătește actul de identitate, lista medicamentelor și informațiile medicale cunoscute;
- notează ce a spus și ce s-a întâmplat;
- păstrează ambalajele substanțelor ingerate.

10. După sosirea echipei, transmite toate informațiile

Nu minimaliza situația pentru a proteja persoana și nu ascunde faptul că a existat un plan, acces la mijloace sau o tentativă.

Comunică:

- afirmațiile exacte;
- momentul în care au început;
- planul cunoscut;
- substanțele consumate;
- tentativele anterioare;
- diagnosticele și tratamentele cunoscute;
- schimbările recente;
- mesajele sau pregătirile observate.

Lasă profesioniștii să preia evaluarea.

Dacă persoana refuză ajutorul

Refuzul este frecvent. Persoana se poate teme de spitalizare, stigmatizare, costuri, reacția familiei sau pierderea controlului.

Dacă nu există un pericol imediat

Poți:

- asculta motivele refuzului;
- propune o consultație la medicul de familie;
- oferi mai multe variante de specialiști;
- face programarea împreună;
- solicita acordul pentru implicarea unei persoane de încredere;
- stabili când veți relua discuția;
- păstra legătura;
- ajuta la realizarea unui plan de siguranță împreună cu un profesionist.

Dacă există un pericol imediat

Nu transforma refuzul într-un motiv pentru pasivitate.

Spune:

„Înțeleg că nu dorești ajutor, dar ai spus că intenționezi să îți iei viața și ai acces la mijloace. Nu pot lăsa situația fără intervenție.”

Apelează 112.

După criză: sprijinul nu se încheie la externare

O persoană poate continua să fie vulnerabilă după o evaluare, o tentativă sau o externare. Contactul ulterior și sprijinul constant sunt importante. NIMH include urmărirea și păstrarea legăturii printre cele cinci acțiuni esențiale pentru prevenirea suicidului.

Familia poate ajuta prin:

- respectarea programărilor;
- facilitarea transportului;
- păstrarea legăturii;
- securizarea temporară a medicamentelor și obiectelor periculoase;
- urmărirea recomandărilor medicale;
- observarea reapariției semnelor;
- stabilirea persoanelor care pot fi contactate;
- sprijinirea unui program zilnic simplu;
- evitarea criticii și rușinării.

Nu presupune că o singură conversație sau consultație a rezolvat definitiv problema.

Ce poate conține un plan de siguranță?

Planul de siguranță este elaborat ideal împreună cu un profesionist și cu participarea persoanei. El nu este o simplă promisiune.

Poate include:

- semnele personale că o criză se apropie;
- strategii care ajută la traversarea momentului;
- persoane și locuri care oferă distragere sau sprijin;

- persoane apropiate care pot fi contactate;
- specialiști și servicii medicale;
- măsuri pentru reducerea accesului la mijloace periculoase;
- pașii care trebuie urmați într-o urgență.

Planul trebuie să fie accesibil, simplu și actualizat. El nu înlocuiește 112 atunci când pericolul este imediat.

Cum ai grijă de tine ca aparținător?

A interveni într-o criză suicidară poate fi traumatizant. Poți rămâne cu:

- teamă că situația se va repeta;
- hipervigilență;
- furie;
- vinovăție;
- epuizare;
- dificultăți de somn;
- nevoia de a controla permanent persoana;
- resentimente față de alți membri ai familiei.

Nu este realist să devii singurul responsabil pentru supraviețuirea cuiva.

Ai nevoie de:

- implicarea specialiștilor;
- împărțirea responsabilităților;
- limite clare;
- sprijin personal;
- odihnă;
- posibilitatea de a vorbi confidențial cu un psihoterapeut;
- informații concrete despre ce faci într-o nouă criză.

Poți spune: „Vreau să te sprijin, dar nu pot fi singura persoană responsabilă. Avem nevoie de o echipă și de un plan.”

Solicitarea ajutorului pentru tine nu înseamnă abandonarea persoanei.

Primul ajutor în 60 de secunde

Dacă cineva spune că vrea să moară:

Întreabă direct: „Te gândești la suicid?”

Clarifică pericolul imediat: „Ai un plan?”, „Ai acces la mijloace?”, „Te gândești să faci ceva acum?”

Nu judeca și nu minimaliza.

Nu lăsa persoana singură.

Îndepărtează accesul imediat la mijloace periculoase numai dacă este sigur.

Dacă există intenție, plan, pregătiri, tentativă, intoxicație sau nu poți menține persoana în siguranță, sună imediat la 112.

Rămâi cu persoana până când ambulanța preia situația.

Mit sau realitate?

Mit

„Dacă întreb direct o persoană dacă se gândește la suicid, îi pot introduce această idee în minte.”

Realitate

Întrebarea directă și calmă nu provoacă gânduri suicidare și nu crește probabilitatea unei tentative. Ea poate deschide o conversație pe care persoana nu știa cum să o înceapă, poate reduce izolarea și permite identificarea unui pericol care necesită ajutor imediat.

Întrebarea recomandată este clară: **„Te gândești la suicid?”**

Nu este nevoie de formulări ocolite. Dacă răspunsul este afirmativ, ascultă, verifică dacă există un plan și o intenție actuală, rămâi cu persoana și conectează-o imediat cu ajutorul adecvat.

Exemplu practic

Ioana observă că fratele ei, Radu, este retras de mai multe săptămâni. A început să consume mai mult alcool, a renunțat la serviciu și spune frecvent că este o povară. Într-o seară, îi trimite mesajul:

„Vă mulțumesc pentru tot. În curând nu va mai trebui să aveți grijă de mine.”

Ioana îl sună imediat. Radu răspunde greu și pare că a consumat substanțe.

Ea nu spune:

„Nu mai dramatiza.”

și nici:

„Promite-mi că nu faci nimic.”

Întreabă direct:

„Radu, te gândești la suicid?”

El răspunde că da.

Ioana continuă calm:

„Ai un plan?”

Radu confirmă că a pregătit medicamente și intenționează să le ia în acea noapte.

Situația reprezintă o urgență. Ioana află unde se află, păstrează legătura telefonică și roagă o altă persoană să sune la 112. Nu încearcă să negocieze păstrarea secretului și nu îl lasă singur după ce ajunge la locuința lui. Medicamentele sunt îndepărtate numai când acest lucru poate fi făcut fără confruntare. Ioana transmite echipajului mesaje, consumul de alcool și informațiile despre plan.

Ajutorul corect nu a constatat în convingerea lui Radu că viața este frumoasă, ci în:

- recunoașterea mesajului indirect;
- întrebarea directă;
- clarificarea planului;
- menținerea contactului;
- apelarea serviciului de urgență;
- transmiterea informațiilor relevante.

De reținut

Orice comunicare despre suicid trebuie luată în serios. Nu trebuie să fii specialist pentru a întreba direct, a asculta fără judecată și a solicita ajutor. Atunci când există intenție, plan, acces la mijloace, pregătiri, tentativă sau imposibilitatea de a menține persoana în siguranță, nu o lăsa singură și sună imediat la 112. O conversație directă nu provoacă suicidul; tăcerea și amânarea pot împiedica accesul la ajutor.

Bibliografie

- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence* (NICE Guideline NG225). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>
- National Institute of Mental Health. (2024). *5 action steps to help someone having thoughts of suicide*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/5-action-steps-to-help-someone-having-thoughts-of-suicide>
- National Institute of Mental Health. (2025). *Warning signs of suicide*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/warning-signs-of-suicide>
- National Institute of Mental Health. (n.d.). *Frequently asked questions about suicide*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-faq>
- Serviciul de Telecomunicații Speciale. (n.d.). *Serviciul de urgență 112*. <https://www.112.ro/>
- World Health Organization. (2018). *Preventing suicide: A community engagement toolkit*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/272860>
- World Health Organization. (2021). *Suicide prevention: Resources for friends and family members*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2024, September 18). *Suicide: Questions and answers*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/suicide>
- World Health Organization. (n.d.). *LIVE LIFE initiative for suicide prevention*. <https://www.who.int/initiatives/live-life-initiative-for-suicide-prevention>

Capitolul 8

Halucinațiile și delirurile

Când persoana percepe realitatea diferit de cea din jur

Halucinațiile și delirurile pot fi foarte tulburătoare atât pentru persoana care le trăiește, cât și pentru familie, prieteni sau colegi. Cineva poate spune că aude voci pe care ceilalți nu le aud, că vede persoane inexistente, că este urmărit, supravegheat sau controlat ori că cei apropiați încearcă să îi facă rău. Pentru familie, reacția firească poate fi aceea de a contrazice, de a demonstra că lucrurile nu sunt reale sau de a încerca să „aducă persoana cu picioarele pe pământ”.

Confruntarea directă și agresivă nu este însă, de regulă, utilă. Experiența persoanei poate fi atât de convingătoare, încât argumentele logice nu o fac să dispară. Dimpotrivă, o dispută poate crește teama, neîncrederea, agitația sau impresia că și aparținătorul face parte din presupusa amenințare.

În același timp, nu este recomandat nici să confirmăm halucinația sau delirul ca fiind adevărate. Sprijinul corect presupune o poziție echilibrată: recunoaștem că persoana trăiește o experiență reală și înspăimântătoare pentru ea, fără să afirmăm că interpretarea sa asupra realității este corectă.

Halucinațiile și delirurile pot apărea într-un episod psihotic, dar psihoza nu este un diagnostic unic. Ea descrie un grup de simptome în care gândirea și percepția sunt perturbate, iar persoanei îi poate fi dificil să distingă ceea ce este real de ceea ce nu este. Astfel de manifestări pot apărea în schizofrenie și în alte tulburări psihice, dar și în contextul unor boli medicale sau neurologice, al consumului ori sevrăului de substanțe, al unor medicamente, al privării severe de somn sau al unei stări confuzionale acute. De aceea, apariția lor necesită evaluare medicală și psihiatrică, mai ales dacă reprezintă un prim episod sau au debutat brusc.

Rolul aparținătorului nu este să stabilească diagnosticul și nici să decidă singur cauza. Rolul său este:

- să păstreze calmul;
- să comunice fără confruntare;
- să verifice siguranța;
- să reducă stimularea și accesul la pericole;
- să faciliteze evaluarea profesionistă;
- să solicite ajutor de urgență atunci când există un risc imediat.

Ce sunt halucinațiile?

Halucinațiile sunt experiențe perceptive care apar în absența unui stimul exterior corespunzător. Pentru persoana care le trăiește, ele pot părea complet reale.

Halucinațiile auditive

Sunt frecvent descrise sub forma unor voci. Persoana poate auzi:

- o singură voce sau mai multe;
- o voce cunoscută ori necunoscută;
- comentarii despre ceea ce face;
- acuzații sau insulte;
- conversații între mai multe voci;
- comenzi;

- sunete, bătaie, șoapte sau muzică.

Vocile pot fi percepute ca venind din exterior sau din interiorul minții. Uneori sunt neutre, alteori amenințătoare. Riscul crește dacă vocile îi cer persoanei să se rănească, să îi rănească pe ceilalți sau să îndeplinească o acțiune periculoasă.

Nu toate persoanele care aud voci au aceeași afecțiune și nu toate vocile sunt asociate cu o pierdere completă a contactului cu realitatea. Experiența trebuie evaluată în contextul stării generale, al funcționării și al eventualelor cauze medicale ori legate de substanțe.

Halucinațiile vizuale

Persoana poate vedea:

- oameni;
- animale;
- umbre;
- lumini;
- obiecte;
- forme;
- scene complete.

Halucinațiile vizuale apărute brusc, mai ales la o persoană în vârstă, bolnavă, febrilă, dezorientată sau aflată sub influența unor medicamente ori substanțe, trebuie considerate un posibil semn al unei probleme medicale acute și necesită evaluare rapidă.

Halucinațiile tactile

Persoana poate simți:

- că este atinsă;
- că cineva o împinge;
- că insecte se deplasează pe piele;
- că anumite obiecte sau dispozitive se află în interiorul corpului;
- că o forță externă îi mișcă membrele.

Halucinațiile olfactive și gustative

Persoana poate simți mirosuri sau gusturi inexistente, uneori interpretate ca dovezi că este otrăvită ori expusă unor substanțe. Aceste experiențe pot apărea și în unele afecțiuni neurologice, ceea ce face importantă evaluarea medicală.

Ce sunt delirurile?

Delirurile sunt convingeri rigide, menținute în ciuda dovezilor contrare și care nu sunt explicate prin valorile culturale sau religioase obișnuite ale comunității persoanei. Pentru cel care le trăiește, ele nu sunt presupuneri sau simple temeri. Sunt percepute ca realități certe.

Este important să nu folosim termenul „delir” pentru orice idee neobișnuită, superstiție sau opinie cu care nu suntem de acord. Evaluarea clinică presupune analizarea convingerii în contextul cultural, personal și medical al persoanei.

Delirurile de persecuție

Persoana poate crede că:

- este urmărită;
- este supravegheată prin telefon, televizor sau camere ascunse;
- vecinii complotază împotriva ei;
- familia încearcă să o otrăvească;
- poliția ori o organizație secretă o urmăresc;
- cineva îi citește gândurile;

- este ținta unei conspirații.

Delirurile de referință

Persoana poate considera că:

- prezentatorul de la televizor îi transmite mesaje;
- postările de pe internet sunt adresate special ei;
- oamenii de pe stradă vorbesc despre ea;
- anumite numere, culori sau evenimente conțin semnale personale.

Delirurile de grandoare

Persoana poate fi convinsă că:

- are puteri excepționale;
- deține o misiune specială;
- este o personalitate foarte importantă;
- are o relație specială cu o celebritate sau autoritate;
- poate controla evenimente ori persoane.

Astfel de convingeri pot apărea, printre altele, în contextul unui episod maniacal cu simptome psihotice.

Delirurile somatice

Persoana poate crede că:

- organele sale nu mai funcționează;
- are o boală gravă pe care medicii o ascund;
- corpul îi este controlat din exterior;
- este infestată;
- o parte a corpului s-a modificat radical.

Delirurile de vinovăție sau ruină

Pot apărea mai ales în depresia severă cu simptome psihotice. Persoana poate fi convinsă că a provocat o catastrofă, că și-a distrus familia, că este condamnată sau că merită să moară, deși faptele nu susțin aceste concluzii. Simptomele psihotice pot apărea în contextul mai multor tulburări, iar evaluarea trebuie să urmărească diagnosticul de bază și riscurile asociate.

Cum îți poți da seama că persoana trece printr-un episod psihotic?

Uneori halucinațiile și delirurile sunt exprimate direct. Alteori familia observă mai întâi schimbări comportamentale.

Persoana poate:

- vorbi sau răspunde unor voci pe care ceilalți nu le aud;
- privi repetat într-o direcție, ca și cum ar urmări ceva;
- deveni foarte suspicioasă;
- acoperi ferestrele sau camerele;
- opri telefonul ori distruge dispozitivele;
- refuza mâncarea de teamă că este otrăvită;
- evita anumite persoane;
- baricada ușile;
- purta obiecte pentru a se apăra;
- vorbi într-un mod dificil de urmărit;
- trece rapid de la o idee la alta;
- neglija igiena și alimentația;
- dormi foarte puțin;

- deveni neobișnuit de agitată sau retrasă;
- manifesta o scădere importantă a funcționării la muncă, la școală sau acasă.

În psihoză pot apărea halucinații, deliruri, gândire sau vorbire dezorganizată și comportamente neobișnuite. Tratatamentul precoce este important, iar persoana care prezintă simptome de psihoză trebuie evaluată cât mai rapid de servicii specializate.

Un prim episod necesită evaluare

Atunci când o persoană începe pentru prima dată să audă voci, să vadă lucruri inexistente sau să exprime convingeri delirante, nu este suficient să presupunem că are schizofrenie ori că „trece printr-o perioadă dificilă”.

Evaluarea trebuie să ia în considerare:

- tulburările psihice;
- afecțiunile neurologice;
- infecțiile;
- febra și stările confuzionale;
- tulburările metabolice;
- efectele unor medicamente;
- intoxicația sau sevrăjul;
- privarea severă de somn;
- traumatismele craniene;
- alte probleme medicale.

Debutul brusc, asociat cu dezorientare, fluctuații ale stării de conștiență, febră, convulsii, slăbiciune neurologică sau deteriorare fizică trebuie tratat ca posibilă urgență medicală, nu doar psihiatrică.

Cum reacționezi?

1. Verifică mai întâi siguranța

Înainte de a purta o conversație lungă, observă:

- Persoana este conștientă și orientată?
- Știe unde se află?
- Este foarte agitată?
- Are asupra ei un obiect periculos?
- A amenințat că se rănește sau că rănește pe cineva?
- Vocile îi dau comenzi?
- A consumat alcool, droguri sau medicamente?
- Există copii sau alte persoane vulnerabile în apropiere?
- Se află lângă trafic, o fereastră, un balcon, foc ori apă?
- Este capabilă să mănânce, să bea și să se îngrijească?
- Există semne de boală fizică acută?

Dacă există pericol imediat, sună la **112**. Nu aștepta să obții acordul tuturor membrilor familiei și nu încerca să rezolvi singur o situație periculoasă.

2. Redu zgomotul și numărul persoanelor

O cameră aglomerată în care mai multe persoane vorbesc, contrazic și pun întrebări poate crește confuzia și agitația.

Dacă este sigur:

- roagă persoanele care nu sunt necesare să se retragă;

- oprește televizorul și muzica;
- reduce lumina foarte puternică;
- păstrează o distanță confortabilă;
- evită blocarea ieșirii;
- vorbește pe rând;
- permite-i persoanei să stea într-un loc în care se simte mai puțin amenințată.

Nu închide persoana într-o cameră și nu o înconjură cu membrii familiei.

3. Prezintă-te și explică ce faci

Dacă persoana este confuză sau nu te recunoaște, vorbește simplu:

„Sunt Ioana. Sunt aici cu tine.”

„Nu vreau să îți fac rău.”

„Aș vrea să te ajut să fii în siguranță.”

„Voi sta aici, la câțiva pași.”

Nu te apropia rapid și nu o atinge fără permisiune. O atingere neașteptată poate fi interpretată ca o amenințare.

4. Ascultă înainte de a răspunde

Lasă persoana să explice ce trăiește, fără să o bombardezi cu întrebări și fără să ceri toate detaliile.

Poți întreba:

„Ce se întâmplă pentru tine acum?”

„Ce anume te sperie cel mai mult?”

„Auzi ceva în acest moment?”

„Vocile îți cer să faci ceva?”

„Te simți în pericol?”

„Te gândești să te rănești sau să rănești pe cineva?”

„Ce te-ar ajuta să te simți puțin mai în siguranță?”

Întrebările despre siguranță trebuie să fie directe. Nu presupune că persoana va menționa spontan comenzile periculoase sau intențiile de auto-vătămare.

5. Recunoaște emoția fără să confirmi convingerea

Aceasta este regula centrală.

Persoana spune:

„Vecinii au montat camere și vor să mă omoare.”

Nu este recomandat să spui:

„Da, ai dreptate. Știam și eu că te urmăresc.”

Dar nici:

„Este o absurditate. Totul este doar în mintea ta.”

Poți răspunde:

„Înțeleg că te simți urmărit și foarte speriat.”

„Eu nu am observat camerele și nu percep aceeași amenințare, dar văd că pentru tine experiența este reală.”

„Nu pot confirma că vecinii încearcă să îți facă rău. Pot însă să rămân cu tine și să căutăm ajutor.”

Astfel, validezi suferința fără să întărești delirul.

6. Nu te lupta pentru a câștiga dezbaterea

Dacă persoana crede cu fermitate că este urmărită, un dosar cu argumente sau dovezi nu va conduce neapărat la renunțarea imediată la convingere.

Poți spune:

„Văd că noi percepem situația diferit.”

„Nu vreau să ne certăm despre cine are dreptate.”

„Aș vrea să ne concentrăm asupra faptului că te simți în pericol și ai nevoie de ajutor.”

Obiectivul primului ajutor nu este schimbarea convingerii, ci menținerea relației și siguranței.

7. Folosește propoziții scurte și concrete

Gândirea dezorganizată, anxietatea și stimularea internă pot face dificilă urmărirea explicațiilor lungi.

În loc de:

„Trebuie să înțelegi că probabil este vorba despre o decompensare psihotică și ar fi bine să analizăm toate variantele terapeutice”,

spune:

„Vreau să chemăm un medic.”

„Putem merge într-un loc liniștit.”

„Te însoțesc.”

„Nu trebuie să hotărâm totul acum.”

Oferă una sau două variante, nu zece.

8. Întreabă ce a ajutat în trecut

Dacă persoana a mai avut episoade, poate exista un plan stabilit cu medicul.

Întreabă:

- „Ai mai trecut prin asta?”
- „Ce te-a ajutat data trecută?”
- „Ai un medic sau o echipă pe care îi putem contacta?”
- „Există o persoană în care ai încredere?”
- „Ai un plan de criză?”
- „Ai medicamente prescrise și cum ți-a spus medicul să le iei?”

Nu modifica tratamentul și nu oferi doze suplimentare după propria apreciere. Medicația trebuie administrată numai potrivit prescripției și indicațiilor profesionistului.

9. Încurajează evaluarea profesionistă

Poți spune:

„Ceea ce trăiești pare foarte greu și cred că este important să fii evaluat de un medic.”

„Halucinațiile pot avea cauze diferite. Este nevoie să verificăm ce se întâmplă.”

„Pot merge cu tine.”

„Putem suna medicul sau serviciul care te cunoaște.”

Pentru un prim episod, agravare rapidă ori simptome importante, evaluarea nu trebuie amânată.

Cum vorbești cu cineva care aude voci?

Întreabă ce trăiește, fără curiozitate intruzivă

Poți spune:

„Aud că vocile sunt foarte puternice acum.”

„Ce îți spun?”

„Îți cer să faci ceva?”

„Te simți capabil să nu le urmezi?”

„Ce te-a ajutat în trecut să le ignori sau să le tolerezi?”

Întrebările despre conținut sunt justificate mai ales pentru evaluarea siguranței. Nu insista asupra detaliilor dacă persoana se agită.

Nu spune că auzi și tu vocile

Nu încerca să crezi apropiere pretinzând că percepi ceea ce percepe persoana.

Poți spune:

„Eu nu aud vocile, dar cred că tu le auzi și că experiența este foarte obositoare.”

Această formulare păstrează respectul și sinceritatea.

Ajută persoana să se orienteze spre mediul exterior

Dacă acceptă, poți încerca:

- să îi vorbești calm;
- să o inviți să privească un obiect din cameră;
- să îi amintești unde se află;
- să îi propui o activitate simplă;
- să reducă zgomotele și stimularea;
- să contactați o persoană cunoscută;
- să mergeți într-un loc sigur.

Nu îi cere să „ignore pur și simplu” vocile. Pentru unele persoane, acest lucru este foarte dificil.

Vocile imperative reprezintă un semnal important

Dacă vocile îi cer persoanei să se sinucidă, să se rănească, să atace pe cineva, să fugă sau să îndeplinească o acțiune periculoasă, întreabă:

„Crezi că ai putea face ceea ce îți cer?”

„Ai început să pregătești ceva?”

„Ai acces la obiectele pe care ți le cer?”

Dacă persoana ar putea acționa sau nu poate garanta că se menține în siguranță, sună la 112 și nu o lăsa singură.

Cum vorbești cu cineva care exprimă un delir?

Exemplul 1: „Mâncarea este otrăvită”

Nu spune:

„Da, aruncăm totul. Cineva sigur încearcă să te otrăvească.”

Nu spune nici:

„Este ridicol. Mănâncă imediat.”

Poți spune:

„Înțeleg că ți-e teamă să mănânci.”

„Eu nu observ semne că mâncarea ar fi otrăvită.”

„Putem găsi ceva ambalat, pe care să îl deschizi tu, și în același timp să contactăm medicul.”

Dacă persoana refuză lichidele și alimentele, riscul fizic poate deveni urgent.

Exemplul 2: „Telefonul îmi controlează gândurile”

Poți spune:

„Înțeleg că telefonul te face să te simți amenințat.”

„Eu nu percep că îți controlează gândurile.”

„Putem pune telefonul într-un loc în care să nu te deranjeze, fără să îl distrugem, și să cerem ajutor.”

Exemplul 3: „Tu faci parte din conspirație”

Nu te apropia și nu încerca să o convingi cu forța.

Spune:

„Îmi pare rău că în acest moment nu te simți în siguranță lângă mine.”

„Mă voi retrage câțiva pași.”

„Există altcineva cu care te-ai simți mai confortabil?”

„Vreau să primești ajutor și să fii în siguranță.”

Dacă prezența ta crește agitația, poate fi mai bine ca o persoană în care are încredere să comunice cu ea, în timp ce tu contactezi serviciile competente.

Ce NU trebuie să faci?

Nu ridiculiza

Evită:

- „Ai înnebunit.”
- „Ce prostii spui?”
- „Nu ești normal.”
- „Te faci de râs.”
- „Ai imaginație prea bogată.”

Stigmatizarea poate amplifica rușinea, izolarea și refuzul ajutorului.

Nu confirma delirul

Nu participa la căutarea presupuselor camere, nu acuza vecinii și nu transmite altora drept certe afirmațiile persoanei.

Confirmarea poate întări convingerea și poate conduce la acțiuni periculoase.

Nu contrazice agresiv

Nu spune repetat:

„Nu este adevărat!”

„Dovedește!”

„Eu știu mai bine!”

Poți avea o perspectivă diferită fără să transformi conversația într-un conflict.

Nu o atinge sau imobiliza fără a fi absolut necesar

Nu prinde persoana, nu îi bloca drumul și nu încerca să îi smulgi obiecte dacă te expui unui pericol.

Imobilizarea fizică trebuie lăsată personalului pregătit, cu excepția unei situații extreme în care este necesară o intervenție imediată pentru prevenirea unei vătămări și aceasta poate fi realizată în siguranță.

Nu o înconjură cu mai multe persoane

Aglomerarea poate fi percepută ca o amenințare.

Nu șopti și nu discuta despre ea în aceeași cameră

Șoaptele, privirile și conversațiile neclare pot fi integrate în convingerile persecutorii.

Spune deschis și simplu ce urmează să faci:

„Voi suna medicul.”

„Îi voi spune că auzi voci și că te simți amenințat.”

Nu pune întrebări capcană

Nu încerca să demonstrezi inconsistențele prin interogatoriu:

„Dacă te urmăresc, de ce nu sunt aici?”

„Cum pot să îți citească gândurile?”

Scopul nu este să câștigi dezbateră.

Nu administra medicamente care nu au fost prescrise

Nu oferi antipsihotice, sedative sau alte medicamente de la o altă persoană și nu modifica dozele.

Nu încuraja alcoolul sau drogurile

Substanțele pot agrava simptomele, interacționa cu tratamentul și reduce capacitatea de control. Consumul de substanțe trebuie inclus în evaluarea unei persoane cu psihoză.

Nu lăsa copiii să gestioneze situația

Copiii nu trebuie să fie utilizați pentru a liniști, supraveghea sau convinge o persoană foarte agitată ori psihotică. Du-i într-un loc sigur și implică adulți și servicii profesionale.

Nu filma

Filmarea unei persoane în criză este o încălcare a demnității sale și poate amplifica neîncrederea.

Cum reduci riscul?

1. Evaluează riscul de auto-vătămare sau violență

Întreabă direct:

„Te gândești să te rănești?”

„Vocile îți cer să te rănești?”

„Te gândești să rănești pe cineva?”

„Ai un plan?”

„Ai acces la un obiect pe care l-ai putea folosi?”

„Simți că te poți controla?”

A întreba nu produce intenția. Îți oferă informațiile necesare pentru a solicita ajutor.

2. Păstrează distanța și ieșirea liberă

Stai la o distanță confortabilă. Nu bloca ușa și nu permite ca persoana să se simtă captivă. Poziționează-te astfel încât și tu să poți ieși în siguranță.

3. Îndepărtează pericolele numai dacă poți face acest lucru în siguranță

Poți limita accesul la:

- arme;
- obiecte tăioase;
- medicamente;
- substanțe toxice;
- chei auto;
- foc;
- ferestre sau balcoane nesecurizate.

Nu încerca să iei un obiect direct din mâna unei persoane agitate. Retrage-te și sună la 112.

4. Limitează stimulii

Redu:

- zgomotul;
- lumina intensă;
- mulțimea;
- întrebările;
- conflictele;
- contactul cu persoanele de care se teme.

5. Nu o lăsa singură dacă riscul este ridicat

Dacă există voci imperative, intenție suicidală, agitație severă, comportament dezorganizat ori acces la mijloace periculoase, rămâi cu persoana numai dacă poți face acest lucru în siguranță. Dacă siguranța ta este amenințată, retrage-te și apelează 112. Primul ajutor nu presupune sacrificarea propriei siguranțe.

6. Implică o persoană în care are încredere

Întreabă:

„Cu cine te-ai simți în siguranță?”

„Vrei să o sunăm pe sora ta?”

„Există un medic pe care îl cunoști?”

O voce familiară poate facilita cooperarea, dar nu amâna intervenția urgentă pentru a aștepta sosirea cuiva.

7. Verifică nevoile de bază

Persoana:

- a băut apă?
- a mâncat?
- a dormit?
- și-a luat tratamentul conform indicațiilor?
- are febră?
- s-a lovit?
- a consumat substanțe?
- are o boală fizică?

Refuzul prelungit al apei și alimentelor, privarea severă de somn, febra, confuzia sau deteriorarea fizică pot necesita intervenție medicală urgentă.

8. Păstrează continuitatea tratamentului

Cu acordul persoanei, familia poate ajuta prin:

- contactarea echipei de tratament;
- însoțirea la consultații;
- observarea semnelor timpurii de recădere;
- susținerea administrării tratamentului prescris;
- reducerea consumului de substanțe;
- menținerea unui program de somn;
- elaborarea unui plan pentru crize;
- participarea la intervenții familiale.

Când devine situația o urgență?

Sună imediat la 112 atunci când:

- persoana amenință că se sinucide sau că se rănește;
- vocile îi cer să se rănească ori să îi rănească pe alții;
- afirmă că va îndeplini comenzile vocilor;
- amenință o altă persoană;
- are un obiect periculos;
- este foarte agitată, violentă sau imposibil de liniștit;
- se află într-un loc periculos;
- a ingerat medicamente ori substanțe;
- există suspiciunea unei intoxicații sau a unui sevrăj;

- este profund confuză sau dezorientată;
- nu recunoaște locul ori persoanele;
- își pierde starea de conștiință;
- are convulsii;
- prezintă febră, rigiditate, dificultăți respiratorii ori simptome neurologice;
- nu mai mănâncă sau nu mai bea și starea fizică se deteriorează;
- a dispărut în timp ce era dezorganizată sau amenințată de voci;
- nu poate fi menținută în siguranță;
- este vorba despre o psihoză apărută după naștere;
- nu ești sigur că situația poate fi gestionată în siguranță.

Pericolul imediat pentru persoană sau pentru ceilalți necesită servicii de urgență. Halucinațiile apărute brusc, mai ales împreună cu confuzie, agitație, deteriorarea rapidă sau simptome fizice, trebuie evaluate medical fără întârziere.

Ce faci până vine ambulanța?

1. Rămâi calm și vorbește rar

Spune:

„Ambulanța este pe drum.”

„Rămân aici, dacă este în regulă.”

„Nu trebuie să rezolvăm nimic acum.”

2. Nu lăsa persoana singură, dacă poți rămâne în siguranță

Stai la o distanță confortabilă. Nu te poziționează între persoană și ieșire.

3. Îndepărtează alte persoane vulnerabile

Condu copiii, persoanele în vârstă și animalele într-un spațiu sigur.

4. Nu contrazice și nu confirma

Poți spune:

„Înțeleg că te simți amenințat. Eu nu percep același pericol, dar vreau să fii în siguranță.”

