

**UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ” DIN CHISINĂU**

**FACULTATEA PSIHOLOGIE și PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ**

**CATEDRA ASISTENȚĂ SOCIALĂ**

**LAPOȘINA EMILIA**

**ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR ABUZATE**

Curs universitar

(pentru studenții programului de studiu Asistență Socială, ciclul I, licență)

**Chisinau, 2018**

„Aprobat”  
catedra Asistență Socială,  
proces-verbal nr.1 din septembrie 2017

„Recomandat”  
Consiliul facultății Psihologie și Psihopedagogie Specială,  
Proces-verbal nr.4 din 24.01.2018

Recenzenți:

1. Vîrlan Maria, dr., conf. univ., șef catedră Asistență socială.
2. Frunze Olesea, dr., conf. univ.

**Lapoșina, Emilia.**

Asistența socială a persoanelor abuzate : Curs universitar (pentru studenții programului de studiu Asistență Socială, ciclu 1, licență) / Lapoșina Emilia ; Univ. Ped. de Stat "Ion Creangă" din Chișinău, Fac. Psihologie și Psihopedagogie Spec., Catedra Asistență Soc. – Chișinău : S. n., 2018 (Tipogr. UPS "Ion Creangă"). – 173 p. : fig., tab.

Bibliogr.: p. 142-144 (77 tit.). – Referințe bibliogr. în subsol. – 100 ex.

ISBN 978-9975-46-385-0.

364.42/.44:343.54(075.8)

L 21

## CUPRINS

1. VIOLENȚA ÎN FAMILIE: DEFINIȚII ȘI TEORII .....	5
1.1. Agresivitate, agresiune, violență .....	5
1.2. Violența în familie: definiții și caracteristici .....	6
1.3. Familia – context al apariției violenței în familie .....	10
1.4. Vulnerabilitatea familială și individuală .....	12
1.5. Factorii stresori ai abuzului .....	13
1.6. Resursele și suportul social .....	14
1.7. Servicii de intervenție asistențială pentru combaterea violenței în familie .....	16
1.8. Abordări teoretice ale violenței în familie .....	23
1.8.1. <i>Teorii și studii biologice</i> .....	23
1.8.2. <i>Teoriile sociologice</i> .....	24
1.8.3. <i>Teoriile psihologice și psihosociale</i> .....	29
1.8.4. <i>Teoriile integrative centrate pe interacțiune</i> .....	31
1.9. Drepturile victimri violenței în familie .....	32
2. EVALUAREA ȘI INTERVENȚIA ÎN CAZUL ABUZULUI COPILULUI .....	33
2.1. Bunăstarea și protecția copilului .....	34
2.2. Principiile și dilemele protecției copilului .....	34
2.3. Trăsături specifice ale contextului în care se produce abuzul și neglijarea copilului .....	38
2.4. Definiția și clasificarea abuzului copilului .....	39
2.5. Caracteristici distinctive ale formelor de abuz .....	42
2.5.1. <i>Abuz fizic</i> .....	42
2.5.2. <i>Abuz psihologic</i> .....	45
2.5.3. <i>Abuz sexual</i> .....	49
2.5.4. <i>Neglijarea</i> .....	52
2.6. Frecvența cazurilor de maltratare a copiilor .....	54
2.7. Factorii abuzului copilului de către părinți .....	57
2.8. Vulnerabilitatea copilului, rezistența la stres și reacțiile de apărare .....	59
2.9. Consecințele maltratării copilului .....	61
2.10. Profilul psihologic al copilului abuzat .....	64
2.11. Administrarea cazului de abuz .....	65
2.12. Strategii de recuperare a copilului abuzat .....	68
2.13. Modele de analiză și decizie în situații de abuz al copilului .....	72
2.12.1. <i>Evaluarea riscului de abuz al copilului</i> .....	72
2.12.2. <i>Matricea deciziilor strategice terapeutice în cazul copiilor abuzați</i> .....	73
2.12.3. <i>Evaluarea succesului intervențiilor în protecția copilului</i> .....	75
3. EVALUAREA ȘI INTERVENȚIA ÎN CAZUL VIOLENȚEI DOMESTICE A FEMEII .....	77
3.1. Prevalența violenței în familie. Date statistice .....	78
3.2. Tipurile de violență domestică .....	80
3.3. Familii cu predispoziții pentru violența domestică .....	83
3.4. Mitori, motivații și prejudecăți în explicația violenței domestice .....	85
3.5. Dinamica violenței domestice .....	87
3.6. Portretul victimei și agresorului violenței domestice .....	89

3.7. Consecințele violenței domestice .....	94
3.8. Contactul în criză cu victima violenței domestic .....	96
3.9. Evaluarea femeii victimă a violenței domestic .....	98
3.10. Intervenția în cazul femeii victime a violenței familiale .....	101
3.10. Consilierea psiho-socială a victimei și membrilor familiei violente .....	104
3.11. Intervenția comunitară pentru prevenirea violenței în familie .....	108
<b>4. EVALUAREA ȘI INTERVENȚIA ÎN CAZUL ABUZULUI FAȚĂ DE PERSONELE DE VÂRSTA A TREIA .....</b>	<b>109</b>
4.1. Importanța problemei .....	109
4.2. Definiția abuzului față de bătrâni .....	112
4.3. Tipuri de abuz .....	114
4.4. Factorii de risc ai abuzului față de bătrâni .....	115
4.4.1. Caracteristicile victimelor vârstnice .....	116
4.4.2. Caracteristicile făptuitorilor .....	117
4.4.3. Factorii de risc ai abuzului în instituțiile de bătrâni .....	120
4.5. Dinamica abuzului .....	120
4.6. Teoriile etiologice ale abuzului față de bătrâni .....	122
4.7. Indicatorii și consecințele abuzului bătrânului .....	123
4.8. Reticența bătrânului în a divulga abuzul .....	125
4.9. Intervenția asistențială în cazul violenței bătrânului .....	126
4.9.1. Contactul cu bătrânul abuzat .....	126
4.9.2. Evaluare inițială și evaluarea riscului .....	128
4.9.3. Intervenția .....	131
4.10. Formularea plaului de siguranță .....	135
<b>CONCLUZII .....</b>	<b>137</b>
<b>GLOSAR .....</b>	<b>139</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXE .....</b>	<b>145</b>
<i>Anexa 1. Instrucțiunile privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului .....</i>	<i>145</i>
<i>Anexa 2. Formular de Referire .....</i>	<i>156</i>
<i>Anexa 3. Etapele managementului de caz .....</i>	<i>157</i>
<i>Anexa 4. Lista organizațiilor de stat și neguvernamentale prestatoare de servicii în cazuri de abuz, neglijare, trafic de copii. Centre și adăposturi pentru copii .....</i>	<i>159</i>
<i>Anexa 5. Schema de evaluare inițială și algoritmul de îngrijire a femeii cu probleme de abuz domestic .....</i>	<i>161</i>
<i>Anexa 6. Inventar cu actele de abuz față de bătrân în funcție de tipologia lor .....</i>	<i>163</i>
<i>Anexa 7. Secvența activităților de evaluare și intervenție în criza bătrânului abuzat .....</i>	<i>165</i>
<i>Anexa 8. Scala indiciilor abuzului vârstnicului .....</i>	<i>166</i>
<i>Anexa 9. Instrumentul de evaluare inițială pentru identificarea riscului de abuz făcut de îngrijitorii bătrânilor .....</i>	<i>167</i>
<i>Anexa 10. Instrumentul de evaluare a bătrânului .....</i>	<i>169</i>
<i>Anexa 11. Planul de siguranță personalizat pentru bătrânii care au suferit abuz .....</i>	<i>171</i>

Violența din societate începe în cămin,  
nu poți elimina crima de pe stradă  
dacă nu elimini relele tratamente domestice:  
copiii bătuți devin adesea adulți violenți.

*Isabel Allende*

## I. VIOLENȚA ÎN FAMILIE: DEFINIȚII ȘI TEORII

Amenințându-ne direct sau indirect siguranța de fiecare zi în mod dureros, violența ține de viața cotidiană a comunității, dar și de o realitate culturală a societății. Pe parcursul vieții ființa umană continuă să adune modele culturale care structurează semnificațiile limbajului gestual și ale celui articulat, ale reacțiilor comportamentale, atitudinale și ale comunicării subiective. Conduitele agresive mai evidente sunt prezente în toate aspectele distructive gândite și anticipate, cu declanșări reactive și consecințe victimologice importante. Uneori, acțiunile agresive strecoară și în desfășurarea unor conduite considerate calme sau non-violente. Manifestările violenței, extrem de variate, sunt adesea orientate împotriva unor categorii și grupuri vulnerabile ale comunității, ca minoritățile etnice, religioase sau sexuale, femeile, copiii și persoanele de vârstă a treia.

Violența familială se produce sub multe forme și cele mai proeminente sunt violență domestică, abuzul față de copii și abuzul față de bătrâni. Aceste trei forme de violență familială vor fi tratate separat în capitolele care urmează.

### 1.1. Agresivitate, agresiune, violență<sup>1</sup>

**Agresivitatea.** Nefiind sinonimă cu violența, agresivitatea exprimă o dispoziție biopsihologică și reacțională la situații de mediu, o reacție de apărare, o tendință impulsivă mai puțin controlată de procesele psihice de integrare în ambianță (Pirozynski, 1991). Ea reprezintă tendința spre conduitele orientată spre obiecte, persoane sau spre sine a căror intenție este aceea de a produce o vătămare de ordin material, fizic și/sau moral-psihologic. Ea poate fi definită și ca „tendința de a-l ataca pe celălalt sau orice obiect susceptibil de a sta în calea satisfacerii imediate a unei nevoi”, sau ca personalitate a „unui individ care are obiceiul de a se comporta agresiv”<sup>2</sup>. Agresivitatea este o trăsătură a personalității care poate fi canalizată, dacă nu scapă controlului rațional. Câțiva dintre factorii psihologici care predispun la o mai mare potențialitate agresivă sunt: abuzurile suferite în copilărie, anumite antecedente agresive față de ceilalți sau propria persoană, unele trăsături de personalitate (impulsivitatea, labilitatea emoțională, iritabilitatea caracterială, toleranța scăzută la frustrare etc.). Cercetările psihologice și sociologice insistă asupra caracterului dobândit sau învățat al agresivității. Mediul este probabil factorul cel mai important în manifestările de agresivitate, toată lumea fiind de acord că un instinct care să împingă pulsivitatea agresivă în afara individului este de greu de admis. Trecerea la act implică anterior trăirea furiei (sau a fricii, tristeții), ca stare afectivă negativă ce poate conduce la un comportament agresiv, și a ostilității – ca atitudine negativă față de celălalt inacceptabil, care nu ne place, pe care suntem gata să îl distrugem. Indivizii mai înclinați spre ostilitate și furie sunt mai tentați să comită și abateri de la normele morale și penale, din moment ce tind să subestimeze riscul și să facă alegeri riscante.

**Agresiunea.** Din punct de vedere social, agresiunea trimite la „comportamentul adoptat cu intenția de a face rău celui alt, fizic sau psihologic” (Larousse. Marele dicționar al psihologiei, 2006). Evident, termenii de „intenție” și „rău” sunt relativ subiectivi. Astfel se și explică faptul că victima, agresorul și observatorul vor avea perspective diferite asupra caracterului agresiv sau

<sup>1</sup> Turliuc Maria Nicoleta, Adina Karner Huțuleac, Oana Dănilă, *Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2009, pag. (ISBN 978-973-703-4366).

<sup>2</sup>Larousse. Marele dicționar al psihologiei, 2006. <https://www.slideshare.net/rodica18/14872044-dicionardepshologielarousse>

non-agresiv al unui act sau cu privire la gradul de pericolozitate al unei acțiuni agresive. De toleranța mai mare sau mai mică a societății în privința actelor agresive depinde de pragul de la care pornind ele se transformă în acte infracționale. În plus, atitudinile agresive (mimică, gestică, pantomimică) pot avea un caracter provocator și pot declanșa o reacție agresivă puternică. Cuvintele pot avea un caracter agresiv deschis (amenințări, injurii, insulte) sau ascuns, insidios (răutăți, ironie, causticitate).

Frustrarea și furia sunt o provocare pentru orice persoană care încearcă să-și păstreze cumpătul. Atacul și percepția intenției sunt factori situaționali care tind să producă un răspuns agresiv. În acest caz, reacțiile agresive ale unei persoane favorizează apariția răspunsurilor agresive ale altcuiva. Nu întâmplător, provocarea prin atac sau insultă este una din cauzele cele mai frecvente ale agresivității (mai ales pe fondul consumului de alcool). Ca subiect al normei reciprocității, agresiunea poate lua forma unor reguli precum “ochi pentru ochi”, “dinte pentru dinte”, “viață pentru viață” etc. Dar, norma aceasta nu este întotdeauna funcțională. Cel mai adesea, perceperea intenției este aceea care determină declanșarea sau nu a constrângerilor consecutive unei acțiuni. Comparativ cu acțiunile cu consecințe negative, percepute ca neintenționate, cele considerate intenționate sunt mai curând judecate ca ostile, dând naștere răspunsurilor agresive.

**Violența.** Dacă agresivitatea reprezintă starea sistemului psihofiziologic de a răspunde printr-un ansamblu de conduite ostile (în plan conștient, inconștient sau fantasmatic) în scopul distrugerii unui „obiect” investit cu semnificație, violența este agresivitatea liberă, manifestarea comportamentală a unei stări de agresivitate. Noțiunea de „violență” este definită prin actele care trimit la apelul la forță, la constrângere sau la încălcarea normelor și a drepturilor celui alt. Altfel spus, violența constă în totalitatea conduitelor agresive la care un subiect mai puternic fizic sau moral îl supune pe altul mai slab: rele tratamente (copiii maltratați), acte de violență ale partenerului (femei bătute), sau chiar acțiuni criminale (tâlharie, viol, omucidere).

Violența include toate comportamentele violente (fizice, psihologice sau sexuale), de abuz activ sau pasiv (de tipul neglijenței). Cu alte cuvinte, violența reprezintă orice situație în care ființele umane sunt influențate în asemenea manieră încât realizările lor efective, fizice și psihice se află la un nivel mai scăzut decât realizările lor potențiale<sup>3</sup> (J. Galtung, 1996; apud Turliuc M, 2009). Violența este indicată de diferența dintre potențial și realitate/realizări. Nivelul potențial este posibil atunci când există oportunitățile necesare și accesul la resurse. Dacă acestea sunt monopolizate de anumite persoane (majoritatea aflată la putere) înseamnă că nivelul actual de realizare al altor persoane (grupul minoritar) scade sub potențialul lor normal.

O delimitare necesară este aceea între aspectul instrumental și cel emoțional al violenței. Forma instrumentală se deosebește de cea emoțională prin planificarea acțiunii agresive. Scopul principal nu este acela de a face rău, ci de a obține anumite rezultate, de a-și menține sau impune puterea sau statutul. Violența emoțională (sau ostilă) se realizează cu intenția de a-i face rău cuiva, de a-i provoca suferința și pentru reducerea tensiunii psihice a agresorului. Acestor forme li se adaugă violența ca agresiune simbolică, ce desemnează „a agresa semnul sau obiectul care materializează identitatea celui alt detestat”, semnele puterii sau ceea ce este definit ca atare (Rachid Amirou, 2003, p. 43). Acestea sunt agresate și distruse pentru a semnifica o opoziție față de valorile pe care le vehiculează aceste simboluri. De exemplu, distrugerea de către soțul violent și gelos a hainelor soției etc.