5. Nu administra alimente, lichide sau medicamente în situații neclare

Dacă există posibilitatea ingerării unei substanțe, urmează instrucțiunile operatorului 112.

6. Pregătește informațiile pentru echipaj

Comunică:

- momentul debutului;
- ce spune și ce percepe persoana;
- dacă vocile dau comenzi;
- amenințările sau intențiile exprimate;
- consumul de alcool, droguri sau medicamente;
- tratamentele prescrise;
- bolile cunoscute;
- lipsa somnului;
- tentativele ori episoadele anterioare;
- obiectele periculoase disponibile;
- modificările recente de comportament.

Nu minimaliza simptomele pentru a evita o evaluare.

Dacă persoana refuză ajutorul

Refuzul poate apărea deoarece persoana:

- nu crede că este bolnavă;
- consideră că medicii fac parte din conspirație;
- se teme de internare;
- a avut experiențe negative;
- se simte rușinată;
- se teme să piardă controlul;
- crede că tratamentul o va răni.

În absența unui pericol imediat

Poți spune:

„Nu trebuie să fii de acord cu explicația mea. Aș vrea totuși ca un medic să verifice ce se întâmplă și să te ajute să dormi și să te simți mai în siguranță.”

Începe de la nevoia acceptată de persoană:

- somn;
- teamă;
- stres;
- oboseală;
- probleme fizice;
- dificultăți de concentrare.

Uneori persoana acceptă mai ușor evaluarea pentru un simptom concret decât pentru „psihoză”.

În prezența unui pericol imediat

Refuzul nu elimină nevoia de intervenție. Sună la 112 dacă persoana este în pericol, amenință pe cineva, nu poate fi menținută în siguranță sau prezintă o posibilă urgență medicală.

După episod: cum poate ajuta familia?

După reducerea simptomelor, persoana poate fi:

- epuizată;
- rușinată;
- confuză;
- speriată;
- deprimată;
- neîncrezătoare;
- îngrijorată de reacția familiei.

Nu transforma revenirea acasă într-un interogatoriu și nu folosi criza în conflictele viitoare.

Evită:

„Ți-am spus eu că ai înnebunit.”

„Ne-ai făcut de râs.”

„După ce ne-ai făcut să trecem prin asta...”

Poți spune:

„A fost o perioadă foarte grea.”

„Aș vrea să înțeleg ce semne au apărut înainte.”

„Ce te-a ajutat și ce te-a speriat?”

„Cum putem proceda data viitoare?”

Împreună cu echipa de tratament, poate fi util să fie stabilite:

- primele semne ale unei recăderi;
- persoanele care trebuie contactate;
- serviciile disponibile;
- medicamentele prescrise și modul corect de administrare;
- situațiile în care se sună la 112;
- metodele de reducere a stresului;
- protejarea somnului;
- limitarea alcoolului și drogurilor;
- modul în care familia comunică în perioadele de suspiciune;
- preferințele persoanei privind implicarea familiei.

Familia are nevoie și ea de sprijin

A trăi alături de cineva care are halucinații sau deliruri poate produce teamă, epuizare și tensiuni. Membrii familiei pot ajunge să:

- verifice permanent persoana;
- renunțe la activitățile lor;
- se certe în privința tratamentului;
- se simtă vinovați;
- trăiască într-o stare continuă de alertă;
- încerce să controleze fiecare comportament;
- ascundă situația din cauza stigmatizării.

Familia nu trebuie să gestioneze singură întreaga îngrijire. Poate avea nevoie de informații, intervenție familială, sprijin psihologic și un plan clar pentru crize.

A oferi sprijin nu înseamnă să accepți violența. Dacă ești amenințat, protejează-te, retrage-te și solicită ajutor.

Primul ajutor în 60 de secunde

Dacă cineva spune că aude voci sau este urmărit:

Rămâi calm și păstrează o distanță sigură.

Ascultă fără să ridiculizezi.

Validează emoția, nu convingerea:

„Înțeleg că ești foarte speriat. Eu nu percep același lucru.”

Întreabă direct despre siguranță:

„Vocile îți cer să te rănești?”, „Te gândești să rănești pe cineva?”

Reduce zgomotul, aglomerația și stimularea.

Nu contrazice agresiv și nu confirma delirul.

Încurajează evaluarea medicală și psihiatrică.

Dacă există comenzi periculoase, intenție suicidară, violență, confuzie acută, intoxicație sau imposibilitatea de a menține persoana în siguranță, sună la 112.

Mit sau realitate?

Mit

„Pentru a ajuta o persoană cu deliruri, trebuie să îi demonstrăm imediat și cu fermitate că ceea ce crede nu este adevărat.”

Realitate

Confruntarea directă și agresivă poate crește defensivitatea, frica și neîncrederea. Persoana nu renunță de obicei la o convingere delirantă doar pentru că familia îi prezintă argumente.

Ajutorul util presupune: să recunoaștem suferința și teama; să spunem sincer că nu percepem situația în același mod; să nu confirmăm convingerea; să evităm disputa; să ne concentrăm asupra siguranței și a accesului la evaluare profesionistă.

Poți spune:

„Înțeleg că pentru tine este foarte real și înfricoșător. Eu nu percep aceeași amenințare, dar vreau să te ajut să fii în siguranță.”

Exemplu practic

Andrei nu a dormit aproape deloc de câteva nopți. A devenit foarte suspicios și spune că vecinii îl supraveghează prin prize. Începe să demonteze instalația electrică și refuză mâncarea pregătită de familie, deoarece crede că este otrăvită.

Tatăl lui răspunde:

„Termină cu prostiile! Nimeni nu te urmărește.”

Andrei devine și mai agitat și spune că tatăl face parte din conspirație.

Mama schimbă abordarea. Reduce zgomotul, le cere celorlalți membri ai familiei să iasă din cameră și păstrează distanța.

Spune:

„Andrei, văd că te simți amenințat. Eu nu văd camere și nu cred că vecinii au pus ceva în prize, dar înțeleg că tu ești foarte speriat.”

Îl întreabă:

„Auzi voci?”

Andrei spune că aude o voce care îi cere să se apere și să îl lovească pe vecin dacă intră în curte.

Mama continuă:

„Crezi că ai putea face ce îți cere vocea?”

Andrei spune că da și arată către un obiect pe care l-a pregătit.

În acest moment, familia nu mai încearcă să îl convingă prin argumente. Tatăl se retrage într-un loc sigur împreună cu ceilalți, iar mama păstrează distanța și vorbește calm, fără să încerce să îi smulgă obiectul. Este apelat imediat serviciul 112 și sunt comunicate lipsa somnului, vocile imperative, amenințarea și obiectul disponibil.

Răspunsul adecvat nu a însemnat confirmarea conspirației, dar nici ridiculizarea lui Andrei. A însemnat:

- reducerea stimulării;
- validarea fricii;
- întrebarea directă despre comenzi și intenție;
- protejarea celor din jur;
- evitarea confruntării fizice;
- solicitarea ajutorului de urgență.

De reținut

Halucinațiile și delirurile pot fi extrem de reale și înspăimântătoare pentru persoana care le trăiește. Nu este util nici să confirmăm convingerile, nici să le combatem prin ridiculizare și confruntare. Răspunsul corect constă în calm, ascultare, validarea emoțiilor, comunicarea sinceră a propriei perspective și orientarea către evaluare profesională. Dacă apar voci imperative, intenții suicidare, amenințări, comportament periculos, confuzie acută sau imposibilitatea de a menține siguranța, se sună imediat la 112.

Bibliografie

- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management* (Clinical Guideline CG178). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Rehabilitation for adults with complex psychosis* (NICE Guideline NG181). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng181>
- National Institute of Mental Health. (n.d.). *Understanding psychosis*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/understanding-psychosis>
- National Health Service. (2023). *Hallucinations and hearing voices*. <https://www.nhs.uk/mental-health/feelings-symptoms-behaviours/feelings-and-symptoms/hallucinations-hearing-voices/>
- National Health Service. (2023). *Psychosis: Overview*. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/psychosis/overview/>
- National Health Service. (2023). *Psychosis: Symptoms*. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/psychosis/symptoms/>
- World Health Organization. (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Version 2.0*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>
- World Health Organization. (2023). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>
- World Health Organization. (2025). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Capitolul 9

Agitația severă și agresivitatea

Când comportamentul unei persoane devine greu de controlat

Agitația severă este o stare de activare intensă în care persoana poate deveni foarte neliniștită, tensionată, iritabilă sau dezorganizată. Poate merge continuu prin încăpere, poate vorbi repede și tare, poate gesticula amplu, poate amenința, poate lovi obiecte ori poate încerca să plece dintr-un loc în care nu este în siguranță.

Agitația nu este același lucru cu agresivitatea. O persoană poate fi foarte agitată fără să intenționeze să rănească pe cineva. Agresivitatea presupune comportamente verbale sau fizice îndreptate împotriva propriei persoane, a altor oameni, a animalelor ori a obiectelor. Ea poate include amenințări, intimidare, aruncarea sau distrugerea obiectelor, împingerea, lovirea sau folosirea unei arme.

Este important să nu asociem automat tulburările psihice cu violența. Majoritatea persoanelor care trec prin probleme de sănătate mintală nu sunt violente. O persoană cu depresie, anxietate, schizofrenie sau tulburare bipolară nu trebuie privită din start ca fiind periculoasă. Frica și stigmatizarea pot întârzia solicitarea ajutorului și pot determina familia să interpreteze greșit comportamentele persoanei.

În același timp, amenințările concrete, accesul la arme, intoxicația, pierderea severă a contactului cu realitatea și comportamentul violent trebuie luate în serios, indiferent dacă persoana are sau nu un diagnostic psihiatric.

Agitația și agresivitatea pot avea cauze foarte diferite:

- frică intensă;
- panică;
- psihoză sau manie;
- depresie severă;
- intoxicație ori sevră;
- durere;
- febră;
- hipoglicemie;
- traumatisme craniene;
- epilepsie;
- delirium sau alte stări confuzionale;
- demență;
- reacții adverse la medicamente;
- privare severă de somn;
- conflicte, abuz sau amenințări reale;
- dificultăți de comunicare;
- suprastimulare;
- frustrare extremă.

Din acest motiv, o schimbare bruscă de comportament nu trebuie presupusă automat ca fiind „psihiatrică”. Agitația apărută brusc, mai ales împreună cu dezorientare, febră, dificultăți de respirație, convulsii, pierderea conștienței, traumatism sau alte simptome fizice, poate indica o urgență medicală. Ghidurile internaționale recomandă identificarea cauzelor medicale, neurologice, psihice și legate de substanțe atunci când este evaluată o persoană agitată.

Pentru aparținător, obiectivul nu este să stabilească diagnosticul și nici să „câștige” confruntarea. Obiectivul este:

- să își protejeze propria siguranță;
- să protejeze persoanele vulnerabile;
- să reducă, dacă este posibil, intensitatea situației;
- să evite escaladarea;
- să solicite ajutor profesionist atunci când riscul depășește posibilitățile familiei.

Cum recunoști că agitația se intensifică?

Rareori agresivitatea fizică apare complet fără semnale. Uneori există o creștere treptată a tensiunii, care poate fi observată înainte ca situația să devină periculoasă.

Persoana poate:

- merge repetat înainte și înapoi;
- strânge pumnii;
- încheșta maxilarul;
- respira rapid;
- transpira;
- ridică vocea;
- vorbește foarte repede;
- înjură sau amenință;
- întrerupe repetat;
- lovește mobilierul;
- trânti uși;
- arunca obiecte;
- invadează spațiul personal al altora;
- privi fix;
- deveni foarte suspicioasă;
- refuza orice solicitare;
- încerca să blocheze ieșirea;
- căuta obiecte;
- afirma că trebuie să se apere;
- spună că nu se mai poate controla.

Pot apărea și modificări mai subtile:

- persoana devine brusc foarte tăcută;
- pare să asculte voci;
- privește repetat către ușă;
- își verifică buzunarele sau geanta;
- se retrage într-un colț;
- devine tot mai rigidă;
- refuză apropierea tuturor;
- răspunde prin propoziții foarte scurte;
- spune că este urmărită sau amenințată.

Semnele trebuie interpretate în context. Strângerea pumnilor nu înseamnă automat că persoana va lovi, iar mersul prin încăpere nu este în sine un comportament violent. Totuși, combinația dintre agitație crescândă, amenințări, acces la obiecte periculoase și imposibilitatea de a comunica indică un risc mai mare.

Agitația este întotdeauna intenționată?

Nu. Uneori persoana nu încearcă să intimideze și nu poate controla pe deplin ceea ce face.

De exemplu, o persoană poate fi:

- profund speriată de o halucinație;
- convinsă că trebuie să se apere;
- dezorientată din cauza unei stări medicale;
- intoxicată;
- în sevraj;
- copleșită de stimuli;
- incapabilă să înțeleagă ceea ce i se cere;
- în durere;
- extrem de obosită;
- într-un episod maniacal sau psihotic.

Acest lucru explică uneori comportamentul, dar nu îl face lipsit de pericol. Empatia față de suferința persoanei nu înseamnă că trebuie să accepți să fii amenințat, lovit sau ținut captiv.

Poți recunoaște că persoana se află într-o criză și, în același timp, să stabilești o limită clară: „Văd că ești foarte furios. Vreau să te ascult, dar nu pot rămâne aici dacă mă ameninți cu acel obiect.”

Prioritatea numărul unu: propria siguranță

Primul ajutor în sănătate mintală nu presupune sacrificarea propriei siguranțe. Nu ai obligația să rămâi lângă o persoană care te amenință, are o armă, a început să lovească sau îți blochează ieșirea.

Dacă simți că există un pericol real, îndepărtează-te și sună la **112**.

Nu trebuie să aștepti ca persoana să lovească pentru a considera situația periculoasă. Amenințările credibile, distrugerea violentă a obiectelor, accesul la arme și comportamentul imprevizibil pot justifica solicitarea ajutorului înainte de producerea unei vătămări.

Cum îți protejezi siguranța?

1. Observă mediul înainte de a te apropia

Privește rapid:

- Există obiecte tăioase, arme, sticle sau unelte?
- Persoana se află lângă un balcon, o fereastră sau trafic?
- Ți este accesibilă o ieșire?
- Sunt copii în încăpere?
- Există animale speriate?
- Persoana a consumat alcool sau droguri?
- Mai există cineva care te poate ajuta?
- Ai telefonul la îndemână?
- Persoana pare să ascundă un obiect?
- Se apropie agresiv de tine?

Nu intra singur într-o cameră închisă dacă ai motive să crezi că persoana este înarmată sau violentă.

2. Păstrează o cale de retragere

Așază-te astfel încât să poți ajunge la ușă. Nu permite persoanei să se poziționeze între tine și singura ieșire.

Nu o bloca nici pe ea. O persoană care se simte captivă poate deveni și mai agitată.

Este preferabil ca:

- ușa să rămână accesibilă;
- mobilierul să nu vă împiedice retragerea;
- distanța fizică să fie suficientă;
- mișcările tale să fie lente și previzibile.

3. Păstrează distanța personală

Nu te apropia foarte mult, chiar dacă intenția ta este să o liniștești. Nu îi atinge brațul, nu o îmbrățișa și nu încerca să o așezi cu forța.

Pentru o persoană speriată, suspicioasă sau traumatizată, apropierea poate fi interpretată ca o amenințare.

Poți spune:

„Voi rămâne aici, la câțiva pași.”

„Nu mă apropii fără să îmi spui că este în regulă.”

Respectarea spațiului personal este una dintre recomandările constante ale intervențiilor de de-escaladare.

4. Nu îi întoarce spatele și nu face mișcări bruște

Mișcările neașteptate pot fi interpretate greșit.

Dacă trebuie să îți iei telefonul, spune:

„Voi scoate telefonul din buzunar ca să chem ajutor.”

Dacă trebuie să ieși:

„Mă retrag puțin. Nu vreau să ne rănim.”

Nu căuta pe ascuns într-o geantă și nu te repezi către un obiect.

5. Îndepărtează persoanele vulnerabile

Copiii, persoanele în vârstă, persoanele cu dizabilități și animalele trebuie conduse într-un spațiu sigur.

Nu le cere copiilor:

- să liniștească persoana;
- să stea cu ea;
- să îi aducă medicamente;
- să ascundă obiecte;
- să sune rude;
- să se poziționeze între adulți.

Un copil nu trebuie transformat într-un mediator al unei crize.

6. Nu încerca să dezarmezi persoana

Dacă persoana are un cuțit, o armă, o sticlă spartă sau alt obiect periculos:

- nu încerca să i-l smulgi;
- nu o provoca;
- nu te apropia;
- nu o amenința;
- retrage-te;
- sună la 112;
- comunică operatorului ce obiect are și unde se află.

Intervenția fizică improvizată poate produce rănirea persoanei, a aparținătorului sau a altor oameni.

7. Nu rămâne singur doar pentru a păstra secretul

Persoana poate spune:

„Să nu chemi pe nimeni.”

Poți răspunde:

„Vreau să îți respect intimitatea, dar nu pot păstra secretul dacă cineva poate fi rănit.”

Siguranța are prioritate atunci când există amenințări credibile sau violență.

Cum reduci tensiunea?

Procesul prin care încercăm să reducem agitația și probabilitatea violenței este numit **de-escaladare**. El folosește comunicarea verbală, poziționarea corporală, reducerea stimulilor și oferirea unor opțiuni simple.

De-escaladarea nu garantează că violența va fi prevenită. Ea nu trebuie folosită ca motiv pentru a întârzia apelul la urgență atunci când pericolul este imediat.

1. Alege o singură persoană care să vorbească

Atunci când mai mulți oameni pun întrebări, dau ordine sau se contrazic, agitația poate crește.

Ideal este ca o singură persoană:

- calmă;
- cunoscută;
- acceptată de persoana agitată;
- capabilă să păstreze distanța;
- fără un conflict activ cu aceasta

să conducă discuția.

Cealaltă trebuie să se retragă sau să rămână tăcuți, dacă sunt necesari pentru siguranță.

2. Vorbește rar, calm și simplu

Folosește propoziții scurte:

„Vreau să înțeleg ce s-a întâmplat.”

„Nu vreau să ne certăm.”

„Îți voi lăsa spațiu.”

„Putem vorbi aici sau în camera cealaltă.”

„Hai să rezolvăm câte un lucru.”

Nu folosi explicații lungi. O persoană foarte agitată poate avea dificultăți în a procesa informația.

Tonul trebuie să fie:

- respectuos;
- suficient de ferm;
- lipsit de ironie;
- neamenințător;
- fără superioritate.

A vorbi calm nu înseamnă a vorbi infantil sau excesiv de dulce.

3. Ascultă ceea ce încearcă să comunice

Agitația poate avea un declanșator concret:

- persoana se simte ignorată;
- nu înțelege ce se întâmplă;
- se teme că va fi reținută;

- are dureri;
- îi este foame sau sete;
- simte că cineva a insultat-o;
- este copleșită de zgomot;
- crede că este amenințată;
- dorește să contacteze pe cineva;
- vrea să iasă dintr-un spațiu aglomerat.

Întrebă:

„Ce te-a supărat cel mai mult?”

„Ce ai nevoie să se oprească?”

„Ce te-ar ajuta să te simți mai în siguranță?”

„Este cineva pe care ai vrea să îl sunăm?”

„Ai dureri sau te simți rău fizic?”

Ascultarea nu înseamnă că trebuie să accepți cererile periculoase sau imposibile.

4. Validează emoția, fără să aprobi violența

Poți spune:

„Înțeleg că ești foarte furios.”

„Văd că te-ai simțit ignorat.”

„Pare că situația te-a speriat.”

„Înțeleg că ai nevoie să fii ascultat.”

Nu spune:

„Ai dreptate să îl lovești.”

„Și eu aș distruge totul în locul tău.”

Validarea emoției nu presupune aprobarea comportamentului.

5. Menține limite clare

O intervenție calmă nu trebuie să fie lipsită de limite.

Poți spune:

„Pot să te ascult, dar nu este în regulă să mă lovești.”

„Putem continua discuția dacă lași obiectul jos.”

„Nu pot permite ca cineva să fie amenințat.”

„Dacă începi să lovești, mă retrag și chem ajutor.”

Limita trebuie exprimată:

- simplu;
- fără umilire;
- fără amenințări inutile;
- fără negocieri interminabile;
- numai dacă o poți respecta.

Nu spune:

„Dacă nu te calmezi instantaneu, vei vedea tu!”

6. Oferă alegeri limitate și realiste

Pierderea controlului poate intensifica agitația. Două opțiuni simple îi pot reda persoanei o parte din autonomie.

„Preferi să stăm aici sau în camera mai liniștită?”

„Vrei să vorbim acum sau să luăm cinci minute de pauză?”

„Vrei să o sunăm pe sora ta sau pe medic?”

„Preferi să stai pe scaun sau să rămâi în picioare?”

Nu oferi alegeri false:

„Vrei să te calmezi sau să fii luat de poliție?”

Nu oferi o variantă pe care nu o poți respecta.

7. Reduce stimularea

Dacă este posibil și sigur:

- oprește televizorul;
- reduce muzica;
- diminuează lumina puternică;
- îndepărtează spectatorii;
- roagă oamenii să nu filmeze;
- mută conversația într-un loc mai liniștit;
- evită atingerea;
- nu vorbi simultan cu altcineva;
- limitează întrebările.

Reducerea stimulilor, menținerea spațiului personal și evitarea provocării sunt componente uzuale ale de-escaladării.

8. Lasă timp pentru răspuns

După ce ai spus ceva, așteaptă. Nu repeta aceeași întrebare la fiecare câteva secunde.

Persoana poate avea nevoie de timp pentru:

- a înțelege;
- a-și controla impulsul;
- a formula un răspuns;
- a decide între opțiuni;
- a se orienta.

Tăcerea calmă poate fi mai utilă decât un flux continuu de explicații.

9. Evită confruntarea privind cine are dreptate

Într-un conflict, familia poate fi tentată să clarifice toate acuzațiile:

„Nu este adevărat și pot demonstra!”

„Tu ai început!”

„De fiecare dată faci la fel!”

Aceste discuții pot fi reluate mai târziu, dacă situația devine sigură. În momentul de maximă agitație, prioritatea este reducerea riscului.

Poți spune:

„Văd că percepem diferit ceea ce s-a întâmplat. Nu trebuie să rezolvăm această dispută chiar acum.”

10. Încheie conversația dacă nu mai este sigură

De-escaladarea nu trebuie continuată la nesfârșit.

Spune:

„Nu mai pot rămâne în siguranță aici. Mă retrag și voi solicita ajutor.”

Nu trebuie să aștepți permisiunea persoanei pentru a te proteja.

Ce NU trebuie să faci?

Nu țipa

Ridicarea vocii poate transforma discuția într-o luptă pentru control.

Chiar dacă persoana țipă, încearcă să păstrezi un volum mai redus. Dacă nu te poate auzi, nu încerca să o „acoperi” printr-un ton și mai puternic.

Nu umili

Evită:

- „Te porți ca un nebun.”
- „Te faci de râs.”
- „Toată lumea vede ce faci.”
- „Ești penibil.”
- „Nu ești în stare să te controlezi.”

Rușinea poate crește furia, mai ales în prezența altora.

Nu provoca

Nu spune:

- „Hai, lovește-mă dacă ai curaj.”
- „Nu mi-e frică de tine.”
- „Nu ești în stare să faci nimic.”
- „Vei regreta.”
- „Îți arăt eu cine comandă.”

Nu transforma situația într-o confruntare de putere.

Nu răspunde amenințărilor cu alte amenințări

Amenințările pot crește sentimentul de captivitate și nevoia persoanei de a se apăra.

Consecințele trebuie comunicate simplu, ca măsuri de siguranță:

„Dacă există riscul să fie cineva rănit, voi suna la 112.”

Nu te apropia cu degetul îndreptat și nu adopta o postură dominantă

Evită:

- brațele încrucișate rigid;
- privirea fixă și provocatoare;
- statul foarte aproape;
- degetul îndreptat către față;
- blocarea ieșirii;
- gesturile rapide;
- atingerea neanunțată.

O postură laterală, relaxată și o distanță suficientă sunt, de regulă, mai puțin amenințătoare.

Nu încerca să imobilizezi persoana

Imobilizarea fizică poate provoca răni, sufocare, traumă și escaladarea violenței. Ea trebuie realizată numai de personal instruit, în condițiile legii și ale protocolurilor aplicabile.

Aparținătorii nu trebuie să se așeze peste persoană, să îi lege mâinile, să o închidă într-o cameră sau să o transporte cu forța într-un autoturism.

Nu administra sedative sau medicamente care nu au fost prescrise

Nu oferi:

- somnifere;
- benzodiazepine;
- antipsihotice;
- calmante puternice;
- medicamentele altui membru al familiei;
- doze suplimentare din proprie inițiativă.

Tratamentul medicamentos al agitației severe presupune evaluare medicală, selectarea medicamentului potrivit și monitorizarea efectelor.

Dacă persoana are un plan de criză și un medicament prescris pentru anumite situații, acesta se utilizează numai potrivit instrucțiunilor medicului.

Nu oferi alcool sau droguri pentru „calmare”

Alcoolul poate reduce controlul impulsurilor, poate agrava dezorganizarea și poate interacționa cu medicamentele. Agitația poate apărea atât în intoxicație, cât și în sevraj, iar ambele pot necesita evaluare medicală.

Nu filma și nu distribui imaginile

Filmarea poate agrava furia, suspiciunea și sentimentul de umilire.

Protejează demnitatea persoanei și oferă serviciilor de urgență numai informațiile necesare.

Nu conduce personal persoana la spital dacă există risc de violență

Nu urca într-o mașină cu o persoană care:

- are o armă;
- te amenință;
- încearcă să deschidă ușile;
- poate ataca șoferul;
- este profund dezorganizată;
- nu poate sta în siguranță;
- a consumat substanțe și este imprevizibilă.

Sună la 112 și explică riscul.

Cum diferențiezi o criză care poate fi liniștită de o urgență?

Nu există o formulă perfectă, însă câteva întrebări sunt utile:

Persoana poate comunica?

Poate răspunde la întrebări simple, poate asculta și poate accepta o opțiune?

Își poate controla comportamentul?

Spune că este furioasă, dar poate păstra distanța și poate lăsa obiectele jos?

Situația se ameliorează?

Vocea scade, gesturile devin mai puțin ample, persoana acceptă să se retragă într-un loc liniștit?

Există amenințări concrete?

A numit o persoană pe care intenționează să o rănească? Are un plan? Are acces la mijloace?

Există o armă sau un obiect periculos?

Accesul imediat crește riscul și limitează posibilitatea familiei de a interveni în siguranță.

Există intoxicație, confuzie sau psihoză severă?

Capacitatea de judecată și autocontrol poate fi afectată.

Poți părăsi spațiul în siguranță?

Dacă ieșirea este blocată sau persoana te urmărește, situația este periculoasă.

Sunt prezente simptome medicale?

Febra, convulsiile, dezorientarea, dificultățile de respirație, traumatismul, slăbiciunea pe o parte a corpului sau pierderea conștienței impun evaluare medicală urgentă.

Când suni la 112?

Sună imediat la 112 dacă:

- persoana lovește sau încearcă să lovească;
- amenință credibil că va răni pe cineva;
- amenință că se va sinucide sau se va automutila;
- are un cuțit, o armă, o unealtă ori alt obiect periculos;
- a început să distrugă violent obiectele;
- ține pe cineva captiv sau blochează ieșirea;
- urmărește ori atacă o persoană;
- vocile îi cer să rănească pe cineva și spune că ar putea asculta;
- este profund confuză sau dezorientată;
- agitația a apărut brusc și există suspiciunea unei cauze medicale;
- a consumat droguri, substanțe necunoscute sau o cantitate periculoasă de alcool;
- este posibil un sevrăj sever;
- a ingerat medicamente;
- are convulsii;
- își pierde starea de conștiență;
- prezintă dificultăți respiratorii severe;
- a suferit un traumatism cranian;
- are febră, rigiditate sau deteriorare rapidă;
- se află într-un loc periculos;
- nu mai poate fi menținută în siguranță;
- simți că tu sau altcineva puteți fi răniți;
- nu ești sigur că situația poate fi gestionată fără intervenție.

Pentru simptome psihotice severe asociate cu posibil risc, ghidurile recomandă evaluare urgentă și contactarea serviciilor de urgență atunci când persoana sau cei din jur pot fi în pericol.

Nu aștepta ca situația să devină „suficient de gravă” după producerea unei leziuni.

Ce spui când apelezi 112?

Comunică informația cât mai concret:

- adresa exactă;
- numărul de telefon;
- cine este persoana;
- vârsta aproximativă;
- ce face în acel moment;
- dacă amenință pe cineva;
- cuvintele exacte folosite, dacă le reții;
- dacă are o armă sau un obiect periculos;
- unde se află obiectul;
- dacă sunt copii sau persoane vulnerabile;
- dacă a consumat alcool, droguri ori medicamente;
- dacă este rănită;
- dacă este conștientă și respiră;
- dacă are un diagnostic sau un tratament cunoscut;
- dacă au existat episoade anterioare;

- dacă poliția, ambulanța sau ambele servicii pot fi necesare.
- Nu exagera, dar nici nu minimaliza.
Nu spune doar:
„Este agitat.”
Spune:
„Ține un cuțit, a amenințat că își lovește fratele și se află în bucătărie.”
Informațiile concrete ajută serviciile să înțeleagă natura riscului.

Ce faci până vine ambulanța?

1. Retrage-te într-un loc sigur

Dacă persoana este violentă sau înarmată:

- nu rămâne aproape pentru a o supraveghea;
- ieși din încăpere;
- încuie-te numai dacă este necesar pentru protecție;
- scoate copiii și alte persoane;
- nu reveni pentru obiecte;
- urmează instrucțiunile operatorului.

2. Nu continua disputa

Nu încerca să clarifici cine a avut dreptate și nu cere scuze în acel moment.

Poți spune:

„Nu vreau să ne rănim. Mă retrag și ajutorul este pe drum.”

3. Păstrează contactul numai dacă este sigur

Dacă persoana nu este violentă fizic, dar este foarte agitată, poți vorbi de la distanță:

„Ajutorul vine.”

„Nu te voi atinge.”

„Putem rămâne aici fără să ne apropiem.”

Dacă dialogul o agită și mai mult, redu conversația.

4. Nu încerca să iei obiectele periculoase din mână sa

Dacă un obiect poate fi îndepărtat fără ca persoana să observe și fără apropiere, acest lucru poate fi uneori posibil. Dacă obiectul este în mână persoanei sau lângă ea, nu te expune.

5. Nu administra alimente, lichide sau medicamente în situații neclare

Dacă există o posibilă intoxicație sau supradoză, urmează instrucțiunile operatorului. Nu provoca vărsături.

Păstrează ambalajele substanțelor sau medicamentelor pentru echipa medicală, dacă le poți lua fără risc.

6. Pregătește accesul pentru echipaj, dacă este sigur

Poți:

- deschide poarta sau ușa;
- aprinde lumina;
- îndepărta animalele;
- trimite o persoană să indice adresa;
- informa echipa despre poziția persoanei;
- arăta unde se află eventualele arme;
- pregăti lista medicamentelor și a bolilor cunoscute.

Nu te apropia din nou de persoană pentru a obține acte sau alte informații.

După ce criza s-a încheiat

Faptul că persoana s-a liniștit nu înseamnă că episodul trebuie ignorat.

Este important să fie clarificate:

- cauza probabilă;
- consumul de substanțe;
- problemele medicale;
- tratamentul actual;
- semnele timpurii ale unei noi crize;
- factorii declanșatori;
- strategiile care au ajutat;
- comportamentele care au agravat situația;
- persoanele și serviciile care trebuie contactate;
- măsurile de siguranță din locuință.