Impunerea propriei voințe prin forță în relația cu celălalt se produce mai ales în următoarele condiții:

- existența unor emoții negative care se răsfrâng asupra celorlalți precum: frica, furia, tristețea etc.;
- existența unor modele de comportament violent;

---

<sup>3</sup> Turliuc Maria Nicoleta, Adina Karner Huțuleac, Oana Dănilă, *Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2009, pag. (ISBN 978-973-703-4366).

- unele condiții pot facilita declanșarea și descărcarea agresivității (situațiile neprielnice, frustrante, atacul, percepția intenției agresive, consumul de alcool/droguri, simpla vedere a armelor sau „efectul armelor” etc.).

Violența este considerată a fi un abuz de putere, o modalitate de impunere a puterii asupra celorlalți dar, în mod paradoxal, ea semnifică uneori și lipsa de putere. În aceasta situație, dorința persoanei agresive de a se afirma este atât de puternică încât se transformă în agresivitate distructivă și violență.

## 1.2. Violența în familie: definiții și caracteristici

În toate societățile caracterizate printr-o distribuție inegală a puterii, a statutului social și a resurselor între bărbați și femei, violența în familie, violența împotriva femeii este prezentă în sensul că femeile nu-și pot valorifica pe deplin potențialul de care dispun. În familie acesta devine sinonimă cu menținerea unor așteptări și cerințe disproporționate, a unor conduite violente care restricționează alegerile, oportunitățile, dezvoltarea personală și profesională a femeii, participarea ei la viața socială sau politică etc.

„Violența în familie” versus „violența domestică” desemnează orice act de violență fizică, psihologică sau sexuală care are loc între persoanele între care există (sau au existat) relații de rudenie: de sânge, căsătorie și/sau adopție.

Conform Legii nr. 45, din 01.03.2007 *Cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie* aprobată de Parlamentul RM, publicată: 18.03.2008 în Monitorul Oficial Nr. 55-56, cap.I, art. 2(1)),

**violență în familie** – acte de violență fizică, sexuală, psihologică, spirituală sau economică, cu excepția acțiunilor de autoapărare sau de apărare ale altei persoane, inclusiv amenințarea cu asemenea acte, comise de către un membru de familie în privința altui membru al aceleiași familii, prin care s-a cauzat victimei prejudiciu material sau moral;

**prejudiciu moral** – cauzare a suferințelor fizice și/sau psihice, care conduce la umilire, frică, înjosire, incapacitate de apărare împotriva violenței, la sentimente de frustrare și la alte consecințe cu caracter similar;”

**agresor** - în cazul plîngerilor din partea mai multor membri de familie, cu învinuiri reciproce de comitere a actelor de violență, agresorul va fi identificat luîndu-se în considerare următoarele circumstanțe: care dintre subiecții implicați a acționat în apărarea sa ori a altei persoane; probabilitatea survenirii unor situații critice pentru fiecare persoană; modul de acționare în cadrul scenei de violență și gravitatea leziunilor provocate de fiecare persoană; plîngerile anterioare de violență în familie, alte împrejurări care indică la inițiatorul actelor de violență.”

**situație de criză/situație critică** – totalitate a circumstanțelor ce prezintă pericol iminent pentru viața și/sau integritatea fizică și/sau psihică a persoanei, necesitînd intervenție în regim de urgență cu măsuri de protecție;

**ordin de restricție de urgență** – măsură provizorie de protecție a victimei violenței în familie, aplicată de poliție, prin care are loc înlăturarea imediată a agresorului din locuința familiei și stabilirea unor interdicții prevăzute de lege, în vederea prevenirii repetării/comiterii acțiunilor violente, asigurînd astfel victimei și altor membri ai familiei siguranță în locuința lor.

**Subiecți ai violenței în familie** sînt agresorul și victima membri ai aceleiași familii. Membri de familie, în sensul prezentei legi, sînt:

- a) în condiția de concubinaj: persoanele aflate în căsătorie, în divorț, sub tutelă și curatelă, rudele, afinii lor, soții rudelor, persoanele aflate în relații asemănătoare celor dintre soți (concubinaj) sau dintre părinți și copii;
- b) în condiția de locuire separată: persoanele aflate în căsătorie, în divorț, rudele, afinii lor, copiii adoptivi, persoanele aflate sub curatelă, persoanele care se află ori s-au aflat în relații asemănătoare celor dintre soți (concubinaj).

Violența domestică este inclusă în fenomenul mai amplu al violenței în familie sau al violenței intra-familiale. Noțiunea de violență domestică se referă, cel mai adesea, la actele de violență fizică, psihologică, sexuală dintre partenerii intimi stabili. În acest context, „violența domestică reprezintă o serie de comportamente sistematic repetate, de atac fizic, agresivitate verbală și psihologică, sexuală și economică, pe care un partener le manifestă asupra celuilalt în cadrul oficializat al familiei sau în relația de conviețuire în același spațiu” (Turliuc, Dănilă, Lungu, 2008). Violența domestică se manifestă întotdeauna în relațiile intime, cel mai adesea în spațiul restrâns și privat.

***Elemente specifice care diferențiază violența familială de alte forme de agresiune:***

- accesul permanent al agresorului la victima;
- existența unui ciclu al violenței (repetare în timp, cu o frecvență tot mai mare și o gravitate tot mai crescută);
- schimbări produse în personalitatea celor implicați, cu scăderea eficienței lor în îndeplinirea funcțiilor sociale;
- antrenarea întregului sistem familial;
- relațiile emoționale între cei doi parteneri sunt latente;
- caracterul privat, care face ca victima să aibă acces redus la surse de sprijin;
- tendința celorlanți de a nu interveni, toleranța socială față de fenomen;
- lipsa de specialiști și servicii adecvate;
- în general, victima este femeie ( 91% din cazuri) violența fiind înrădăcinată în inegalitățile de gen și în structurile tradiționale de putere instituționalizată.

Violența în general și cea domestică în particular are următoarele componente: directă, structurală și culturală – între care există relații de interdependență, de susținere și condiționare reciprocă (Curic și Văețiși, 2005)<sup>4</sup>.

***Violența directă*** este cea mai ușor observabilă formă a violenței, efectele sale fiind măsurabile, cuantificabile, vizibile. Bătăile, injuriile, amenințările, privarea de mijloacele de subsistență (hrană, haine, medicamente etc.) sau refuzul de a contribui la susținerea materială a familiei și luarea banilor câștigați de partener (de soție, cel mai adesea) sunt câteva exemple de comportamente care ilustrează violența domestică directă.

***Violența structurală*** este cea încastrată în normele sociale, politice și economice ale societății. Structurile sociale, inclusiv familia, reprezintă instanțe care confirmă, mențin și chiar întăresc inegalitatea dintre bărbați și femei. În familie, așteptările rolurilor de gen feminin și masculin sunt clar diferite, bărbații continuând să fie considerați „Capul familiei” în ciuda unei tendințe spre o distribuție mai egalitară a sarcinilor și rolurilor domestice.

***Violența culturală*** reprezintă acele aspecte ale culturii și mentalității specifice unei societăți care fac ca violența să fie acceptată și tolerată, care o normalizează, care legitimează formele de mai sus ale violenței. Ea constă într-o serie de credințe de tipul: „femeia este proprietatea bărbatului”, „capul familiei este bărbatul”, „femeilor le place să fie abuzate”, „un bărbat care nu-și bate nevasta, nu o iubește” sau „bătaia este o formă de exprimare iubirii” etc. Violența domestică este cea mai răspândită, comună formă de victimizare a femeii. În Europa, în fiecare an „sunt grav agresate fizic prin violență domestică mai multe femei decât mor datorită cancerului și accidentelor rutiere” (Adunarea Parlamentului European, 2000).

Existența în cuplu și în familie creează contextul împărțirii unui grad ridicat de intimitate, al unor trăiri extrem de intense și al unui număr mare de activități comune. Pe de o parte, familia este centrul vieții afective, ceea ce explică o parte a atracției pe care o exercită. Pe de altă parte, viața în cuplul conjugal și în familie creează și premisele unor evenimente neplăcute: cearta, gelozia, violența, relațiile extra-maritale, conflictul dintre generații, traumele

---

<sup>4</sup> Turliuc Maria Nicoleta, Adina Karner Huțuleac, Oana Dănilă, Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2009, pag. (ISBN 978-973-703-4366

separării, divorțul sau moartea (Turliuc, 2004). Viața în familie nu înseamnă doar alianță și suport, ci și posesie și putere, dominare și conflict.

Dintre victimele sale predilecte: femei, copii și persoane vârstnice, primii care au făcut obiectul de studiu al specialiștilor au fost copiii. Bătăile aplicate lor au început să fie catalogate ca deviate la începutul anilor '60, de către medicii care au definit „sindromul copilului bătut” (cf. Pfohl, 2002). Articolul publicat în anul 1962 de Henry Kempe, un medic pediatru american, cu privire la *sindromul copilului bătut*, este cel care a adus pentru prima dată în atenția comunității științifice problematica atât de gravă a abuzului exercitat de părinți asupra copiilor. *Sindromul femeii bătute* a fost definit ca o „vătămare deliberată produsă de partener și demonstrabilă clinic, este întâlnit în majoritatea cazurilor de violență domestică raportate poliției. Primele legi care au sancționat abuzul fizic asupra soțiilor au apărut abia la sfârșitul anilor 1970 și începutul anilor '80. *Sindromul bărbatului bătut* este, conform statisticilor poliției, mult mai rar, frecvența acestuia fiind de 1-5% din cazuri.

Unele studii care au în vedere efectul sexului asupra violenței familiale arată că bărbații și nevestele se lovesc cu aceeași frecvență (Straus și Gelles, 1987). Totuși consecințele violenței soților sunt diferite de cele ale soțiilor. Violența bărbatului are consecințe emoționale și de sănătate mult mai serioase pentru familie decât cea a femeii. Femeile bătute devin tot mai incapabile de a face față schimbărilor din viața lor, trăiesc cu tema următorului atac și sunt incapabile să caute ajutor, în vreme ce bărbații care sunt loviți de femei continuă să aibă contacte externe, nu devin izolați și sunt, în general, mai mari și mai puternici decât nevestele lor. Multe din femei reacționează cu agresivitate pentru a se auto-apăra sau din răzbunare.

În urma unor studii mai recente, Hamberger și colaboratorii (1997; apud Iluț, 2005) au evidențiat că violența femeilor diferă de cea a bărbatului nu doar ca tip de reacție și ca secvență temporală, ci și ca motivație de adâncime: în timp ce femeile se apără pe ele și pe copii, soții agresează pentru a domina și a menține controlul. Soții se agresează reciproc, cu intensități și frecvențe diferite: unii cu totul circumstanțial, o palmă, după care regretă și își cer iertare, alții cu sadism și repetat.

În afara sexului, o altă caracteristică generală, cum este vârsta, poate fi implicată în apariția violenței în familie. Mamele adolescente prezintă un risc mai mare de a-și agresa copiii decât mamele mai în vârstă, datorită lipsei de experiență și tinereții sau unui stres situațional prezent mai crescut. De asemenea, agresarea nevestei este mult mai probabilă atunci când bărbatul agresor este mai tânăr (Straus și Gelles, 1987)<sup>5</sup>.

O familie conflictogenă, în care violența are un grad ridicat de manifestare, devine un focar de producere și răspândire socială a agresivității. Ca adult, copilul va reproduce, adeseori modele de agresivitate însușite prin socializare în mediul familial. Familia cu manifestări agresive, numai între membrii acesteia, la care copilul nu participă ca actor și nu este victimă directă, ci asistă ca spectator la descărcările agresive, fie verbale, fie fizice, organizează și declanșează în structura afectivă a copilului, indirect, un comportament agresiv. Mai mult, modelele familiale, inclusiv cele conflictuale și agresive, tind să se transmită transgenerațional și să devină și tot mai problematice.

Straus și Gelles (1987) indicau 12 caracteristici ale sistemului familial care îl fac mai susceptibil la violență, comparativ cu alte grupuri:

1. Timpul mai mare petrecut împreună;
2. Gama largă de interese și activități care poate da naștere unor situații conflictuale;
3. Intensitatea mare a implicării emoționale în relațiile de tip familial care explică răspunsul mai intens la apariția conflictelor intra-familiale;

---

<sup>5</sup> Murray A. Straus, Richard J. Gelles *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families* Published by: [Canadian Journal of Sociology](https://www.jstor.org/stable/3340687?seq=1#page_scan_tab_contents) .  
[https://www.jstor.org/stable/3340687?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/3340687?seq=1#page_scan_tab_contents)

4. Activitățile conflictuale ale unor membri ai familiei ca urmare a conflictului dintre interesele individuale și cele ale celorlalți;
5. Apartenența la o familie creează dreptul de a influența membrii acesteia,
6. Diferențele de vârstă și sex transformă familia într-o arenă de conflict cultural;
7. Conflictele dintre rolul atribuit și competențele/interesele persoanei care trebuie să joace rolul sunt frecvente;
8. Intimitatea mai mare din cadrul familiei o izolează de controlul social și de asistența externă necesare uneori pentru a rezolva un conflict intern;
9. Apartenența involuntară: constrângerile emoționale, materiale, sociale și legale fac mai dificilă părăsirea familiei atunci când nivelul conflictualității este ridicat. Copiii nu au nimic de ales atunci când se nasc într-un anumit sistem familial, iar părinții lor nu au de ales în privința îndatoririlor lor parentale, chiar dacă ajung să-și neglijeze copiii;
10. Nivelul crescut al stresului ca urmare a schimbărilor majore de structură apărute ca rezultat al parcurgerii ciclului vieții familiei;
11. Toleranța față de violență, grație normelor care legitimează utilizarea forței fizice ca mijloc de educație;
12. Socializarea prin violență și generalizarea ei prin pedepse fizice: copiii învață să asocieze dragostea cu violența, deoarece în ciuda declarațiilor de iubire, ei o pot observa atât în interacțiunile părinților, cât și în propria lor experiență cu părinții. Această asociere perpetuează violența, mai departe, în viitoarele lor relații maritale și familiale.

Ținând seama de caracteristici sistemelor familiale și sociale, Strauss (1991) au prezentat cinci factori care pot determina rate ridicate ale violenței în familie:

1. Conflicte intrafamiliale – aceleași elemente care contribuie la intimitate și la afecțiune între membrii familiei pot determina și declanșarea conflictului;
2. Dominația bărbatului în familie și în societate – soțul este capul familiei și reprezintă un element dominator în familie și în societate, iar factorul decisiv în rezolvarea conflictelor este forța;
3. Normele culturale care permit violența în familie – părinții au drepturi legale, adesea obligația morală, să-și lovească copiii în scopuri educative;
4. Socializarea familiei în violență – prematura experiență a copiilor, cu violența între părinți, oferă modele de rol și un scenariu specific în antrenarea episoadelor violente viitoare;
5. Prezența violenței în societate – violența socială legitimă, care include acte de violență acceptate de societate, precum și furnizarea prin mass-media a modelelor de comportament violent, care sunt preluate din sociale și exagerate, creând astfel un cerc vicios al violenței.

În ultimele trei decenii, cercetările asupra violenței în familie s-au concentrat asupra modalităților prin care se poate asigura creșterea conștientizării aspectelor implicate în problematica violenței, identificarea condițiilor interne și externe ale familiei ce determină sau facilitează dezvoltarea sau stoparea violenței, înscrierea violenței asupra în registrul problemelor sociale și cuprinderea sancțiunilor pentru agresori în legislațiile din multe state ale lumii. Cu toate acestea, modernitatea și condiția urbană au generat noi forme de violență și au provocat schimbări la nivelul valorilor și aspirațiilor indivizilor. Conflictele datorate sărăciei, dar și lipsei de educație și de informație generează contexte de viață privată în care violența este un comportament tolerat, chiar acceptat, el fiind învățat de copii și reprodus ca modalitate esențială, frecventă și normală de comportament interpersonal.

### **1.3. Familia – context al apariției violenței în familie**

Violența familială a fost mult timp ignorată sau/și tolerată. Dominația masculină, instituționalizată de timpuriu în raporturile de putere dintre bărbat și femeie, a avut drept scop anularea privilegiului natural al femeii (capacitatea sa de a procrea) și a posibilității ei de a-l utiliza în raporturile de putere, pentru a-și impune propria ordine simbolică. Asocierea femeilor

cu spațiul domestic și a bărbatului cu domeniul public, comunitar, a devenit o regulă menită să asigure poziția dominantă a bărbatului și excluderea femeii (apud. N. Turliuc, 2004).

Subordonarea femeii față de bărbat s-a realizat mai ales prin trecerea de la poligamie la monogamia în care relațiile extramaritale și infidelitatea au rămas privilegii exclusive bărbaților, femeii pretinzându-i-se fidelitatea absolută. Încălcarea acestor reglementări și comiterea adulterului era trecută cu vederea la bărbat, iar femeia era pedepsită cu moartea. Violența a fost instituționalizată în mediul familial prin intermediul legilor mariajului, care au acordat soțului putere asupra soției și copiilor lui.

Dreptul explicit al soțului de a utiliza forța fizică împotriva soției a fost recunoscut prin lege din timpul Imperiului Roman și până nu demult. Atitudinea de acceptare a violenței are tendința de a fi privită ca un mediator între expunerea la agresivitate în copilărie în familia de origine și comportamentul agresiv manifestat ulterior în relația cu partenerul de cuplu. Educate mult timp să fie supuse, dependente și pasive în relația cu soții lor, femeile au fost încurajate să mențină unitatea și climatul familial armonios. În ultimul deceniu, s-au înregistrat schimbări radicale în ceea ce privește familia, valorile sale și rolurile de gen maritale.

Femeia a devenit mai activă, mai asertivă, dar și mai agresivă, mai puțin implicată în realizarea funcțiilor de creștere și socializare a copiilor sau de menținere a armoniei familiale. Violența în cadrul familiei poate fi privită și ca produsul unei violențe generalizate la scară socială; ea reproduce tendințele de creștere a agresiunilor în societate. Situația copiilor sau a vârstnicilor abuzați nu diferă chiar atât de mult de cea a femeilor. Studiile indică existența unei corelații pozitive semnificative între nivelul violenței familiale și cel al violenței societale sau între frecvența violenței familiale grave, de tip infracțional, și cea a comportamentelor infracționale realizate în afara acestui context. De asemenea, în perioadele de tranziție, caracterizate prin anomie și printr-o mai mare instabilitate economică există o tendință de creștere a numărului de conduite antisociale.

Procesul transformărilor, inițiat în Republica Moldova la începutul anilor '90, a fost însoțit de o criză economică prelungită cu efecte negative din punct de vedere social. Ca efect asupra familiei se profilează noile caracteristici ale acesteia. Consecințele principale rezidă în creșterea dezintegrării familiei, sporirea cazurilor de abuz în familie, de abandon al copilului, majorarea numărului copiilor rămași fără cămin, cu părinți migrați. În aceste condiții, copiii de multe ori nu beneficiază de cele mai elementare condiții de viață și sunt supuși unor factori capabili să le pună în pericol dezvoltarea de mai departe. I.Mitrofan și N.Mitrofan<sup>6</sup> pun în evidență disfuncționalitățile familiale specifice stării de criză familială, dintre acestea cele mai relevante fiind conflictul conjugal, violența familială, abandonul copilului, divorțul emoțional sincron cu infidelitatea uni- sau bilaterală, abnormalizarea raporturilor părinte-copil prin defectuoasă exercitare a rolurilor parentale, creșterea riscului de fragilizare în dezvoltarea psihocomportamentală a copiilor (ca urmare a confruntării lor cu părinți multipli sau prin abandon, deresponsabilizare, nesupraveghere etc)<sup>7</sup>.

Autorii nominalizați susțin că în perioada totalitaristă familia a fost supusă unui stres de dezvoltare, unor restricții, care i-au crescut anxietatea și i-au zdruncinat stabilitatea emoțională și liberul arbitru. În consecință, au apărut „reacții nevrotice familiale și comportamentale aberante de tip familial”, ale căror efecte se mențin și se amplifică în perioada de tranziție la economia de piață.

Vulnerabilitatea familiei, incertitudinile trăite de membrii ei în legătură cu imposibilitatea autorealizării personale și profesionale, multiplele dificultăți de ordin socioeconomic, dispersarea membrilor familiei, frecvența statistică mare a încălcării drepturilor copiilor, incompetențele parentale etc. plasează familia și copilul în categoria actorilor sociali cu nevoi acute de protecție socială. Protecția socială a familiei și copilului, dezvoltarea serviciilor de asistență socială pentru copii și familii trebuie să fie, în acest context, prerogativa fundamentală a statului. Această

<sup>6</sup> I.Mitrofan, N. Mitrofan. *Familia românească în perioada de tranziție II Psihologie*, 1994, nr. 5,

<sup>7</sup> Pentru o reflectare mai detaliată a funcțiilor familiei, a se vedea: M. Bulgarii, M. Dilion. *Concepte fundamentale ale asistenței sociale*: Note de curs. - Chișinău, 2000, p. 106—115.

constatare derivă din analiza surselor științifice care reflectă rezultatele investigațiilor centrate pe familie și copil. Actualmente se profilează clar impactul tranziției interminabile, migrației, globalizării, al mutațiilor valorice asupra familiei. Familia, supusă acestor și altor fenomene sociale specifice contemporaneității, este marcată de particularități distincte care necesită explorare pentru cunoaștere adecvată și intervenții specializate.

Analiza surselor științifice denotă îngrijorarea comunității științifice de faptul că familia modernă nu mai este „axată pe copii”, ci „pe adulți”, pe satisfacerea nevoilor de dezvoltare ale partenerilor cuplului conjugal, iar funcțiile familiei s-au modificat în sensul diminuării celei de reproducere și socializare și al amplificării celor psihologice, sexuale și de solidaritate maritală. Se constată, de asemenea, că dacă valorile fundamentale ale familiei nu s-au schimbat prea mult, atunci normele privind comportamentul în cadrul marital și familial s-au schimbat semnificativ. Investigațiile efectuate de diverse centre de cercetări sociale au demonstrat că familiile actuale sunt **conflictuale**.

Violența generată în familie conduce la o societate violentă și, invers, o societate care acceptă violența în sfera vieții publice, accentuează tendințele violente în cadrul familiei, transmițându-le, de-a lungul generațiilor. De asemenea, este evident faptul că dincolo de suferința extrem de intensă, violența în familie implică importante costuri atât pentru familie, cât și pentru societate.

#### **1.4. Vulnerabilitatea familială și individuală**

Violența împotriva persoanelor cu care oamenii se află în relațiile cele mai apropiate este cea mai răspândită formă de agresivitate.

**Violența individuală** este consecința experiențelor din cadrul procesului de socializare, al caracteristicilor individuale și familiale. Expunerea la violență și experiența violenței într-o generație crește probabilitatea de apariție a violenței la generațiile următoare. Climatul marcat de violență determină în cazul copiilor, care provin din aceste medii, prezența sentimentelor de insecuritate, abandon, de spaimă și de culpabilitate. În unele cazuri, copilul deplasează violența din familie asupra relațiilor sale, favorizând apariția devianței comportamentale sau poate adopta un comportament mai matur, care îi afectează relațiile cu co-vârșnicii.

**Caracteristicile familiei.** Maltratarea fizică a soției de către soț este o formă a violenței domestice, la care se mai pot adăuga orice acte de abuz care au ca scop intimidarea, rănirea, umilirea sau jignirea partenerului de cuplu, inclusiv izolarea sau alungarea lui din cămin. Agresiunea întreprinsă de soț este mult mai gravă și mai periculoasă întrucât puterea fizică a bărbatului poate provoca traume mai serioase, se pot repeta, în timp ce actele de violență ale soției sunt acte de legitimă apărare.

În raportul dominare-supunere, cel care domină are o judecată morală imatură, violența sa luând o formă punitivă. Cel puternic va găsi explicații pentru apariția disconfortului său în conduita inadecvată a celui mai slab. În absența unei gândiri mature, a unei cunoașteri corecte a nevoilor, a afecțiunii pentru toți membrii familiei, violența se instalează cu ușurință în relațiile dintre membrii familiei, luând diferite forme. În spațiul privat al căminului, nu există locuri sigure, în care victimele să se poată proteja, să se refugieze în momentele dificile, întrucât agresorul are un control total asupra lor, fapt care amplifică teroarea și neputința lor, respectiv soția și, în unele cazuri, copiii (A. Muntean, 2003)<sup>8</sup>. De aceea, toți membrii familiei violente vor deveni victime directe sau indirecte ale agresorului. Victima își pierde încet stima de sine și va încerca să facă față situației, violența domestică ducând la modificări de structură a personalității tuturor celor implicați. Caracterul secret, privat face ca victima să aibă un acces mai mic la sursele de sprijin.

Conștiința devianței comportamentelor agresive în familie, eticheta sau stigmatul care însoțește familia violentă, conduc la ascunderea evenimentelor agresive, la evitarea intervenției societății, pe care nu o consideră salvatoare, ci mai mult încărcată de dezaprobare. La început,

---

<sup>8</sup> Muntean Ana. *Violența domestică și maltratarea copilului*. Editura Eurostampa, Timișoara, 1989. 320 p.

victimele surprinse de agresiune au intenția de a căuta ajutor, de a se confesa celor apropiați pentru ca, în timp, ele să renunțe să facă acest lucru deoarece se supun ordinelor mai mult sau mai puțin explicite ale agresorului de a-și îndepărta familia de prieteni sau cunoștințe la care ar putea recurge în momentele dificile. Probabilitatea de violență conjugală este mai mare în acele familii în care soția este dependentă economic și unde întreaga putere de decizie aparține soțului. Probabilitatea este și mai mare dacă soțul a fost, el însuși, socializat într-un climat de violență familială, într-un cămin în care părinții săi erau angajați frecvent în acte violente, unde rezolvarea conflictelor are loc, în mare parte, prin mijloace agresive.

Conflictele și actele de violență mai apar și în familiile în care soții au poziții și mentalități culturale diferite, care dau naștere unor atitudini și valori opozante. Abuzul contra soției începe de timpuriu, adeseori chiar în primii ani ai formării cuplului. Calitatea scăzută a relației maritale și nivelul ridicat al stresului marital favorizează producerea violenței.

Dintre caracteristicile individuale, abuzul de alcool și psihopatologia agresorului sunt printre principalele cauze ale violenței domestice. Consumul de alcool și agresivitatea sunt asociate.

În legătură cu aspectele psihopatologice, V.T. Dragomirescu (1967)<sup>9</sup> distinge trei categorii de comportamente agresive:

- comportamentul agresiv nediferențiat, ocazional;
- comportamentul agresiv delictual propriu-zis, care are un caracter permanent, susținut de factori negativi din mediul social;
- comportamentul agresiv patologic, care este expresia psihozelor evolutive (schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă etc.).

Deși inițial cercetările în ceea ce privește factorii predictivi ai violenței în familie erau centrate pe psihopatologia agresorilor, ulterior s-a demonstrat că psihopatologia individuală este responsabilă doar pentru un număr mic de cazuri de abuz. Toleranța socială mai scăzută a abuzului împotriva persoanelor vârstnice face ca agresorul să fie considerat în acest caz dereglat psihic pentru a comite o astfel de faptă. Chiar dacă nu s-au găsit diferențe psihopatologice semnificative între agresori și nonagresori, anumite caracteristici ale personalității (un comportament înclinat spre violență, negativitate, stimă de sine mai scăzută, abilitate scăzută de a relaționa etc.) par a fi mai pregnante.

Agresorii fac față stresului folosind mecanisme precum negarea sau reprimarea efectelor comportamentului agresiv. Aceste operații defensive folosesc drept justificări ale propriilor comportamente.

### 1.5. Factorii stresori ai abuzului

Variatele evenimente care afectează în timp familia care pot favoriza apariția violenței în familie. Curentul anxietății familiale se datorează stresorilor *orizontali/situaționali* (de dezvoltare, cei neprevăzuți sau evenimentele precipitatoare) și celor *verticali/contextuali* (modele familiale, mituri, secrete, așteptări), afirmă Carter și McGoldrick, (1988). Dacă axa orizontală conține „suficient” stres, acesta va fi suficient pentru a face familia disfuncțională. Dar, un stres orizontal minor, acompaniat de unul vertical intens poate produce perturbarea sistemului. Gradul de anxietate al familiei este determinat modul de combinare al stresorilor orizontali și verticali. Devine astfel obligatoriu să luăm în considerare numeroasele legături ale schimbărilor predictibile sau nu cu teme familiale, triumphiurile, coalițiile și etichetările transmise transgenerațional.

Stresorii de dezvoltare se referă la schimbările intervenite ca urmare a trecerii de la un stadiu al ciclului vieții familiale la altul, când posibilitatea apariției și dezvoltării de disfuncții și conduite simptomatice crește.

Crosby (1985) a analizat răscrucile sau nodurile de bază din cadrul evoluției sistemului familial, noduri în care stresul atinge cote înalte, indivizii fiind puși în fața unor alegeri dificile.

---

7 T. V. Dragomirescu, Determinism și reactivitate umană, București, Edit. Științifică, 1990.

Atunci când alegerea trebuie făcută între două alternative, ambele cu consecințe negative, individul se poate simți frustrat datorită obligației de a alege și datorită consecințelor. Dintre cele 9 noduri, cele care implică mai mult stres sunt:

1. Nodul de creștere – cauzat de dorințele conflictuale privind auto-împlinirea și autorealizarea, pe de o parte și securitatea și stabilitatea, pe de altă parte.

2. Nodul de identitate în căsătorie – acționând și gândind împreună, devenind mai asemănători, acest model de conduită poate afecta treptat dezvoltarea personală conducând la dezechilibrarea balanței dintre identitatea personală și cea de cuplu.