Dacă persoana se află deja în îngrijire psihiatrică sau psihoterapeutică, echipa trebuie informată despre episod. În cazul episoadelor psihotice severe, serviciile de intervenție în criză pot evalua nevoia de îngrijire intensivă la domiciliu sau de internare, acolo unde astfel de servicii există.

Un plan familial pentru prevenirea crizelor

Planul trebuie realizat într-o perioadă de stabilitate, ideal împreună cu persoana și cu specialiștii care o îngrijesc.

Poate conține:

Semnele timpurii

- somn redus;
- consum crescut de alcool;
- refuzul tratamentului;
- suspiciozitate;
- izolare;
- vorbire accelerată;
- iritabilitate;
- amenințări;
- distrugerea obiectelor;
- intensificarea vocilor;
- conflicte repetate.

Factorii declanșatori

- aglomerația;
- zgomotul;
- anumite persoane;
- lipsa somnului;
- consumul de substanțe;
- schimbarea tratamentului;
- durerea;
- presiunea financiară;
- conflictele de cuplu;
- sentimentul că nu este ascultată.

Ce ajută

- o singură persoană care vorbește;

- spațiu;
- o cameră liniștită;
- contactarea medicului;
- reducerea vizitatorilor;
- o activitate cunoscută;
- medicația prescrisă conform planului medical;
- plecarea temporară dintr-o situație conflictuală.

Ce agravează

- țipetele;
- ironia;
- atingerea;
- apropierea mai multor persoane;
- filmarea;
- confruntarea;
- amenințările;
- blocarea ieșirii;
- discuțiile contradictorii.

Când se sună la 112

Criteriile trebuie stabilite clar, nu negociate în mijlocul crizei.

Agresivitatea repetată în familie

O problemă de sănătate mintală poate explica anumite comportamente, dar nu justifică abuzul permanent.

Dacă există:

- violență fizică repetată;
- amenințări;
- control coercitiv;
- distrugerea bunurilor;
- intimidare;
- abuz asupra copiilor;
- violență sexuală;
- urmărire sau hărțuire;
- folosirea diagnosticului pentru a evita responsabilitatea,

familia are nevoie de un plan de protecție și de intervenția serviciilor competente. Nu toate episoadele de violență sunt crize psihiatrice, iar încercarea de a interpreta abuzul exclusiv ca simptom poate menține victimele în pericol.

Persoana agresată are dreptul:

- să părăsească locuința;
- să solicite ajutor;
- să impună limite;
- să refuze contactul;
- să protejeze copiii;
- să anunțe autoritățile;
- să primească sprijin medical, psihologic și juridic.

Empatia pentru suferința unei persoane nu anulează dreptul celorlalți la siguranță.

Cum vorbești după un episod?

Conversația trebuie purtată numai după ce persoana este suficient de calmă și nimeni nu se află în pericol.

Poți spune:

„Ieri ai ridicat un obiect și ai amenințat că mă lovești. Pentru mine aceasta este o limită clară.”

„Vreau să găsim un plan pentru situațiile în care simți că îți pierzi controlul.”

„Ce ai observat înainte ca furia să devină atât de intensă?”

„Ce te-ar fi ajutat?”

„În ce moment trebuie să contactăm medicul?”

„Dacă apar din nou amenințări sau arme, voi suna la 112.”

Evită formulările globale:

„Ești violent.”

„Nu te vei schimba niciodată.”

Vorbește despre comportamentul concret și despre măsurile necesare.

Primul ajutor în 60 de secunde

Dacă cineva este foarte agitat sau agresiv:

Păstrează distanța și o cale liberă de ieșire.

Îndepărtează copiii și persoanele vulnerabile.

Lasă o singură persoană să vorbească, calm și în propoziții scurte.

Validează emoția, dar stabilește limita:

„Înțeleg că ești furios, dar nu este în regulă să ameninți.”

Nu țipa, nu provoacă, nu atinge și nu încerca să imobilizezi persoana.

Nu încerca să îi smulgi o armă sau un obiect periculos.

Dacă există violență, amenințări credibile, o armă, intenție suicidară, confuzie severă, intoxicație sau risc pentru siguranță, retrage-te și sună imediat la 112.

Mit sau realitate?

Mit

„O persoană foarte agitată trebuie dominată și pusă imediat la punct, altfel va crede că deține controlul.”

Realitate

Confruntarea, umilirea, amenințările și încercarea de a demonstra autoritatea pot intensifica agitația și transforma o situație tensionată într-una violentă.

De-escaladarea nu înseamnă pasivitate și nici acceptarea agresiunii. Ea presupune: calm; distanță; respect; limite clare; opțiuni simple; reducerea stimulilor; retragere atunci când siguranța nu mai poate fi asigurată.

Când există un pericol imediat, nu este recomandat să încerci să „câștigi” confruntarea. Te retragi și solicitezi ajutor de urgență.

Exemplu practic

Cristian nu a dormit aproape deloc de patru nopți și a consumat mult alcool. În timpul unui conflict cu fratele său, începe să meargă rapid prin cameră, ridică vocea și lovește masa. Spune: „Dacă mai vorbești așa, te fac să taci!”

Mama încearcă să îl liniștească, apropiindu-se și prinzându-l de braț. Cristian se întoarce brusc și o împinge.

Fratele lui înțelege că apropierea fizică și contradicțiile agravează situația. Le cere mamei și copiilor să meargă într-o cameră sigură și păstrează o distanță suficientă.

Spune calm:

„Cristian, văd că ești foarte furios. Nu vreau să ne rănim. Voi rămâne la distanță.”

Cristian ia o sticlă și amenință că o va sparge.

În acest moment nu mai este suficientă o conversație. Fratele nu încearcă să îi ia sticla și nu spune:

„Hai, arată-mi ce poți!”

Se retrage, închide ușa dintre ei fără a-l încuia pe Cristian într-un spațiu periculos și sună la 112. Operatorului îi comunică:

- adresa;
- faptul că persoana a consumat alcool;
- lipsa somnului;
- amenințarea;
- împingerea mamei;
- obiectul aflat în mâna sa;
- prezența copiilor în locuință.

Până la sosirea ajutorului, familia nu revine în cameră și nu încearcă să îl transporte cu mașina la spital.

Răspunsul potrivit a inclus:

- recunoașterea escaladării;
- protejarea persoanelor vulnerabile;
- evitarea contactului fizic;
- menținerea distanței;
- renunțarea la dispută;
- solicitarea ajutorului înainte ca cineva să fie grav rănit.

De reținut

Agitația severă nu conduce întotdeauna la violență, iar persoanele cu tulburări psihice nu trebuie considerate automat periculoase. Totuși, amenințările, accesul la arme, intoxicația, confuzia și pierderea controlului necesită o reacție serioasă. Primul ajutor înseamnă calm, spațiu, comunicare simplă, limite și reducerea stimulilor. Nu înseamnă confruntare, imobilizare sau sacrificarea propriei siguranțe. Dacă tu sau altcineva puteți fi răniți, retrage-te și sună la 112.

Bibliografie

- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings* (NICE Guideline NG10). NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management* (Clinical Guideline CG178). NICE.
- National Health Service. (n.d.). *How to deal with challenging behaviour in adults*. NHS.
- National Health Service. (n.d.). *Psychosis: Overview*. NHS.
- National Health Service. (n.d.). *Psychosis: Treatment*. NHS.
- Serviciul de Telecomunicații Speciale. (n.d.). *Serviciul de urgență 112*.



World Health Organization. (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Version 2.0*. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Mental Health Gap Action Programme guideline for mental, neurological and substance use disorders*. World Health Organization.





Capitolul 10

Criza provocată de consumul de alcool sau droguri

Când consumul unei substanțe devine o urgență

O criză asociată consumului de alcool sau droguri poate apărea în urma unei cantități prea mari, a combinării mai multor substanțe, a unei reacții imprevizibile, a sevrajului sau a agravării unei probleme medicale ori psihice preexistente. Persoana poate deveni somnolentă, confuză, agitată, agresivă, dezorientată, poate prezenta halucinații, convulsii sau dificultăți de respirație. Uneori, familia știe ce a consumat persoana și în ce cantitate. Alteori găsește ambalaje, recipiente sau pulberi necunoscute ori observă doar o schimbare bruscă a comportamentului. Substanțele cumpărate ilegal pot avea o compoziție diferită de cea declarată, pot conține combinații neașteptate și pot produce reacții greu de anticipat. Din acest motiv, nu trebuie presupus că o persoană este în siguranță doar pentru că afirmă că a consumat „puțin” sau că a mai folosit aceeași substanță.

Alcoolul este o substanță psihoactivă toxică, cu potențial de dependență. În cantități mari, poate afecta zonele cerebrale care controlează respirația, ritmul cardiac, temperatura corporală și reflexele de protecție. Combinarea alcoolului cu opioide, sedative sau alte substanțe deprimante poate intensifica efectele asupra respirației și poate produce supradozaj chiar și atunci când cantitatea fiecărei substanțe pare, luată separat, mai mică.

Primul ajutor într-o asemenea situație nu urmărește să stabilească exact ce substanță a fost consumată și nici să trateze intoxicația acasă. Obiectivele sunt:

- recunoașterea rapidă a semnelor de pericol;
- protejarea respirației și a siguranței persoanei;
- solicitarea ajutorului medical;
- prevenirea căderilor, accidentelor și aspirării vărsăturilor;
- transmiterea informațiilor relevante echipei medicale;
- evitarea intervențiilor improvizate care pot agrava situația.

Ce tipuri de crize pot apărea?

Intoxicația acută

Intoxicația acută este starea produsă după consumul unei substanțe și poate modifica nivelul de conștiență, gândirea, percepția, emoțiile, coordonarea și comportamentul. Manifestările depind de substanță, doză, puritate, calea de administrare, combinațiile folosite, toleranța persoanei și starea sa medicală.

Persoana poate fi:

- euforică sau dezinhibată;
- somnolentă;
- confuză;
- agitată;
- agresivă;
- speriată;
- dezorientată;
- incapabilă să meargă;
- incoerentă;
- inconștientă.

Supradozajul

Supradozajul apare când efectele substanței depășesc capacitatea organismului de a menține funcțiile vitale. Respirația, circulația, temperatura și starea de conștiință pot fi afectate.

Nu este necesar ca persoana să prezinte toate semnele unei supradoze pentru a suna la 112. Dacă nu poate fi trezită, respiră anormal, are convulsii sau se deteriorează rapid, situația este o urgență.

Reacția psihiatrică acută

Unele substanțe pot provoca:

- panică intensă;
- paranoia;
- halucinații;
- idei delirante;
- agitație severă;
- impulsivitate;
- comportamente periculoase;
- idei suicidare;
- agresivitate.

O persoană intoxicată poate interpreta greșit gesturile celor din jur și poate considera că este atacată sau urmărită. În această situație, apropierea fizică, confruntarea și vocile ridicate pot crește riscul.

Sevrăjul

Sevrăjul apare când o persoană dependentă reduce sau oprește consumul. Simptomele diferă în funcție de substanță. Sevrăjul de alcool și cel produs de anumite sedative pot deveni periculoase și pot include convulsii, halucinații, agitație severă și delirium tremens.

O persoană dependentă de alcool nu trebuie sfătuită să întrerupă brusc consumul fără evaluare medicală.

Cum recunoști o posibilă intoxicație cu alcool?

Semnele pot evolua de la dezinhibare și vorbire neclară până la pierderea conștiinței și oprirea respirației.

Semne frecvente

Persoana poate prezenta:

- miros de alcool;
- vorbire neclară;
- dificultăți de coordonare;
- mers instabil;
- comportament dezinhibat;
- judecată afectată;
- iritabilitate sau agresivitate;
- somnolență;
- confuzie;
- greață și vărsături;
- pierderi de memorie;
- incapacitatea de a sta în picioare.

Aceste manifestări nu trebuie tratate automat ca fiind inofensive. O persoană care pare „foarte beată” poate avea și un traumatism cranian, hipoglicemie, intoxicație mixtă sau altă urgență medicală.

Semne de intoxicație alcoolică severă

Semnele critice includ:

- imposibilitatea de a trezi persoana;
- pierderea conștienței;
- confuzie severă;
- vărsături repetate;
- convulsii;
- respirație lentă;
- pauze mari sau ritm neregulat al respirației;
- piele rece și umedă;
- paloare ori colorație albastruie, mai ales la buze și unghii;
- temperatură corporală scăzută;
- reflexe slabe;
- lipsa reacției la stimuli.

Intoxicația alcoolică severă poate suprima reflexul de tuse și de vărsătură, crescând riscul ca persoana inconștientă să aspire conținutul gastric și să se sufocă. Nu este sigur să fie lăsată „să doarmă până îi trece”.

Semnele unei posibile supradoze cu opioide

Opioidele includ anumite medicamente pentru durere, heroina și substanțe opioide sintetice. Efectul cel mai periculos al supradozei este încetinirea sau oprirea respirației.

Semnele pot include:

- persoana nu răspunde și nu poate fi trezită;
- respirație foarte lentă, superficială sau absentă;
- zgomote de gâlgâit, sforăit neobișnuit sau respirație agonică;
- buze ori unghii albastrui sau cenușii;
- corp moale, lipsit de tonus;
- puls foarte slab;
- pupile foarte mici;
- vărsături;
- piele rece și umedă.

Un zgomot asemănător sforăitului la o persoană care nu poate fi trezită nu trebuie considerat somn normal. Poate indica obstrucția căilor respiratorii sau o respirație insuficientă.

Naloxona poate inversa rapid o supradoză cu opioide. Dacă este disponibilă, persoana care acordă ajutor știe să o folosească și există suspiciunea unei supradoze cu opioide, aceasta poate fi administrată conform instrucțiunilor produsului, fără a întârzia apelul la 112. Efectul naloxonei poate fi temporar, iar persoana are în continuare nevoie de evaluare medicală.

Semnele unei crize provocate de stimulente

Substanțele stimulante pot produce o activare puternică a sistemului nervos și cardiovascular.

Persoana poate prezenta:

- agitație extremă;
- neliniște și mers continuu;

- vorbire foarte rapidă;
- panică;
- paranoia;
- halucinații;
- agresivitate;
- transpirație abundentă;
- temperatură corporală crescută;
- tremor;
- palpitații;
- durere toracică;
- tensiune arterială crescută;
- convulsii;
- confuzie;
- comportament dezorganizat;
- pierderea conștienței.

Durerea toracică, temperatura foarte ridicată, convulsiile, confuzia și agitația extremă reprezintă motive pentru apelarea imediată a serviciilor de urgență. Nu încerca să „obosești” persoana prin mers sau activitate fizică.

Semnele unei crize provocate de substanțe halucinogene sau produse cu compoziție necunoscută

Persoana poate:

- vedea sau auzi lucruri inexistente;
- deveni extrem de speriată;
- crede că este urmărită;
- nu mai recunoaște persoanele ori locul;
- încerca să fugă;
- urca în locuri periculoase;
- traversa fără să observe traficul;
- deveni agresivă pentru a se „apăra”;
- avea atacuri de panică;
- prezenta convulsii;
- deveni foarte somnolentă;
- trece rapid de la agitație la pierderea conștienței.

În cazul produselor necunoscute, aspectul, denumirea sau relatarea persoanei nu pot confirma compoziția. Tratați simptomele severe ca pe o posibilă intoxicație și solicitați ajutor medical.

Consumul combinat crește riscul

Unele dintre cele mai periculoase situații apar când persoana consumă simultan:

- alcool și opioide;
- alcool și benzodiazepine;
- opioide și sedative;
- mai multe medicamente;
- alcool, droguri și tratamente prescrise;
- substanțe stimulante și deprimante.

Combinarea substanțelor care încetinesc activitatea sistemului nervos poate suprima respirația. Alcoolul, opioidele și benzodiazepinele au efecte care se pot amplifica reciproc.

Nu presupune că o persoană este în siguranță doar pentru că fiecare cantitate pare mică. Spune echipei medicale tot ce știi despre combinațiile consumate.

Cum recunoști sevrajul de alcool?

Sevrajul poate începe după reducerea sau oprirea consumului la o persoană dependentă. Poate include:

- tremor;
- transpirație;
- anxietate;
- greață;
- vărsături;
- agitație;
- insomnie;
- palpitații;
- dureri de cap;
- iritabilitate;
- sensibilitate crescută la lumină sau zgomot;
- halucinații;
- convulsii.

Delirium tremens

Delirium tremens este o complicație gravă care poate include:

- confuzie severă;
- dezorientare;
- agitație;
- halucinații;
- tremor important;
- transpirație abundentă;
- febră;
- puls accelerat;
- tensiune arterială crescută;
- perturbarea stării de conștiință.

Este o urgență medicală. Sevrajul alcoolic sever trebuie tratat și monitorizat de profesioniști; medicația utilizată pentru prevenirea convulsiilor și tratarea sevrajului nu trebuie improvizată de familie.

Ce faci?

Pasul 1. Verifică dacă persoana răspunde și respiră

Apropie-te numai dacă mediul este sigur.

Vorbește clar:

„Mă auzi?”

„Deschide ochii.”

Verifică dacă respiră normal. Respirația foarte rară, superficială, neregulată sau zgomotoasă nu este normală.

Dacă persoana nu răspunde, nu respiră normal sau are convulsii, sună imediat la 112 și urmează instrucțiunile operatorului. Dacă ai pregătire în resuscitare, aplică manevrele indicate. Nu pierde timp încercând să afli exact ce substanță a consumat înainte de a suna.

Pasul 2. Sună la 112 când există orice semn de pericol

Spune operatorului:

- adresa exactă;
- vârsta aproximativă;
- dacă persoana este conștientă;
- cum respiră;
- ce substanță ar fi putut consuma;
- cantitatea aproximativă, dacă este cunoscută;
- ora consumului;
- dacă a combinat mai multe substanțe;
- dacă a vomitat;
- dacă are convulsii;
- dacă s-a rănit;
- dacă este agitată sau violentă;
- dacă are acces la obiecte periculoase;
- ce medicamente și boli sunt cunoscute.

Spune adevărul, chiar dacă substanța este ilegală sau familia se teme de consecințe. Informația corectă poate influența tratamentul.

Pasul 3. Nu lăsa persoana singură

O persoană somnolentă se poate deteriora rapid, poate vomita, se poate sufoca sau poate înceta să respire.

O persoană agitată poate:

- cădea;
- ieși în trafic;
- deveni agresivă;
- se răni;
- încerca să conducă;
- sări de la înălțime;
- consuma o doză suplimentară;
- interpreta greșit gesturile celor din jur.

Rămâi în apropiere numai dacă este sigur pentru tine. Dacă persoana este violentă sau are o armă, retrage-te și spune operatorului 112 ce se întâmplă.

Pasul 4. Protejează căile respiratorii

Dacă persoana este inconștientă, dar respiră, și nu există motive să suspectezi o leziune care să împiedice manevra, urmează instrucțiunile operatorului pentru a o așeza în poziție laterală de siguranță. Această poziție poate reduce riscul de sufocare în cazul vărsăturilor.

Nu o lăsa întinsă pe spate dacă este inconștientă și poate vomita.

Dacă suspectezi un traumatism al coloanei sau capului, evită mișcărilor inutile și urmează instrucțiunile serviciului de urgență.

Pasul 5. Îndepărtează pericolele, dacă poți face acest lucru fără risc

Poți:

- opri accesul la trafic;
- îndepărta cheile mașinii;

- muta sticlele și medicamentele aflate la îndemână;
- îndepărta obiectele tăioase;
- conduce copiii într-o altă încăpere;
- reduce accesul la balcon, foc sau apă;
- îndepărta alte substanțe care ar putea fi consumate.

Nu încerca să smulgi obiecte din mâna unei persoane agresive și nu te expune pentru a recupera o substanță.

Pasul 6. Redu stimularea dacă persoana este agitată sau speriată

Dacă este posibil:

- reduce zgomotul;
- diminuează lumina puternică;
- îndepărtează persoanele care nu sunt necesare;
- păstrează distanța;
- lasă o singură persoană să vorbească;
- folosește propoziții scurte;
- evită atingerea.

Poți spune:

„Ești în siguranță aici.”

„Nu te voi atinge.”

„Ajutorul este pe drum.”

„Hai să rămânem departe de stradă.”

Nu confirma halucinațiile și nici nu le ridiculiza:

„Eu nu văd ceea ce vezi tu, dar înțeleg că te sperie.”

Pasul 7. Păstrează ambalajele și informațiile

Dacă este sigur, adună:

- flacoane;
- blistere;
- cutii;
- recipiente;
- plicuri;
- fotografiile ale etichetelor;
- lista medicamentelor prescrise.

Nu gusta, nu miroși direct și nu atinge cu mâna neprotejată pulberi sau substanțe necunoscute.

Spune echipei medicale ce ai găsit și unde.

Pasul 8. Verifică dacă există răni sau un accident

O persoană intoxicată poate cădea, se poate lovi la cap sau poate fi implicată într-un accident fără să relateze coerent ce s-a întâmplat.

Semne îngrijorătoare:

- rană la cap;
- sângerare;
- pierderea conștienței;
- vărsături repetate;
- asimetrie facială;
- slăbiciune a unui membru;
- durere severă;
- respirație dificilă;

- imposibilitatea de a merge;
- confuzie disproporționată.

Nu atribui automat aceste manifestări alcoolului sau drogurilor.

Pasul 9. Întreabă despre suicid

Consumul de alcool sau droguri poate reduce autocontrolul și poate crește impulsivitatea. Dacă persoana spune că nu mai vrea să trăiască, întreabă direct:

„Te gândești să te sinucizi?”

„Ai luat această substanță pentru a-ți face rău?”

„Ai mai consumat sau pregătit ceva?”

„Ai un plan să te rănești?”

Dacă există intenție suicidară, tentativă sau nu poți menține persoana în siguranță, sună la 112 și nu o lăsa singură.

Cum vorbești cu o persoană aflată sub influența unei substanțe?

Comunicarea trebuie adaptată nivelului de conștiență și comportamentului.

Dacă este somnolentă

Folosește propoziții simple:

„Rămân lângă tine.”

„Ajutorul este pe drum.”

„Ține ochii deschiși, dacă poți.”

Nu îi pune zeci de întrebări și nu încerca să o plimbi pentru a o ține trează.

Dacă este anxioasă sau paranoică

Spune:

„Văd că ești foarte speriat.”

„Eu nu percep același pericol.”

„Nu mă apropii.”

„Vreau să te ajut să fii în siguranță.”

Dacă este agresivă

Spune:

„Voi păstra distanța.”

„Nu vreau să ne rănim.”

„Mă retrag și chem ajutor.”

Nu încerca să îi demonstrezi că nu are control și nu o provoacă.

Dacă este rușinată

Spune:

„Acum ne ocupăm de siguranță. Discuțiile despre ce s-a întâmplat pot avea loc mai târziu.”

Nu moraliza în timpul urgenței.

Ce NU faci?

Nu o lași „să doarmă până îi trece”

O persoană care nu poate fi trezită poate fi în comă, poate respira insuficient sau se poate sufoca prin aspirarea vărsăturilor. Intoxicația severă cu alcool nu se rezolvă în siguranță prin somn nesupravegheat.

Nu îi dai cafea sau energizante

Cafeaua nu accelerează eliminarea alcoolului și nu tratează supradozajul. Poate crește agitația, palpitațiile și riscul cardiovascular.

Nu îi faci duș rece

Dușul rece nu inversează intoxicația și poate provoca o cădere, hipotermie, aspirarea apei sau o reacție bruscă. Recomandările oficiale avertizează că dușul rece, cafeaua și mersul forțat nu tratează intoxicația alcoolică și pot înrăutăți situația.

Nu o obligi să meargă

Mersul nu „scoate alcoolul din organism”. Persoana se poate prăbuși, lovi la cap sau poate deveni mai agitată.

Nu provoci vărsături

Persoana se poate îneca sau poate aspira conținutul gastric. În intoxicații, nu provoca vărsături și nu administra remedii fără indicația serviciilor medicale.

Nu îi dai mai mult alcool

Uneori familia oferă alcool pentru a „liniști” sevrajul. Sevrajul sever necesită evaluare și tratament medical. Administrarea improvizată de alcool nu este o strategie sigură.

Nu îi dai medicamente din casă

Nu administra:

- benzodiazepine;
- somnifere;
- antipsihotice;
- analgezice opioide;
- medicamente cardiace;
- tratamentele altor persoane.

Combinarea medicamentelor cu alcool sau droguri poate suprima respirația ori produce reacții imprevizibile.

Nu o imobilizezi improvizat

Nu o lega, nu te așeza peste ea și nu încerca să o transporti cu forța. Dacă este violentă, păstrează distanța și solicită intervenție.

Nu o urci într-o mașină dacă este foarte agitată

O persoană intoxicată și agresivă poate ataca șoferul, deschide ușa în mers sau provoca un accident. Solicită ambulanța și explică riscurile.

Nu permite să conducă

Îndepărtează cheile numai dacă acest lucru poate fi făcut fără confruntare. Dacă persoana pleacă la volan și există pericol, contactează imediat 112 și oferă informații despre vehicul și direcție.

Nu presupune că „știe ce face” pentru că a mai consumat

Toleranța nu protejează împotriva supradozajului. Puritatea produsului, combinațiile și starea organismului se pot modifica.

Nu filma și nu distribui imaginile

Protejează demnitatea și confidențialitatea persoanei. Filmarea poate amplifica agitația și stigmatizarea.

Nu ascunde informațiile de echipa medicală

Personalul medical trebuie să știe ce s-a consumat, ce tratamente există și dacă a fost vorba despre o posibilă tentativă de suicid.

Când trebuie chemată ambulanța?

Sună imediat la **112** dacă persoana:

- nu poate fi trezită;
- și-a pierdut starea de conștiență;
- nu respiră normal;
- respiră foarte lent, superficial sau neregulat;
- are buzele ori unghiile albastre, cenușii sau foarte palide;
- scoate zgomote de gâlgâit sau pare că se sufocă;
- are convulsii;
- vomită repetat și este somnolentă;
- a ingerat o cantitate necunoscută de substanțe;
- a combinat alcoolul cu opioide, sedative sau medicamente;
- prezintă durere toracică;
- are temperatură corporală foarte ridicată;
- este profund confuză sau dezorientată;
- are halucinații și comportament periculos;
- este extrem de agitată sau agresivă;
- amenință că se sinucide ori că rănește pe cineva;
- a ingerat substanța cu intenție suicidară;
- a suferit un traumatism;
- prezintă slăbiciune pe o parte a corpului sau tulburări de vorbire;
- se află într-un sevraj cu convulsii, halucinații, febră ori confuzie;
- a consumat o substanță necunoscută;
- este minoră, gravidă, vârstnică sau are boli medicale importante și starea este alterată;
- se deteriorează rapid;
- nu poate fi menținută în siguranță;
- nu ești sigur cât de gravă este situația.

Pierderea conștienței, oprirea sau dificultatea severă a respirației și convulsiile sunt criterii clare de intervenție medicală de urgență în cazul unei posibile intoxicații.

Nu aștepta apariția tuturor semnelor. Într-o supradoză, întârzierea poate fi fatală.

Ce faci până vine ambulanța?

Dacă persoana este conștientă

- ține-o într-un loc sigur;
- nu o lăsa să plece sau să conducă;
- păstrează o atmosferă calmă;
- nu îi oferi alte substanțe;
- nu o obliga să mănânce;
- întreabă ce a consumat;
- monitorizează starea;
- pregătește ambalajele;
- urmează indicațiile operatorului.

Dacă este inconștientă, dar respiră

- sună la 112;
- urmează instrucțiunile pentru poziția laterală de siguranță;
- verifică periodic respirația;

- protejează persoana de frig;
- nu îi da nimic pe gură;
- nu o lăsa singură;
- îndepărtează vărsăturile vizibile din jurul gurii fără a introduce degetele adânc;
- pregătește informațiile pentru echipaj.

Dacă nu respiră normal

- sună imediat la 112;
- pune telefonul pe difuzor;
- începe resuscitarea conform instrucțiunilor operatorului;
- folosește un defibrilator automat extern dacă este disponibil și știi să îl utilizezi;
- continuă până la sosirea echipei sau până când persoana începe să respire normal.

Dacă are convulsii

- îndepărtează obiectele din jur;
- protejează-i capul cu ceva moale;
- nu o ține cu forța;
- nu introduce nimic în gură;
- nu îi da apă sau medicamente;
- notează durata aproximativă;
- după încetarea convulsiei, verifică respirația;
- urmează instrucțiunile 112.

Dacă este foarte agitată

- păstrează distanța;
- lasă o singură persoană să vorbească;
- nu o atinge;
- nu bloca ieșirea;
- îndepărtează copiii și alte persoane vulnerabile;
- nu îi lua cu forța obiectele;
- retrage-te dacă există pericol;
- informează 112 despre agresivitate și eventualele arme.

După depășirea urgenței

O intoxicație, o supradoză sau o criză psihică provocată de substanțe nu trebuie considerată un incident izolat fără consecințe.

După stabilizare, este importantă evaluarea:

- tiparului de consum;
- riscului de dependență;
- sevrajului;
- bolilor fizice;
- depresiei și anxietății;
- simptomelor psihotice;
- riscului suicidal;
- violenței;
- contextului familial;
- tratamentelor prescrise;
- motivației pentru schimbare.

Există tratamente eficiente pentru tulburările asociate consumului de substanțe, inclusiv intervenții psihologice, tratamente medicamentoase pentru anumite dependențe și servicii de reducere a riscurilor. Ajutorul de specialitate trebuie adaptat persoanei, substanței și severității problemei.

Cum vorbești după criză?

Alege un moment în care persoana este lucidă și suficient de stabilă.

Poți spune:

„Ieri nu ai mai putut fi trezit și a fost nevoie să chemăm ambulanța. Îmi fac griji că situația se poate repeta.”

„Aș vrea să căutăm o evaluare specializată.”

„Nu vreau să te judec, dar nu pot ignora riscul.”

„Ce ai fi dispus să faci ca să reducem probabilitatea unei noi crize?”

Evită:

„Ne-ai făcut de râs.”

„Nu ai voință.”

„Promite că nu mai bei niciodată.”

„Dacă se mai întâmplă, te descurci singur.”

Rușinea și amenințările nu constituie tratament. Totuși, familia are dreptul la limite clare:

„Nu îți voi da bani pentru substanțe.”

„Nu poți conduce după ce ai consumat.”

„Dacă apare din nou pierderea conștiinței sau violența, voi suna la 112.”

Familia nu trebuie să gestioneze singură dependența

Apartenenții pot ajunge să:

- ascundă consumul față de ceilalți;
- plătească datorii;
- mintă la serviciu în numele persoanei;
- cumpere alcool pentru a preveni conflictele;
- preia toate responsabilitățile;
- păzească permanent persoana;
- administreze tratamente improvizate;
- creadă că o pot controla dacă sunt suficient de vigilenți.

Sprijinul este important, dar nu înseamnă preluarea totală a consecințelor consumului. Familia poate încuraja tratamentul, poate participa la un plan de siguranță și poate limita accesul la situații periculoase. Nu poate controla singură dependența și nu trebuie să accepte violența sau amenințările.

Primul ajutor în 60 de secunde

Dacă cineva pare intoxicat sau a consumat o substanță necunoscută:

Verifică dacă răspunde și respiră normal.

Sună la 112 dacă nu poate fi trezit, respiră anormal, are convulsii, durere toracică, confuzie severă sau comportament periculos.

Nu lăsa persoana singură.

Dacă este inconștientă, dar respiră, urmează instrucțiunile operatorului pentru poziția laterală de siguranță.

Nu provoca vărsături și nu oferi cafea, duș rece, alcool sau medicamente.

Păstrează ambalajele și spune echipei medicale tot ce știi.

Dacă devine agresivă, păstrează distanța, protejează-i pe ceilalți și nu încerca să o imobilizezi.

Mit sau realitate?

Mit

„Dacă o persoană foarte beată adoarme, cel mai bine este să o lăsăm să doarmă până îi trece.”

Realitate

O persoană care nu poate fi trezită poate suferi o intoxicație severă. Alcoolul poate încetini sau opri respirația și poate suprima reflexele care protejează căile respiratorii. Persoana poate vomita și se poate sufoca în somn.

Nu presupune că este în siguranță deoarece respiră sau sforăie. Verifică dacă răspunde și dacă respiră normal. Dacă nu poate fi trezită, respiră lent ori neregulat, vomită, are convulsii sau pielea devine palidă ori albastruie, sună imediat la 112.

Exemplu practic

La sfârșitul unei petreceri, Sorin este găsit pe o canapea. Prietenii spun că „a adormit” și vor să îl lase să se odihnească. Unul dintre ei încearcă să îl trezească, dar Sorin nu deschide ochii și răspunde doar prin gemete. Respirația este lentă și neregulată, iar lângă el se află mai multe sticle și un blister de medicamente.

Un prieten spune:

„Îi facem o cafea tare și un duș rece.”

Altul recunoaște semnele de pericol și sună imediat la 112. Spune operatorului că Sorin nu poate fi trezit, respiră anormal și este posibil să fi combinat alcoolul cu medicamente.

Prietenii nu îi dau cafea, nu îl duc la duș și nu provoacă vărsături. Urmând instrucțiunile operatorului, verifică respirația și îl așază în poziție laterală de siguranță. Unul rămâne permanent lângă el, iar altul adună sticlele și blisterul pentru echipa medicală.

În acest caz, intervenția corectă a constat în:

- recunoașterea faptului că inconștiența nu este somn obișnuit;
- evaluarea respirației;
- apelarea imediată la 112;
- protejarea căilor respiratorii;
- evitarea remediilor improvizate;
- păstrarea informațiilor despre substanțe.

De reținut

O criză provocată de alcool sau droguri poate afecta rapid respirația, conștiența, temperatura, inima și comportamentul. Nu este responsabilitatea aparținătorului să stabilească substanța ori să trateze intoxicația acasă. O persoană care nu poate fi trezită, respiră anormal, are convulsii, prezintă durere toracică, confuzie severă, comportament violent sau a consumat o combinație necunoscută are nevoie de ajutor medical imediat. Nu o lăsa singură, nu provoca vărsături și nu încerca să o „trezești” cu duș rece, cafea sau mers forțat.

Bibliografie

- National Institute for Health and Care Excellence. (2010). *Alcohol-use disorders: Diagnosis and management of physical complications* (Clinical Guideline CG100). NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence* (Clinical Guideline CG115). NICE.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (n.d.). *Understanding the dangers of alcohol overdose*. National Institutes of Health.
- National Institute on Drug Abuse. (2022). *Naloxone DrugFacts*. National Institutes of Health.
- National Institute on Drug Abuse. (2024). *Understanding an overdose and how to respond to one*. National Institutes of Health.
- National Institute on Drug Abuse. (2025). *Treatment and recovery*. National Institutes of Health.
- National Health Service. (2023). *Alcohol poisoning*. NHS.
- National Health Service. (2023). *Poisoning*. NHS.
- Serviciul de Telecomunicații Speciale. (n.d.). *Serviciul de urgență 112*.
- World Health Organization. (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Version 2.0*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Mental Health Gap Action Programme guideline for mental, neurological and substance use disorders*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2024). *Alcohol*. World Health Organization.

Capitolul 11

Automutilarea

Când suferința interioară devine o rană vizibilă

Descoperirea faptului că o persoană apropiată se rănește intenționat poate provoca teamă, șoc, furie, vinovăție sau neputință. Părinții se pot întreba ce au greșit. Partenerii pot simți că sunt manipulați sau excluși. Prietenii se pot teme că persoana va muri și pot promite să păstreze secretul pentru a nu pierde încrederea acesteia.

Prima reacție contează. O reacție de panică, critică, furie sau rușinare poate determina persoana să ascundă mai atent comportamentul și să evite ajutorul. O reacție calmă și lipsită de judecată nu rezolvă automat problema, dar poate deschide drumul către siguranță și tratament.

În acest ghid, termenul **automutilare** este folosit în sensul larg al rănirii intenționate a propriei persoane. Ghidul NICE utilizează termenul „self-harm” pentru auto-otrăvirea sau auto-rănirea intenționată, indiferent de motivația aparentă și indiferent dacă persoana declară sau nu intenția de a muri. Această definiție este importantă deoarece intenția poate fi neclară, mixtă sau schimbătoare, iar gravitatea unui episod nu poate fi stabilită numai după ceea ce spune persoana imediat după el.

Unele persoane se rănesc fără intenția de a muri. Comportamentul poate reprezenta o încercare de a reduce o tensiune emoțională insuportabilă, de a opri amorțeala, de a exprima o suferință greu de pus în cuvinte, de a se pedepsi sau de a recâștiga temporar senzația de control. Alteori există o intenție suicidală, o ambivalență față de viață sau o combinație între dorința de a opri suferința și nesiguranța privind supraviețuirea.

Din acest motiv, nu trebuie să presupunem nici că orice act de automutilare este o tentativă de suicid, nici că automutilarea „fără intenție suicidală” este lipsită de pericol. Fiecare episod trebuie luat în serios, iar persoana trebuie întrebată direct despre intenția de a muri, planurile suicidare și siguranța sa actuală.

Organizația Mondială a Sănătății recomandă identificarea timpurie, evaluarea, managementul și urmărirea persoanelor care s-au auto-vătămat sau au făcut o tentativă de suicid. Îngrijirea nu se încheie după tratarea rănii fizice, deoarece este necesară înțelegerea suferinței și a circumstanțelor care au condus la comportament.

Ce poate însemna automutilarea?

Automutilarea nu este un diagnostic în sine și nu are o singură explicație. Același comportament poate avea funcții diferite de la o persoană la alta și chiar de la un episod la altul.

Persoana se poate răni pentru:

- a reduce rapid o tensiune emoțională intensă;
- a transforma durerea emoțională într-o senzație fizică mai ușor de localizat;
- a opri o stare de amorțeală sau de disociere;
- a simți că este „reală” ori că se află din nou în propriul corp;
- a exprima o suferință pe care nu o poate verbaliza;
- a se pedepsi din cauza vinovăției, rușinii sau urii față de sine;
- a recâștiga o senzație temporară de control;
- a întrerupe gânduri sau amintiri copleșitoare;
- a comunica nevoia de ajutor;
- a răspunde unui conflict sau unei respingeri percepute;

- a urma impulsul creat de o voce sau de o convingere psihotică;
- a încerca să moară;
- a verifica dacă îi pasă cuiva;
- a repeta un comportament care a redus tensiunea în trecut.

Faptul că un comportament are și o funcție de comunicare nu înseamnă că persoana „doar caută atenție”. Nevoia disperată de a fi observat, înțeles sau ajutat indică o suferință reală. În loc să analizăm dacă persoana „merită” atenție, este mai sigur să întrebăm ce încearcă să transmită și ce sprijin îi lipsește.

Cum poți observa că o persoană se automutilează?

Uneori persoana vorbește deschis. Alteori încearcă să ascundă urmele din cauza rușinii, fricii de reacția familiei sau temerii că va pierde controlul asupra propriei vieți.

Posibilele semne includ:

- răni repetate sau cicatrici pentru care explicațiile sunt neclare;
- purtarea hainelor care acoperă corpul chiar și când este foarte cald;
- evitarea vestiarelor, plajei, piscinei sau consultațiilor medicale;
- prezența repetată a bandajelor;
- urme de sânge pe haine, prosoape sau lenjerie;
- obiecte ascunse, medicamente sau recipiente neobișnuite;
- perioade de izolare în baie ori în dormitor după conflicte;
- anxietate intensă sau iritabilitate înaintea unui episod și calm aparent după;
- preocupare accentuată pentru vinovăție, pedeapsă sau lipsa valorii personale;
- afirmații precum „merit să sufăr”, „mă urăsc” sau „nu mai pot”;
- căutări online legate de auto-rănire ori suicid;
- retragere socială;
- schimbări ale somnului și alimentației;
- consum de alcool sau droguri;
- simptome depresive;
- oferirea bunurilor sau mesaje de rămas-bun;
- vorbirea despre moarte sau despre dorința de a dispărea.

Niciun semn luat separat nu confirmă automutilarea. Este mai util să observi schimbarea generală și să inițiezi o conversație calmă decât să cercetezi corpul sau obiectele persoanei în mod intruziv.

Automutilare sau tentativă de suicid?

Distincția nu poate fi stabilită doar după gravitatea vizibilă a rănii.

O rană superficială poate fi produsă într-un context de intenție suicidală, iar o leziune gravă poate rezulta dintr-un act în care persoana nu a anticipat consecințele. Intenția se poate modifica în timpul episodului, iar consumul de alcool, drogurile, impulsivitatea și disperarea pot reduce capacitatea de a aprecia pericolul.

Întreabă direct:

„Când te-ai rănit, ai vrut să mori?”

„Te-ai gândit că ai putea muri?”

„Te-ai simțit indiferent dacă trăiești sau mori?”

„Te gândești acum să îți iei viața?”

„Ai un plan?”

„Ai pregătit ceva sau ai acces la ceea ce ai folosi?”

Întrebarea directă despre suicid nu crește gândurile sau comportamentele suicidare. Poate deschide o conversație esențială și permite identificarea unui pericol imediat. NIMH recomandă să întrebăm direct, să fim prezenți, să contribuim la menținerea siguranței, să conectăm persoana cu ajutorul și să păstrăm legătura după criză.

Dacă persoana spune că nu a dorit să moară, răspunsul trebuie luat în considerare, dar nu este suficient pentru a încheia evaluarea. Întreabă și despre:

- gândurile suicidare actuale;
- episoadele anterioare;
- gradul de control asupra impulsurilor;
- consumul de substanțe;
- accesul la mijloace periculoase;
- simptomele psihotice;
- capacitatea de a rămâne în siguranță;
- posibilitatea de a primi ajutor în următoarele ore.

Cum reacționezi când descoperi automutilarea?

1. Verifică mai întâi starea fizică

Înainte de o conversație amplă, stabilește dacă există o urgență medicală.

Întreabă:

- Este persoana conștientă?
- Respiră normal?
- Există o sângerare importantă?
- Rana este profundă, întinsă sau contaminată?
- Există amorțeală ori imposibilitatea de a mișca o parte a corpului?
- A ingerat medicamente, substanțe toxice, alcool sau droguri?
- Știe ce și cât a ingerat?
- A suferit o lovitură la cap?
- Are convulsii?
- Este foarte somnolentă sau confuză?
- Există arsuri importante?
- A fost folosit un obiect murdar ori ruginit?
- Există dureri severe?
- Este posibil ca leziunea să afecteze un vas de sânge, un nerv, un tendon sau un organ?

Actele de auto-vătămare asociate cu intoxicație, sângerare, pierderea conștienței sau letargie extremă necesită evaluare medicală urgentă.

În aceste situații, sună la **112** sau urmează instrucțiunile serviciului de urgență. Nu amâna ajutorul pentru a afla toate motivele comportamentului.

2. Rămâi calm

Poți fi speriat, furios sau copleșit, dar încearcă să nu transformi prima conversație într-o explozie emoțională.

Evită:

„Cum ai putut să faci așa ceva?”

„M-ai distrus.”

„Nu pot să cred ce îmi faci.”

O reacție mai utilă este:

„Îmi pare rău că ai ajuns să suferi atât de mult.”

„Mai întâi vreau să mă asigur că ești în siguranță.”

„Nu te voi certa. Avem nevoie să înțelegem ce s-a întâmplat și să găsim ajutor.”

Calmul nu înseamnă că minimalizezi situația. Înseamnă că îi comunicăm persoanei că poate rămâne în dialog fără să fie umilită.

3. Îngrijește rana fără moralizare

Dacă este o rană minoră și nu există semne de urgență, oferă primul ajutor fizic de bază în limitele competențelor tale. Dacă nu ești sigur de gravitate, solicită evaluare medicală.

Nu folosi îngrijirea răni ca moment pentru o predică:

„Uite ce ai făcut!”

„Acum trebuie să suporti.”

Tratamentul leziunii nu este o recompensă și nu trebuie condiționat de promisiuni sau explicații.

4. Creează un spațiu liniștit

Dacă persoana este stabilă fizic:

- redu numărul persoanelor din încăpere;
- evită întrebările simultane;
- alege un loc privat, dar sigur;
- păstrează o voce calmă;
- stai la o distanță confortabilă;
- nu filma;
- nu cere să îți arate toate cicatricile;
- nu transforma situația într-o confruntare de familie.

5. Ascultă înainte de a căuta soluții

Poți întreba:

„Ce se întâmpla înainte să te rănești?”

„Ce ai simțit în acel moment?”

„Ce ai sperat să se schimbe după ce te-ai rănit?”

„Ți s-a mai întâmplat?”

„Ce te-ar ajuta să rămâi în siguranță în seara aceasta?”

„Există cineva cu care te simți în siguranță?”

Nu este nevoie să întrebi imediat „de ce?”, mai ales pe un ton acuzator. Persoana poate să nu înțeleagă încă toate motivele. Întrebările despre momentul anterior, emoții și nevoi sunt adesea mai ușor de abordat.

6. Întreabă direct despre suicid

Nu presupune că automutilarea și suicidul sunt complet separate.

Întreabă calm:

„Te gândești acum să mori?”

„Ai vrut să mori atunci când te-ai rănit?”

„Ai un plan să îți iei viața?”

„Ai acces acum la ceea ce ai folosi?”

„Simți că te-ai putea răni din nou în următoarele ore?”

„Poți rămâne în siguranță dacă rămâi singur?”

Dacă există intenție actuală, plan, acces la mijloace, o tentativă, intoxicație, pierderea controlului sau imposibilitatea menținerii siguranței, sună la 112 și nu lăsa persoana singură.

7. Oferă ajutor concret

„Spune-mi dacă ai nevoie de ceva” poate fi prea vag pentru cineva copleșit.

Poți spune:

- „Pot merge cu tine la medic.”
- „Putem suna împreună un specialist.”
- „Pot rămâne cu tine în următoarele ore.”
- „Vrei să chemăm o persoană în care ai încredere?”
- „Putem pune deoparte obiectele sau medicamentele care te-ar pune în pericol.”
- „Te ajut să notezi ce vrei să îi spui psihoterapeutului sau medicului.”
- „Putem face un plan pentru seara aceasta.”

Cum vorbești?

Începe cu observația, nu cu acuzația

Mai util:

„Am văzut rana și îmi fac griji pentru tine.”

„Am observat că în ultima perioadă te izolezi și pari copleșit.”

Mai puțin util:

„Ce problemă ai de faci asemenea lucruri?”

„Iar cauți atenție?”

Folosește un ton calm și direct

Poți spune:

„Nu trebuie să îmi explici totul imediat.”

„Vreau să înțeleg ce ai trăit.”

„Nu te judec.”

„Este important să tratăm rana și să vedem cum rămâi în siguranță.”

„Nu pot păstra secretul dacă viața ta este în pericol.”

„Faptul că ai ajuns să te rănești îmi arată că suferința este foarte mare.”

Validează suferința, nu comportamentul

Există o diferență între:

„Înțeleg că ai fost atât de copleșit încât nu ai mai știut ce să faci.”

și:

„Ai făcut bine că te-ai rănit.”

Prima formulare recunoaște experiența. A doua poate confirma comportamentul ca soluție.

Poți spune:

„Înțeleg că rănirea ți-a redus pentru moment tensiunea. În același timp, te poate pune în pericol și avem nevoie să găsim alternative mai sigure.”

Nu cere o promisiune imposibilă

Evită:

„Promite-mi că nu vei mai face niciodată.”

Persoana poate promite pentru a opri discuția sau pentru a nu te dezamăgi. Dacă se rănește din nou, rușinea poate crește și mai mult.

Mai util:

„Ce putem face ca să treci în siguranță prin următoarele ore?”

„Pe cine poți contacta dacă impulsul revine?”

„Ce obiecte sau medicamente trebuie îndepărtate temporar?”

„Când putem obține o evaluare profesionistă?”

Întreabă de ce are nevoie acum

„Vrei să te ascult sau vrei să ne concentrăm pe pașii practici?”

„Ai nevoie să rămân lângă tine?”

„Cine te-ar ajuta să te simți în siguranță?”

„Ce face impulsul mai puternic?”

„Ce l-a redus măcar puțin în trecut?”

Persoana trebuie implicată în deciziile privind propria siguranță, atât cât permite situația.

Ce NU spui?

NU „O faci doar pentru atenție.”

Această afirmație transformă suferința într-o acuzație.

Chiar dacă persoana dorește ca cineva să observe că nu mai poate face față, aceasta este o nevoie de ajutor, nu o dovadă că situația trebuie ignorată.

Poți spune:

„Îmi dau seama că ai avut nevoie ca cineva să vadă cât de greu îți este.”

NU „Este o prostie.”

Automutilarea poate părea greu de înțeles pentru cineva care nu a trăit impulsul, dar pentru persoană poate fi devenit un mecanism de supraviețuire psihologică, chiar dacă unul periculos.

Poți spune:

„Poate nu înțeleg încă de ce te-a ajutat pe moment, dar vreau să înțeleg.”

NU „Uite ce ne faci nouă.”

Această afirmație poate amplifica vinovăția și convingerea că persoana este o povară.

Poți spune:

„Sunt speriat pentru că țin la tine. Emoțiile mele nu sunt responsabilitatea ta acum; prioritatea este siguranța ta.”

NU „Dacă mai faci asta, te pedepsesc.”

Pedepsele pot determina persoana să ascundă rănilile și să evite ajutorul.

Limitele sunt însă necesare atunci când există pericole:

„Nu te pedepsesc pentru că suferi. Totuși, dacă există un risc pentru viața ta, voi cere ajutor chiar dacă nu ești de acord.”

NU „Nu ai niciun motiv.”

Suferința nu trebuie să pară logică din exterior pentru a fi reală.

Poți spune:

„Poate că eu nu văd tot ce trăiești. Vreau să înțeleg ce a devenit insuportabil.”

NU „Oamenii care vor cu adevărat să moară nu fac asta.”

Automutilarea și comportamentul suicidar pot apărea împreună, iar intenția poate fluctua.

Poți spune:

„Am nevoie să te întreb direct dacă ai vrut să mori și dacă te gândești acum la suicid.”

NU „Arată-mi toate rănilile.”

Inspectarea forțată a corpului poate fi umilitoare sau traumatizantă. Evaluarea rănilor trebuie realizată cu respect, de către personal competent, mai ales dacă persoana nu dorește să fie examinată de familie.

Poți spune:

„Este important ca un profesionist medical să verifice rana. Pot merge cu tine.”

NU „De ce nu te-ai oprit?”

Această întrebare poate sugera că lipsa de control este o alegere morală.

Poți spune:

„Ce s-a întâmplat înainte să apară impulsul?”

NU „Dacă mă iubești, nu mai faci.”

Afectivitatea nu este un tratament și nu poate garanta controlul comportamentului.

Poți spune:

„Țin la tine și vreau să construim un plan care să nu depindă doar de promisiuni.”

NU „Nu mai vorbi despre asta.”

Tăcerea crește izolarea.

Poți spune:

„Poți vorbi cu mine, chiar dacă îmi este greu să aud. Dacă nu știu cum să ajut, vom cere sprijin.”

Ce NU trebuie să faci?

Nu ignora rana deoarece pare superficială

Aspectul exterior nu stabilește intenția și nici riscul viitor. Unele leziuni se pot infecta sau pot afecta structuri profunde chiar dacă inițial par mici.

Nu fotografia rana

Fotografia nu trebuie distribuită sau folosită pentru a rușina persoana. Dacă un profesionist medical solicită o imagine în cadrul unei consultații, aceasta se realizează numai cu acordul persoanei și cu protejarea confidențialității.

Nu transforma locuința într-o închisoare

Este legitim să reduci temporar accesul la mijloace periculoase atunci când există risc, dar controlul total, perchezițiile repetate și supravegherea permanentă pot deteriora relația și nu înlocuiesc tratamentul.

Nu retrace brusc orice obiect fără o discuție, dacă nu există pericol imediat

Atunci când este posibil, planificarea siguranței trebuie făcută împreună cu persoana. Dacă pericolul este imediat, îndepărtarea accesului la mijloace și apelul la 112 au prioritate.

Nu încheia sprijinul după vindecarea rănii

Vindecarea fizică nu înseamnă că motivul comportamentului a dispărut.

Nu păstra secretul când viața este în pericol

Poți proteja intimitatea persoanei fără să păstrezi informații care indică o urgență.

„Nu voi spune tuturor. Dar trebuie să implic o persoană sau un serviciu care ne poate ajuta să te menținem în siguranță.”

Nu condiționa ajutorul de cooperare perfectă

Persoana poate fi rușinată, furioasă sau ambivalentă. Refuzul inițial nu înseamnă că nu are nevoie de sprijin.

Când este necesară evaluarea urgentă?

Sună imediat la 112 dacă:

- persoana nu este conștientă sau nu poate fi trezită;
- nu respiră normal;
- există o sângerare importantă sau care nu poate fi controlată;
- rana este profundă, întinsă sau afectează o zonă vulnerabilă;

- există o posibilă leziune a unui vas de sânge, nerv, tendon sau organ;
- a ingerat medicamente, substanțe toxice, droguri ori o cantitate necunoscută;
- a combinat alcoolul cu medicamente sau droguri;
- are convulsii;
- este foarte somnolentă, confuză sau dezorientată;
- are dificultăți respiratorii;
- a suferit o arsură importantă;
- s-a lovit la cap;
- prezintă dureri severe ori deteriorare rapidă;
- spune că dorește să moară;
- are un plan suicidal și acces la mijloace;
- a început o tentativă;
- spune că se va răni din nou imediat;
- aude voci care îi cer să se rănească;
- este intoxicată și exprimă intenții suicidare;
- nu poate fi menținută în siguranță;
- a dispărut după ce a transmis mesaje de suicid;
- nu ești sigur dacă viața sau sănătatea îi sunt în pericol.

Nu transporta singur persoana cu mașina dacă este înconștientă, foarte agitată, violentă, profund confuză sau există riscul ca starea să se deterioreze pe drum.

Este necesară o evaluare rapidă de specialitate, chiar dacă nu este nevoie de 112, atunci când:

- este primul episod cunoscut;
- episoadele se repetă;
- frecvența sau gravitatea cresc;
- persoana nu poate explica cum va rămâne în siguranță;
- apar gânduri suicidare, chiar fără un plan imediat;
- există depresie severă;
- persoana se izolează;
- consumă alcool sau droguri;
- are simptome psihotice;
- nu mai mănâncă, nu mai doarme sau nu mai funcționează normal;
- există abuz, violență, bullying sau traumă;
- persoana este minoră;
- există o tentativă anterioară;
- familia nu poate gestiona în siguranță situația;
- există răni care necesită îngrijire medicală;
- persoana refuză ajutorul, dar semnele de risc persistă.

Ce faci până vine ambulanța?

1. Nu lăsa persoana singură dacă există risc imediat

Rămâi cu ea numai dacă poți face acest lucru în siguranță.

Dacă este agitată, violentă sau are un obiect periculos, retrage-te și urmează indicațiile operatorului 112.

2. Redu accesul la mijloace periculoase

Dacă poți face acest lucru fără confruntare:

- îndepărtează medicamentele;
- securizează substanțele toxice;
- îndepărtează obiectele periculoase;
- limitează accesul la balcon, trafic, apă sau foc;
- îndepărtează cheile vehiculului;
- roagă o altă persoană să securizeze spațiul.

Reducerea accesului la mijloace cu potențial letal este una dintre măsurile recomandate pentru menținerea siguranței în crizele suicidare.

Nu încerca să smulgi un obiect din mâna unei persoane agitate.

3. Vorbește calm

Spune:

„Ajutorul este pe drum.”

„Rămân cu tine.”

„Nu trebuie să rezolvi totul acum.”

„Ne concentrăm doar pe siguranța din următoarele minute.”

4. Urmează indicațiile operatorului

Nu administra medicamente, alcool sau sedative din proprie inițiativă.

Dacă există o posibilă intoxicație, păstrează ambalajele și comunică ce ai găsit. Nu provoca vărsături.

5. Protejează intimitatea

Îndepărtează spectatorii, copiii și persoanele care critică sau filmează.

6. Pregătește informațiile

Spune echipei:

- ce s-a întâmplat;
- momentul aproximativ;
- ce răni ai observat;
- ce substanțe ar fi putut fi ingerate;
- dacă există intenție suicidară;
- dacă există un plan;
- episoadele sau tentativele anterioare;
- consumul de alcool sau droguri;
- tratamentele și diagnosticele cunoscute;
- afirmațiile exacte ale persoanei;
- schimbările recente de comportament.

Nu minimaliza episodul pentru a evita internarea și nu exagera pentru a pedepsi persoana.

Planul de siguranță

Un plan de siguranță este diferit de promisiunea „nu mai fac”. El se construiește ideal împreună cu un profesionist și cu participarea activă a persoanei.

Poate include:

1. Semnele de avertizare personale

- tensiune crescândă;
- amorteală sau disociere;
- conflict;
- respingere;
- rușine;

- consum de alcool;
- izolare;
- lipsa somnului;
- gânduri precum „merit să sufăr”;
- căutarea obiectelor;
- retragerea în baie ori în dormitor.

2. Strategii care pot fi încercate înaintea auto-rănirii

Acestea trebuie stabilite individual, fără a înlocui tratamentul:

- contactarea unei persoane;
- părăsirea locului în care se află mijloacele;
- mersul într-un spațiu comun și sigur;
- folosirea unei tehnici de reglare învățate în terapie;
- scrierea emoțiilor;
- ascultarea unei înregistrări pregătite anterior;
- contactarea specialistului;
- folosirea planului de criză;
- amânarea deciziei și solicitarea ajutorului.

3. Persoanele care pot fi contactate

Planul trebuie să conțină mai multe persoane, nu un singur aparținător disponibil permanent.

4. Serviciile profesionale

- psihoterapeut;
- psihiatru;
- medic de familie;
- serviciu de urgență;
- unitate medicală;
- echipă de criză, unde există.

5. Măsuri privind mediul

- acces controlat la cantități mari de medicamente;
- securizarea substanțelor toxice;
- limitarea accesului la obiecte cu potențial letal în perioadele de risc;
- evitarea consumului de alcool sau droguri;
- stabilirea persoanei cu care va rămâne în timpul crizei.

Automutilarea la copii și adolescenți

În cazul unui minor, părinții pot simți nevoia să controleze imediat telefonul, prietenii, camera și corpul copilului. Unele măsuri de siguranță sunt necesare, dar reacțiile punitive sau intruzive pot amplifica secretizarea.

Este util ca părintele să spună:

„Nu ești în necaz.”

„Nu te voi pedepsi pentru că mi-ai spus.”

„Trebuie să ne asigurăm că rana este tratată și că ești în siguranță.”

„Vom căuta un specialist care lucrează cu adolescenți.”

„Te voi implica în decizii, dar nu pot ignora un pericol pentru viața ta.”

Evaluarea trebuie să exploreze și:

- bullyingul;
- abuzul;

- conflictele familiale;
- trauma;
- dificultățile școlare;
- izolarea;
- relațiile;
- consumul de substanțe;
- depresia și anxietatea;
- tulburările alimentare;
- simptomele neurodezvoltării;
- expunerea online la conținut legat de auto-vătămare;
- identitatea și discriminarea;
- riscul suicidar.

Nu presupune că automutilarea este doar „o modă a adolescenților”. Orice episod indică o suferință care merită evaluare.

După episod

În zilele și săptămânile următoare:

- păstrează legătura;
- verifică dacă persoana ajunge la consultații;
- ajut-o să urmeze recomandările medicale;
- întreabă cum se simte fără să o supraveghezi obsesiv;
- discută semnele care au precedat episodul;
- revizuiți planul de siguranță;
- evită comentariile despre cicatrici;
- nu folosi episodul în conflictele viitoare;
- observă revenirea gândurilor suicidare;
- implică mai multe surse de sprijin;
- ai grijă și de propriile limite.

Cum are grijă familia de ea însăși?

Automutilarea unei persoane apropiate poate produce:

- teamă permanentă;
- nevoia de a verifica fiecare mișcare;
- furie;
- vinovăție;
- rușine;
- epuizare;
- conflicte între părinți;
- dificultăți de somn;
- retragere socială;
- sentimentul că familia trebuie să gestioneze singură riscul.

Apartinătorul poate spune:

„Țin la tine și vreau să te sprijin, dar nu pot fi singura persoană responsabilă pentru siguranța ta.”

Este indicat să existe:

- o echipă profesionistă;



- mai multe persoane de sprijin;
- criterii clare pentru apelarea la 112;
- un plan scris;
- limite privind violența sau amenințările;
- sprijin psihologic pentru familie, dacă este necesar.

Primul ajutor în 60 de secunde

Dacă descoperi că cineva s-a automutilat:

Verifică rana, starea de conștiență și respirația.

Sună la 112 dacă există sângerare importantă, intoxicație, pierderea conștienței, convulsii, o rană gravă sau orice pericol imediat.

Rămâi calm și nu judeca.

Întreabă direct: „Ai vrut să mori?” și „Te gândești acum la suicid?”

Nu lăsa persoana singură dacă există intenție suicidară sau nu poate rămâne în siguranță.

Reduce accesul la mijloace periculoase, numai dacă poți face acest lucru în siguranță.

Încurajează o evaluare medicală și psihologică, chiar dacă persoana spune că nu a vrut să moară.

Păstrează legătura după criză.

Mit sau realitate?

Mit

„Automutilarea este doar o modalitate de a atrage atenția și trebuie ignorată pentru a nu încuraja comportamentul.”

Realitate

Automutilarea indică o suferință importantă și poate avea funcții diferite: reglarea emoțiilor, întreruperea amorțelii, exprimarea durerii, autopedepsirea sau comunicarea nevoii de ajutor. Uneori este asociată și cu intenție suicidară.

Ignorarea, ridiculizarea sau pedepsirea persoanei poate crește rușinea și secretizarea. Răspunsul adecvat este să tratăm leziunea, să întrebăm direct despre suicid, să ascultăm fără judecată și să facilităm accesul la evaluare și sprijin.

Exemplu practic

Maria, în vârstă de 16 ani, începe să poarte bluze cu mâneci lungi în timpul verii și evită să mai meargă la înot. Mama ei observă pete de sânge pe un prosop și găsește în baie un obiect ascuns.

Prima reacție este să strige:

„Cum ai putut să ne faci așa ceva? Dă-mi telefonul imediat!”

Se oprește însă și își amintește că prioritatea este siguranța.

Spune:

„Am observat că te-ai rănit. Nu ești în necaz. Vreau mai întâi să văd dacă ai nevoie de un medic.”

Rana nu sângerează abundant, dar necesită evaluare medicală. Mama întreabă:

„Când te-ai rănit, ai vrut să mori?”

Maria răspunde că nu, că a vrut doar să nu mai simtă tensiunea. Mama continuă:

„Te gândești acum să îți iei viața?”

Maria spune că uneori își dorește să nu se mai trezească, dar nu are un plan.

Mama nu îi cere să promită că nu va mai face niciodată. Nu îi spune că „alții au probleme mai mari” și nu o lasă singură cu întreaga situație. Se ocupă de evaluarea răni, rămâne cu ea, securizează temporar medicamentele și obiectele periculoase împreună cu celălalt părinte și programează rapid o evaluare profesionistă.

În aceeași seară, construiesc un plan simplu:

- Maria îi va spune mamei sau unei mătuși dacă impulsul revine;
- nu va rămâne singură într-un moment de risc crescut;
- obiectele periculoase vor fi securizate temporar;
- dacă apare un plan suicidal sau nu mai poate rămâne în siguranță, se sună la 112;
- familia va solicita sprijin profesionist și va evita pedepsirea sau interogatoriile.