3. Legătura de transfer – apare atunci soțului tinde să i se transfere sentimente și atitudini adresate de fapt unei terțe persoane. Este cunoscut principiul conform căruia frustrările și insatisfacțiile a căror origine este exterioară familiei se exprimă în mediul familial, persoanele apropiate servind drept țintă a defulărilor etc.

Un factor determinant al numeroaselor conflicte conjugale este modul în care este administrat și cheltuit bugetul familial de către unul sau altul dintre parteneri, din cauza sărăciei, a lipsei resurselor financiare, mai ales când soțul este șomer, iar bugetul familial este insuficient pentru a asigura trebuințele absolut necesare familiei

Violența este cauzată de o multitudine de factori, unici în cazul fiecărei familii. Stresorii verticali includ modele de relaționare și funcționare care se transmit de sus în jos, de-a lungul generațiilor, în principal prin intermediul triumphiurilor emoționale, (M. Bowen, 1978, Carter și McGoldrick, 1988). Acești stresori includ atitudini, tabuuri, așteptări, etichetările familiei și multe alte aspecte cu care ne-am familiarizat de timpuriu, în procesul socializării. Aceste aspecte ne sunt date, gata făcute. Ceea ce facem noi cu ele este însă problema noastră personală. Există însă dovezi că evenimentele din ciclul vieții familiale au un impact prelungit asupra dezvoltării familiei de-a lungul unei perioade mari de timp.

Copilăria, decesul, nașterea, intrarea copilului în școală, incestul, boala, majoratul, șomajul, sărăcia etc. contribuie la nivelul anxietății și stresului din familie, la felul în care familiile parcurg ciclul vieții familiale. Acești stresori acționează întotdeauna într-un anumit contextul sociocultural.

## 1.6. Resursele și suportul social

Resursele se referă la capacitatea individului și a familiei de a face față cerințelor și stresului de zi cu zi, de a depăși dificultățile fără a recurge la violență și alte conduite dezadaptative. Aceste resurse sunt împărțite în următoarele categorii: personale, ale sistemului familial și ale suportului social.<sup>10</sup>

*Resursele personale.* Resursele individuale se referă la gama de caracteristici ale membrilor familiei care le sunt potențial disponibile în momentele de criză. Când membrii familiei posedă suficiente resurse adecvate, sunt mai capabili să facă față stresului și vulnerabilităților. Există patru componente de bază ale resurselor personale: cea financiară (bunăstarea economică), educațională (contribuind la abilitatea cognitivă ce facilitează percepția realistă a stresului și la dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor), sănătatea (bunăstarea fizică și emoțională). Lipsa resurselor financiare sau sărăcia crește riscul violenței în familie. Dar violența apare la toate la nivelurile socioeconomice, nefiind cauzată doar de sărăcie. Oricum, familiile sărace ar putea duce lipsă de resursele necesare pentru a face față stresorilor obișnuiți care apar în sistemul familial. Sărăcia atacă stima de sine și conduce adesea la disperare, care poate deveni un teren propice pentru violență. De aceea, stabilitatea financiară este o resursă importantă.

Educația este o resursă în multe sensuri, dar mai ales în direcția prevenirii victimizării femeii și copilului. Eforturile de prevenire făcute de profesioniști, cele de convertire a

---

<sup>10</sup> McCubbin și Figley (1983), apud. Turliuc Maria Nicoleta, Adina Karner Huțuleac, Oana Dănilă, *Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2009, (ISBN 978-973-703-4366).

persoanelor vulnerabile în persoane mai puternice și de schimbarea a condițiilor sociale asociate cu vulnerabilitatea, vor ajuta mult la prevenirea unor forme de abuz. Sănătatea fizică, emoțională și celelalte resurse psihologice sunt de asemenea factori importanți în reducerea posibilității de apariție a abuzului. De exemplu, persoanele cu stimă de sine ridicată, cu abilități de a face față crizei și care sunt în general nonviolente vor face față stresului și anxietății într-o manieră mai adecvată, fără să ajungă la violență.

*Resursele familiale.* În depășirea vulnerabilităților și stresului, două resurse ale familiei sunt mai importante: coeziunea și adaptabilitatea.

Coeziunea este definită prin legătura emoțională dintre membrii familiei și prin gradul autonomiei individuale trăite de fiecare individ în parte în familie sau în cuplul marital. Ea este strâns legată de axa dezangajare-înlănțuite.

Adaptabilitatea familială indică măsura în care familia permite schimbarea structurilor de putere, a rolurilor și regulilor ca răspuns la un stres situațional sau de dezvoltare și cât este de stabilă familia. Funcționarea satisfăcătoare a cuplului marital sau a familiei impune ambele elemente: stabilitatea și capacitatea de schimbare. În cazul ambelor aspecte (coeziune și adaptabilitate), este preferabil să existe un echilibru între cele două extreme. Însă, situația considerată ideală variază mult de la o cultură la alta. În unele societăți, extrema unei axe sau alta poate fi valorizată. În societățile de tip european, familiile care funcționează moderat din punctul de vedere a celor două dimensiuni au șanse mai mari de a se adapta cu succes la momentele de criză. Prea multă coeziune poate duce la fixarea familiei, ca și cum ar fi prinsă într-o pânză de paianjen”, iar prea multă adaptabilitate va duce la haos în familie. În același timp, prea puțină coeziune duce la neimplicare și prea puțină adaptabilitate duce la rigiditate<sup>11</sup>.

*Rețeaua socială.* Am văzut că atmosfera sau climatul familial depinde atât de compoziția numerică a familiei, cât și de tipul relațiilor intrafamiliale, de criteriile, valorile personale de selecția partenerilor, de gradul de coeziune și de adaptabilitate, de rezidență în fața frustrărilor a membrilor care o compun, de statutul economic, de prezența sau absența copiilor, de nivelul educației, de nivelul statusului ocupațional. Ea depinde și participarea la servicii religioase, de calitatea contactelor cu rudele și prietenii.

O resursă importantă este existența unei rețele puternice ale suportului social. Violența apare mult mai rar în familiile care întrețin contacte numeroase cu exteriorul lor. I

zolarea socială este corelată cu abuzul ridicat al copiilor, soției și a persoanelor vârstnice (Straus, 1980). Young (*apud*. Turluc M.N. și al. 2009) arăta că 85% dintre familiile cu abuz sever și 83% dintre cele cu abuz moderat nu întrețin relații cu persoane din afara familiei nucleare. Aceste familii nu prea primesc ajutor de la rude. Familiile incestuoase își protejează secretul construind bariere între sistemul familial și mediul social. Această izolare ocrotește supradependența inadecvată dintre membrii familiei.

Izolarea victimei se realizează adesea prin denigrarea acesteia în fața rudelor și prietenilor, ceea o conduce la evitarea contactelor sociale pentru a scăpa de jenă și rușine. Uneori izolarea se produce datorită presiunilor făcute în această direcție de agresor și datorită fricii de a nu-și înfuria agresorul.

Truning (1971) a evidențiat că decizia soției de a căuta ajutor este mai probabilă cu cât violența la care este supusă, este mai frecventă și mai severă. Femeile caută intervenția sau ajutorul extern doar atunci când sunt grav abuzate. De asemenea, cu cât femeia a fost victimă a părinților în familia de origine, cu atât mai mult va fi tentată să rămână alături de soțul abuzator. Cu cât resursele femeii sunt mai reduse, cu atât puterea pe care o are este mai mică, cu atât va fi mai prinsă în acest mariaj, la dispoziția soțului, fără a cere intervenția exterioară.

*Nonintervenție,* tendința celorlalți de a trece sub tăcere astfel de manifestări, conduc la creșterea neîncrederii și scepticismului victimei cu privire la posibilitățile de salvare, de a fi

---

<sup>11</sup> Turluc Maria Nicoleta, Adina Karner Huțuleac, Oana Dănilă, Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2009, (ISBN 978-973-703-4366).

sprijinită în demersurile ei de autoprotejare, a ei și a copiilor. Toleranța socială față de fenomen și consimțirea tăcută a violenței în familie reprezintă o caracteristică a multor societăți.

Fenomenul de violență familială este mult mai frecvent și mai amplu în mediile subculturale, cu carențe educaționale, la structurile psihice primitive, cu autocontrolul comportamental slăbit, adesea în condițiile consumului de alcool „cronic” sau „excesiv”. Absența specialiștilor, a legilor și serviciilor, precum și toleranța mentalității transformă fenomenul de violență domestică într-o maladie socială puțin cunoscută și ignorată, manifestările ei, în timp, sunt tot mai periculoase. Pericolul cu care se confruntă victimele devine tot mai amplu, îmbinând variate și multiple forme. În aceste condiții, asigurarea suportului social este o parte vitală a oricărui program destinat eliminării violenței.

### **1.7. Servicii de intervenție asistențială pentru combaterea violenței în familie**

Violența în familie reprezintă o problemă socială extrem de gravă, iar specialiștii o consideră o formă de tortură datorită caracteristicilor sale. Impactul social al violenței în familie este extins, deoarece aceasta afectează nu numai victimele, dar și persoanele care sunt martore sau au cunoștința de situații de violență în familie.

Violența în familie este una dintre formele de violență cel mai frecvent întâlnite, dar și una din cele mai îngrijorătoare, pentru că este prea puțin vizibilă. În cele mai multe dintre cazuri, actele de violență au loc în spatele ușilor închise și sunt ascunse de către victimă, din cauza sentimentului de teamă față de agresor și de jenă față de societate. Mai mult chiar, un obstacol îl reprezintă și reticența statului și a organelor sale de a interveni într-o sferă considerată încă „privată”.

În ultimii ani, societatea civilă a încercat să atragă atenția asupra acestui fenomen, rezultate au fost atinse doveditoare, însă în continuare prea multe femei preferă să tacă și să înghită zi de zi certuri, scandaluri ori bătăi doar că „așa-i viața”.

La data de 28 iulie 2016 a fost adoptată Legea nr. 196 pentru modificarea și completarea unor acte legislative, care vine să ajusteze cadrul legal național la standardele internaționale în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie. Astfel printre modificările esențiale se enumeră:

- îmbunătățirea mecanismului de protecție a victimei prin intermediul unei noi instituții noi „ordinul de restricție de urgență”, care va fi emis de către poliție pe un termen de 10 zile,
- includerea unei noi contravenții „Acte de persecuție”,
- extinderea cercului de subiecți cu calitatea de Membru de familie, asigurând astfel o aplicabilitate mai largă în calificarea actelor de violență în familie, conform infracțiuni prevăzute în Codul Penal și soluționarea cazurilor de violență în familie, - sancțiuni distincte pentru încălcarea ordinului de restricție de urgență,
- lărgirea spectrului de drepturi pentru victimele violenței în familie prin: stabilirea dreptului la o compensație financiară din partea statului pentru prejudiciul cauzat prin infracțiune în condițiile stabilite de legislație, îmbunătățirea mecanismului de raportare a cazurilor de violență în familie de către profesioniștii din diferite domenii, acordarea asistenței juridice gratuite victimelor violenței în familie,
- instituirea serviciului de asistență telefonică gratuită pentru consilierea apelanților în regim de 24 din 24 ore și crearea pagini WEB pentru informarea publicului larg despre fenomen și serviciile disponibile. Pentru a asigura finalitatea obiectivelor stabilite prin Planul național de acțiuni pentru implementarea Acordului de Asociere Republica Moldova – Uniunea Europeană în perioada 2014-2016, a fost elaborat proiectul Decretului Președintelui Republicii Moldova privind aprobarea semnării Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice, întocmită la Istanbul la 11 mai 2011<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice, întocmită la Istanbul la 11 mai 2011. <https://rm.coe.int/168046253e>

Ministerul Sănătății, Protecției Sociale și Familiei a inițiat procedura de elaborare a proiectului Strategiei cu privire la prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie. Astfel la data de 08 aprilie 2016 în platforma Consiliului Coordonator Interministerial în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie au fost prezentate componentele de bază ale proiectului Strategiei: problemele identificate și obiectivele generale și specifice.

Scopul Strategiei cu privire la prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie constă în asigurarea unei abordări sistemice a fenomenului violenței față de femei, inclusiv violenței în familie în vederea diminuării acestui fenomen și asigurării unui răspuns eficient al organelor de resort în cazurile de violență.

Proiectul Strategiei are la bază abordarea centrată pe cei patru piloni ai Convenției de la Istanbul: Prevenire, Protecție, Pedepsire și Politici Integrate. Strategia este focusată pe informarea publicului larg cu privire la gravitatea acestui fenomen, promovarea toleranței zero față de toate formele de violență, combaterea stereotipurilor și prejudecăților de gen, perfecționarea cadrului legislativ și normativ în conformitate cu standardele internaționale, va include bune practici în domeniu, instrumente și mecanisme noi în vederea eficientizării activității actorilor care intră în contact cu subiecții violenței în familie, va consolida mecanismul instituțional și cooperarea multi-sectorială, inclusiv prin consolidarea capacităților specialiștilor din domeniu și dezvoltarea gamei de servicii specializate pentru subiecții violenței în familie. Strategia va reprezenta viziunea sistemică asupra modului de reformare a domeniului, și totodată va asigura implementarea noilor amendamente propuse în contextul armonizării legislației naționale la Convenția de la Istanbul.

Proiectul Hotărârii de Guvern cu privire la aprobarea Strategiei pentru asigurarea egalității între femei și bărbați în Republica Moldova pe anii 2017-2021 a fost transmis spre avizare ministerelor de resort li altori actori guvernamentali. După sistematizarea avizelor la proiect, el va fi transmis Guvernului pentru aprobare.

Serviciile sociale sunt asigurate de către autoritățile APL și se organizează la nivel comunitar, în funcție de nevoile identificate, de numărul potențialilor beneficiari, de complexitatea situațiilor de dificultate și de gradul de risc social. Serviciile sociale pot fi servicii de asistență socială și servicii de îngrijire social-medicală.

Serviciile de asistență socială acorda măsuri de urgență pentru victimele violenței domestice. Serviciile cu caracter primar au drept scop prevenirea sau limitarea unor situații de dificultate ori vulnerabilitate, care pot duce la marginalizare sau excluziune socială. Aceste servicii acorda măsuri de urgență și victimelor violenței domestice.

### ***Servicii de asistență socială pentru victimele violenței în familie***

Kari Killen(1998) în lucrarea Copilul maltratat<sup>13</sup> afirmă că ”o intervenție eficientă, centrată pe consolidarea raportului social de rețea, necesită implicarea profesioniștilor în vederea soluționării problemelor și a sprijini cu competență familiile.

În cazul modelului de intervenție socială în rețea, rețelele se alcătuiesc din persoane exterioare sistemului de servicii și din serviciile și profesioniștii implicați în intervenție. Astfel, avem două tipuri de rețele: primară și secundară. Printre caracteristicile acestui tip de rețea întâlnim:

- nu apare în mod natural;
- membrii rețelei își stabilesc relațiile în funcție de serviciile pe care le furnizează sau pe care le primesc;
- rolurile persoanelor implicate în rețea determină natura relațiilor manifestate între ele;
- factorii normativi (juridici) și cei economici joacă un rol mai important în acest domeniu decât relațiile de reciprocitate.

<sup>13</sup> <https://ru.scribd.com/document/353676196/Kari-Killen-Copilul-maltratat-pdf>

Figura 1. Tipuri de rețele sociale pentru victimele violenței în familie.

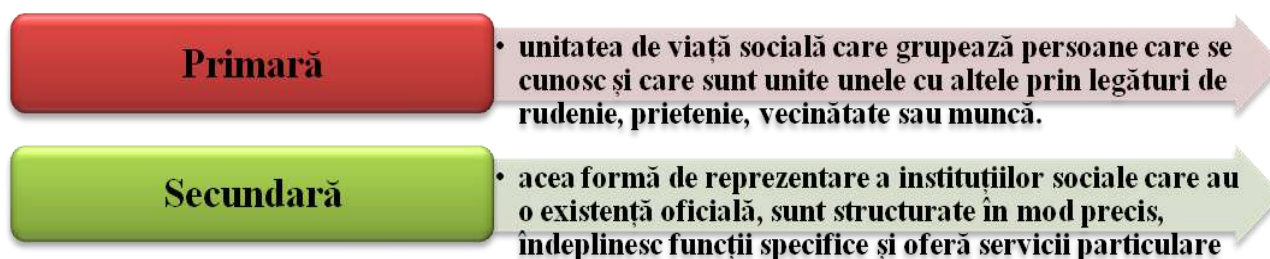
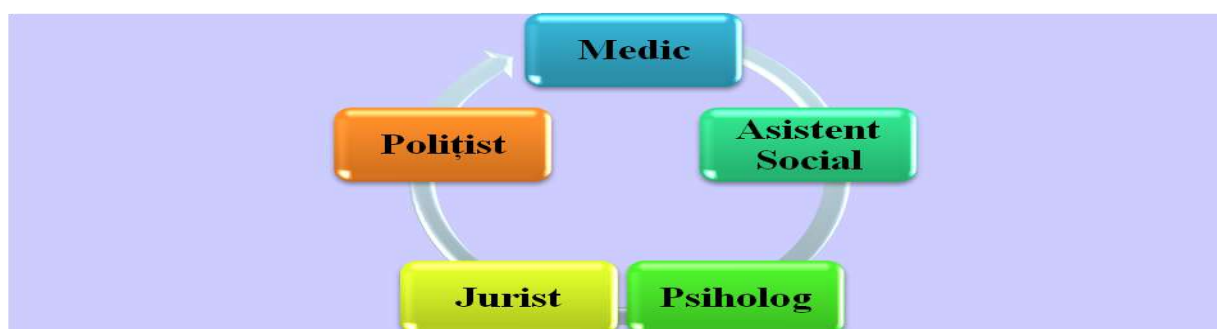


Figura 2. Echipa de intervenție

Fiecare membru al echipei are sarcini precis descrise, prin specificul profesiei și al serviciului din care provine, dar, în același timp, anumite intervenții vor fi mai puțin comune



pentru toți membrii echipei.

Funcționarea echipei presupune deasemenea unei *persoane-cheie* (persoană responsabilă, persoană releu) pentru caz. De regulă, persoana cheie este *asistentul social*, care are în acest rol, realizarea unor sarcini.”specifice și vor constitui sarcini.

Figura 3. Sarcinile asistentului social



Managementul de caz este impus de necesitatea optimizării activității, ceea ce nu se poate obține fără impunerea unor reguli sau principii de proiectare, administrare, conducere și control, fără o gestionare a tuturor activităților. ” Managementul poate fi definit operațional prin activitățile ce se impun, obligatorii și maniera empirică, prin activitățile în fapt, prin ceea ce asistentul social reușește să facă. Criteriile de performanță care se așteaptă de la asistentul social ce pot fi numite în cazul abuzului.

Ne confruntăm, de obicei, cu familii care sunt cunoscute de mai multe servicii. Posibilitățile pe care fiecare profesie le are pentru observație variază datorită diferitelor roluri și servicii.

O evaluare comprehensivă depinde de integrarea observațiilor. Acest proces necesită înțelegerea funcțiilor și obiectivelor principale ale diferitelor servicii, contextul legilor cu care operăm și posibilitățile și limitările pe care le oferă acestea.

Figura 4. Criteriile de performanță ale asistentului social

**Evaluarea inițială a cazului și stabilirea caracteristicilor**

**Evaluarea familiei din punct de vedere al riscului repetării abuzului**

**Identificarea nevoilor copilului și familiei**

**Identificarea modalităților de intervenție și serviciilor ce pot interveni pentru reducerea factorilor de risc ai abuzului**

**Dezvoltarea, împreună cu familia, a planurilor de intervenție pentru reducerea efectelor abuzului și a eliminării/diminuării factorilor de risc**

**Evaluarea factorilor de risc prezenți și elaborarea unui plan pentru asigurarea siguranței copilului**

**Identificarea necesităților psihice și fizice ale copilului**

**Evaluarea permanentă a situației și a evoluției intervenției**

**Stabilirea de acorduri cu familia pentru reducerea factorilor de risc**

**Hotărârea momentului închiderii cazului**

**Acordarea ajutorului de urgență pentru copil și familie**

Asistenții sociali au nevoie adesea să coopereze cu alți profesioniști pentru evaluarea anumitor aspecte ale situației de îngrijire a copilului și atașamentului său față de părinți și posibili părinți de plasament. În familiile în care copilul este expus abuzului sexual, fizic, este necesar ca instituțiile de sănătate și cele sociale să coopereze cu poliția și sistemul legal”.

Tratamentul familiilor abuzive solicită o cooperare intermediară vastă. A trata singur o familie în afara cadrului oferit de instituții este de deziderat greu realizabil.

Cooperarea cu diferiți profesioniști în cadrul protecției sociale pentru copii este foarte importantă. ” Este nevoie de o gamă largă de abordări terapeutice la care pot contribui multe grupuri profesionale. Aceste abordări cuprind sprijin moral și ajutor din partea asistentului medical, ajutor acordat de consultantul sau supervisorul din casă, tratament în grup pentru copii și părinți, tratament individual sau familial, pînă la tratament în instituție, abordări în rețea, tratament medical și plasamente în alte familii, etc.

Cooperarea între servicii are o funcție importantă în faza preocupării, a evaluării și în faza tratamentului”. Nici un profesionist luat izolat nu-și poate asuma responsabilitatea girării unui caz

de maltratare a copilului, în care există riscul frînării dezvoltării, al stopării sau al regresului și chiar al morții copilului victimă.

Fiecare membru al echipei este în același timp reprezentatul unui serviciu, astfel încât funcționarea echipei multidisciplinare implică o intervenție la nivel inter-instituțional.

Întîlnirile echipei se planifică prin *planul de intervenție* care este un document al intervenției produs de echipă. Întîlnirile au rol de completare reciprocă a informației asupra intervenției și în același timp de armonizare a acțiunilor și de concentrare a lor. Aceste întîlniri, și mai ales concluziile lor cu privire la procesul de intervenție, sunt consemnate în procese-verbale care vor rămîne în dosarul cazului, la dispoziția membrilor echipei care doresc să își verifice informațiile.

Este însă un risc major de activitatea echipei, bine selecționată și pregătită, să devină abuzivă pentru copilul maltratat. Este un aspect care adesea se pierde din vedere tocmai datorită pledoariei care se face în favoarea intervenției în echipa multidisciplinară. Solicitarea copilului, de către fiecare membru al echipei, la repetarea relatării experienței traumatizante reprezintă o reiterare a abuzului și astfel sentimentele copilului sunt reactualizate.

Etica relației în echipă – gestionarea informațiilor este mai grea atunci cînd ele sunt împărtășite unui grup - lipsa discreției este o traumă pentru copilul abuzat, iar discernămîntul actorului social în stabilirea circumstanțelor în care el va transmite și discuta date despre cazul respectiv, reprezintă măsura profesionalismului și competenței sale face trimitere la valori morale ca dreptul la intimitate și respect al persoanelor implicate.

Confidențialitatea este o cerință expresă pentru echipa în cadrul căreia se discută cazul. Încă de la începutul intervenției familia și copilul vor fi pregătiți asupra demersului de discutare a cazului în echipă explicîndu-li-se scopul și avantajele acestei proceduri. Ei au nevoie să aibă încredere în membrii echipei, să se simtă liberi de a le încredința informații și preocupări și să se simtă confortabili discutînd anumite subiecte. Explicarea diferitelor forme de confidențialitate (exemple: doctor/pacient, preot/enoriaș) copiilor și părinților contribuie la înțelegerea scopului intervenției.

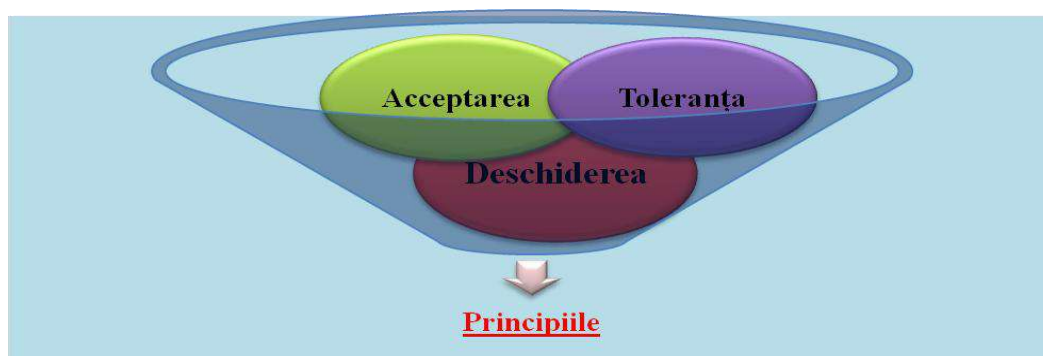


Figura 5. Principiile echipei de intervenție

Decizia în echipă cere ca orgoliile să fie depășite, iar în activitatea lor profesioniștii sociali au mare nevoie să fie înțeleși, motivați și susținuți pentru a putea duce povara grea și plină de încercări emoționale, reprezentată de situația de abuz asupra copilului. Principiile de lucru al echipei de intervenție, alcătuită din profesioniști cu autoritate, trebuie să fie respectate în lucru între membrii echipei și între aceștia și beneficiarii ce vor condiționa eficiența intervenției.

Colaborarea cu comunitatea este foarte necesară în astfel de cazuri.

Asistenții sociali care răspund de caz trebuie să cunoască bine resursele comunitare, astfel încât acestea să fie utilizate în scopul culegerii de informații și reducerii riscurilor de abuz (și neglijare) și să susțină copilul și familia.”

O importanță deosebită în cooperarea și lucru cu familia cu risc de abuz, specialiștii trebuie să țină cont de sistemul de rețele ale familiei, respectiv de sistemul de elaborarea și investigare a cazurilor. Nerespectarea cooperării cu aceasta este asigurată cu ineficiența intervenției în cazurile de abuz în familie.

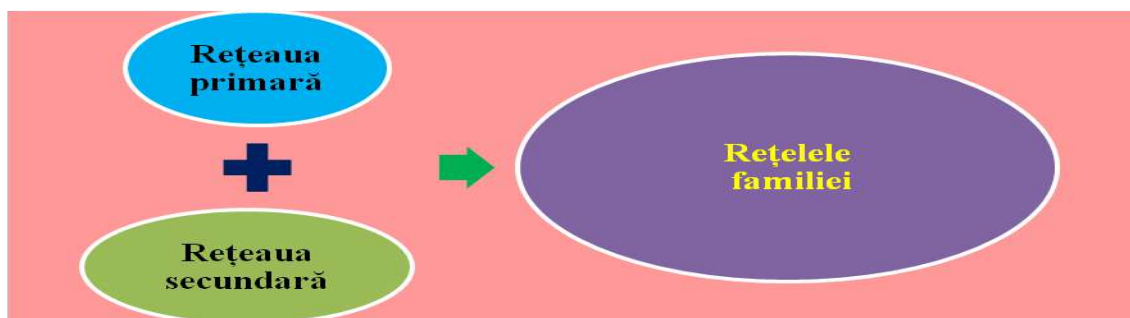


Fig.6. Rețele familiei

Cooperarea între cele două rețele ale familie, respectiv rețeaua primară- (relațiile sociale ale familiei cu comunitatea) și rețeaua secundară -( profesioniștii care intervin și serviciile specializate).

*Categoriile de intervenții existente/tipuri de servicii oferite victimelor violenței în familie*

Fără îndoială, calitatea serviciilor oferite victimelor violenței în familie este încă joasă. Și acest lucru se întâmplă nu din cauză că organizațiile prestatoare ar acorda servicii necalitative, ci din considerentul că numărul organizațiilor existente, care oferă real servicii acestei categorii este mic și nici nu se alocă resurse financiare pentru a dezvolta asemenea servicii. Vorbind de structurile de stat, mai mult sau mai puțin implicate în soluționarea acestei probleme, intervievații au indicat Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Ministerul Afacerilor Interne.



Fig.7. Preocupările Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale

Preocupările MAI ar fi să țină mai mult de combaterea acestui fenomen prin aplicarea sancțiunilor/contravențiilor administrative sau penale (în funcție de caz). Lucru cu agresorul, în sensul prevenirii comportamentului violent, instruirii abuzatorului (cum să-și gestioneze furia) nu intră în competența niciunei structuri de stat. În cadrul prezentei cercetări experții au menționat în repetate rânduri ”Centru de Drept a Femeii ”SOTIS””, care oferă adăpost, asistență psihologică și asistență juridică. În același timp, experții au atras atenția că o dificultate este faptul că această organizație se află în or. Bălți și nu poate satisface toate solicitările care parvin, atât din considerentul capacității centrului, cât și al resurselor umane disponibile. Centru de Drept al Femeii ”SOTIS” dispune de asemenea de o Linie Fierbinte, care este susținută de Misiunea OSCE în Moldova, dar care nu este suficient de bine promovată, deoarece victimele violenței în familie se intimidează de a apela.

Vorbind de aria geografică în care există asemenea servicii, experții atestă că cele mai multe servicii (din cele puține câte sunt) se concentrează în Chișinău, precum și în alte orașe ca Bălți, Cahul, Comrat, Soroca și Ungheni. Ele poartă un caracter sporadic, fiind condiționate de

proiectele care se derulează. Pe cînd dacă ne ferim la localitățile rurale, aceste servicii în general lipsesc.



Fig. 8. Arealul geografic al serviciilor

Sunt foarte puține la număr Centrele de zi (sau alte structuri), care ar putea să ofere atît copiilor, cît și femeilor. Respectiv, nu putem vorbi despre o infrastructură de prestare a serviciilor pentru victimele violenței în familie. Victimele cunosc prea puțin despre existența unor servicii ca atare, față de organele de drept de multe ori nu au încredere (substratul fiind că atunci cînd s-au adresat la polițist, au fost învinuite că nu știu să comunice cu soțul și să fie supuse), iar grupurile profesionale nu au pîrghii legislative în baza cărora să li se ceară să acționeze în consecință în asemenea cazuri.

În cadrul Centrilor specializate, cum ar fi Centrul ”Amicul” sau Refugiul Casa Mărioarei, ”SOTIS”, precum și aceleași Centre regionale ale Winrock-ului și PNUD-ului, se oferă asistență (în funcție de specializare – copiilor sau/ și femeilor) în dependență de nevoile victimei. Dar în localitățile unde nu sunt asemenea Centre, victimele violenței în familie nu pot beneficia de nici un fel de suport. Este clar că în acest caz victima, care de multe ori este dependentă financiar de agresor, se află în imposibilitatea de a se deplasa la Centrele existente. În concluzie, se resimte nevoia unor echipe multidisciplinare (Sistem Național de Referire), instruite cum să lucreze cu subiecții violenței domestice și, la necesitate, să cunoască unde ar putea referi asemenea cazuri.