Răspunsul util nu a constatat în control absolut, ci în calm, evaluarea siguranței, întrebarea directă despre suicid și accesul rapid la ajutor.

De reținut

Automutilarea nu trebuie ignorată, ridiculizată sau pedepsită. Ea indică o suferință pe care persoana nu reușește, în acel moment, să o gestioneze prin mijloace mai sigure. Rolul aparținătorului este să trateze orice problemă fizică, să întrebe direct despre intenția suicidală, să reducă pericolul imediat și să faciliteze evaluarea profesionistă. O reacție calmă nu încurajează automutilarea; îi arată persoanei că poate cere ajutor fără să fie umilită.

Bibliografie

- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence* (NICE Guideline NG225). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence—Recommendations* (NICE Guideline NG225). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/Recommendations>
- National Institute of Mental Health. (2024). *5 action steps to help someone having thoughts of suicide*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/5-action-steps-to-help-someone-having-thoughts-of-suicide>
- National Institute of Mental Health. (2025). *Warning signs of suicide*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/warning-signs-of-suicide>
- World Health Organization. (2019). *Module: Self-harm/suicide*. In *mhGAP training manuals for the mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings—Version 2.0*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *Early identification and support for everyone affected by suicide and self-harm*. LIVE LIFE Initiative for Suicide Prevention. <https://www.who.int/initiatives/live-life-initiative-for-suicide-prevention/early-identification-and-support-for-everyone-affected-by-suicide-and-self-harm>
- World Health Organization. (2023). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders*. World Health Organization.

Capitolul 12

Adolescenții aflați în suferință

Când schimbarea face parte din adolescență și când devine un semnal de alarmă?

Adolescența este o perioadă de transformări rapide. Corpul se schimbă, relațiile devin mai complexe, presiunea grupului crește, identitatea se construiește, iar nevoia de autonomie intră uneori în conflict cu dependența încă firească față de familie. Fluctuațiile emoționale, nevoia de intimitate, contestarea regulilor și orientarea tot mai puternică spre prieteni pot face parte din dezvoltarea obișnuită.

Totuși, nu orice schimbare trebuie explicată prin afirmația: „Este doar adolescența.” Problemele de sănătate mintală sunt frecvente în această etapă de viață. Organizația Mondială a Sănătății estimează că aproximativ unul din șapte adolescenți cu vârsta între 10 și 19 ani trăiește cu o tulburare mintală, iar anxietatea, depresia și tulburările de comportament se numără printre principalele cauze de suferință și dizabilitate la această vârstă. Intervenția timpurie este importantă deoarece poate reduce suferința, deteriorarea funcționării și riscul ca problemele să se agraveze.

Părinții și profesorii se confruntă adesea cu o dilemă:

„Cum pot să îmi dau seama dacă este o perioadă dificilă, dar normală, sau dacă adolescentul are nevoie de ajutor?”

Nu există un singur comportament care să ofere răspunsul. Mai importante sunt:

- schimbarea față de modul obișnuit de a fi al adolescentului;
- intensitatea și durata manifestărilor;
- apariția simultană a mai multor semne;
- afectarea vieții de familie, a școlii, a relațiilor și a îngrijirii personale;
- prezența unui risc pentru sănătate sau viață.

Un adolescent poate continua să obțină note bune și totuși să sufere profund. Altfel poate exprima depresia mai ales prin iritabilitate, furie sau comportamente riscante, nu prin tristețe vizibilă. De aceea, performanța școlară, zâmbetul sau activitatea de pe rețelele sociale nu sunt dovezi suficiente că persoana este bine.

Rolul adultului nu este să stabilească singur un diagnostic, ci să observe, să creeze o conversație sigură și să faciliteze accesul la ajutor atunci când acesta este necesar.

Semnale de alarmă

1. O schimbare evidentă față de comportamentul obișnuit

Cel mai important indicator este adesea senzația că adolescentul „nu mai este el însuși”.

Poate deveni:

- mult mai retras;
- neobișnuit de iritabil;
- indiferent față de lucrurile care înainte contau;
- conflictual;
- apatic;
- dezorganizat;
- excesiv de temător;
- neobișnuit de energic și impulsiv;
- greu de recunoscut prin comparație cu comportamentul anterior.

O schimbare izolată, apărută după o zi dificilă, nu indică automat o problemă psihică. Devine îngrijorătoare atunci când persistă, se accentuează sau afectează mai multe domenii ale vieții.

2. Retragera din familie și din grupul de prieteni

Adolescenții au nevoie de intimitate și pot petrece mai mult timp singuri decât în copilărie. Retragera devine însă un semnal de alarmă atunci când adolescentul:

- nu mai vorbește cu nimeni;
- refuză toate activitățile de familie;
- rupe brusc relațiile de prietenie;
- nu mai răspunde la mesaje;
- renunță la hobby-uri;
- petrece aproape tot timpul izolat;
- spune că nimeni nu îl înțelege sau că nu mai are nevoie de nimeni;
- evită școala și orice interacțiune socială.

Izolarea poate apărea în depresie, anxietate, bullying, psihoză, tulburări alimentare, consum de substanțe sau după o experiență traumatică. Ea poate fi și consecința respingerii ori excluderii de către grup.

3. Tristețe, iritabilitate sau furie persistentă

La adolescenți, depresia nu se exprimă întotdeauna prin plâns și tristețe evidentă. Poate apărea sub forma:

- iritabilității;
- izbucnirilor de furie;
- cinismului;
- sensibilității extreme la critică;
- conflictelor repetate;
- lipsei de speranță;
- pierderii interesului și plăcerii;
- sentimentului că nimic nu mai contează.

Semnele depresive la adolescenți pot include tristețe sau iritabilitate, pierderea interesului, modificări ale energiei, somnului, apetitului și concentrării, retragere socială și sentimente de inutilitate.

Nu presupune automat că adolescentul este „obraznic” sau „nerecunoscător”. Uneori furia este partea vizibilă a unei stări de rușine, teamă, respingere sau depresie.

4. Scăderea performanței școlare sau absenteismul

Un adolescent poate începe:

- să lipsească;
- să întârzie;
- să nu își mai facă temele;
- să nu se mai poată concentra;
- să uite informații;
- să obțină rezultate mult mai slabe;
- să refuze să intre în clasă;
- să ceară frecvent să fie luat acasă;
- să se plângă de dureri înaintea școlii;
- să abandoneze activități extracurriculare.

Schimbarea poate fi asociată cu depresie, anxietate, dificultăți de învățare, ADHD, bullying, probleme familiale, lipsă de somn, consum de substanțe sau o afecțiune fizică. Problemele

emoționale pot afecta concentrarea, motivația și funcționarea școlară chiar și atunci când adolescentul dorește să învețe.

O scădere a notelor nu trebuie tratată doar prin pedepse și presiune înainte de a înțelege ce s-a schimbat.

5. Refuzul școlar

Refuzul de a merge la școală nu este întotdeauna lene sau sfidare. Poate fi legat de:

- anxietate socială;
- atacuri de panică;
- bullying;
- hărțuire sexuală;
- dificultăți de învățare;
- frica de un profesor sau coleg;
- depresie;
- rușine;
- epuizare;
- probleme legate de imaginea corporală;
- o experiență traumatică;
- sentimentul că nu aparține comunității școlare.

Conectarea autentică la școală și existența unor relații de încredere cu adulții și colegii sunt factori protectivi pentru sănătatea mintală, consumul de substanțe și violență.

Întrebarea utilă nu este doar:

„Cum îl oblig să meargă?”

ci și:

„Ce i se întâmplă acolo și ce face școala atât de greu de suportat?”

6. Modificarea somnului

Semnalele pot include:

- insomnie;
- somn foarte fragmentat;
- coșmaruri;
- culcare foarte târzie;
- inversarea completă a ritmului;
- somn excesiv;
- imposibilitatea de a se trezi;
- oboseală permanentă;
- lipsa somnului mai multe nopți la rând.

Somnul adolescenților poate fi influențat de programul școlar, dispozitivele digitale și ritmul biologic specific vârstei. Totuși, o schimbare severă și persistentă poate însoți depresia, anxietatea, mania, consumul de substanțe sau alte probleme medicale.

Lipsa aproape completă a somnului, asociată cu energie neobișnuit de mare, vorbire accelerată, grandiozitate, impulsivitate ori comportamente riscante, necesită evaluare medicală rapidă.

7. Schimbări importante ale alimentației, greutateii sau imaginii corporale

Este important să observăm:

- restricționarea alimentelor;
- săritul frecvent peste mese;
- teama intensă de creștere în greutate;
- eliminarea unor categorii întregi de alimente;

- mâncatul pe ascuns;
- episoadele de pierdere a controlului alimentar;
- vărsăturile provocate;
- folosirea laxativelor sau diureticelor;
- exercițiul fizic compulsiv;
- cântărirea repetată;
- scăderea sau creșterea semnificativă în greutate;
- amețeala, leșinul, slăbiciunea;
- preocuparea excesivă pentru corp.

Tulburările de alimentație necesită evaluare specializată, iar așteptarea pasivă nu este indicată când există suspiciuni.

Nu comenta corpul adolescentului, nu îl rușina pentru greutate și nu transforma fiecare masă într-o confruntare fără sprijin profesionist.

8. Anxietate intensă și evitare

Adolescentul poate:

- evita colegii;
- refuza prezentările;
- nu mai răspunde la ore;
- se teme să mănânce în public;
- nu mai folosi transportul;
- cere permanent reasigurări;
- evita să rămână singur;
- avea atacuri de panică;
- se teme excesiv de boală, eșec sau respingere;
- refuza situații pe care înainte le putea gestiona.

Anxietatea socială poate afecta comunicarea și participarea școlară. Adolescenții trebuie să primească posibilitatea de a se exprima în moduri adaptate — verbal, în scris sau gradual — iar mediul familial și școlar trebuie implicat în susținerea obiectivelor terapeutice, fără a forța sau umili adolescentul.

9. Dureri și simptome fizice repetate fără o explicație clară

Suferința emoțională poate fi exprimată prin:

- dureri de cap;
- dureri abdominale;
- greață;
- amețeli;
- senzație de sufocare;
- oboseală;
- palpitații;
- tensiune musculară;
- vizite repetate la cabinetul medical școlar.

Simptomele trebuie evaluate medical. Nu presupunem automat că sunt „psihologice”. În același timp, investigațiile normale nu înseamnă că adolescentul inventează suferința.

Poți spune:

„Cred că ceea ce simți este real. Vreau să verificăm atât sănătatea fizică, cât și felul în care stresul te afectează.”

10. Automutilarea

Rănile, cicatricile neexplicate, bandajele repetate, purtarea hainelor foarte acoperitoare sau obiectele ascunse pot indica automutilare.

Nu reacționa prin:

„O faci ca să atragi atenția.”

„Dacă mai faci asta, te pedepsesc.”

Întreabă direct despre intenția suicidară și solicită evaluare medicală și psihologică.

11. Vorbește despre moarte sau lipsa de speranță

Luați în serios afirmații precum:

- „Nu mai vreau să trăiesc.”
- „Aș vrea să dispar.”
- „Mi-aș dori să nu mă mai trezesc.”
- „Nu mai există nicio soluție.”
- „Toți ar fi mai bine fără mine.”
- „În curând se termină totul.”
- „Viața mea nu valorează nimic.”

Pot apărea și alte semnale:

- căutări despre metode de suicid;
- mesaje de rămas-bun;
- oferirea bunurilor;
- ștergerea conturilor;
- postări îngrijorătoare;
- adunarea unor medicamente;
- asumarea unor riscuri extreme;
- calmarea bruscă după o perioadă de disperare.

Întrebarea directă despre suicid nu introduce ideea în mintea adolescentului. Ea poate deschide conversația și permite intervenția. În cazul intenției, planului, accesului la mijloace sau imposibilității de a menține siguranța, adolescentul nu trebuie lăsat singur și se solicită ajutor de urgență.

12. Consumul de alcool, droguri sau medicamente

Semnalele pot include:

- miros de alcool;
- schimbări bruște de dispoziție;
- somnolență;
- agitație;
- lipsa banilor;
- obiecte sau ambalaje neobișnuite;
- minciuni repetate legate de locul în care se află;
- scăderea performanței;
- schimbarea grupului de prieteni;
- incidente, accidente sau conflicte;
- folosirea medicamentelor din casă;
- consumul înaintea școlii.

Consumul poate fi o problemă în sine sau o încercare de a gestiona anxietatea, depresia, trauma ori dificultățile sociale. Nu conduceți conversația doar ca pe o investigație disciplinară. Evaluați și suferința din spatele consumului.

Intoxicația, pierderea conștienței, respirația anormală, convulsiile, comportamentul violent sau consumul cu intenție suicidală reprezintă urgențe.

13. Comportamente sexuale riscante sau modificări bruște ale relațiilor

Adolescentul poate:

- intra în relații coercitive;
- fi șantajat cu imagini;
- fi victima manipulării online;
- avea contacte sexuale nedorite;
- primi amenințări;
- manifesta o schimbare bruscă de comportament după o relație;
- deveni extrem de speriat de o anumită persoană;
- evita școala;
- prezenta răni, sarcină sau infecții;
- spune că nu își amintește ce s-a întâmplat după consum.

În astfel de situații trebuie luate în considerare abuzul, exploatarea și necesitatea protecției. Adolescentul nu trebuie învinovățit pentru comportamentul agresorului și nici interogată agresiv de familie.

14. Schimbări neobișnuite ale percepției sau gândirii

Semnele pot include:

- auzirea unor voci;
- convingerea că este urmărit;
- idei foarte bizare;
- vorbire dezorganizată;
- suspiciozitate intensă;
- comportament neobișnuit;
- neglijarea severă a igienei;
- pierderea contactului cu realitatea.

Un prim episod psihotic, mai ales dacă este asociat cu agitație, risc suicidal, consum de substanțe sau lipsă severă de somn, necesită evaluare rapidă.

15. Comportamente neobișnuit de energice, impulsive sau grandioase

Uneori adolescentul:

- doarme foarte puțin fără să pară obosit;
- vorbește continuu și foarte repede;
- are planuri nerealiste;
- se consideră invincibil;
- cheltuiește impulsiv;
- își asumă riscuri;
- devine foarte sexualizat;
- este extrem de iritabil;
- începe numeroase activități;
- nu poate fi oprit.

Aceste manifestări pot indica un episod maniacal sau pot fi legate de consumul de substanțe. Nu trebuie interpretate doar ca entuziasm adolescentin când sunt intense, persistente și mult diferite de comportamentul obișnuit.

16. Neglijarea igienei și a nevoilor de bază

Este îngrijorător când adolescentul:

- nu se mai spală;
- poartă aceleași haine perioade lungi;
- nu mănâncă;
- nu bea;
- nu își ia tratamentul necesar;
- nu se ridică din pat;
- nu mai poate gestiona activitățile elementare;
- trăiește într-un mediu periculos.

Aceasta poate indica depresie severă, psihoză, tulburare alimentară, consum de substanțe sau o altă problemă gravă.

Cum începi conversația?

1. Alege momentul și locul potrivite

Nu începe discuția:

- în fața fraților;
- în mijlocul unui conflict;
- înainte de a pleca în grabă;
- ca reacție imediată la o notă;
- într-un loc public;
- în timp ce filmezi sau verifici telefonul.

Alege un moment relativ liniștit. Uneori adolescenții vorbesc mai ușor:

- în mașină;
- în timpul unei plimbări;
- în timp ce faceți o activitate împreună;
- seara;
- fără contact vizual permanent.

Nu insista ca adolescentul să stea față în față, ca într-un interogatoriu.

2. Spune ce ai observat, nu ce ai concluzionat

Mai util:

„Am observat că de aproape trei săptămâni nu mai ieși cu prietenii, dormi foarte puțin și ai lipsit de la școală. Îmi fac griji pentru tine.”

Mai puțin util:

„Ai depresie.”

„Ai devenit leneș.”

„Ești dependent de telefon.”

„Ai un anturaj rău.”

Observațiile concrete reduc riscul ca adolescentul să simtă că identitatea lui este atacată.

3. Folosește o întrebare deschisă

Poți spune:

„Cum este pentru tine perioada aceasta?”

„Care este partea cea mai grea?”

„S-a întâmplat ceva la școală sau online?”

„Cum te simți când te trezești dimineața?”

„Ce crezi că eu nu înțeleg?”

„Este ceva ce te sperie să îmi spui?”

„Ai nevoie să te ascult sau să te ajut să găsim o soluție?”

Nu pune zece întrebări fără pauză. Lasă adolescentului timp să răspundă.

4. Ascultă fără să corectezi imediat

Adolescentul poate spune lucruri nedrepte, exagerate sau greu de auzit:

„Nu mă înțelege nimeni.”

„Școala este un coșmar.”

„Mă urăsc.”

„Nu vreau să mai văd pe nimeni.”

Prima intervenție nu trebuie să fie demonstrarea faptului că greșește.

Poți răspunde:

„Înțeleg că așa se simte pentru tine acum.”

„Spune-mi mai mult.”

„Nu vreau să te contrazic înainte să înțeleg.”

A asculta nu înseamnă să fii de acord cu toate concluziile sau să accepți orice comportament.

Înseamnă să creezi suficientă siguranță pentru ca adolescentul să vorbească.

5. Validează emoția, fără să minimalizezi

Evitați:

- „La vârsta ta nu ai probleme.”
- „O să râzi de asta peste câțiva ani.”
- „Este doar o despărțire.”
- „Toată lumea este stresată.”
- „Ai tot ce îți trebuie.”
- „Alții au părinți mult mai răi.”
- „Nu ai niciun motiv să fii trist.”

Poți spune:

„Poate că eu văd situația diferit, dar înțeleg că pentru tine este foarte dureroasă.”

„Nu trebuie să îmi demonstrezi că suferi.”

„Îți mulțumesc că mi-ai spus.”

6. Nu transforma prima conversație într-o anchetă

Dacă adolescentul spune că este hărțuit, abuzat, șantajat sau amenințat, nu încerca să obții toate detaliile prin întrebări repetate.

Întreabă doar ceea ce este necesar pentru siguranța imediată:

- „Ești în pericol acum?”
- „Persoana respectivă are acces la tine?”
- „Există imagini sau amenințări?”
- „Trebuie să mergem într-un loc sigur?”
- „Este nevoie de ajutor medical?”

Detaliile complete trebuie explorate de persoane pregătite, astfel încât adolescentul să nu fie obligat să re trăiască experiența de mai multe ori.

7. Întreabă direct despre automutilare și suicid

Când apar lipsa de speranță, izolarea, mesajele despre dispariție, automutilarea sau schimbări severe, întreabă:

„Te-ai rănit intenționat?”

„Te-ai gândit că ai vrea să mori?”

„Te gândești la suicid?”

„Ai un plan?”

„Ai acces la ceea ce ai folosi?”

„Crezi că ai putea face ceva astăzi sau în noaptea aceasta?”

Întrebările trebuie puse calm, fără dramatizare și fără sugerarea răspunsului:

Nu:

„Nu te-ai gândit la vreo prostie, nu?”

Da:

„Te gândești să îți iei viața?”

8. Explică limitele confidențialității

Adolescentul poate spune:

„Îți spun numai dacă promiți că nu spui nimănui.”

Poți răspunde:

„Nu voi spune tuturor și vreau să îți protejiez intimitatea. Dar nu pot păstra secretul dacă tu sau altcineva sunteți în pericol.”

Aceasta este mai onest decât promisiunea absolută urmată de încălcarea ei.

Implicarea școlii și a specialiștilor trebuie făcută, pe cât posibil, cu participarea adolescentului.

Totuși, siguranța și protecția au prioritate când există risc de suicid, abuz, violență sau alt pericol grav.

9. Nu cere soluții perfecte

Adolescentul poate spune:

„Nu știu.”

„Nu vreau să vorbesc.”

„Lasă-mă în pace.”

Nu încheia definitiv încercarea.

Poți răspunde:

„În regulă. Nu trebuie să vorbim acum. Voi reveni mai târziu pentru că îmi pasă și sunt îngrijorat.”

„Poți să îmi scrii dacă îți este mai ușor.”

„Poți alege cu cine ai vrea să vorbești.”

Unii adolescenți se exprimă mai ușor în scris, prin desen sau prin intermediul unui adult de încredere. Adaptarea modului de comunicare este deosebit de importantă pentru adolescenții anxioși, autiști, neurodivergenți sau cu dificultăți de limbaj.

Formulări utile

„Vreau să înțeleg, nu să te pedepsesc.”

„Îmi pare rău că ai dus singur toate acestea.”

„Nu trebuie să îmi spui totul deodată.”

„Te cred că îți este greu.”

„Vom decide împreună cui trebuie să cerem ajutor.”

„Nu pot păstra secretul dacă ești în pericol.”

„Nu este nevoie să așteptăm să devină mai rău.”

„Ai dreptul să fii implicat în ceea ce urmează.”

„Chiar dacă nu ești pregătit să vorbești cu mine, te pot ajuta să găsești un adult cu care poți vorbi.”

Ce NU trebuie să spui

„Este doar o fază.”
„La vârsta ta nu ai motive să fii deprimat.”
„Telefonul ți-a făcut toate problemele.”
„Dacă ai avea mai multă disciplină, ți-ar trece.”
„Ne faci de râs.”
„După tot ce am făcut pentru tine...”
„De mâine îți confisc tot.”
„Prietenii tăi sunt problema.”
„Nu mai dramatiza.”
„Promite că nu mai faci niciodată.”
„Dacă nu îmi spui totul, înseamnă că minți.”
„Nu voi spune nimănui, orice s-ar întâmpla.”

Cum implici școala?

Școala nu trebuie implicată ca pedeapsă

Adolescentul poate percepe contactarea școlii drept trădare, mai ales dacă se teme că informația va circula între profesori sau colegi.

Spune-i dinainte:

„Cred că este nevoie ca una sau două persoane din școală să știe suficient pentru a te sprijini. Vreau să alegem împreună cine și ce informații primește.”

Implicarea școlii nu înseamnă informarea întregului colectiv. Principiul ar trebui să fie:

Cât este necesar pentru siguranță și sprijin, nu cât este posibil de spus.

1. Întreabă adolescentul în cine are încredere

Poate fi:

- dirigintele;
- consilierul școlar;
- un profesor;
- directorul;
- medicul sau asistenta școlii;
- un antrenor;
- un educator;
- un alt adult semnificativ.

Nu presupune automat că dirigintele este persoana potrivită. Uneori adolescentul are o relație de încredere cu alt adult.

2. Stabiliți scopul comunicării

Înainte de întâlnire, clarificați:

- Ce problemă trebuie rezolvată?
- Ce informații sunt necesare?
- Ce nu dorește adolescentul să fie divulgat?
- Cine trebuie să știe?
- Ce măsuri concrete solicită familia?
- Cât timp vor fi necesare?
- Când vor fi revizuite?

Scopurile pot include:

- oprirea bullyingului;

- reducerea temporară a volumului de sarcini;
- acordarea unor pauze;
- permiterea accesului la consilier;
- modificarea temporară a programului;
- un loc sigur;
- sprijin pentru revenirea graduală;
- monitorizarea absențelor;
- evitarea expunerii publice;
- un plan pentru atacuri de panică;
- măsuri pentru o problemă medicală ori alimentară;
- contactarea familiei în anumite situații.

Școlile pot avea un rol în prevenție, identificare timpurie, sprijin și conectarea elevilor cu servicii, iar sentimentul de apartenență la școală este asociat cu rezultate emoționale și educaționale mai bune.

3. Cereți un plan concret, nu doar „să fie urmărit”

O formulare vagă precum „fiți mai atenți la el” poate conduce fie la lipsa intervenției, fie la supraveghere intruzivă.

Un plan mai clar poate include:

- adultul de referință;
- semnalul prin care adolescentul cere ajutor;
- locul în care poate merge;
- cine contactează familia;
- cum se procedează în cazul absențelor;
- ce se întâmplă dacă apar idei suicidare;
- cum este gestionat bullyingul;
- ce ajustări școlare sunt temporar necesare;
- data la care planul este revizuit.

4. Protejați confidențialitatea

Solicitați ca informațiile să fie comunicate numai persoanelor care au un rol real în sprijinirea adolescentului.

Nu este util ca fiecare profesor să primească detalii despre:

- diagnostice;
- traumă;
- automutilare;
- tratament;
- probleme familiale;
- orientare sau identitate;
- conținutul ședințelor de terapie.

Uneori profesorii au nevoie să știe doar:

„Elevul trece printr-o problemă de sănătate și are nevoie temporar de pauze, sarcini adaptate și acces la un adult desemnat.”

Adolescentul trebuie informat despre scopul întâlnirilor și despre motivul distribuirii informațiilor, iar dreptul său la confidențialitate trebuie respectat în limitele siguranței și protecției.

5. Nu transforma școala în serviciu de tratament

Profesorii și consilierii pot observa, sprijini și orienta, dar nu înlocuiesc evaluarea clinică și tratamentul.

Școala poate:

- identifica schimbările;
- oferi un adult sigur;
- reduce obstacolele educaționale;
- aplica procedurile de protecție;
- interveni în bullying;
- comunica cu familia;
- facilita revenirea;
- orienta către servicii.

Școala nu trebuie să fie singura instituție responsabilă de un adolescent cu risc suicidar, psihoză, tulburare alimentară severă, dependență sau automutilare repetată.

6. În cazul bullyingului, cereți intervenție asupra mediului

Nu este suficient să i se recomande adolescentului să devină „mai rezilient” dacă agresiunea continuă.

Este necesar ca școala să clarifice:

- ce s-a întâmplat;
- cine este implicat;
- dacă există risc imediat;
- cum este separat adolescentul de agresor;
- cum sunt monitorizate spațiile vulnerabile;
- cum este oprită hărțuirea online legată de școală;
- cine comunică familiei;
- cum este prevenită victimizarea repetată;
- cum este protejată confidențialitatea.

Dificultățile sociale, bullyingul și ostracizarea trebuie explorate în evaluarea problemelor de anxietate și sănătate mentală ale copiilor și adolescenților.

7. Evitați întoarcerea forțată și nepregătită

După o absență îndelungată, adolescentul poate avea nevoie de revenire graduală:

- primele ore ale zilei;
- anumite materii;
- un program redus;
- o persoană care îl întâmpină;
- un spațiu sigur;
- recuperarea treptată a sarcinilor;
- reducerea expunerii publice;
- pauze planificate;
- revizuirea progresului.

Scopul este revenirea la funcționare, nu menținerea evitării pe termen nelimitat. Planul trebuie corelat cu recomandările specialiștilor.

8. Când școala trebuie informată chiar dacă adolescentul nu dorește

Este necesară transmiterea informațiilor relevante când:

- există risc suicidar;
- adolescentul poate răni pe cineva;

- există abuz, exploatare sau bullying sever;
- apare o problemă medicală care poate produce o urgență la școală;
- adolescentul este dispărut;
- există consum sau distribuire de substanțe cu risc;
- sunt necesare măsuri imediate de protecție;
- școala trebuie să activeze proceduri de siguranță.

Spune adolescentului, pe cât posibil, ce vei comunica:

„Nu pot păstra secret faptul că ești în pericol. Ți voi spune exact cui vorbesc și ce informații transmit.”

Când este nevoie de ajutor specializat?

Ajutorul specializat nu trebuie rezervat situațiilor în care adolescentul „nu mai funcționează deloc”. Intervenția timpurie poate preveni agravarea problemelor.

Este recomandată o evaluare atunci când:

- simptomele persistă mai multe săptămâni;
- adolescentul suferă intens;
- funcționarea școlară scade;
- se retrage social;
- nu mai are plăcere;
- anxietatea produce evitări;
- somnul sau alimentația sunt afectate;
- apar crize frecvente de furie;
- există automutilare;
- consumă alcool sau droguri;
- apare o preocupare excesivă pentru greutate;
- există simptome de traumă;
- adolescentul spune că nu se mai poate descurca;
- familia nu știe cum să îl ajute;
- problemele se repetă după încercări de sprijin obișnuit;
- comportamentul este foarte diferit de cel anterior.

Depresia la copii și adolescenți necesită identificare, evaluarea riscului și intervenții proporționale cu severitatea și nevoile persoanei.

Cine poate fi implicat?

În funcție de situație:

- medicul de familie;
- medicul pediatru;
- psihoterapeutul;
- psihologul clinician;
- medicul psihiatru pentru copii și adolescenți;
- consilierul școlar;
- servicii pentru consumul de substanțe;
- servicii pentru tulburări alimentare;
- neurologul sau alt specialist medical;
- serviciile de protecție, când există abuz ori neglijare;
- serviciile de urgență.

Nu toate dificultățile necesită medicație și nu toate pot fi rezolvate numai prin consiliere școlară. Evaluarea trebuie să stabilească nevoile concrete.

Când este necesară evaluarea urgentă?

Sună la 112 sau solicită imediat asistență medicală când adolescentul:

- spune că intenționează să se sinucidă;
- are un plan și acces la mijloace;
- a făcut o tentativă;
- a ingerat medicamente ori substanțe;
- prezintă o rană gravă;
- nu poate fi trezit;
- nu respiră normal;
- are convulsii;
- este profund confuz;
- aude voci care îi cer să se rănească;
- amenință că va răni pe cineva;
- are un obiect periculos;
- este extrem de agitat sau violent;
- nu poate fi menținut în siguranță;
- a dispărut după mesaje suicidare;
- refuză complet apa și mâncarea, iar starea fizică este alterată;
- prezintă leșin, slăbiciune severă sau alte semne medicale grave;
- are un prim episod psihotic sever;
- se află sub influența substanțelor și exprimă intenții suicidare;
- a suferit un abuz recent și există pericol imediat.

În România, pentru situațiile în care viața, sănătatea sau siguranța sunt în pericol se apelează serviciul de urgență 112.

Ce faci până vine ajutorul?

1. Nu lăsa adolescentul singur dacă există risc suicidar sau o posibilă intoxicație.
2. Îndepărtează accesul la medicamente, obiecte sau alte mijloace periculoase numai dacă poți face acest lucru fără confruntare.
3. Vorbește calm și simplu.
4. Nu îl certa și nu negocia prin vinovăție.
5. Nu promite că vei păstra secretul.
6. Nu îi administra sedative sau alte medicamente după propria apreciere.
7. Păstrează ambalajele substanțelor ingerate.
8. Îndepărtează frații și spectatorii.
9. Urmează instrucțiunile operatorului.
10. Spune echipei medicale exact ce ai observat și ce a spus adolescentul.

Dacă adolescentul refuză ajutorul

Refuzul poate fi determinat de:

- teamă;
- rușine;
- lipsă de încredere;

- experiențe negative anterioare;
- teama că părinții vor afla tot;
- frica de medicație sau internare;
- convingerea că problema nu este suficient de gravă;
- simptomele înseși.

În absența unui pericol imediat:

- ascultă motivele;
- oferă mai multe variante;
- permite-i să aleagă sexul sau profilul specialistului, dacă este posibil;
- propune o primă întâlnire de evaluare, nu un angajament nedefinit;
- explică ce informații vor rămâne confidențiale;
- permite-i să intre singur o parte din consultație;
- oferă posibilitatea unei conversații online sau telefonice inițiale, dacă serviciul permite;
- reveniți asupra discuției.

Poți spune:

„Nu trebuie să îți placă ideea. Te rog doar să accepți o întâlnire în care să vezi dacă persoana respectivă ți se potrivește.”

Dacă există un pericol imediat, refuzul nu anulează nevoia de intervenție.

Ce pot face părinții pe termen lung?

Păstrați legătura, nu este suficient să supravegheați.

Întrebați:

„Cum a fost ziua pentru tine?”

nu doar:

„Ți-ai făcut temele?”