#### ***Serviciile lipsă/lacune privind acordarea asistenței în cazuri de violență domestică.***

- Deși recent s-a constituit Sistemul Național de Referire pentru protecția și asistența victimelor și potențialelor victime ale traficului de ființe umane, acesta nu este replicat/utilizat eficient și în cazul victimelor violenței domestice.
- Serviciile medicale pentru victimele violenței în familie sunt greu accesibile. Multe victime provin dintr-un mediu social foarte vulnerabil și nu au poliță de asigurare obligatorie de asistență medicală, respectiv, nu pot beneficia de asistență medicală minimală, garantată de stat.
- Lipsesc servicii specializate pentru agresor.
- Serviciile existente asigură doar intervenția de criză, iar serviciile de asistență pe termen lung lipsesc cu desăvârșire.
- Lipsa unor standarde privind asistența acordată, durata acestora, lipsa unor regulamente-cadru cu privire la organizațiile care prestează sau care intenționează să presteze servicii în domeniul violenței în familie.
- Serviciile, puține la număr, existente în prezent sunt foarte slab promovate și, implicit, sunt cunoscute de un număr infim de potențiali/le beneficiari/re, în speial în mediul rural.
- Prestatorii de serviciu nu beneficiază de specializări în domeniu pentru a asigura durabilitatea asistenței oferite victimelor violenței în familie, asemenea specializări lipsesc la moment.
- Lipsesc cu desăvârșire specializările actorilor pe domenii/direcții concrete.

În Republica Moldova lucrurile stau cu totul altfel. Unii specialiști au indicat deasemenea și lipsa unei sensibilități de gen, ceea ce îi face de multe ori pe acești specialiști să fie ghidați de stereotipurile general existente în societate, cum ar fi că femeia prin însuși comportamentul său generează violența/agresivitatea bărbatului. Intervurile cu diferiți specialiști-polițiști, judecători, procurori, medici, psihologi, asistenți sociali- denotă de asemenea o lacună informațională în domeniul violenței în familia, acțiunile pe care le întreprind specialiștii în aceste cazuri, se datorează propriilor decizii și cunoștințe/relații, dar nu se încadrează în careva instrucțiuni sau regulamente, ce ar stipula/recomanda care ar trebui să fie acțiunile și cum să se procedeze într-un

caz sau altul. Trebuie să recunoaștem, că în acest sens se înreprud careva acțiuni, de diferiți actori, dar care, în totalitatea lor, încă nu au o acoperire națională și nu sunt instituționalizate pentru a asigura rezultate durabile.

### 1.8. Abordări teoretice ale violenței în familie<sup>14</sup>

Fenomenul violenței domestice este prezent în realitatea de zi cu zi, mai aproape sau mai departe de căminul nostru, de valorile noastre, de obiceiurile privind rezolvarea conflictelor și de cele privind autocontrolul asupra impulsurilor. Încercând să identifice cauzele principale ale agresivității, diferite teorii din domeniul psihologiei și sociologiei încearcă să pună în ordine multitudinea de definiții din acest domeniu, considerând agresivitatea ca o funcție de protecție sau de supraviețuire a individului (Lorenz), ca o exprimare inevitabilă a energiei, a pulsionilor (Freud), ca un comportament învățat, (Bandura) sau ca reacție la stresul social (Gil). Demersurile diferă adesea foarte mult: unele dintre ele încearcă să explice agresivitatea, iar altele violența sau agresivitatea deschisă; unele explică violența intrafamilială în contextul mai general al celei societale, iar altele au o abordare mai specifică, analizând-o cu precădere pe cea din urmă; unele explică mai ales violența masculină, iar altele violența indiferent de gen; unele încearcă să explice comportamentul agresorului, iar altele conduitele specifice victimei. Câteva dintre acestea sunt prezentate în cele ce urmează.

În literatura de specialitate se regăsesc cinci perspective predominante (biologică, psihopatologică, socială, sistemică și feministă) care-și propun să descrie cauzele violenței. (Neamtu, G.(coord.) (2005), Stan, D.(coord.)(2000), p.131). Teoriile menționate examinează factorii intrapersonali, interpersonali și societali ce mențin, provoacă sau elimină violența.

#### 1.8.1. Teorii și studii biologice

Teoriile biologice susțin că agresivitatea și/sau violența este înnăscută, poziție susținută de autori precum Sigmund Freud și Konrad Lorenz. În viziunea lui Sigmund Freud (1927), (*apud. Necolau Adrian (2004)*, p. 169)<sup>15</sup>, agresivitatea este un instinct. Oamenii se nasc cu instinctul de a agresa și de a fi violenți. Întrucât această „presiune” ereditară nu poate fi înlăturată, este necesar ca, în procesul influențării educațional-culturale, să se găsească modalități nedistructive de canalizare a tendințelor agresive. Pe de altă parte, cunoscutul etolog<sup>16</sup> Konrad Lorenz, mai ales după publicarea lucrării „On Agression” (1966), accentuează asupra naturii biologice-instinctuale a comportamentului agresiv, pe care-l regăsim și la nivel intrauman. În timp ce la Freud agresivitatea apare ca fiind predominant distructivă, la Konrad Lorenz, agresivitatea interspeciei are o valoare adaptativă și este esențială pentru supraviețuire (*Apud. Necolau Adrian (2004)*, p. 169).

Dezvoltând punctul de vedere freudian și analogia dintre natura animală și cea umană, K. Lorenz (1952, 1966; *apud Turliuc, 2007*) a dezvoltat teoria etologică, în cadrul căreia, a susținut că agresivitatea răspunde nevoilor de supraviețuire, indivizii mai agresivi sporindu-și șansele de supraviețuire. Cei care agresează, reușesc să-și procure mai ușor resursele necesare vieții, selecția naturală fiind responsabilă de conservarea și întărirea instinctului agresiv.

Lorenz a accentuat natura biologic-instinctuală a comportamentului agresiv. Este vorba de o energie instinctuală, acumulată într-o perioadă mare de timp și, concomitent, de o descărcare și (re)modelare a ei de către factorii relaționali și conjuncturali. Teoriile care au susținut natura instinctuală a agresivității au fost supuse unor multiple critici, agresivitatea putând fi influențată și modificată în mai mare măsură decât se sugerează în cadrul acestora.

*Reprezentanții sociobiologiei* au insistat, la fel ca etologii, asupra valențelor adaptative ale agresivității. Dar, ei au susținut că agresiunea apare pentru a spori probabilitatea transmiterii

<sup>14</sup> Turliuc Maria Nicoleta, Adina Karner Huțuleac, Oana Dănilă, *Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2009, pag. 37-51. (ISBN 978-973-703-4366).

<sup>15</sup> Necolau Adrian . *Influentele biologice*, (2004), p. 169).

<sup>16</sup> **Etologia** - disciplină care studiază tradițiile și obiceiurile unui popor.

genelor agresorului la generația următoare. E. Wilson (1975) considera că acest ultim scop al supraviețuirii genetice impune și unele limite agresivității deoarece, exacerbările ei ar putea duce la eliminarea unora dintre proprii urmași ai agresorului. Respingerea naturii instinctuale a agresivității nu a însemnat negarea influențelor biologice asupra manifestărilor agresive.

Genetica, neurologia și endocrinologia au fost invocate pentru a oferi explicații pentru diferențele dintre rezultatele medii obținute de femei și bărbați privind agresivitatea. Cercetătorii susțin, spre exemplu, că nivelul mai ridicat al agresivității sexului masculin are o puternică determinare biologică deoarece:

- această diferență între sexe este foarte asemănătoare la oameni și la primatele superioare;
- ea este universală, în sensul că este prezentă în toate culturile;
- nivelul agresivității este sensibil la acțiunea hormonilor sexuali masculini.

Faptul că bărbații sunt mai agresivi a favorizat instalarea unei atitudini ambivalente față de agresivitate și violență. Atunci când sunt realizate în scopul menținerii păcii sau iubirii actele agresive sunt considerate un lucru bun și necesar. Nu este de mirare că violența în familie a fost atât de mult tolerată, că sindromul copilului bătut a fost definit de specialiști abia în deceniul șapte al secolului trecut, că prevederile juridice împotriva violenței domestice sunt extrem de recente. Agresivitatea masculină are un impact direct, deosebit de grav, asupra vieții familiale sau de cuplu. Violența împiedică dezvoltarea sau menținerea sentimentului iubirii și respectului reciproc firesc al partenerilor, favorizând resentimentele, ruptura afectivă și disoluția treptată a relațiilor. Totuși, explicațiile oferite în cadrul disciplinelor biologice sunt departe de a fi suficiente sau definitive și, adeseori, ele sunt insuficient corelate.

### ***1.8.2. Teoriile sociologice***

Prin intermediul procesului de socializare, societatea transmite membrilor ei modelul sau normativ și cultural alcătuit din ansamblul normelor și valorilor sociale. Acestea permit existența normală a vieții sociale, asigurând atât raționalitatea comportamentului, cât și stabilitatea sistemului social. Socializarea reprezintă un proces fundamental, care facilitează integrarea individului în societate, prin asimilarea culturii grupului din care face parte și a rolurilor sociale pe care este chemat să le îndeplinească în cadrul acestui grup.

Orice societate are o serie de norme scrise sau nescrise prin intermediul cărora poate aprecia dacă o anumită conduită sau un anumit act, este adecvat sau nu, se înscrie sau nu în modelul cultural prescris pentru toți membrii ei. Aceste norme stabilesc modalitățile de sancțiune pentru toate conduitele sau actele care nu corespund așteptărilor societății (unele sancțiuni se aplică în mod instituționalizat, altele se aplică prin mecanisme neoficiale, informale).

Orice societate se confruntă, în cursul dezvoltării ei, cu manifestări de comportament deviant. Devianța desemnează nonconformitatea, încălcarea normelor și regulilor sociale. Aceasta are o sferă mult mai largă decât criminalitatea, infraționalitatea sau delincvența (denumită și “devianța penală”), deoarece include nu numai încălcările legii penale, ci toate deviațiile de la comportamentul socialmente acceptat și dezirabil (Radulescu, 1994<sup>17</sup>).

Comportamentul deviant este un comportament „atipic”, care se îndepărtează sensibil de la poziția standard (medie) și nu respectă normele și valorile acceptate și recunoscute în cadrul unui sistem social. Fiind intim legată de condițiile fundamentale ale oricărei vieți sociale, devianța reprezintă un fenomen normal în cadrul evoluției societății, a moralei și a dreptului, iar individul deviant nu trebuie considerat neaparat ca o ființă nesocializată, ca un element parazitar, neasimilabil, introdus în corpul societății, el având uneori rolul unui agent reglator al vieții sociale (E. Durkheim, 1974,<sup>18</sup>). Devianța, desemnând distanțarea semnificativă de la normele de conduită și de la valorile sociale acceptate într-un spațiu cultural determinat, într-o anumită societate și la un moment dat, are atât o semnificație negativă, disfuncțională, cât și una pozitivă,

---

<sup>17</sup> Radulescu Sorin M., *Sociologia varstelor: societatea și ciclul uman de viață*. Editura Hyperion, București, 1994.

<sup>18</sup> *apud.* Radulescu Sorin M., 1994.

funcțională. În unele situații devianța facilitează funcționarea societății. Cei din afara rândurilor îi determină pe cei din „coloana” să fie mai uniți. Altfel spus, devianța consolidează conformarea, sancționează, certifică normalitatea.

Organizarea și funcționarea societății depinde de conformitatea indivizilor și grupurilor sociale ce o compun față de modelul sau etic, normativ și cultural. Acest model, alcătuit dintr-un ansamblu articulat și ierarhizat de valori, norme, reguli și îndătoriri asigură, în cele din urmă, stabilitatea, continuitatea și progresul societății. Normele sociale conțin reguli de comportament mai mult sau mai puțin obligatorii, în funcție de care își ghidează acțiunile indivizii sau grupurile sociale. Astfel, pot apărea diferite tipuri de comportament, atât conformiste, inovatoare, cât și nonconformiste, evazioniste sau deviante. Societatea apreciază diferențiat comportamentele, stimulând pe unele și respingând pe altele. Modalitatea concretă de apreciere (pozitivă sau negativă) a comportamentelor se face prin intermediul „controlului social”, care reprezintă în esență, un ansamblu de mijloace și mecanisme sociale și culturale, prin intermediul cărora: sunt impuse individului o serie de interdicții și constrângeri referitoare la necesitatea respectării normelor și valorilor dezirabile; fie sunt permise anumite acțiuni, fiind apreciate și recomandate conduitele care sunt conforme cu modelul normativ și cultural (Banciu, 1992).

*Controlul social* este un factor principal de organizare și ordonare a conduitei individuale și a raporturilor sociale, asigurând consistența și coeziunea internă a societății, continuitatea și stabilitatea sa internă, orientarea și reglarea comportamentului social, integrarea individului în societate. Prin intermediul său, societatea formează și impune indivizilor motivația asimilării și respectării valorilor și normelor sociale dezirabile, recompensând conduitele conforme cu modelul său etico-juridic și respingând pe cele care se abat de la acest model.

În orice societate controlul social poate să fie pozitiv sau negativ, formal sau informal, direct sau indirect (Banciu, 1992).

Controlul social pozitiv se fundamentează pe asimilarea și cunoașterea de către indivizi a valorilor, normelor și regulilor de conviețuire socială, ca și pe motivația acestora de a le respecta din convingere. În schimb, controlul social negativ se bazează, în special, pe temerile individului că va fi sancționat în cazul nerespectării sau încălcării normelor și regulilor sociale. Incluzând o serie de tabuuri și interdicții de natura morală, culturală, religioasă, administrativă, juridică, această formă a controlului social constă în dezaprobarea și respingerea comportamentelor indezirabile, prin utilizarea unor mijloace variate: ironizare, ridiculizare, marginalizare, izolare, detenție etc. În acest caz, indivizii se vor conforma față de regulile de conduită nu din convingere, ci din teamă de a nu fi sancționați.

În funcție de instanțele de la care provine, controlul social poate fi organizat (instituționalizat), exercitat de societate în ansamblul ei prin intermediul unor organisme și organizații specializate, statale și sociale și neorganizat (neinstituționalizat), realizat de anumite grupuri de apartenență (de prieteni, vecinătate, cartier etc.). Din aceeași perspectivă controlul social poate fi: formal, realizat prin intermediul unor legi și prescripții de natura morală, administrativă, juridică etc. și informal, întemeiat pe aprobare difuză și spontană.

Mijloacele controlului social constau dintr-o serie de instrumente de presiune și persuasiune, organizate și neorganizate, implicite și explicite, directe și indirecte, formale și informale, conștiente și difuze etc. menite să influențeze indivizii pentru a respecta normele morale și juridice.

Cel mai adesea, *perspectiva sociologică asupra violenței în familie* tinde să explice apariția ei prin stresul social la care familiile sunt expuse. Unii autori merg mai departe (de ex. Gil, 1978) și afirmă că stresul social este expresia valorilor și practicilor sociale care modelează structura familiei. În ultimă instanță, societatea ar fi de fapt responsabilă de producerea violenței în familie, notau K. Browne și M. Herbert (1999).

*Modelul stresului social.* Factori precum șomajul, sărăcia, supraaglomerarea, izolarea sau condițiile de muncă alienante sunt percepuți – nota Ricard J. Gelles (1987) – ca generatori ai frustrării și stresului la nivel individual, care pot conduce la violență. Autorul concluzionează în lucrarea sa că violența este o modalitate de adaptare sau răspuns la stresul structural. Dar, din

moment ce violența nu apare doar în categoriile economice defavorizate, ci este răspândită în întreg spectrul acestor categorii, această perspectivă este una limitată.

Alte încercări de a explica violența intrafamilială în termeni sociologici sunt încercări de a afirma că familia, ca instituție socială, se bazează într-o anumită măsură pe forță și amenințare pentru a putea menține ordinea. Cu cât o persoană dispune de mai multe alternative sau resurse pentru a exercita puterea, cu atât mai puțin va fi ea dispusă să utilizeze forța în mod deschis. Cei mai mulți nu folosesc cu plăcere forța în aceste situații datorită costurilor ei ridicate. Familiile din clasa de mijloc au mai multe resurse decurgând din prestigiul lor mai ridicat și poziția economică mai bună și de aceea vor fi mai puțin tentate să folosească violența sau amenințarea.

Straus (1980) și Giles-Sims (1983) s-au referit la structurile deviate ale autorității susținând că nivelul violenței tinde să fie mai mare atunci când soția domină procesul de luare a deciziilor. Acest lucru este valabil mai ales atunci când soțul suferă de stimă de sine scăzută și o percepție negativă de sine (Goldstein și Rosenbaum, 1985). Violența rezultă dintr-un complex de feedback-uri care operează la niveluri diferite: individual, familial și al societății, incluzând factori și procese precum: nivelul ridicat al conflictualității intrafamiliale, nivelul ridicat al violenței în societate, socializarea familiei în violență, normele culturale ce legitimează violența, organizarea sexistă<sup>19</sup> a societății, precum și o multitudine de motive pentru tolerarea violenței de către persoanele agresate fizic.

Violența se poate integra în personalitatea unui individ, iar normele culturale pot legitima violența între membrii familiei. Acest sistem poate fi întărit de organizarea sexistă a societății și modul în care se reflectă acesta în sistemul familial (de ex., restricționarea oportunităților de locuri de muncă pentru femei, salariile mai mici la aceeași cantitate și calitate a muncii pentru femei, delegarea femeii în asumarea întregii responsabilități privind creșterea copiilor, perceperea bărbatului ca șeful familiei, de identificarea masculinității cu violența, precum și de socializarea femeii pentru rolul de subordonată, de supusă).

*Teoria schimbului/controlului social* cu privire la viața familială se bazează pe conceptele de recompense și pedepse reciproce. Membrii familiilor schimbă sau împărtășesc sentimente, servicii și resurse. Atunci când balanța schimburilor corespunde așteptărilor indivizilor vor predomina pacea și ordinea. Atunci când apar dezechilibre între expectanțe, ca în cazul unui adult șomer care trebuie să asigure îngrijirea părinților săi dependenți și foarte în vârstă, probabilitatea controlului violent al situației crește (Phillips, 1986). Gelles (1983) a susținut că domeniul privat al vieții de familie reduce costurile violenței, a sancțiunilor aplicate penal. Acesta generează o mai mare probabilitate a producerii violenței în familie, unde există mai puține constrângeri sociale ale comportamentului.

*Modelele feministe.* O abordare alternativă sugerează faptul că violența individuală reflectă microsistemul relațiilor de putere dintr-o societate. De exemplu, una din explicațiile feministe ale violenței împotriva femeilor și copiilor are în vedere poziția subordonată a femeii în societate, în general. Scopul violenței este considerat a fi exercitarea controlului asupra celorlalți membri ai familiei. Hanmer (1978) a extins această teorie la una care a inclus întregul aparat de stat (reprezentat de bărbați), susținând că politicile Statului bunăstării nu fac altceva decât să inducă dependența la femei. R. E. Dobash și R.E. Dobash (1979, 1987) au identificat trei elemente de bază ale acestei teorii:

- bărbații exercită o dominație și un control sistematic asupra femeilor;
- violența apare la bărbații care cred în drepturile lor patriarhale;
- folosirea violenței de către bărbat asupra femeii este acceptată de societate.

Autorii susțin că în societate bărbatul a fost gratificat în mod tradițional cu o serie de libertăți ne-permise femeii. Abuzul sexual, hărțuirea sexuală, explorarea sexuală, pornografia și prostituția sunt metode pe care societatea le folosește și le tolerează pentru persecutarea femeilor.

---

<sup>19</sup> **Sexism** - discriminare sexuală. ansamblul mișcărilor de emancipare feminine pentru a desemna atitudinea și poziția socială dominatoare a bărbaților în societate. (fr.*sexisme*).

Cea mai răspândită explicație sociologică indică faptul că valorile culturale, accesibilitatea armelor și expunerea la modele agresive ne-sanționate afectează atitudinile personale față de violența în familie. Acesta, la rândul ei, influențează acceptarea de către individ a agresivității ca formă a expresiei emoționale și ca metodă de a exercita controlul asupra celorlalți. Grupurile sociale și comunitățile pot dezvolta o toleranță ridicată față de interacțiunile agresive, conducând la așa-numitele „subculturi ale violenței”.

Gil (1978) făcea distincție între „violența structurală” (violența la nivel instituțional și societal) care implică respectarea normelor și practicilor sociale admise și violența personală (care de regulă implică actele se abat de la normele sociale). Potrivit lui, violența trebuie înțeleasă în termenii mai largi ai relațiilor de putere din cadrul unei societăți.

Violența structurală și cea personală nu trebuie privite și concepute ca fenomene discrete, ci ca simptome ale aceluiași context social, ale valorilor și instituțiilor care interacționează și se întăresc reciproc.

Violența personală este reactivă și înrădăcinată în violența structurală, din moment ce experiențele care inhibă dezvoltarea personală vor genera adesea stres, frustrare și nevoia de a reacționa cu violență asupra celorlalți. Violența domestică este considerată a fi tot reactivă, ea avându-și sursa în afara sistemului familial, unde nu se poate însă descărca. Agresivitatea poate fi descărcată în familie deoarece acesta reprezintă un context mai informal, în care petrecem mai mult timp și în care pentru comportamentul violent sunt aplicate sancțiuni mai mici decât în orice alte situații sociale. Acest aspect a fost studiat și prezentat de Powers (1986) în termenii *funcțiilor violenței în familie* și a recompenselor oferite agresorului. Acestea sunt:

- primește atenție și semnaleză că nevoile nu-i sunt satisfăcute;
- folosește coerciția și îi manipulează pe ceilalți pentru a-și satisface nevoile;
- dobândește control asupra procesului luării deciziilor și a stabilirii regulilor familiale;
- beneficiază de creșterea puterii pe măsura inducerii sentimentelor de neajutorare la ceilalți;
- crește intensitatea și direcționarea intimității;
- evită riscurile și vulnerabilitatea în relația intimă;
- își domină rivalii de la care membrii familiei ar putea obține aprobare și iubire;
- se auto-protejează împotriva atacurilor și loviturilor;
- caută răzbunarea pentru răul care i-a fost făcut de ceilalți în prezent și în trecut;
- pune în scena experiența victimizării de această dată în rolul de agresor;
- îi rănește pe ceilalți pentru sentimentele lor de bucurie, satisfacție sau pentru impresia de putere și control;
- rupe sau schimbă echilibrul ne-satisfăcător din familie;
- controlează impresiile pe care și le formează unii despre alții;
- se conformează normelor și expectanțelor culturale.

În concluzie, explicațiile sociologice au evoluat de la simpla explicarea a violenței prin intermediul stresului social (de tipul sărăciei), la cele care implică tranzacțiile dintre agresor și victimă în contextul structurii familiale și societale.

O altă teorie este legată în special de numele lui Albert Bandura<sup>20</sup> (1986) (*apud.* Necolau, Adrian (2004), care formulează *teoria învățării sociale a agresivității*. Potrivit acestei teorii, comportamentul agresiv se învață prin mai multe modalități, și anume:

- direct, prin recompensarea sau pedepsirea unor comportamente;
  - prin observarea și imitarea unor modele de conduită ale altora, mai ales ale adulților.
- Cel mai frecvent, considera Bandura, *modelele de conduită agresivă* pot fi întâlnite în:
- familie: părinții copiilor violenți și ai celor abuzați și maltratați provin adeseori ei înșiși din familii în care, ca mijloc de disciplinare a conduitei, s-a folosit pedeapsa fizică;

---

<sup>20</sup> Manual de psihologie socială. Coord. Adrian Niculau. Ed 2. Polirom, 2004. 350p. P. 171-172

- mediul social: în comunitățile în care modelele de conduită agresivă sunt acceptate și admirate, agresivitatea se transmite ușor noilor generații;
- mass-media: în special televiziunea (TV), care oferă aproape zilnic modele de conduită fizică sau verbală.

Efectele socializatoare și educative ale *mass-media* au făcut obiectul a numeroase studii, cu concluzii adesea contradictorii. O concluzie comună este faptul că aceste mijloace de comunicare au atât efecte pozitive cât și negative. Accesul la diferite emisiuni și programe TV pot avea un rol hotărâtor în adoptarea unor conduite agresive. Unii adolescenți apreciază în filme doar scenele agresive luate ca atare, fără să facă distincția necesară între agresivitatea prosocială și cea antisocială, fiind interesați mai mult de tehnicile agresiunii.

*Scoala* se deosebește de mediul familial, prezentând față de acesta o serie de avantaje și dezavantaje din punct de vedere educativ. Printre avantaje se poate aminti faptul că educația școlară este organizată, constientă și planificată, iar dintre dezavantaje ar putea fi menționat gradul scăzut de afectivitate cu care este încărcat sistemul școlar, comparativ cu mediul familial. Atunci când apare, inadaptarea școlară reprezintă de fapt lipsa sau funcționarea defectuoasă a proceselor de apropiere a intereselor celor doi parteneri școlari. Inadaptarea școlară se manifestă prin insatisfacții ce produc temeri și descurajare. Repetarea în timp a acestora conduce la cronicizarea stării de anxietate, a frustrării elevului, ceea ce determină gesturi de revoltă și apariția de situații conflictuale, la început cu colegii și apoi cu întreaga lume. Nerezolvarea acestor conflicte sau ignorarea lor îl împing pe elev la apatie, dezinteres și indiferență față de școală, manifestându-se apoi prin absentism, vagabondaj și în final prin abandon școlar.<sup>21</sup>

Instituțiile culturale pot contribui la evitarea sau diminuarea unor atitudini negative în domeniul relațiilor dintre oameni – stereotipurile, prejudecățile, etnocentrismul etc.

Educația pentru drepturile omului – care a început a fi abordată tot mai consistent și în școală – este un alt mijloc de educație interculturală care poate fi abordată și în instituțiile culturale, ca și perspectiva multiculturalității și multilingvismului.

*Teoria sistemică*: explică violența ca rezultat al acțiunii sistemului familial. În cadrul acestui model, familia este văzută ca un sistem cu o structură dinamică, având anumite componente interdependente (subsisteme), care interacționează reciproc. Din perspectiva teoretică, o acțiune violentă în familie este o reacție în lanț declanșată de un membru al familiei. Astfel, violența este menținută prin roluri, relații și mecanisme de feedback, care reglează și stabilizează sistemul (Neamtu, G.(coord.), 2005, Stan, D.(coord.), 2000, p.135).

*Familia* este și se comportă ca matrice de viață fundamentală pentru existența și formarea personalității copilului, ca mediu educativ determinant, dar și ca sursa de dezadaptare și comportament deviant al copilului; din păcate, poate constitui o sursă de influență negativă. Familia constituie cel dintâi și cel mai important context de viață cu un rol deosebit în socializarea copilului. Dar, în perioada actuală, din punct de vedere sociologic, familia contemporană cunoaște un proces de eroziune structurală, de demisie de la funcțiile sale fundamentale, o degradare continuă a autorității, și implicit a calității mediului educativ.

Unii autori (*Mitrofan, N., 1994, p.21-68*)<sup>22</sup> au identificat și au teoretizat mai mulți de factori de risc, care privesc ansamblul și principalele tendințe de evoluție a condițiilor economice și sociale, factori care țin de structura familială și factori care privesc capitalul educativ al familiei. S-a constatat că de cele mai multe ori, carențele afective generate în special de deficiențele de tip familial pot determina instalarea unor frustrări, care la rândul lor, conduc la nivele înalte de agresivitate (*Huditeanu, A., 2001, p.78*). Carențele de structura familială, destul de frecvente întâlnite în perioada pe care o traversăm, sunt situații care comportă grave riscuri în educația copiilor, dar nu se poate afirma cu certitudine ca toți tinerii crescuți în asemenea familii ajung inevitabil la comportamente deviante (*Albu, E., 2002, p.48*). Sunt evidențiate o serie de greșeli

<sup>21</sup> <http://www.qreferat.com/referate/asistenta-sociala/CAUZE-SOCIALE-SI-CONSECINTE-AL449.php>

<sup>22</sup> <http://www.qreferat.com/referate/asistenta-sociala/CAUZE-SOCIALE-SI-CONSECINTE-AL449.php>

educative ale părinților care pot conduce la apariția unor comportamente deviante la copii (Petcu, M., 1999, p.60-65):

- divergența metodelor educative;
- atitudinea hiperprotectoare;
- atitudinea familială indiferentă;
- părinții „demisionari” (mereu ocupați sau plecați de acasă), s.a.

În concluzie, în literatura de specialitate familia reprezintă factorul cel mai important în desfășurarea procesului socializării primare, socializare ce determină profund cariera socială a fiecărui individ.

Violența asupra partenerului și/sau unui membru al familiei nu este înnăscută. Copiii învață prin imitație, familia reprezintă modelul din care își extrage valori, cunoaștere și comportamente. Un muncitor impunător dintre adulții (cca 60%) care sunt violenți cu partenerii au crescut în familii cu violență. Viziunea optimistă este că fiind un comportament învățat, el poate fi schimbat printr-un nou proces de învățare. Dovada că violența nu este de natură biologică poate fi numărul mare de copii (cca 40%) care cresc în familii violente și care nu devin agresori.

### **1.8.3. Teoriile psihologice și psihosociale**

**Teoria psihanalitică.** Explicațiile psihanalitice ale violenței sunt legate de noțiunile de conflict intrapsihic, tulburări de personalitate, mecanisme de negare, deficiențe de dezvoltare sau slăbiciunea eului, narcisism, traume din copilărie, masochism etc. (Hearn, 1998). S. Freud a susținut ideea agresivității care tinde să se impună ca o forță ce nu poate fi controlată, care dezorganizează și distruge. În teoria psihanalitică violența apare ca o aspirație general umană, ca factor indispensabil vieții, ca pulsivitate ce urmărește depășirea propriilor sentimente de inferioritate și dorința de putere. Ea pregătește terenul explicațiilor cauzale care vor considera factorii de mediu social ca fiind elementele etiologice esențiale ale apariției manifestărilor deviante, inclusiv a celor violente.