Creați momente regulate de contact care nu au drept scop evaluarea sau corectarea.

Păstrați limitele

Sprijinul nu înseamnă absența regulilor.

Limitele trebuie să fie:

- clare;
- previzibile;
- proporționale;
- explicate;
- separate de umilire și amenințări.

Poți spune:

„Înțeleg că ești foarte furios. Putem discuta, dar nu pot accepta să lovești sau să ameninți.”

Nu faceți din note singurul indicator al stării lui

Un adolescent poate excela și totuși să fie epuizat, anxios sau suicidar. Altul poate avea rezultate slabe din motive care nu reflectă capacitatea ori efortul său.

Observați mediul digital, fără a-l transforma în unicul vinovat

Viața online poate aduce:

- sprijin;
- apartenență;
- informații;
- prietenii;
- dar și hărțuire, comparație, exploatare și expunere la conținut dăunător.

Întrebarea utilă este:

„Ce se întâmplă online pentru tine?”

nu doar:

„Câte ore stai pe telefon?”

În situațiile de pericol, accesul la dispozitive poate necesita limitare temporară, dar confiscarea punitivă și totală poate elimina și surse importante de sprijin.

Fiți atenți la propriile reacții

Părintele poate simți:

- furie;
- vinovăție;
- rușine;
- teamă;
- nevoia de control;
- dorința de a găsi imediat un vinovat.

Este util să își regleze propria reacție înainte de conversație. Adolescentul nu trebuie să devină responsabil pentru liniștirea părintelui.

Căutați și sprijin pentru familie

Uneori sunt utile:

- consilierea parentală;
- terapia de familie;
- grupurile pentru aparținători;
- colaborarea cu școala;
- un plan de criză;
- împărțirea responsabilităților între adulți.

Nu este realist ca un singur părinte să supravegheze permanent adolescentul și să gestioneze fără sprijin o problemă severă.

Primul ajutor în 60 de secunde

Dacă observi că un adolescent s-a schimbat semnificativ:

Spune ce ai observat, fără etichete:

„Nu mai dormi, lipsești de la școală și te-ai retras. Îmi fac griji.”

Ascultă înainte să corectezi sau să pedepsești.

Întreabă direct despre automutilare și suicid dacă există semne de alarmă.

Nu promite confidențialitate absolută: siguranța are prioritate.

Oferă ajutor concret: programare, însoțire, contactarea unui adult de încredere.

Implică școala limitat și clar, cu participarea adolescentului atunci când este posibil.

Dacă există plan suicidar, tentativă, intoxicație, psihoză severă, violență sau imposibilitatea menținerii siguranței, nu lăsa adolescentul singur și sună la 112.

Mit sau realitate?

Mit

„Adolescenții sunt oricum instabili emoțional, așa că este mai bine să așteptăm să le treacă.”

Realitate

Schimbările de dispoziție și nevoia de autonomie pot face parte din adolescență, dar suferința persistentă, izolarea, afectarea funcționării, automutilarea, consumul de substanțe și vorbirea despre moarte nu trebuie explicate automat prin vârstă.

Intervenția timpurie poate reduce suferința și poate preveni agravarea dificultăților. Nu este necesar să așteptăm apariția unui diagnostic sever sau prăbușirea completă a rezultatelor școlare pentru a solicita o evaluare.

Exemplu practic

David, în vârstă de 15 ani, obișnuia să joace baschet și să petreacă timp cu prietenii. În ultimele două luni a renunțat la antrenamente, lipsește frecvent, doarme ziua și stă treaz noaptea. Notele au scăzut, iar când părinții îl întreabă ce se întâmplă, răspunde:

„Lăsați-mă în pace. Oricum nu contează.”

Tatăl consideră că este leneș și îi ia telefonul pentru o lună. David se izolează și mai mult.

Mama propune o altă abordare. Într-o seară liniștită, spune:

„Am observat că ai renunțat la baschet, lipsești și nu mai vorbești cu prietenii. Nu ești în necaz. Îmi fac griji pentru tine.”

David răspunde:

„Nu vreau să vorbesc.”

Mama nu îl interoghează:

„În regulă. Nu trebuie să vorbești acum. Dar voi reveni mâine, fiindcă schimbarea este importantă și vreau să te ajut.”

A doua zi, David recunoaște că este hărțuit de câțiva colegi și că circulă online o imagine modificată cu el. Spune că ar prefera „să nu se mai trezească”.

Mama întreabă direct:

„Te gândești la suicid?”

David spune că s-a gândit, dar nu are un plan. Mama îi mulțumește că a spus adevărul, nu promite să păstreze totul secret și îi explică:

„Nu voi spune colegilor sau tuturor profesorilor. Dar trebuie să implicăm un specialist și o persoană din școală care poate opri hărțuirea și te poate proteja.”

Împreună aleg consilierul școlar și dirigintele. La întâlnire, nu sunt prezentate detalii inutile despre starea lui David. Se stabilesc:

- investigarea și oprirea hărțuirii;
- o persoană de contact;
- un loc în care se poate retrage dacă devine copleșit;
- o revenire graduală la program;
- contactarea familiei dacă exprimă din nou idei suicidare;
- o evaluare rapidă la un specialist.

În zilele următoare, părinții reduc accesul la cantități mari de medicamente, păstrează legătura și nu îl lasă izolat atunci când starea se agravează. Dacă David ar dezvolta un plan sau ar spune că intenționează să acționeze, părinții ar suna imediat la 112.

Răspunsul util a inclus:



- observarea schimbării;
- renunțarea la interpretarea exclusiv disciplinară;
- conversația calmă;
- întrebarea directă despre suicid;
- implicarea limitată și concretă a școlii;
- accesul la ajutor specializat;
- un plan clar pentru agravarea riscului.

De reținut

Adolescenții nu trebuie nici infantilizați, nici lăsați singuri să gestioneze suferințe pe care nu le pot controla. Schimbările persistente de comportament, izolarea, afectarea școlii, automutilarea, consumul de substanțe și vorbirea despre moarte sunt semnale care necesită conversație și, adesea, evaluare. Părintele ajută cel mai mult atunci când observă fără să eticheteze, ascultă fără să minimalizeze, implică adolescentul în decizii și protejează siguranța chiar și atunci când acest lucru presupune solicitarea ajutorului împotriva dorinței sale de moment.

Bibliografie

- American Academy of Pediatrics. (2022). *Supporting students with depression in school*. American Academy of Pediatrics.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Mental health: Adolescent and school health*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Promoting mental health and well-being in schools: An action guide for school and district leaders*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *School connectedness helps students thrive*. Centers for Disease Control and Prevention.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment* (NICE Guideline NG69). NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Depression in children and young people: Identification and management* (NICE Guideline NG134). NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence* (NICE Guideline NG225). NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Social anxiety disorder: Recognition, assessment and treatment* (Clinical Guideline CG159). NICE.
- World Health Organization. (2020). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: Helping adolescents thrive*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Mental Health Gap Action Programme guideline for mental, neurological and substance use disorders*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2025). *Mental health of adolescents*. World Health Organization.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2025). *Child and youth mental health in the WHO European Region: Status and actions to strengthen quality of care*. World Health Organization Regional Office for Europe.

Capitolul 13

Cum convingi pe cineva să accepte ajutor

Nu poți obliga întotdeauna o persoană să dorească ajutorul, dar îi poți face primul pas mai ușor

Una dintre cele mai dificile situații pentru familie apare atunci când este evident că o persoană suferă, dar aceasta refuză orice formă de ajutor. Poate respinge ideea unei consultații, poate spune că nu are nicio problemă, poate minimaliza simptomele sau poate reacționa cu furie atunci când cineva îi sugerează să vorbească cu un specialist.

Aparținătorii pot simți că trebuie să găsească argumentul perfect, să insiste până când persoana cedează sau să o sperie pentru a o determina să accepte tratamentul. În realitate, presiunea excesivă produce adesea efectul opus: persoana se simte controlată, judecată sau amenințată și devine mai hotărâtă să refuze.

Acceptarea ajutorului este rareori rezultatul unei singure conversații. De cele mai multe ori este un proces. Persoana poate trece de la negarea completă a problemei la recunoașterea unei dificultăți, apoi la acceptarea unei discuții, a unei evaluări și, în cele din urmă, a unui plan de tratament.

Motivația nu trebuie privită ca o caracteristică fixă — ceva ce persoana „are” sau „nu are”. Ea se poate modifica în funcție de felul în care este purtată conversația, de relația cu cel care oferă sprijin, de barierele practice și de experiențele anterioare cu serviciile de sănătate. Abordările motivaționale tratează ambivalența ca pe o parte firească a procesului de schimbare, nu ca pe o dovadă de rea-voință.

Scopul aparținătorului nu este să „învingă” persoana într-o dezbatere. Scopul este să:

- înțeleagă de ce refuză;
- reducă rușinea și teama;
- prezinte opțiuni clare;
- păstreze autonomia persoanei, atât cât permite situația;
- facă primul pas cât mai accesibil;
- recunoască situațiile în care siguranța impune intervenția de urgență.

De ce refuză oamenii ajutorul?

Refuzul poate avea numeroase explicații. Uneori persoana nu recunoaște gravitatea simptomelor. Alteori înțelege că are nevoie de ajutor, dar se teme de ceea ce ar putea urma.

1. Nu consideră că are o problemă

Persoana poate spune:

- „Nu am nimic.”
- „Voi exagerați.”
- „Sunt doar obosit.”
- „Toată lumea trece prin asta.”
- „Problema sunteți voi, nu eu.”

Uneori este vorba despre minimalizare sau evitare. În alte situații, mai ales în psihoză, manie, demență sau anumite afecțiuni neurologice, capacitatea de a recunoaște boala poate fi afectată.

Nu este util să presupunem automat că persoana minte sau este încăpățânată. Poate percepe situația sincer într-un mod diferit.

2. Se teme de stigmatizare

Persoana poate asocia ajutorul psihologic sau psihiatric cu:

- slăbiciunea;
- „nebunia”;
- pierderea respectului;
- excluderea profesională;
- rușinea familiei;
- judecata comunității;
- pierderea controlului asupra propriei vieți.

Poate spune:

„Nu vreau să aflu nimeni.”

„Ce o să creadă oamenii?”

„Nu sunt genul de persoană care merge la psihiatru.”

Aceste temeri nu trebuie ridiculizate. Stigmatizarea este reală, chiar dacă nu justifică amânarea îngrijirii. O conversație utilă recunoaște teama și explică modul în care poate fi protejată confidențialitatea.

3. Se teme că va fi internată sau obligată să ia medicamente

Unii oameni cred că orice întâlnire cu un psihiatru conduce automat la internare sau medicație.

Poți explica:

„O evaluare nu înseamnă automat internare.”

„Prima întâlnire poate fi doar o conversație în care afli ce opțiuni există.”

„Poți pune întrebări și poți discuta beneficiile, riscurile și alternativele.”

Îngrijirea modernă urmărește, în mod obișnuit, participarea persoanei la deciziile privind tratamentul. Decizia partajată presupune ca profesionistul și persoana să analizeze împreună dovezile, opțiunile, beneficiile, riscurile, valorile și preferințele individuale.

4. A avut experiențe negative

Persoana poate fi reticentă deoarece:

- nu s-a simțit ascultată;
- a fost tratată fără respect;
- a primit un diagnostic pe care nu l-a înțeles;
- a avut efecte adverse;
- nu s-a potrivit cu un anumit psihoterapeut;
- serviciul a fost dificil de accesat;
- confidențialitatea i-a fost încălcată;
- a simțit că familia și specialistul au decis fără ea.

În această situație, nu răspunde:

„Toți specialiștii sunt buni, problema a fost la tine.”

Spune:

„Înțeleg de ce experiența aceea te face să eziți. Putem căuta o altă persoană sau o altă formă de ajutor.”

Un profesionist nepotrivit nu înseamnă că toate formele de ajutor sunt inutile.

5. Nu are energie, speranță sau capacitate de organizare

În depresie, simpla efectuare a unui apel poate părea imposibilă. Persoana poate dori ajutorul, dar să nu poată:

- căuta specialiști;
- compara opțiuni;
- scrie un mesaj;
- explica ce simte;
- ajunge la consultație;
- suporta așteptarea;
- lua o decizie.

Refuzul aparent poate fi, de fapt, o incapacitate temporară de a organiza primul pas.

În loc să spui:

„Ți-am dat numărul. De ce nu ai sunat?”

poți spune:

„Vrei să căutăm împreună două variante și să scriem acum mesajul?”

6. Se teme de costuri sau de consecințele practice

Barierile pot fi:

- costurile;
- transportul;
- programul de lucru;
- îngrijirea copiilor;
- distanța;
- lipsa serviciilor;
- timpul de așteptare;
- teama de concediu medical;
- dificultățile de limbă;
- lipsa intimității pentru consultații online.

Nu interpreta o barieră practică drept lipsă de motivație.

Întreabă:

„Ce face cel mai dificil accesul la ajutor?”

Uneori soluția nu este un argument psihologic, ci găsirea transportului, a unei consultații accesibile sau a unei persoane care să însoțească pacientul.

7. Se teme că schimbarea îi va lua un mecanism de supraviețuire

Consumul de alcool, izolarea, evitarea, automutilarea sau anumite ritualuri pot avea consecințe grave, dar pot funcționa temporar ca metode de reglare.

Persoana poate gândi:

- „Fără alcool nu pot dormi.”
- „Dacă ies din casă, fac un atac.”
- „Dacă renunț la automutilare, nu mai pot controla tensiunea.”
- „Dacă vorbesc despre traumă, mă voi prăbuși.”

Simpla cerere de a opri comportamentul nu răspunde întrebării:

„Cu ce îl voi înlocui?”

Este nevoie de recunoașterea funcției comportamentului și de construirea unor alternative mai sigure.

8. Se teme să nu piardă autonomia

Uneori familia intervine numai când situația a devenit gravă și folosește un limbaj de control:

- „Te ducem noi.”
- „Nu mai ai nimic de spus.”
- „Faci exact ce îți spun.”

- „Noi știm ce este mai bine.”

Chiar dacă îngrijorarea este justificată, această abordare poate transforma tratamentul într-o luptă pentru independență.

Implicarea persoanei în alegerea opțiunilor, formularea clară și accesibilă a informațiilor și discutarea lucrurilor care contează pentru ea sunt principii ale deciziei partajate.

Ce funcționează?

1. Alege un moment potrivit

Nu începe conversația:

- în mijlocul unei crize;
- când persoana este intoxicată;
- în fața altora;
- imediat după un conflict;
- în timp ce trebuie să pleci;
- când ești foarte furios;
- prin amenințări.

Alege un moment în care persoana este relativ calmă și există suficient timp.

Poți spune:

„Aș vrea să vorbim despre ceva important. Este un moment potrivit sau preferi să discutăm diseară?”

Faptul că îi oferi un anumit control asupra momentului poate reduce defensivitatea.

2. Vorbește despre ceea ce ai observat

Folosește comportamente concrete:

„Am observat că nu mai dormi, ai lipsit de la serviciu și nu mai răspunzi prietenilor.”

„În ultimele două săptămâni ai spus de mai multe ori că nu mai are rost.”

„Ai avut trei atacuri în care ai crezut că vei muri.”

Evită etichetele:

„Ești instabil.”

„Ai luat-o razna.”

„Ești dependent.”

„Ești narcisist.”

Observațiile pot fi discutate. Etichetele invită la apărare.

3. Vorbește la persoana întâi

Formulările la persoana întâi exprimă îngrijorarea fără a transforma conversația într-o acuzație.

„Îmi fac griji pentru tine.”

„Mi-e teamă că suferi mai mult decât îmi spui.”

„Nu știu cum să te ajut singur.”

Evită:

„Ne distrugi viața.”

„Toată lumea spune că ai o problemă.”

„Tu nu vezi ce ne faci?”

4. Ascultă motivele refuzului

Întreabă:

„Care este lucrul de care te temi cel mai mult dacă mergi la un specialist?”

„Ce experiență te face să nu ai încredere?”

„Ce parte a ideii de tratament ți se pare inacceptabilă?”

„Ce fel de ajutor ai fi dispus să iei în considerare?”

Nu pregăti răspunsul în timp ce persoana vorbește. Uneori refuzul devine mai flexibil după ce persoana simte că motivele sale au fost auzite.

5. Explorează ambivalența

O persoană poate dori simultan două lucruri opuse:

- să scape de suferință, dar să nu vorbească cu nimeni;
- să reducă alcoolul, dar să se teamă că nu va mai dormi;
- să se întoarcă la serviciu, dar să evite locurile aglomerate;
- să primească ajutor, dar să se teamă de diagnostic.

Poți întreba:

„Ce parte din tine ar vrea ca lucrurile să se schimbe?”

„Ce îți place și ce nu îți place la situația actuală?”

„Ce s-ar putea întâmpla dacă nimic nu se schimbă?”

„Ce avantaj ar avea o singură consultație?”

Nu încerca să îi furnizezi tu toate motivele pentru schimbare. Este mai puternic când persoana formulează propriile motive.

6. Leagă ajutorul de ceea ce contează pentru persoană

Nu începe neapărat de la diagnostic.

Persoana poate refuza formularea:

„Trebuie să mergi la psihiatru pentru că ai o tulburare.”

Dar poate accepta:

„Ai spus că vrei să poți dormi din nou.”

„Ți-ai dori să te întorci la facultate.”

„Vrei să nu mai trăiești cu frica următorului atac.”

„Vrei să îți repari relația cu copiii.”

Tratamentul devine mai relevant când este legat de propriile obiective și valori.

7. Propune un prim pas mic

Ajutorul nu trebuie prezentat ca un angajament definitiv.

Poți propune:

- o conversație cu medicul de familie;
- o singură consultație de evaluare;
- un apel telefonic;
- o întâlnire online;
- o discuție cu un psihoterapeut;
- o consultație psihiatrică pentru somn sau anxietate;
- participarea la o întâlnire de sprijin;
- primirea unor informații;
- discutarea anonimă a opțiunilor cu un serviciu.

Spune:

„Nu trebuie să hotărăști acum întregul tratament. Putem începe cu o singură întâlnire în care să afli ce opțiuni există.”

8. Oferă opțiuni, nu o singură cale

Uneori persoana refuză un anumit specialist, nu orice ajutor.

Poate prefera:

- un psihoterapeut de un anumit sex;
- un psihiatru recomandat;

- o consultație online;
- un cabinet din alt oraș;
- un profesionist care vorbește limba sa;
- un medic de familie ca prim contact;
- o intervenție individuală în locul uneia de grup;
- o persoană care are experiență cu trauma, adolescenții sau dependența.

A oferi două sau trei opțiuni reale poate fi mai eficient decât:

„Mergi la persoana aleasă de mine sau nu primești ajutor.”

9. Redu sarcinile administrative

Poți ajuta prin:

- găsirea câtorva specialiști;
- verificarea disponibilității;
- scrierea mesajului;
- realizarea programării, cu acordul persoanei;
- pregătirea întrebărilor;
- însoțirea la consultație;
- asigurarea transportului;
- îngrijirea copiilor;
- organizarea documentelor;
- notarea simptomelor și a tratamentelor.

Ajută fără a prelua complet decizia.

10. Oferă-te să însoțești persoana

Poți spune:

„Pot veni cu tine și pot aștepta afară.”

„Pot intra la început, dacă dorești.”

„Putem merge împreună și apoi hotărăști dacă vrei să continui.”

Unele persoane se tem că nu vor putea explica simptomele sau că vor uita ce vor să spună.

Prezența unui aparținător poate reduce această barieră.

În același timp, persoana trebuie să aibă, când este posibil, și posibilitatea de a vorbi singură cu profesionistul.

11. Prezintă informații corecte și limitate

Nu copieși persoana cu zeci de articole, diagnostice și videoclipuri.

Oferă informațiile esențiale:

- ce tip de specialist este;
- ce se întâmplă la prima întâlnire;
- cât durează;
- cât costă;
- ce opțiuni există;
- ce întrebări poate pune;
- în ce condiții este păstrată confidențialitatea;
- că poate solicita o a doua opinie.

Informațiile despre opțiuni trebuie să includă, pe cât posibil, beneficiile, riscurile, consecințele și incertitudinile, nu doar varianta preferată de familie.

12. Respectă ritmul, dar nu abandona problema

Dacă nu există pericol imediat, persoana poate avea nevoie de timp.

Poți spune:

„Nu trebuie să răspunzi astăzi. Aș vrea să reluăm discuția mâine.”

„Nu te voi presa în fiecare oră, dar nici nu pot ignora ceea ce observ.”

„Ce informație ai avea nevoie ca să poți lua o decizie?”

Păstrează legătura și revino asupra discuției în mod previzibil, nu prin verificări permanente.

13. Observă și consolidează orice pas spre ajutor

Poate fi un progres dacă persoana:

- recunoaște că nu doarme;
- acceptă să citească informații;
- permite unei rude să caute un specialist;
- formulează o întrebare;
- merge la medicul de familie;
- acceptă o singură consultație;
- vorbește despre temerile sale.

Spune:

„Apreciez că ai acceptat să discutăm.”

„A fost un pas important să mergi la întâlnire, chiar dacă încă ai îndoieli.”

Nu cere imediat următorii zece pași.

Un model practic de conversație

Observă

„Am observat că în ultima lună dormi foarte puțin, nu mai mergi la serviciu și spui că nu mai poți continua.”

Exprimă îngrijorarea

„Îmi fac griji pentru tine.”

Întreabă

„Cum vezi tu ce se întâmplă?”

Ascultă

„Care este motivul principal pentru care nu vrei să vorbești cu un specialist?”

Reflectă

„Te temi că vei fi etichetat și că vei fi obligat să iei medicamente.”

Oferă informații

„O primă evaluare nu te obligă să accepți automat un anumit tratament. Poți întreba ce opțiuni există.”

Leagă de obiectiv

„Ai spus că cel mai mult îți dorești să poți dormi și să te întorci la muncă.”

Propune un pas mic

„Ai accepta o singură discuție cu medicul de familie sau cu un psihiatru, doar pentru evaluarea somnului?”

Oferă ajutor concret

„Pot face programarea și pot veni cu tine.”

Stabilește când reiați discuția

„Nu trebuie să răspunzi chiar acum. Vorbim din nou mâine seară.”

Ce nu funcționează?

1. Confruntarea agresivă

„Recunoaște odată că ai o problemă!”

„Toată lumea vede, numai tu nu.”

„Nu mai ai nicio scuză.”

Atacul frontal poate determina persoana să își apere poziția și mai puternic.

2. Etichetarea

„Ești nebun.”

„Ești alcoolic.”

„Ești manipulator.”

„Ești bolnav psihic.”

Chiar dacă există un diagnostic posibil, eticheta folosită într-un conflict nu reprezintă educație, ci stigmatizare.

Vorbește despre comportamente și efecte:

„Consumul tău a dus la două pierderi de conștiință și la un accident.”

3. Amenințările vagi

„Dacă nu mergi la terapie, vei vedea tu.”

„Te internează cineva.”

„Îți iau tot.”

Amenințările produc frică și neîncredere. Uneori limitele sunt necesare, dar trebuie să fie concrete și legate de siguranță:

„Nu îți voi permite să conduci mașina mea după ce ai consumat.”

„Dacă ameninți pe cineva sau există risc suicidal, voi suna la 112.”

4. Ultimatumurile folosite prea devreme

Ultimatumurile pot fi necesare în situații de abuz, violență, risc pentru copii sau încălcări grave ale limitelor. Nu sunt însă o metodă universală pentru creșterea motivației.

„Ori mergi mâine la psihiatru, ori nu mai vorbesc cu tine niciodată.”

Persoana poate accepta formal doar pentru a evita consecința, fără să se implice real.

O limită sănătoasă se referă la ceea ce va face aparținătorul pentru propria protecție, nu la controlul total asupra celeilalte persoane:

„Nu pot locui într-o casă în care există violență. Dacă se repetă, voi pleca și voi solicita ajutor.”

5. Predicile lungi

Într-o stare de depresie, anxietate, psihoză sau intoxicație, persoana poate avea dificultăți în a procesa explicații ample.

Nu transforma conversația într-o conferință de o oră. Folosește câteva idei clare și oprește-te pentru a asculta.

6. Coaliția întregii familii

Intervențiile în care mai multe rude înconjoară persoana și vorbesc pe rând pot fi trăite ca o ambuscadă.

Persoana se poate simți:

- umilită;
- atacată;
- trădată;
- lipsită de control;
- obligată să se apere.

Este preferabil ca una sau două persoane calme să înceapă conversația. Pentru situațiile complexe, o întâlnire familială poate fi facilitată de un profesionist.

7. Argumentele bazate pe rușine

„Ce va spune lumea?”

„Ne faci de râs.”

„Gândește-te la reputația noastră.”

Rușinea nu crește disponibilitatea pentru tratament. De multe ori o reduce.

8. Învinovățirea

„Dacă ne-ai iubi, ai accepta ajutorul.”

„Uite ce ne faci.”

„Din cauza ta nu mai dormim.”

Poți vorbi despre impact fără a transforma persoana într-o povară:

„Situația ne afectează pe toți și avem nevoie de sprijin profesionist, nu de vinovați.”

9. Promisiunile nerealiste

„După o ședință te vei simți bine.”

„Medicamentele îți vor rezolva totul.”

„Nu vei mai avea niciodată o criză.”

Ajutorul profesionist poate fi eficient, dar rezultatele, timpul și experiența diferă. Promisiunile false pot distruge încrederea.

10. Diagnosticarea de către familie

Citirea unor articole nu este suficientă pentru stabilirea unui diagnostic.

Evită:

„Am citit și este clar că ai tulburare bipolară.”

„Ești sigur narcisist.”

Poți spune:

„Unele simptome pot avea mai multe explicații. Tocmai de aceea ar fi utilă o evaluare.”

11. Alegerea specialistului fără participarea persoanei

Dacă nu există urgență, încearcă să implici persoana în alegere.

Întreabă:

- preferă un bărbat sau o femeie?
- online sau față în față?
- ce experiență ar trebui să aibă specialistul?
- ce întrebări vrea să îi pună?
- ce experiență anterioară dorește să evite?

Participarea la decizie crește probabilitatea ca persoana să considere planul relevant și acceptabil.

12. Renunțarea după primul refuz

O persoană poate spune „nu” într-un moment de frică și poate accepta ulterior.

Nu relua subiectul în fiecare oră, dar nu presupune nici că primul refuz este definitiv.

Cele mai frecvente greșeli ale familiei

Greșeala 1. Încearcă să demonstreze că persoana este bolnavă

Aceasta transformă relația într-un proces în care familia este procuror, iar persoana trebuie să se apere.

Mai util este să discutați despre dificultățile concrete și despre ceea ce ar putea deveni mai ușor.

Greșeala 2. Confundă acordul cu motivația

Persoana spune „bine, merg” doar pentru a opri conflictul. Apoi nu se prezintă sau abandonează rapid.

Înainte de programare, întreabă:

„Ce îndoieli mai ai?”

„Ce ar face întâlnirea mai acceptabilă?”

Greșeala 3. Prezintă o singură soluție

„Singura variantă este internarea.”

„Ai nevoie doar de medicamente.”

„Terapia este singura soluție.”

Nevoile diferă. Evaluarea poate conduce către psihoterapie, tratament medical, intervenții sociale, modificări ale stilului de viață, sprijin familial sau o combinație.

Greșeala 4. Vorbește cu specialistul pe ascuns, fără motiv

În absența unui pericol, acest lucru poate deteriora încrederea.

Este mai bine să spui:

„Aș vrea să îți transmit specialistului câteva lucruri pe care le-am observat. Putem discuta împreună ce este relevant?”

În urgențe, informațiile importante pentru siguranță trebuie transmise chiar dacă persoana nu dorește.

Greșeala 5. Preia toate responsabilitățile

Familia caută, programează, plătește, amintește, transportă și comunică în locul persoanei la nesfârșit.

Ajutorul logistic poate fi necesar la început, dar obiectivul este, pe cât posibil, creșterea participării și autonomiei.

Greșeala 6. Face din tratament o condiție pentru afecțiune

„Nu mai ești copilul meu dacă nu accepți psihoterapia.”

Sprijinul emoțional nu trebuie folosit ca monedă de schimb. Limitele de siguranță și conviețuire sunt însă legitime.

Greșeala 7. Ignoră propriile limite

Apartinătorul devine disponibil permanent și încearcă să compenseze refuzul persoanei prin eforturi tot mai mari.

Poți sprijini fără să devii singurul serviciu de criză.

„Te voi ajuta să găsești sprijin, dar nu pot fi disponibil în fiecare moment și nu pot gestiona singur această situație.”

Dacă persoana spune: „Nu sunt nebun”

Poți răspunde:

„Nu am spus că ești nebun. Spun că observ că suferi și că unele lucruri au devenit greu de gestionat.”

„Oamenii cer ajutor pentru somn, anxietate, depresie, stres, consum, relații și multe alte probleme.”

„A merge la un specialist nu definește cine ești.”

Dacă spune: „Psihoterapia nu funcționează”

Poți spune:

„Înțeleg că nu ai încredere. Există mai multe forme de psihoterapie și nu orice specialist se potrivește fiecărei persoane.”

„Poți folosi prima consultație pentru a întreba cum lucrează și ce dovezi există.”

Psihoterapia cuprinde mai multe tipuri de intervenții care urmăresc schimbarea emoțiilor, gândurilor și comportamentelor problematice, iar alegerea trebuie adaptată nevoilor și obiectivelor persoanei.

Dacă spune: „Nu vreau medicamente”

Poți răspunde:

„Poți spune acest lucru la consultație.”

„O evaluare nu te obligă să accepți automat un medicament.”

„Poți cere explicații despre beneficii, efecte adverse, alternative și ce se întâmplă dacă alegi să nu îl iei.”

Nu promite că medicația nu va fi recomandată și nici nu o prezenta drept inevitabilă. Decizia trebuie discutată cu un profesionist, în funcție de situația clinică.

Dacă spune: „Nu am bani”

Poți explora:

- medicul de familie;
- servicii publice;
- consultații compensate;
- centre universitare;
- organizații comunitare;
- servicii oferite de angajator;
- opțiuni online;
- tarife diferențiate;
- grupuri de sprijin.

Nu presupune că toate variantele sunt disponibile în aceeași măsură. Verificarea serviciilor locale este necesară.

Dacă spune: „Nu vreau să vorbesc cu un străin”

Poți propune:

„Prima întâlnire poate fi doar pentru a vedea dacă te simți în siguranță cu persoana respectivă.”

„Nu trebuie să povestești imediat toate lucrurile dureroase.”

„Poți întreba cum protejează confidențialitatea și cum decurge procesul.”

Dacă persoana nu recunoaște realitatea simptomelor

În psihoză, manie sau anumite afecțiuni neurologice, încercarea de a demonstra diagnosticul poate eșua.

Începe de la o problemă pe care persoana o recunoaște:

- nu doarme;
- se simte urmărită;
- este foarte speriată;
- are palpitații;
- nu se mai poate concentra;
- are conflicte;

- se simte epuizată.

Poți spune:

„Nu trebuie să fim de acord asupra cauzei. Suntem de acord că nu ai dormit de patru nopți și că te simți în pericol. Un medic te poate ajuta cu aceste lucruri.”

Pentru tulburările psihotice există mai multe intervenții eficiente, inclusiv medicație, psihoeducație, intervenții familiale, terapie cognitiv-comportamentală și reabilitare psihosocială.

Când nu mai este vorba despre convingere?

Există situații în care nu trebuie să continui negocierile, ci să soliciți ajutor de urgență.

Sună la **112** dacă persoana:

- intenționează să se sinucidă;
- are un plan și acces la mijloace;
- a făcut o tentativă;
- a ingerat medicamente sau substanțe;
- nu poate fi trezită;
- nu respiră normal;
- este profund confuză;
- are convulsii;
- amenință să rănească pe cineva;
- are o armă sau un obiect periculos;
- aude voci care îi cer să se rănească ori să atace;
- este extrem de agitată sau violentă;
- nu mai poate fi menținută în siguranță;
- nu mai mănâncă sau nu mai bea și starea fizică se deteriorează;
- prezintă un prim episod psihotic sever;
- se află într-o intoxicație sau într-un sevrăj periculos;
- a dispărut după mesaje suicidare.

În cazul riscului suicidal, pașii esențiali sunt întrebarea directă, prezența, reducerea accesului la mijloace, conectarea cu ajutorul și păstrarea legăturii.

Nu lăsa persoana singură când există un pericol imediat. Nu te expune însă unei agresiuni. Dacă siguranța ta este amenințată, retrage-te și sună la 112.

Dacă persoana are capacitatea de a decide și refuză

Un adult poate lua decizii cu care familia nu este de acord. O decizie care pare neînțeleaptă nu înseamnă automat lipsa capacității de a decide.

Capacitatea de decizie trebuie evaluată profesionist atunci când există motive serioase de îndoială. Ea nu poate fi anulată informal de familie doar pentru că persoana refuză recomandarea.

În absența unui pericol imediat, familia poate:

- păstra dialogul;
- oferi informații;
- formula limite;
- reduce barierele;
- solicita sprijin pentru sine;
- reveni asupra discuției;

- evita să faciliteze comportamentele periculoase.

Limite sănătoase

A respecta autonomia nu înseamnă că aparținătorul trebuie să accepte orice.

Poți spune:

„Nu te pot obliga să mergi la terapie, dar nu îți voi da bani pentru alcool.”

„Nu pot decide în locul tău, dar nu voi permite violență în locuință.”

„Poți refuza consultația, dar dacă spui că te vei sinucide, voi suna la 112.”

„Nu pot controla dacă urmezi tratamentul, dar pot decide ce comportamente accept în relația noastră.”

O limită sănătoasă descrie:

1. comportamentul concret;
2. efectul asupra ta sau asupra siguranței;
3. ceea ce vei face tu;
4. o consecință realistă și aplicabilă.

Nu este o pedeapsă și nici o amenințare goală.

Aparținătorul are nevoie de sprijin

Refuzul repetat al ajutorului poate produce:

- epuizare;
- furie;
- vinovăție;
- hipervigilență;
- conflicte între rude;
- pierderea somnului;
- izolare;
- nevoia de a controla permanent persoana.

Familia poate beneficia de:

- psihoeducație;
- consiliere;
- terapie de familie;
- grupuri pentru aparținători;
- un plan de criză;
- clarificarea limitelor;
- instruire privind comunicarea și siguranța.

Nu trebuie să așteptăm ca persoana să accepte tratamentul pentru a cere tu însuși îndrumare.

Primul ajutor în 60 de secunde

Dacă cineva refuză ajutorul:

Alege un moment calm, nu mijlocul unei crize.

Spune ce ai observat, fără diagnostice sau etichete.

Exprimă-ți îngrijorarea: „Îmi fac griji pentru tine.”

Întreabă de ce refuză și ascultă răspunsul.

Leagă ajutorul de un obiectiv important pentru persoană: somn, muncă, relații, reducerea fricii.

Propune un pas mic: o singură consultație, un apel sau medicul de familie.

Oferă două sau trei opțiuni reale și ajutor practic.

Nu amenința, nu rușina și nu transforma conversația într-o confruntare.

Dacă există pericol imediat pentru persoană sau pentru ceilalți, nu mai negocia: sună la 112.

Mit sau realitate?

Mit

„Dacă persoana nu acceptă imediat ajutorul, înseamnă că nu vrea să se facă bine.”

Realitate

Refuzul poate ascunde teamă, rușine, lipsă de energie, experiențe negative, dificultăți financiare, neîncredere, simptome psihotice sau ambivalență. Motivația se poate modifica și nu trebuie tratată ca o trăsătură fixă.

Presiunea, confruntarea și rușinarea tind să crească rezistența. Conversațiile calme, întrebările deschise, respectarea autonomiei, explorarea ambivalenței și oferirea unor pași mici pot face ajutorul mai accesibil. Abordările motivaționale sunt construite tocmai pentru a sprijini persoanele să își formuleze propriile motive pentru schimbare.

Exemplu practic

Laura observă că fratele ei, Daniel, nu mai merge la serviciu, doarme ziua, consumă alcool în fiecare seară și spune că viața lui „s-a terminat”. De fiecare dată când familia îi propune să vorbească cu un psihoterapeut, Daniel răspunde:

„Nu sunt nebun. Lăsați-mă în pace.”

Tatăl lui organizează o discuție cu mai multe rude. Fiecare îi spune ce a făcut greșit și de ce trebuie să accepte tratamentul. Daniel se simte atacat, pleacă și refuză să mai vorbească.

Laura încearcă ulterior o altă abordare. Alege un moment în care Daniel este treaz și nu a consumat alcool.

Spune:

„Nu vreau să te conving că ai un anumit diagnostic. Am observat că nu mai mergi la serviciu, nu dormi noaptea și bei aproape în fiecare seară. Îmi fac griji.”

Daniel răspunde că psihoterapeuții „doar iau bani” și că nu vrea să spună unui străin lucruri personale.

Laura întreabă:

„Ce te-ar deranja cel mai mult la o astfel de întâlnire?”

Daniel spune că se teme că va fi judecat și obligat să ia medicamente.

Laura clarifică:

„Psihoterapeutul nu prescrie medicamente. O primă întâlnire poate fi doar ca să vezi dacă te simți în regulă cu persoana respectivă. Nu trebuie să povestești totul.”

Apoi leagă propunerea de ceva important pentru el:

„Ai spus că vrei să poți dormi și să te întorci la muncă. Ai accepta o singură întâlnire, axată pe somn și pe ceea ce te împiedică să funcționezi?”

Îi oferă două opțiuni: un psihoterapeut recomandat și o discuție inițială cu medicul de familie. Daniel alege medicul de familie. Laura face programarea cu acordul lui și îl însoțește, dar îi permite să intre singur la o parte din consultație.

Daniel nu a fost „învingător” într-o dispută. A acceptat un pas pentru că:

- nu a fost etichetat;
- temerile lui au fost ascultate;
- informațiile au fost clarificate;
- ajutorul a fost legat de propriul său obiectiv;
- a avut opțiuni;
- primul pas a fost limitat și concret.

Dacă Daniel ar fi exprimat un plan suicidar, ar fi pierdut starea de conștiință sau ar fi devenit violent, familia nu ar fi continuat această negociere, ci ar fi solicitat ajutor de urgență.

De reținut

Nu poți controla decizia unei alte persoane, dar poți influența felul în care ajutorul îi este prezentat. Oamenii acceptă mai ușor sprijinul atunci când se simt ascultați, respectați și implicați în alegere. Vorbește despre schimbările observate, explorează motivele refuzului, leagă ajutorul de obiectivele persoanei și propune un pas mic. Nu confunda presiunea cu eficiența și nici autonomia cu pasivitatea. Când există un pericol imediat, siguranța are prioritate și se solicită intervenția serviciilor de urgență.

Bibliografie

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Decision-making and mental capacity* (NICE Guideline NG108). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng108>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Shared decision making* (NICE Guideline NG197). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>

National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Depression in adults: Quality statement 2—Discussing treatment options* (Quality Standard — QS8). <https://www.nice.org.uk/guidance/qs8/chapter/quality-statement-2-discussing-treatment-options>

National Institute of Mental Health. (2024). *5 action steps to help someone having thoughts of suicide*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/5-action-steps-to-help-someone-having-thoughts-of-suicide>

National Institute of Mental Health. (n.d.). *Help for mental illnesses*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/find-help>

National Institute of Mental Health. (n.d.). *Tips for talking with a health care provider about your mental health*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/tips-for-talking-with-your-health-care-provider>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). *Enhancing motivation for change in substance use disorder treatment* (Treatment Improvement Protocol 35). U.S. Department of Health and Human Services.



Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Using motivational interviewing in substance use disorder treatment*. U.S. Department of Health and Human Services.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023). *How to talk to friends and family members about mental health problems*. U.S. Department of Health and Human Services.

World Health Organization. (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Version 2.0*. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Mental Health Gap Action Programme guideline for mental, neurological and substance use disorders*. World Health Organization.



Capitolul 14

Cum ai grijă de tine ca aparținător

Nu poți susține pe cineva la nesfârșit dacă tu însuți te prăbușești

A fi alături de o persoană care trece prin depresie, psihoză, dependență, automutilare, idei suicidare sau alte dificultăți psihice poate deveni o responsabilitate copleșitoare. Aparținătorul poate ajunge să supravegheze permanent starea persoanei, să gestioneze programări și tratamente, să intervină în crize, să preia sarcinile gospodăriei, să comunice cu serviciile și să încerce să mențină funcționarea întregii familii.

Uneori această responsabilitate apare treptat. Alteori începe brusc, după o tentativă de suicid, un prim episod psihotic, o internare sau o criză provocată de consumul de substanțe. În ambele situații, aparținătorul poate deveni atât de concentrat asupra persoanei aflate în suferință, încât încetează să mai observe propriile nevoi.

Poate dormi cu telefonul lângă el, poate verifica permanent dacă persoana respiră, răspunde la mesaje sau și-a luat tratamentul, poate renunța la activități, concedii, relații și consultații medicale. În timp, responsabilitatea de a ajuta se poate transforma în convingerea că trebuie să prevină singur orice criză și că orice agravare dovedește că nu a făcut suficient.

Această așteptare nu este realistă.

Aparținătorii pot oferi sprijin important, dar nu pot controla evoluția unei tulburări psihice, nu pot garanta că nu va exista o recădere și nu pot înlocui serviciile profesionale. Organizațiile internaționale care formulează recomandări pentru îngrijitori subliniază că rolul de îngrijire poate avea consecințe fizice, emoționale, sociale și financiare și că aparținătorii au nevoie de informații, instruire, sprijin practic, timp de odihnă și acces la propriile servicii de sănătate.

A avea grijă de tine nu este un act egoist și nici o abandonare a persoanei. Este una dintre condițiile care îți permit să rămâi prezent fără să te distrugi, să iei decizii mai bune și să păstrezi o relație în care există atât sprijin, cât și limite.

Cine este aparținătorul?

În acest ghid, prin **aparținător** înțelegem persoana care oferă, de regulă fără plată, sprijin unei persoane cu probleme de sănătate mintală. Poate fi:

- partenerul;
- părintele;
- copilul adult;
- fratele sau sora;
- un prieten;
- un coleg;
- un vecin;
- o altă persoană apropiată.

Uneori aparținătorul oferă ajutor practic: transport, cumpărături, programări, administrarea gospodăriei sau comunicarea cu serviciile. Alteori oferă supraveghere, sprijin emoțional, intervenție în crize și ajutor pentru menținerea tratamentului.

O persoană poate fi aparținător chiar dacă nu locuiește cu cel pe care îl sprijină și chiar dacă nu se identifică prin acest termen. Recunoașterea rolului este importantă deoarece permite formularea unor nevoi proprii și solicitarea de ajutor.

Îngrijirea poate fi valoroasă și, în același timp, foarte grea

Rolul de aparținător nu trebuie descris exclusiv prin suferință. El poate aduce:

- apropiere;
- sentimentul că faci ceva important;
- consolidarea relației;
- descoperirea unor resurse personale;
- satisfacția de a contribui la recuperare;
- o înțelegere mai profundă a persoanei.

Totuși, aceste aspecte pozitive nu anulează dificultățile. O persoană poate iubi profund pe cineva și, simultan, să fie obosită, furioasă sau să își dorească o pauză. Poate simți compasiune și resentiment în aceeași zi. Poate fi recunoscătoare că persoana este în viață și, în același timp, traumatizată de crizele prin care a trecut.

Aceste emoții contradictorii nu înseamnă că aparținătorul este lipsit de iubire. Înseamnă că se află într-un rol solicitant, care trebuie susținut prin mai multe resurse decât simpla bunăvoință.

Burnout-ul aparținătorului

Ce înseamnă burnout în acest context?

Termenul „burnout al aparținătorului” este folosit frecvent pentru a descrie epuizarea fizică, mentală și emoțională produsă de stresul prelungit al îngrijirii. Nu trebuie folosit ca diagnostic pus de familie, ci ca o descriere a unei stări în care resursele persoanei au devenit insuficiente în raport cu cerințele continue.

Stresul sever sau de lungă durată poate conduce la epuizare fizică, mentală și emoțională. În cazul aparținătorilor, riscul crește atunci când îngrijirea este intensă, imprevizibilă, prelungită și lipsită de sprijin sau perioade de odihnă.

Burnoutul nu apare neapărat într-o singură zi. De cele mai multe ori se instalează treptat. Persoana continuă să funcționeze, dar cu un efort din ce în ce mai mare. Poate spune:

- „Nu mai pot, dar nu am voie să mă opresc.”
- „Dacă nu fac eu, nu face nimeni.”
- „Nu mai știu când am dormit o noapte întreagă.”
- „Nu mai simt nimic.”
- „Mă enervez din orice.”
- „Îmi doresc să plec și apoi mă simt vinovat.”
- „Nu mai am o viață a mea.”

Semnele burnout-ului

1. Epuizarea care nu dispare după odihnă

Aparținătorul se simte permanent obosit, chiar și după o noapte mai bună de somn. Sarcinile simple par dificile, iar timpul liber nu mai produce o recuperare reală.

Poate observa:

- lipsă de energie;
- senzația că funcționează „pe pilot automat”;
- dificultăți de trezire;
- epuizare după conversații obișnuite;
- nevoia de a se izola;
- imposibilitatea de a se bucura de o pauză.

2. Iritabilitatea și furia

Apartținătorul poate deveni furios pe:

- persoana pe care o îngrijește;
- ceilalți membri ai familiei;
- profesioniști;
- instituții;
- propria persoană;
- prieteni care par să aibă o viață normală.

Se poate enerva pentru lucruri minore, poate ridica vocea sau poate avea reacții de care ulterior îi este rușine.

Furia nu trebuie automat condamnată, dar trebuie luată în serios. Ea poate indica depășirea limitelor și nevoia imediată de sprijin, pauză și redistribuire a responsabilităților.

3. Detașarea emoțională

Uneori epuizarea nu se manifestă prin plâns, ci prin amorțeală:

- „Nu mai simt nimic.”
- „Nu mă mai interesează.”
- „Fac doar ceea ce trebuie.”
- „Nu mai suport să aud încă o problemă.”

Detașarea poate fi o formă temporară de protecție. Dacă persistă, poate afecta relația, calitatea îngrijirii și sănătatea psihică a apartținătorului.

4. Pierderea interesului pentru propria viață

Persoana renunță treptat la:

- prieteni;
- hobby-uri;
- mișcare;
- consultații medicale;
- odihnă;
- concedii;
- proiecte profesionale;
- relația de cuplu;
- orice activitate care nu are legătură cu îngrijirea.

Viața se reduce la monitorizare, rezolvarea urgențelor și anticiparea următoarei crize.

5. Probleme de somn

Apartținătorul poate:

- adormi greu;
- verifica telefonul în timpul nopții;
- se trezi la orice zgomot;
- avea coșmaruri;
- dormi superficial;
- rămâne treaz pentru a supraveghea persoana;
- simți că nu își poate permite să doarmă.

Somnul insuficient afectează atenția, reglarea emoțională și capacitatea de a lua decizii. Într-o familie în care există risc de criză, este necesar un sistem care nu se bazează pe vigilența permanentă a unei singure persoane.

6. Dificultăți de concentrare și memorie

Stresul prelungit poate face dificilă:

- urmărirea unei conversații;
- reținerea programărilor;
- luarea deciziilor;
- organizarea documentelor;
- efectuarea sarcinilor profesionale;
- conducerea în siguranță;
- înțelegerea recomandărilor medicale.

7. Simptome fizice

Pot apărea:

- dureri de cap;
- tensiune musculară;
- probleme digestive;
- palpitații;
- modificări ale apetitului;
- dureri lombare;
- scăderea imunității;
- agravarea unor afecțiuni existente;
- neglijarea tratamentului propriu.

Îngrijirea unei alte persoane nu anulează nevoia aparținătorului de evaluare medicală. Simptomele fizice nu trebuie atribuite automat stresului fără consult.

8. Anxietate și hipervigilență

După mai multe crize, aparținătorul poate interpreta orice schimbare drept începutul unei noi urgențe:

- un telefon fără răspuns;
- o ușă închisă;
- o noapte cu somn redus;
- o voce mai tristă;
- o întârziere;
- un mesaj scurt.

Poate verifica obsesiv, suna repetat sau evita să plece de acasă.

O anumită vigilență este firească după o criză reală. Devine problematică atunci când aparținătorul nu se mai poate desprinde niciodată de rolul de supraveghere, chiar și atunci când există un plan profesionist și riscul imediat s-a redus.

9. Pierderea speranței

Persoana poate crede că:

- nimic nu se va schimba;
- va rămâne responsabilă pentru tot restul vieții;
- nimeni nu o poate ajuta;
- nu mai există nicio ieșire;
- nu mai are dreptul la propria viață.

Lipsa de speranță a aparținătorului necesită atenție, mai ales dacă este însoțită de depresie, consum de substanțe, gânduri despre dispariție sau sentimentul că ar fi mai bine să nu mai existe.

10. Scăderea calității îngrijirii

Burnoutul poate conduce la:

- uitarea medicamentelor sau programărilor;
- reacții agresive;
- retragere completă;
- neglijență;
- decizii impulsive;
- folosirea unor amenințări;
- imposibilitatea de a evalua corect o criză.

Acest lucru nu înseamnă că aparținătorul este „rău”. Înseamnă că sistemul de îngrijire nu mai este sustenabil și trebuie reorganizat.

Burnout, depresie sau anxietate?

Epuizarea asociată îngrijirii se poate suprapune cu o tulburare depresivă, o tulburare de anxietate, stres posttraumatic sau alte probleme. Nu este responsabilitatea aparținătorului să își stabilească singur diagnosticul.

Este indicată evaluarea profesionistă atunci când:

- starea persistă;
- funcționarea zilnică este afectată;
- nu mai poate dormi;
- plânge frecvent;
- are atacuri de panică;
- consumă alcool sau sedative pentru a face față;
- nu mai simte plăcere;
- are gânduri de moarte;
- simte că ar putea deveni violent;
- nu mai poate asigura îngrijirea în siguranță.

Serviciile de sănătate mintală nu sunt numai pentru persoana care are diagnosticul principal. Aparținătorul poate avea nevoie de propriul psihoterapeut, medic sau plan de sprijin.

Vinovăția aparținătorului

„Nu fac suficient”

Vinovăția este una dintre cele mai frecvente și mai dureroase experiențe ale aparținătorilor.

Persoana poate crede că:

- nu a observat suficient de devreme;
- a spus ceva greșit;
- nu a prevenit criza;
- nu este suficient de răbdătoare;
- nu petrece suficient timp;
- nu găsește specialistul potrivit;
- ar trebui să renunțe la muncă;
- nu are voie să se bucure când persoana iubită suferă;
- orice limită înseamnă abandon;
- o recădere dovedește că a eșuat.

Aceste convingeri apar frecvent deoarece aparținătorul confundă **influența** cu **controlul**.

Poți influența situația prin:

- ascultare;
- orientare către servicii;
- intervenție în urgență;
- reducerea accesului la pericole;
- sprijinirea tratamentului;
- menținerea legăturii.

Nu poți controla complet:

- apariția simptomelor;
- răspunsul la tratament;
- deciziile unui adult care are capacitate de decizie;
- recăderile;
- consumul de substanțe;
- toate gândurile și acțiunile persoanei;
- disponibilitatea serviciilor.

Atribuirea responsabilității totale aparținătorului este nerealistă și periculoasă.

Vinovăția după o criză

După o tentativă de suicid, o supradoză sau o internare, familia poate revedea obsesiv evenimentele:

- „De ce nu am înțeles mesajul?”
- „De ce am plecat?”
- „De ce nu am sunat mai devreme?”
- „Dacă aș fi spus altceva?”
- „Cum am putut să nu observ?”

O analiză ulterioară poate fi utilă pentru îmbunătățirea planului de siguranță. Devine însă distructivă atunci când folosește informația disponibilă după eveniment pentru a condamna deciziile luate înainte, în condiții de incertitudine.

Nicio persoană nu poate supraveghea permanent un alt adult și nicio familie nu poate preveni prin voință toate comportamentele suicidare sau toate crizele.

După un eveniment traumatic, aparținătorul poate avea nevoie de propriul sprijin psihologic, nu doar de instrucțiuni despre cum să îngrijească persoana externată.

Vinovăția când simți furie sau resentiment

Poți iubi pe cineva și, în același timp, să simți:

- furie;
- oboseală;
- nedreptate;
- resentiment;
- dorința de distanță;
- ușurare când persoana este internată;
- dorința de a nu mai fi responsabil.

Emoțiile nu sunt identice cu acțiunile. Faptul că simți furie nu înseamnă că vei face rău. Este însă important să o recunoști înainte ca ea să se transforme în țipete, amenințări, neglijare sau violență.

Poți spune:

„Sunt atât de epuizat încât nu mai pot purta această conversație în siguranță. Am nevoie să preia altcineva.”

Retragerea temporară poate fi mai responsabilă decât continuarea unei interacțiuni în care îți pierzi controlul.

Vinovăția pentru momentele bune

Unii aparținători evită să:

- plece în concediu;
- sărbătorească;
- iasă cu prietenii;
- râdă;
- înceapă o relație;
- investească în carieră;
- doarmă bine.

Pot gândi:

„Cum pot să mă bucur când el suferă?”

Suferința persoanei iubite nu este redusă prin sacrificarea tuturor momentelor bune ale familiei. Din contră, menținerea unei vieți proprii protejează sănătatea aparținătorului și reduce riscul ca relația să devină bazată exclusiv pe boală și criză.

Compasiunea nu înseamnă responsabilitate nelimitată

Poți fi empatic fără să:

- răspunzi la telefon la orice oră;
- accepți amenințări;
- finanțezi consumul de substanțe;
- minți în numele persoanei;
- îți abandonezi munca;
- supraveghezi permanent un adult;
- fii singurul contact de criză;
- accepți violență;
- renunți la toate relațiile;
- iei fiecare decizie în locul persoanei.

A ajuta nu înseamnă a elimina toate consecințele alegerilor unei persoane și nici a transforma familia într-un serviciu profesionist disponibil 24 de ore din 24.

Limitele sănătoase

Ce este o limită?

O limită este o regulă prin care stabilești:

- ce poți oferi;
- ce nu poți oferi;
- ce comportamente accepți;
- ce comportamente nu accepți;
- ce vei face pentru a-ți proteja sănătatea și siguranța.

O limită nu este o încercare de a controla gândurile sau alegerile celeilalte persoane. Ea descrie în primul rând propriul tău comportament.

Control:

„Nu ai voie să mai fii anxios.”

Limită:

„Pot vorbi cu tine despre anxietate, dar nu pot răspunde la aceeași întrebare de zeci de ori în fiecare noapte.”

Control:

„Trebuie să mergi la terapie.”

Limită:

„Nu te pot obliga să mergi la terapie, dar nu pot continua să gestionez singur toate crizele. Voi implica servicii profesionale.”

Control:

„Nu ai voie să bei.”

Limită:

„Nu îți voi cumpăra alcool, nu îți voi da bani pentru el și nu vei conduce mașina mea după ce ai consumat.”

Cum formulezi o limită sănătoasă?

O formulare utilă cuprinde patru elemente:

1. comportamentul concret;
2. efectul său;
3. limita;
4. acțiunea pe care o vei întreprinde.

De exemplu:

„Când mă suni de zece ori în timpul nopții pentru confirmări, nu mai pot dormi și nu mai funcționez a doua zi. Pot vorbi cu tine seara și putem stabili ce faci dacă anxietatea crește. Dacă este o urgență reală, folosim planul de criză.”

Sau:

„Când mă ameninți, nu mă simt în siguranță. Nu voi continua conversația în aceste condiții. Mă voi retrage, iar dacă există pericol, voi suna la 112.”

Limita trebuie să fie:

- clară;
- realistă;
- aplicabilă;
- exprimată calm;
- repetată consecvent;
- adaptată riscului.

Limitele nu sunt pedepse

O pedeapsă urmărește să producă suferință sau supunere:

„Pentru că nu ai mers la terapie, nu mai vorbesc cu tine o lună.”

O limită urmărește protejarea:

„Nu pot continua discuția când țipi. Voi reveni când putem vorbi fără amenințări.”

Uneori consecința unei limite poate fi neplăcută pentru persoană. Aceasta nu o transformă automat în pedeapsă, dacă este proporțională și legată direct de siguranță ori de capacitatea aparținătorului.

Limite importante în situații frecvente

Apelurile permanente

„Pot răspunde până la ora 22. După aceea, pentru urgențe folosim serviciile stabilite în plan.”
Această limită nu este potrivită ca singura măsură pentru cineva cu risc suicidar imediat. În această situație se solicită intervenție profesionistă, nu se transferă responsabilitatea exclusiv asupra aparținătorului.

Reasigurarea anxietății

„Ți-am răspuns o dată și înțeleg că anxietatea a revenit. Nu voi repeta confirmarea la nesfârșit. Hai să folosim strategia stabilită cu psihoterapeutul.”

Consumul de substanțe

„Nu îți voi da bani pentru alcool sau droguri.”
„Nu voi minți la serviciu pentru a ascunde consumul.”
„Dacă ești inconștient, respiri anormal sau devii violent, voi suna la 112.”

Violența și amenințările

„Înțeleg că suferi, dar nu accept să fiu lovit sau amenințat.”
„Dacă apare violența, mă retrag cu copiii și solicit ajutor.”
O problemă de sănătate mintală poate explica o parte a comportamentului, dar nu anulează dreptul celorlalți membri ai familiei la siguranță.

Banii

„Te pot ajuta cu alimentele sau cu plata directă a unei consultații, dar nu îți voi oferi bani fără să știi pentru ce vor fi folosiți.”

Responsabilitățile zilnice

„Te ajut să începi, dar nu voi prelua permanent toate sarcinile pe care le poți face.”
Sprijinul trebuie adaptat funcționării reale. Uneori persoana este temporar incapabilă să îndeplinească anumite sarcini. Alteori preluarea completă pe termen lung îi reduce autonomia.

Confidențialitatea

„Îți voi respecta intimitatea, dar nu voi păstra secretul dacă există risc de suicid, violență, abuz sau o urgență medicală.”

Ce faci când persoana reacționează negativ la limite?

Persoana poate spune:

- „Nu îți pasă.”
- „Mă abandonezi.”
- „Dacă mă iubeai, făceai asta.”
- „Ești egoist.”
- „Din cauza ta mă simt mai rău.”

Nu este necesar să renunți imediat la limită pentru a opri disconfortul.

Poți răspunde:

„Înțeleg că limita te supără. Nu înseamnă că nu îmi pasă.”
„Te sprijin în continuare, dar nu pot face acest lucru.”
„Nu te abandonez. Încerc să găsesc o formă de ajutor care poate continua pe termen lung.”
„Faptul că spui că te vei răni mă îngrijorează. Dacă există un pericol imediat, voi suna la 112; nu voi negocia siguranța.”

O amenințare suicidară nu trebuie ignorată, dar nici gestionată exclusiv prin cedarea aparținătorului. Ea trebuie evaluată și conectată la servicii profesionale.

Cum îți recuperezi treptat propria viață?

1. Reintrodu activități mici

Nu aștepta o perioadă perfect liniștită pentru a începe să ai grijă de tine. Acea perioadă poate să nu apară.

Începe cu:

- o plimbare;
- o masă regulată;
- o oră fără telefon;
- o întâlnire cu un prieten;
- o consultație medicală;
- o noapte în care altcineva preia responsabilitatea;
- reluarea unei activități abandonate.

Îngrijirea de sine nu trebuie prezentată ca un set de sarcini suplimentare pe care aparținătorul trebuie să le îndeplinească perfect. Scopul este reducerea poverii, nu crearea unei noi surse de vinovăție.

2. Protejează somnul

Stabiliți:

- cine răspunde în timpul nopții;
- în ce situații este nevoie de supraveghere;
- care sunt semnele unei urgențe;
- când se apelează serviciile;
- cine poate prelua o noapte sau un weekend;
- ce contacte profesionale sunt disponibile.

O singură persoană nu poate funcționa luni întregi în stare de alertă continuă.

3. Menține propria îngrijire medicală

Nu amâna:

- controalele;
- tratamentele;
- analizele;
- odihna;
- alimentația;
- îngrijirea durerii;
- consultațiile de sănătate mintală.

4. Păstrează relații care nu au legătură numai cu criza

Izolarea este frecventă. Prietenii pot să nu înțeleagă, iar aparținătorul poate simți că nu are energie să explice.

Totuși, una sau două relații în care poți fi și altceva decât îngrijitor sunt importante. Poți spune: „Nu am nevoie să îmi rezolv problema. Am nevoie să mă ascuți și să petrecem puțin timp fără să vorbim numai despre boală.”

5. Împarte responsabilitățile

În loc de:

„Ajutați-mă și voi când puteți”,

formulează cereri concrete:

- „Poți sta cu el marți între 17 și 19?”
- „Poți merge la farmacie?”
- „Poți pregăti mâncare pentru două zile?”

- „Poți însoți persoana la consultație?”
- „Poți răspunde tu în această noapte?”
- „Poți comunica tu cu școala?”

Oamenilor le este uneori mai ușor să accepte o sarcină precisă decât o cerere generală.

Cum ceri ajutor?

Recunoaște că ai dreptul să ceri sprijin

Mulți aparținători spun:

- „Nu eu sunt bolnav.”
- „Nu vreau să mă plâng.”
- „Trebuie să mă descurc.”
- „Alții au situații mai grele.”
- „Nu am timp pentru mine.”

Faptul că o altă persoană are o problemă gravă nu înseamnă că nevoile tale sunt irelevante.

Cere lucruri concrete familiei și prietenilor

În loc de:

„Nu mai pot”,

poți formula:

„Am nevoie ca sâmbătă să preiei tu responsabilitatea timp de patru ore.”

„Am nevoie să vii cu mine la întâlnirea cu medicul.”

„Te rog să îmi aduci cumpărăturile.”

„Am nevoie să mă ascuți fără să îmi dai sfaturi.”

„Te rog să nu îmi mai promiți lucruri fără să discutăm planul.”

Ajutorul concret poate reduce tensiunea și neînțelegerile.

Cere sprijinul profesioniștilor

Poți solicita:

- informații despre diagnostic și semnele de recădere;
- criterii clare pentru urgență;
- un plan de siguranță;
- instrucțiuni privind tratamentul;
- întâlniri de familie;
- intervenție familială;
- psihoeducație;
- servicii sociale;
- sprijin pentru consumul de substanțe;
- recomandări pentru propria sănătate mintală.

Spune profesionistului:

„Nu mai pot susține singur acest nivel de îngrijire.”

„Am nevoie să știu cine este contactat în criză.”

„Nu pot asigura supraveghere permanentă.”

„Situația îmi afectează sănătatea și munca.”

Aceste informații sunt relevante pentru planificarea realistă a îngrijirii.

Solicită o întâlnire separată pentru nevoile familiei

Chiar dacă specialistul nu poate divulga informații confidențiale fără consimțământul persoanei, aparținătorul poate transmite propriile observații și poate primi informații generale despre:

- semnele de alarmă;
- răspunsul în criză;
- comunicarea;
- limite;
- servicii disponibile;
- protejarea propriei sănătăți.

Confidențialitatea nu înseamnă că familia nu poate spune nimic și nici că profesioniștii nu pot oferi informații generale. Detaliile concrete trebuie însă gestionate în conformitate cu consimțământul și cu obligațiile legale.

Caută sprijin psihoterapeutic pentru tine

Poate fi util dacă:

- ești permanent anxios;
- te simți vinovat;
- nu mai dormi;
- ai simptome depresive;
- ai fost expus la violență;
- ai găsit persoana după o tentativă;
- ai asistat la o criză severă;
- relația a devenit dominată de boală;
- nu mai știi ce limite să stabilești;
- te simți responsabil pentru viața persoanei;
- ai gânduri că nu mai poți continua.

Psihoterapia aparținătorului nu are scopul de a-l învăța să accepte orice și nici de a-l face mai eficient în sacrificiu. Poate ajuta la procesarea traumei, reglarea vinovăției, clarificarea limitelor și reconstruirea unei vieți proprii.

Participă la grupuri pentru aparținători

Grupurile pot reduce:

- izolarea;
- rușinea;
- sentimentul că nimeni nu înțelege;
- confuzia privind serviciile;
- nevoia de a descoperi singur toate soluțiile.

Un grup de sprijin însă nu înlocuiește evaluarea individuală atunci când aparținătorul are depresie, anxietate severă sau risc suicidal.

Construirea unei rețele de sprijin

O rețea sustenabilă poate cuprinde:

- unul sau mai mulți membri ai familiei;
- prieteni;
- medicul de familie;
- psihoterapeutul;
- medicul psihiatru;
- serviciile sociale;
- școala;
- grupuri pentru aparținători;
- servicii pentru consumul de substanțe;
- servicii de criză;

- 112 pentru urgențe.

Un plan în care toate responsabilitățile depind de o singură persoană este fragil. Dacă acea persoană se îmbolnăvește, pleacă sau se epuizează, întregul sistem se poate prăbuși.

Planul personal al aparținătorului

La fel cum persoana aflată în suferință poate avea un plan de siguranță, aparținătorul poate avea propriul plan.

Semnele mele că mă apropii de epuizare

De exemplu:

- nu mai dorm;
- țip;
- plâng zilnic;
- nu mai răspund prietenilor;
- consum mai mult alcool;
- uit lucruri importante;
- simt că urăsc persoana;
- am fantezii că fug;
- nu mai merg la medic;
- mă simt captiv.

Ce fac când apar aceste semne?

- anunț o persoană din rețea;
- cer preluarea unei sarcini;
- contactez propriul terapeut sau medic;
- reduc activitățile care nu sunt esențiale;
- folosesc planul profesionist de criză;
- nu accept noi responsabilități;
- mă retrag din interacțiune dacă simt că îmi pierd controlul.

Cine mă poate ajuta?

Este util să existe nume și sarcini precise, nu doar ideea vagă că „familia va ajuta”.

Ce nu mai pot face?

- supraveghere continuă;
- apeluri nocturne nelimitate;
- plata datoriilor;
- ascunderea consumului;
- transportul în timpul unei crize violente;
- preluarea tuturor programărilor;
- acceptarea amenințărilor.

Când aparținătorul însuși are nevoie de ajutor urgent

Solicită ajutor medical sau sună la 112 dacă:

- te gândești să îți iei viața;
- ai un plan suicidal;
- ai făcut o tentativă;
- simți că ai putea răni persoana pe care o îngrijești;
- ai pierdut controlul și există pericol pentru cineva;



- ai consumat o cantitate periculoasă de alcool, droguri sau medicamente;
- nu mai poți funcționa în siguranță;
- ai simptome medicale severe;
- ești victima unei agresiuni;
- copiii sau alte persoane vulnerabile se află în pericol.

Faptul că ești aparținător nu te obligă să rămâi într-un spațiu violent și nu înseamnă că nevoile tale pot fi amânate la nesfârșit.

Ce NU trebuie să faci

Nu aștepta să te prăbușești

Ajutorul nu este justificat numai după ce ajungi incapabil să funcționezi.

Nu deveni singurul plan de criză

O familie nu poate substitui permanent serviciile medicale și sociale.

Nu renunța la toate limitele de teamă că persoana se va supăra

Disconfortul produs de o limită nu înseamnă că limita este greșită.

Nu ascunde violența

O tulburare psihică nu justifică punerea în pericol a familiei.

Nu folosi alcoolul sau sedativele pentru a rezista

Acestea pot agrava somnul, anxietatea, depresia și capacitatea de decizie.

Nu refuza ajutorul doar pentru că ceilalți nu îl oferă perfect

Poate fi necesar să explici concret ce ai nevoie și să accepți că altcineva va face lucrurile diferit.

Nu transforma sacrificiul în dovada iubirii

O relație sănătoasă nu cere dispariția completă a unuia dintre membrii ei.

Primul ajutor în 60 de secunde

Dacă simți că nu mai poți continua ca aparținător:

Oprește-te și verifică siguranța: există risc pentru tine, pentru persoana îngrijită sau pentru altcineva?

Spune clar: „Nu mai pot gestiona singur această situație.”

Cere unei persoane o sarcină concretă, nu doar „mai mult ajutor”.

Folosește planul de criză și serviciile profesionale, în loc să preiei totul.

Protejează somnul, tratamentul și consultațiile tale.

Stabilește o limită pentru comportamentul care te epuizează sau te pune în pericol.

Dacă ai gânduri suicidare, crezi că ai putea răni pe cineva sau există o urgență medicală ori violentă, sună la 112.

Mit sau realitate?

Mit

„Un aparținător bun trebuie să fie permanent disponibil, să nu se plângă și să pună întotdeauna nevoile persoanei bolnave înaintea propriilor nevoi.”

Realitate

Disponibilitatea fără limite nu este sustenabilă. Lipsa somnului, izolarea, neglijarea propriei sănătăți și responsabilitatea permanentă pot conduce la epuizare, anxietate, depresie și scăderea capacității de a oferi îngrijire.

Un aparținător responsabil: cere ajutor; împarte sarcinile; folosește servicii profesioniste; păstrează o parte din propria viață; stabilește limite; se retrage din situațiile periculoase; își tratează propriile probleme de sănătate.

A avea grijă de tine nu înseamnă că îți pasă mai puțin. Înseamnă că refuzi să construiești îngrijirea unei persoane pe distrugerea alteia. Recomandările pentru îngrijitori pun accentul tocmai pe identificarea propriilor nevoi, sprijin practic și emoțional, menținerea sănătății și accesul la perioade de odihnă.

Exemplu practic

Elena își sprijină fiul adult, care trece prin episoade depresive și a avut o tentativă de suicid. După externare, ea doarme cu ușa deschisă, verifică de mai multe ori pe noapte dacă acesta respiră și răspunde imediat la fiecare mesaj. Renunță la serviciu, nu mai iese din casă și refuză să lase pe altcineva să îl supravegheze, deoarece crede că numai ea poate preveni o nouă tentativă.

După câteva luni, Elena este epuizată. Uită să își ia propriul tratament, plânge frecvent și devine furioasă când fiul refuză să vorbească. Într-o seară îi spune:

„Mi-am distrus viața pentru tine și nici măcar nu încerci să te faci bine.”

Imediat se simte vinovată și încearcă să compenseze prin și mai multă supraveghere.

La o întâlnire cu echipa de tratament, Elena spune pentru prima dată:

„Nu mai pot continua așa. Nu pot fi singurul plan de siguranță.”

Împreună stabilesc:

- semnele care indică o urgență reală;
- situațiile în care se sună la 112;
- persoanele care pot prelua anumite intervale;
- modul în care fiul contactează serviciile și alte persoane;
- securizarea temporară a medicamentelor;
- un program de consultații;
- o noapte pe săptămână în care sora Elenei preia responsabilitatea;
- psihoterapie pentru Elena;
- reluarea propriilor controale medicale;
- limite privind apelurile nocturne care nu reprezintă urgențe.

Elena îi spune fiului:

„Te iubesc și te voi sprijini. Nu mai pot însă să te verific permanent și să fiu singura persoană pe care o contactezi. Dacă există risc suicidar, folosim planul și chemăm ajutor. Dacă ai nevoie să vorbești, putem stabili un moment și avem și alte persoane în rețea.”

Fiul este inițial supărat și spune că mama îl abandonează. Elena nu retrage limita, dar îi răspunde:

„Nu te abandonez. Încerc să găsim o formă de sprijin care să nu ne distrugă pe niciunul.”

În acest caz, îngrijirea de sine nu a constatat doar într-o baie relaxantă sau o scurtă plimbare. A presupus reorganizarea responsabilităților, implicarea profesioniștilor, tratarea propriei sănătăți și renunțarea la ideea că o singură persoană poate garanta supraviețuirea alteia.

De reținut

Apartinătorul este o persoană cu propriile nevoi, limite și drepturi, nu o resursă inepuizabilă. Poți iubi pe cineva fără să îi controlezi evoluția, poți oferi sprijin fără să preiei întreaga responsabilitate și poți stabili limite fără să abandonezi. Burnoutul, vinovăția și izolarea nu sunt dovezi că trebuie să te străduiești și mai mult, ci semnale că sistemul actual de îngrijire trebuie schimbat. O îngrijire sustenabilă se bazează pe responsabilități împărțite, servicii profesionale, limite clare și protejarea sănătății tuturor membrilor familiei.

Bibliografie

- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Caregiving*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/caregiving/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Healthy habits: Caring for yourself when caring for another*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/caregiving/caring-for-yourself/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Disability and health information for family caregivers*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/disability-and-health/about/information-for-family-caregivers.html>
- Kilmer, G., Wang, X., Guglielmo, D., Town, M., & others. (2024). Changes in health indicators among caregivers—Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2015–2016 and 2021–2022. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 73(34), 737–744.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Supporting adult carers* (NICE Guideline NG150). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng150>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Supporting adult carers* (NICE Quality Standard QS200). <https://www.nice.org.uk/guidance/qs200>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Suicide prevention: Involving family, carers or friends* (Quality Standard QS189, Quality statement 4). <https://www.nice.org.uk/guidance/qs189/chapter/Quality-statement-4-Involving-family-carers-or-friends>
- National Health Service England. (2016). *A practical guide to healthy caring*. NHS England.
- World Health Organization. (2019). *iSupport for dementia: Training and support manual for carers of people with dementia*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. World Health Organization.
- World Health Organization. (n.d.). *Dementia carer support services*. Global Dementia Observatory. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-dementia-observatory-gdo/dementia-carer-support-services>

Capitolul 15

Când este o urgență?

Cum recunoști momentul în care nu mai este suficient sprijinul familiei

Într-o criză de sănătate mintală, aparținătorii se pot întreba dacă situația este suficient de gravă pentru a solicita ajutor medical. Uneori ezită de teamă să nu exagereze, să nu supere persoana sau să nu folosească inutil serviciile de urgență. Alteori presupun că toate manifestările sunt provocate de anxietate ori de o tulburare psihică deja cunoscută și omit posibilitatea unei probleme medicale.

O urgență există atunci când viața, sănătatea sau siguranța persoanei ori a celor din jur pot fi puse în pericol și situația nu poate fi gestionată în siguranță numai de familie.

Nu este nevoie să stabilești diagnosticul înainte de a cere ajutor. Confuzia acută, pierderea conștienței, respirația anormală, convulsiile, intoxicația, riscul suicidal, violența severă și pierderea bruscă a contactului cu realitatea necesită evaluare rapidă.

În România, când există un pericol imediat pentru viață, sănătate sau siguranță, se apelează **112**.

Tabel rapid: situație și intervenție

Situație	Ce faci?
Atac de panică	Rămâi cu persoana, vorbește calm și ajut-o să respire într-un ritm natural. Dacă simptomele nu se reduc, sunt diferite de atacurile cunoscute sau apar durere toracică severă, leșin, slăbiciune, confuzie ori dificultăți respiratorii importante, solicită evaluare medicală.
Idei suicidare	Întreabă direct dacă există intenție, plan și acces la mijloace. Nu lăsa persoana singură dacă riscul este imediat. Îndepărtează mijloacele periculoase numai dacă poți face acest lucru în siguranță și contactează imediat serviciile de urgență sau un specialist.
Tentativă de suicid	Sună imediat la 112 . Verifică starea de conștiență și respirația, urmează instrucțiunile operatorului și nu lăsa persoana singură.
Automutilare	Verifică rana și întreabă direct despre intenția suicidală. Sângerarea importantă, intoxicația, rana gravă, pierderea conștienței sau intenția de a muri impun apelarea la 112 .
Halucinații severe	Păstrează calmul, nu contrazice agresiv și nu confirma ceea ce persoana percepe. Solicită evaluare psihiatrică urgentă, mai ales dacă vocile îi cer să se rănească sau să atace, persoana este foarte speriată ori comportamentul devine periculos.
Idei delirante severe	Nu încerca să demonstrezi prin confruntare că persoana greșește. Redu stimularea și solicită evaluare psihiatrică urgentă dacă există agitație, teamă extremă, risc suicidal, amenințări sau incapacitatea de a se îngriji.

Pierderea contactului cu realitatea	Solicită evaluare psihiatrică urgentă. Dacă persoana este foarte agitată, dezorientată, violentă sau nu poate fi menținută în siguranță, sună la 112 .
Agresivitate severă	Protejează-te, păstrează distanța, îndepărtează copiii și celelalte persoane vulnerabile. Nu încerca să imobilizezi persoana și nu îi bloca ieșirea. Sună la 112 dacă există risc imediat.
Confuzie acută	Solicită imediat ajutor medical. Confuzia apărută brusc poate fi provocată de o problemă neurologică, infecție, intoxicație, hipoglicemie, traumatism sau altă urgență medicală.
Intoxicație cu alcool, droguri sau medicamente	Verifică dacă persoana răspunde și respiră normal. Dacă nu poate fi trezită, respiră anormal, are convulsii, vomită repetat sau a ingerat o cantitate necunoscută, sună imediat la 112 .
Sevraj sever	Convulsiile, halucinațiile, febra, agitația extremă și confuzia necesită ajutor medical de urgență. Nu încerca să tratezi sevrajul acasă cu alcool sau medicamente improvizate.
Convulsii	Protejează capul, îndepărtează obiectele din jur, nu ține persoana cu forța și nu introduce nimic în gură. Sună la 112 , mai ales dacă este prima criză, se repetă, durează mai multe minute sau respirația nu revine la normal.
Pierderea conștienței	Sună la 112 , verifică respirația și urmează instrucțiunile operatorului. Nu administra apă, alimente sau medicamente.
Respirație lentă, neregulată sau absentă	Sună imediat la 112 . Pune telefonul pe difuzor și începe manevrele indicate de operator.
Durere toracică, leșin sau simptome neurologice	Solicită evaluare medicală de urgență. Nu presupune că este doar anxietate, mai ales dacă este primul episod sau simptomele sunt neobișnuite.
Refuz total de alimente și lichide	Solicită evaluare medicală rapidă. Dacă apar leșin, confuzie, slăbiciune severă, deshidratare sau deteriorare fizică, sună la 112 .
Agitație extremă după mai multe nopți fără somn	Solicită evaluare psihiatrică urgentă. Dacă există impulsivitate periculoasă, agresivitate, psihoză sau incapacitatea de a rămâne în siguranță, sună la 112 .
Abuz, violență sau pericol pentru un copil	Îndepărtează copilul din pericol dacă poți face acest lucru în siguranță și solicită imediat intervenția serviciilor competente. În cazul unui pericol imediat, sună la 112 .
Nu știi cât de gravă este situația	Când există posibilitatea unui pericol pentru viață sau siguranță, este mai sigur să soliciți evaluare decât să aștepti agravarea.

Cele trei întrebări esențiale

Atunci când nu ești sigur dacă situația este o urgență, întreabă-te:

1. Există un pericol imediat pentru viață?

De exemplu:

- persoana nu respiră normal;
- nu poate fi trezită;
- a ingerat medicamente ori substanțe;
- sângerează abundent;
- are convulsii;
- a făcut o tentativă de suicid;
- prezintă simptome medicale severe.

Dacă răspunsul este „da” sau „nu știu”, sună la **112**.

2. Există un pericol imediat pentru persoană sau pentru ceilalți?

Întreabă dacă persoana:

- intenționează să se sinucidă;
- are un plan;
- are acces la mijloace;
- spune că va răni pe cineva;
- are o armă sau un obiect periculos;
- este violentă;
- aude voci care îi cer să atace;
- încearcă să fugă într-un loc periculos;
- nu poate fi supravegheată în siguranță.

3. Este posibilă o cauză medicală?

Manifestările psihice apărute brusc pot avea cauze medicale. Solicită evaluare medicală urgentă dacă apar:

- confuzie bruscă;
- dezorientare;
- dificultăți de vorbire;
- slăbiciune pe o parte a corpului;
- febră;
- durere toracică;
- dificultăți respiratorii;
- leșin;
- convulsii;
- traumatism cranian;
- intoxicație;
- modificări rapide ale stării de conștiență.

Nu presupune că un simptom este „doar psihologic” numai pentru că persoana are un diagnostic psihiatric sau antecedente de atacuri de panică.

Atacul de panică: când nu mai aștepți să treacă?

Atacul de panică poate produce palpitații, amețelă, tremor, transpirație, senzație de sufocare și durere ori presiune toracică. Simptomele pot semăna cu cele ale unei probleme medicale.

Rămâi cu persoana și vorbește calm dacă:

- a mai avut atacuri similare;
- simptomele urmează tiparul cunoscut;
- persoana rămâne conștientă;
- poate comunica;
- manifestările încep să se reducă.

Solicită evaluare medicală dacă:

- este primul episod;
- simptomele sunt diferite de cele obișnuite;
- durerea toracică este severă sau persistentă;
- persoana leșină;
- respirația este foarte dificilă;
- apar slăbiciune, paralizie sau tulburări de vorbire;
- există confuzie;
- persoana este însărcinată;
- are boli cardiace, neurologice sau respiratorii;
- simptomele nu se reduc;
- ai îndoieli că este vorba numai despre panică.

Ideile suicidare: când este necesar 112?

Nu toate gândurile despre moarte au același nivel de risc, dar toate trebuie luate în serios.

Solicită imediat ajutor de urgență dacă persoana:

- spune că intenționează să se sinucidă;
- are un plan;
- a stabilit un moment;
- are acces la mijloace;
- a început pregătirile;
- a scris mesaje de rămas-bun;
- a oferit bunuri;
- a făcut o tentativă;
- a ingerat medicamente sau substanțe;
- este intoxicată și exprimă intenții suicidare;
- aude voci care îi cer să se sinucidă;
- spune că nu se poate controla;
- refuză să spună unde se află după un mesaj suicidar;
- nu poate fi menținută în siguranță.

Nu lăsa persoana singură. Nu promite păstrarea secretului și nu transforma discuția într-o negociere:

„Nu ai de ce să faci asta.”

„Promite-mi că nu faci nimic.”

Mai util:

„Te cred și iau în serios ceea ce spui.”

„Rămân cu tine și chemăm ajutor.”

Halucinațiile și pierderea contactului cu realitatea

Halucinațiile nu reprezintă automat o urgență în fiecare situație. Unele persoane au simptome cunoscute, sunt în tratament, își păstrează autocontrolul și știu cum să contacteze echipa terapeutică.

Este însă necesară evaluare urgentă când:

- halucinațiile apar pentru prima dată;
- sunt foarte intense;
- persoana nu mai poate distinge experiențele de realitate;
- vocile dau comenzi;
- persoana este extrem de speriată;
- refuză complet hrana, apa sau tratamentul;
- devine dezorganizată;
- încearcă să fugă;
- amenință;
- este agitată sau agresivă;
- există risc suicidar;
- simptomele au apărut după consumul unei substanțe;
- nu a dormit mai multe nopți;
- există confuzie sau febră.

Psihoza poate include halucinații, idei delirante, suspiciozitate intensă, vorbire incoerentă și comportament sever dezorganizat ori agitat.

Nu te apropia brusc, nu atinge persoana fără permisiune și nu încerca să o „aduci la realitate” prin țipete sau ridiculizare.

Agresivitatea severă

Agresivitatea devine o urgență atunci când există:

- amenințări credibile;
- lovirea persoanelor;
- distrugeri;
- folosirea sau căutarea unei arme;
- încercarea de a intra cu forța într-un spațiu;
- strangulare;
- blocarea ieșirii;
- urmărirea unei persoane;
- amenințări suicidare combinate cu violență;
- copii sau persoane vulnerabile în apropiere;
- intoxicație;
- imposibilitatea calmării prin comunicare.

În această situație:

1. păstrează distanța;
2. nu te poziționează între persoană și ieșire;
3. nu încerca să o imobilizezi;
4. nu îi smulge obiectul din mână;
5. îndepărtează copiii;

6. retrage-te într-un loc sigur;
 7. sună la **112**;
 8. spune operatorului dacă există arme, intoxicație sau răniți.
- Nu trebuie să rămâi lângă persoană atunci când siguranța ta este amenințată.

Confuzia acută este, în primul rând, o urgență medicală

Confuzia apărută brusc nu trebuie tratată automat ca o problemă psihiatrică.

Persoana poate:

- să nu știe unde se află;
- să nu recunoască familia;
- să vorbească incoerent;
- să nu înțeleagă instrucțiuni simple;
- să vadă lucruri inexistente;
- să devină somnolentă sau agitată;
- să alterneze rapid între stări;
- să nu își amintească evenimente recente.

Cauzele pot include:

- accident vascular cerebral;
- infecție;
- hipoglicemie;
- deshidratare;
- intoxicație;
- sevraj;
- traumatism;
- reacții la medicamente;
- convulsii;
- probleme metabolice;
- alte boli acute.

Nu administra sedative, alcool sau tratamente improvizate. Solicită imediat ajutor medical.

Ce spui când suni la 112?

Transmite informațiile simplu și concret:

- adresa exactă;
- vârsta aproximativă;
- dacă persoana este conștientă;
- dacă respiră normal;
- ce s-a întâmplat;
- ce a spus persoana;
- dacă există răni;
- dacă a ingerat substanțe;
- dacă există un plan suicidal;
- dacă este violentă;
- dacă are o armă sau un obiect periculos;
- dacă sunt copii în locuință;
- diagnosticele și tratamentele cunoscute;
- dacă este prima manifestare de acest tip.

Nu spune doar:

„Are o criză psihică.”

Spune concret:

„Spune că se va sinucide, are mai multe medicamente în față și refuză să le lase.”

sau:

„Nu mă mai recunoaște, vorbește incoerent și schimbarea a apărut în această dimineață.”

Urmează instrucțiunile operatorului și nu închide până când ți se spune.

Ce faci până vine ambulanța?

Dacă persoana este calmă și cooperantă

- rămâi cu ea;
- vorbește simplu;
- reduce zgomotul;
- nu o copleși cu întrebări;
- pregătește documentele și medicamentele;
- explică faptul că ambulanța este pe drum.

Dacă este inconstientă

- verifică respirația;
- sună la 112;
- urmează instrucțiunile operatorului;
- nu îi da nimic pe gură;
- nu o lăsa singură.

Dacă este suicidară

- rămâi cu ea dacă este sigur;
- îndepărtează mijloacele periculoase fără confruntare;
- nu păstra secretul;
- nu o provoacă și nu îi contesta suferința;
- contactează serviciile de urgență.

Dacă este agresivă

- protejează-te;
- retrage-te;
- nu încerca să o imobilizezi;
- anunță 112 despre riscuri;
- nu reintra în spațiu până când este sigur.

Dacă este confuză sau psihotică

- folosește propoziții scurte;
- prezintă-te;
- explică unde se află;
- evită confruntarea;
- nu confirma ideile delirante;
- nu lăsa persoana să conducă.

Ce NU trebuie să faci?

- Nu aștepta să apară toate semnele de pericol.
- Nu presupune că persoana „doar caută atenție”.

- Nu promite că vei păstra secretul unui plan suicidal.
- Nu lăsa singură o persoană cu risc suicidal imediat.
- Nu transporta singur o persoană inconștientă, violentă sau profund confuză.
- Nu provoca vărsături după ingerarea unor substanțe.
- Nu administra sedative ori medicamente fără indicație.
- Nu confrunți agresiv o persoană psihotică.
- Nu te expune pentru a recupera un obiect periculos.
- Nu filma criza.
- Nu minimaliza situația pentru a evita o evaluare.
- Nu presupune că un simptom fizic este numai anxietate.
- Nu încerca să gestionezi singur o situație care nu mai este sigură.

Diferența dintre evaluarea rapidă și apelarea la 112

Evaluare rapidă de specialitate

Este necesară atunci când persoana nu se află într-un pericol imediat, dar simptomele sunt severe, noi sau se agravează:

- depresie accentuată;
- idei suicidare fără intenție imediată;
- halucinații fără comportament periculos;
- automutilare fără leziuni grave;
- refuz școlar sever;
- lipsă importantă de somn;
- deteriorarea funcționării;
- consum repetat de substanțe;
- refuz persistent al alimentelor;
- recădere după întreruperea tratamentului.

Contactează medicul, psihiatrul, psihoterapeutul sau serviciul indicat în planul de criză.

Apel la 112

Este necesar când există:

- pericol imediat;
- tentativă;
- plan suicidal cu acces la mijloace;
- pierderea conștienței;
- respirație anormală;
- intoxicație gravă;
- convulsii;
- confuzie acută;
- violență severă;
- armă;
- psihoză cu comportament periculos;
- deteriorare fizică rapidă;
- imposibilitatea menținerii siguranței.

Primul ajutor în 60 de secunde

Întreabă-te:

Respiră normal și poate fi trezită?

Există risc de suicid, violență sau accident?

A ingerat medicamente, alcool, droguri sau o substanță necunoscută?

Este brusc confuză ori a pierdut contactul cu realitatea?

Poate fi menținută în siguranță până primește ajutor?

Dacă răspunsul indică un pericol imediat sau nu ești sigur:

sună la **112**;

spune exact ce observi;

nu lăsa persoana singură dacă este sigur pentru tine;

nu administra medicamente ori remedii improvizate;

protejează-te dacă există agresivitate;

urmează instrucțiunile operatorului.

Mit sau realitate?

Mit

„Trebuie să fiu complet sigur că este o urgență înainte să sun la 112.”

Realitate

Apartținătorul nu trebuie să stabilească diagnosticul și nici să demonstreze că persoana se află în pericol. Este suficient să descrie ceea ce observă.

În situații precum pierderea conștienței, respirația anormală, tentativa de suicid, planul suicidar iminent, convulsiile, confuzia acută, intoxicația sau violența severă, întârzierea poate agrava consecințele.

Este mai sigur să soliciți evaluare și să urmați indicațiile serviciului de urgență decât să așteptați până când situația devine evident critică.

Exemplu practic

Mihai, în vârstă de 52 de ani, a mai avut atacuri de panică. Într-o dimineață îi spune soției că simte o presiune puternică în piept și că îi este greu să respire. Soția presupune inițial că este un nou atac și îi spune:

„Este doar anxietate. Respiră și o să treacă.”

Observă însă că Mihai este foarte palid, transpiră, nu poate formula propoziții complete și spune că durerea se extinde spre braț. Simptomele sunt diferite de atacurile anterioare.

Soția sună la 112 și spune:

„Are durere toracică severă, este palid, transpiră și respiră greu. Are antecedente de atacuri de panică, dar episodul acesta este diferit.”

Nu îi administrează medicamente după propria apreciere și nu îl conduce singură la spital. Rămâne cu el și urmează instrucțiunile operatorului.

Decizia corectă nu a constat în stabilirea cauzei, ci în recunoașterea simptomelor atipice și solicitarea evaluării medicale.

Același principiu se aplică unei crize psihice: apartținătorul nu trebuie să stabilească dacă halucinațiile sunt provocate de psihoză, droguri, febră sau o problemă neurologică înainte de a cere ajutor. Trebuie să recunoască pericolul și să transmită clar ceea ce observă.

De reținut

O urgență de sănătate mintală este orice situație în care viața, sănătatea sau siguranța persoanei ori a celor din jur pot fi puse în pericol. Nu este necesar să cunoști diagnosticul și nici să fii complet sigur. Pierderea conștienței, respirația anormală, tentativa sau planul suicidar iminent, intoxicația, convulsiile, confuzia acută, agresivitatea severă și pierderea contactului cu realitatea însoțită de comportament periculos necesită ajutor imediat. Într-o urgență, prioritatea nu este să convingi, să explici sau să tratezi acasă, ci să protejezi siguranța și să contactezi serviciile competente.

Bibliografie

- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: Management* (Clinical Guideline CG113). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence* (NICE Guideline NG225). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>
- National Institute of Mental Health. (2024). *5 action steps to help someone having thoughts of suicide*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/5-action-steps-to-help-someone-having-thoughts-of-suicide>
- National Institute of Mental Health. (2025). *Warning signs of suicide*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/warning-signs-of-suicide>
- Serviciul de Telecomunicații Speciale. (n.d.). *Serviciul de urgență 112*. <https://www.112.ro/>
- World Health Organization. (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Version 2.0*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *mhGAP training manual: Essential care and practice*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *mhGAP training manual: Psychoses*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Mental Health Gap Action Programme guideline for mental, neurological and substance use disorders*. World Health Organization.



Anexa 1

Ce spune știința?

De ce contează felul în care reacționăm la suferința psihică

De ce funcționează ascultarea activă

Ascultarea empatică reduce defensivitatea, încurajează exprimarea sinceră și poate facilita acceptarea ajutorului. Ea nu înlocuiește tratamentul, dar creează o punte către acesta.

De ce contează intervenția precoce

Recunoașterea timpurie a problemelor poate limita agravarea simptomelor, izolarea, abandonul școlar sau profesional, consumul de substanțe și apariția crizelor grave.

De ce este importantă familia

Familia observă adesea primele schimbări, poate încuraja solicitarea ajutorului, poate transmite informații relevante specialiștilor și poate sprijini continuitatea îngrijirii. Implicarea trebuie să respecte autonomia, confidențialitatea și limitele aparținătorilor.

De ce nu trebuie stigmatizate tulburările psihice

Stigmatizarea produce rușine, ascunderea simptomelor, izolare, discriminare și întârzierea tratamentului. Persoana nu trebuie redusă la diagnostic, simptom sau la criza prin care trece.

Ascultarea nu înlocuiește tratamentul. Familia nu înlocuiește serviciile specializate. Intervenția precoce nu înseamnă diagnosticare pripită. Combaterea stigmatizării nu înseamnă ignorarea pericolului.





Anexa 2

Resurse utile

Cum găsești un psihoterapeut

Platforme de programare

- Docbook – căutare după specialitate, județ și disponibilitate
- Psiholog.ro – platformă dedicată psihologilor și psihoterapeuților acreditați
- DEPRETER – rețea națională de psihoterapeuți acreditați pentru psihoterapie online

Cum găsești un medic psihiatru

Platforme de programare

- Docbook
- Rețeaua Regina Maria – Psihiatrie și Psihoterapie
- MedLife
- Sanador

Servicii publice

- Medicul de familie
- Ambulatoriul de psihiatrie din județul dumneavoastră
- Centrul de Sănătate Mintală (CSM)
- Spitalul de Psihiatrie sau secția de psihiatrie a spitalului județean

Servicii de urgență

- **112** – pentru orice urgență medicală sau psihiatrică.
- Camera de gardă a celui mai apropiat spital de psihiatrie.
- Camera de gardă a spitalului județean.

Organizații de sprijin

- DepreHUB – suport emoțional și informații despre sănătatea mintală.
- Telefonul Copilului (116 111) – consiliere gratuită pentru copii și adolescenți.
- Alianța Română de Prevenție a Suicidului (ARPS) – resurse pentru prevenirea suicidului și suport în situații de criză.

Alianța Națională pentru Sănătate Mintală

www.alianta-pentru-sanatate-mintala.com

Pe site puteți găsi:

- ghiduri gratuite pentru public;
- informații despre sănătatea mintală bazate pe dovezi științifice;
- campanii de educație și prevenție;
- programe de sprijin și proiecte dedicate beneficiarilor;
- informații privind accesul la servicii de psihoterapie și sănătate mintală.