**Teorii ale influențelor situaționale.** Adepții caracterului dobândit al agresivității susțin că aceasta survine în funcție de factorii situaționali, fiind un răspuns al individului la condițiile concrete de mediu, la multiplicarea tentațiilor în societatea de consum (Turliuc, 2007). Împiedicarea căii de atingere a unui anumit scop creează frustrări care, la rândul lor, constituie sursa agresivității. Blocarea accesului și teama de sursa frustrării fac ca, destul de frecvent, agresivitatea să nu fie îndreptată asupra sursei ei, ci să fie re-orientată și redirecționată (displacement) către o țintă-substitut, mai puțin probabil să se răzbune și mai sigură. Un exemplu îl constituie anecdota privind omul care, fiind umilit de șef, își ceartă soția, care țipă puternic la copil, care lovește câinele, ce mușca poștașul.<sup>23</sup>

O temă foarte importantă în cadrul acestei linii de cercetare vizează faptul că, oamenii care se află într-o dispoziție proastă, neplăcută, de cele mai multe ori încearcă să o modifice. Evident, ei pot utiliza diferite strategii pentru a atinge acest scop, cu o eficiență variabilă. O cale o reprezintă îmbunătățirea stării afective prin intermediul manifestărilor agresive.

În acest sens, unii autori au încercat să verifice dacă oamenii agresează pe ceilalți în speranța că, astfel, se vor simți mai bine. Studiul lor experimental complex a infirmat presupusele efecte eliberatoare, de descărcare a impulsurilor și tensiunilor negative prin agresivitate. Ea nu “curăță” psihicul de impulsuri ostile pe termen lung, deși aduce o stare momentană mai bună, recunoscută de majoritatea subiecților. Astfel, se explică de ce indivizii – incapabili să ajungă la starea de plăcere, de bine psihologic, prin realizarea unor acte socialmente acceptate – pot recurge la manifestările agresive pentru modificarea sensibilă a dispoziției lor sufletești momentane.

---

<sup>23</sup> Turliuc Maria Nicoleta, Adina Karner Huțuleac, Oana Dănilă, Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2009, pag 48

**Teoria reglării afective** susține că oamenii se angajează într-un act agresiv atunci când speră că astfel vor scăpa de furie și se vor simți mai bine. Cei care trăiesc stări afective negative vor fi mai receptivi cu privire la căile de îmbunătățire a stării lor emoționale. De aceea, agresivitatea va crește cel puțin la indivizii care cred că exprimarea furiei și exteriorizarea ei reprezintă o cale eficientă de reglare sau îmbunătățire a stării lor afective.

**Teoria învățării sociale.** Teoria propusă de Bandura vine să umple golul existent între teoriile de inspirație psihanalitică și cele centrate comportamentiste.<sup>24</sup> Având la bază teoria behavioristă, această abordare oferă o înțelegere mai puțin rigidă a agresivității umane, insistând asupra schimbărilor observabile apărute în comportamentul unei persoane ca urmare a învățării. Procesul de socializare înseamnă și achiziția de răspunsuri agresive, fie prin învățare directă (ca urmare a recompenselor sau pedepselor), fie prin observarea și imitarea conduitei celorlalți. Experimentele lui Bandura și ale colaboratorilor săi (1973) au demonstrat rolul adultului ca model în însușirea comportamentului agresiv la copii: cei ce au asistat la un comportament agresiv din partea adultului, s-au comportat și ei mai agresiv. Mai mult, agresivitatea a crescut atunci când comportamentul agresiv a fost recompensat, când modelul urmărit a fost de același sex cu respectivul copil și când modelul a avut înainte legături intense cu copilul. În principiu teoria susține faptul că avem tendința să menținem comportamentul agresiv urmat de rezultate dezirabile (sau recompensate) și să evităm conduitele agresive urmate de rezultate nedorite (pedepsite).

Normele sociale elaborate în diferite contexte socio-culturale nu indică numai intensitatea și modalitățile conduitei agresive, ci și circumstanțele în care ele trebuie să se desfășoare: persoanele sau grupurile care merită să fie ținta agresivității, ce fel de acțiuni ale celorlalți justifică sau pretind să li se răspundă prin violență, în ce situații agresivitatea este o modalitate mai adecvată sau nu. În sens mai larg, perspectiva învățării sociale leagă actele agresive de o arie mai extinsă de factori, cum ar fi: experiența trecută a individului, re-întăririle prezente asociate acestor acte, evaluarea situației și a posibilelor consecințe etc. Psihologii sociali insistă și ei asupra faptului că agresivitatea este dobândită social, că ea nu se rezumă la tendința de a răspunde ostil la interacțiunile neplăcute.

Fără a nega rolul mediului, Bandura (1973, 1977) recunoaște rolul importanța proceselor interne, de tipul cognițiilor și emoțiilor. Mediul familial este unul din cadrele psihosociale de achiziționare a unor scenarii de agresivitate, care sunt susținute de structuri de cunoaștere și evaluare – percepții, atitudini, credințe normative – ce trimit la comportamente agresive. Ființele umane învață de mici cum să perceapă, să interpreteze, să judece și să răspundă la stimulii ce vin din mediul fizic și social, cristalizându-se scenarii mintal-comportamentale, care învățate și folosite frecvent, pot căpăta în timp un caracter automatizat, ca deprinderi. Formarea diferențelor de gen dintre bărbați și femei, inclusiv a celor privind nivelul de agresivitate, sunt explicate prin prisma influențelor asupra dezvoltării de părinți și de alți agenți de socializare. În privința agresivității, în concepția învățării sociale, părinții sunt cei care încurajează adesea comportamentul agresiv al copiilor lor, fie ignorând manifestările de agresivitate ale acestora, fie oferind chiar recompense mascate, de tipul obținerii obiectelor dorite, al acordării atenției și încurajării lor prin gesturi și zâmbet.

Retragerea eventualei victime din fața agresiunii este și ea o întărire pentru agresor, care va încuraja comportamentele violente viitoare. Acestea se manifestă mai ales în cazul băieților și mai puțin frecvent în cazul fetelor. Părinții și alte persoane din anturajul copilului contribuie la formarea agresivității copiilor oferindu-le modele de comportament agresiv. Cercetările lui Bandura privind formarea comportamentului agresiv au demonstrat că învățarea prin demonstrare poate fi un mijloc important de prelucrare a unor modele agresive, chiar în lipsa unei întăriri. Cu cât vârsta copiilor este mai mare, cu atât ei înțeleg mai bine că agresivitatea este un comportament acceptat în societate, mai ales pentru cei de gen masculin. Această teorie este folosită pentru a explica transmiterea intergenerațională a abuzului.

---

<sup>24</sup> Turliuc Maria Nicoleta, Adina Karner Huțuleac, Oana Dănilă, *Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2009, pag 48

**Perspectiva asupra victimei și teoria neajutorării învățate.** Unii autori (Gelles, 1976; Walker, 1984) au promovat această teorie pentru a explica mecanismele comportamentale și atitudinale ale femeii agresate. O legătură între perspectiva asupra victimei și teoria învățării sociale este sugerată de Lewis (1987) care susține că unele femei învață să accepte comportamentul violent orientat asupra lor ca rezultat al experiențelor din copilărie. Un copil poate să nu corespundă expectanțelor sau cerințelor parentale fapt care favorizează abuzul, așa cum se întâmplă, de ex., în cazul copiilor prematuri, cu greutate inferioară la naștere, bolnăvicioși sau cu diferite malformații sau deficiențe etc. Lipsa atractivității fizice a acestor copii poate reprezenta un important factor al abuzului suportat de ei (Berkovitz, 1989).

Teoria neajutorării învățate este fundamentată pe trei aspecte:

- informația despre eveniment sau situație;
- reprezentările cognitive;
- răspunsul la situație.

Cea de-a doua componentă este extrem de importantă deoarece la acest nivel persoana își dă seama dacă expectanțele sale pot fi sau nu atinse. Astfel, dacă o persoană nu crede că poate controla rezultatul comportamentului său, ea va răspunde prin neajutorarea învățată (Snyder și Ford, 1998). În cazul femeii agresate, dacă nu există credința că ea poate controla ceea ce i se întâmplă, îi va fi dificil să creadă că poate influența situația abuzivă în care se află, acest lucru împiedicând-o să se elibereze din situație. Odată ce ea acționează conform credinței că este neajutorată, percepția sa va deveni realitate, femeia devenind pasivă, obedientă (Walker, 1984). În descrierea incidentelor violente, femeile agresate de către soții lor nu par a fi atât de neajutate, pe cât cred ele (Gelles, 1987). Interpretarea comportamentului lor este mai degrabă determinată de setul de reprezentări cognitive negative, de credința lor cu privire la ceea ce nu pot și mai puțin de realitatea abilităților lor.

#### **1.8.4. Teoriile integrative centrate pe interacțiune**

În baza experiențelor anterioare, unii parteneri intimi tind să stabilească relații agresive deoarece le sunt familiare, s-au obișnuit cu ele, se simt confortabil în cadrul lor, considerând violența expresia preocupării, atenției și atașamentului reciproc, asemănătoare mariajul părinților lor. Unele teorii încearcă să se îndepărteze mai mult de perspectiva psihologică individuală pentru a se centra pe studiul interacțiunilor dintre membrii familiei.<sup>25</sup>

**Perspectiva interactivă interpersonală.** Toch (1976) a analizat atât caracteristicile bărbatului agresiv, cât și cele ale contextului și ale victimei sale. El a concluzionat faptul că manifestările agresive sunt asociate atitudinii tip macho și tendinței de menținere a unei identități personale particulare în relație cu partenerul. Studiile asupra conflictului deschis arată o consistență a reacțiilor agresive și a unor trăsături asociate lor în perspectiva dezvoltării.

**Teoria puterii maritale.** Bazele puterii constau în organizarea și resursele care asigură dominarea unuia dintre parteneri. Acestea pot include nu numai abilități, informații, trăsături de personalitate, statut social și economic, dar și definirea culturală după care un partener are autoritatea în cadrul relației intime. Procesarea puterii se referă la tehnicile interacționale pe care un individ le folosește pentru a câștiga controlul, precum negocierea și rezolvarea de probleme. Conform teoriei puterii maritale, partenerii cărora le lipsește puterea au șanse mai mari de a fi abuzați fizic de partenerii lor de viață. Totodată, aceasta susține ipoteza conform căreia percepția pierderii puterii de către soț, poate corela cu folosirea violenței fizice asupra soției. De asemenea, atunci când soțul este frustrat datorită faptului că nu se poate impune pe plan social, în profesie sau în relațiile cu prietenii, el poate acționa „preventiv”, prin violența asupra soției pentru a nu risca să-și piardă puterea și în relație cu ea.

**Teoria legături traumatice.** Teoria încearcă să explice de ce femeia bătută rămâne cu bărbatul care o bate. Autorii au avansat două ipoteze comune pentru toate relațiile de acest tip:

---

<sup>25</sup> Turliuc Maria Nicoleta, Adina Karner Huțuleac, Oana Dănilă, *Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2009.

lipsa echilibrului în ceea ce privește puterea în cuplu, astfel încât partenerul bătut se percepe ca fiind dominat de celălalt, și natura intermitentă a abuzului. Deoarece abuzul se manifestă cu intermitențe, iar perioadele dintre abuzuri se caracterizează prin comportamente pozitive (precum atenție și declarații de dragoste, remușcare etc.) este dificil pentru cel abuzat să părăsească relația. Această loialitate a victimei față de abuzatorul ei a fost asemănată cu **sindromul Stockholm**. Această loialitate rezultă din identificarea victimei cu agresorul ca modalitate de a face față pericolului, în situația în care victima este lipsită de putere: „Cu cât victima este mai izolată, cu atât crește dependența ei față de abuzator, nu numai în ceea ce privește trebuințele ei de bază, dar și pentru suport emoțional. Cu cât îi este mai frică, cu atât este mai tentată să se aghețe de singura relație care îi este permisă, cea cu agresorul. În absența oricărei alte relații, ea va încerca să găsească sprijin în cel care o ține captivă. Inevitabil, în absența oricărui alt punct de vedere victima va ajunge să vadă lucrurile prin ochii abuzatorului” (Voinea, 1993, p.109).

Teoria traumei explică și transmisia transgenerațională în procesul traumatic. În cazul abuzului intrafamiliar, esențială este atitudinea victimei față de făptaș: idealizarea sau capacitatea de confruntare cu el. Pentru a păstra valoroasă legătura interioară cu „obiectul protector”, victimele se agață de ideea că tatăl lor (și, ulterior, soțul) este fundamental bun (Fischer și Riedesser, 2007). Sub presiunea nevoii de idealizare, schema traumatică poate fi din nou simulată mai târziu, când apare o situație asemănătoare în ciclul vieții.

**Modelul multifactorial al violenței în familie.** Modelul elaborat de Browne (1988; apud Browne și Herbert, 1999) sugerează faptul că stresorii situaționali prezintă următoarele 4 elemente:

- relațiile dintre persoanele care asigură îngrijirea inter-mariaje, disputele maritale, părinte vitreg sau concubin și părintele natural, dintre părintele custodial și cel necustodial etc.
- relațiile cu copiii și persoanele vârstnice dependente: distanța dintre vârsta copiilor, mărimea familiei, gradul de atașament al îngrijitorilor față de așteptările celor dependenți de ei etc.
- stresul structural: condițiile sărăcicioase de locuire, șomajul, izolarea socială, amenințările autorității celor asigură îngrijire și protecție etc.
- stresul generat de dependenți: de exemplu, unul care ne-dorit, care e dificil de disciplinat, care e bolnav, care prezintă deficiențe fizice sau psihice, care este prea energic, emoțional sau prea solicitant etc.

Șansele ca acești factori de stres situaționali să producă violența în familie sunt mediate de relațiile și interacțiunile membrilor familiei. Relațiile securizante dintre ei vor devia orice efect al stresului, favorizând dezvoltarea strategiilor de coping<sup>26</sup> ale familiei. Dimpotrivă, relațiile nesigure anxioase sau evitante vor genera periodic escaladări ale emoțiilor negative, care pot conduce la abuz fizic sau emoțional. Acesta va influența negativ relațiile interpersonală, făcând sistemul mai vulnerabil în viitor în fața diferiților stresori. În unele cazuri, indivizii violenți vor încerca să facă față sentimentelor lor agresive cu privire la anumiți membri ai familiei prin neglijarea lor fizică sau emoțională, în scopul de a evita interacțiunilor în care le-ar putea provoca rănirea.

### 1.9. Drepturile victimei violenței în familie

Drepturile unei victime a violenței în familie sunt cele prevăzute în Legea nr. 45, din 01.03.2007. Acestea sunt:

• **Dreptul la respectarea personalității, demnității și a vieții sale private.** Toate persoanele funcționari publici, funcționari publici cu statut special, magistrați, specialiști din serviciile publice sau private vor acționa numai conform cu deciziile luate de victimă, vor utiliza numai

<sup>26</sup> **Copingul** (engl. "coping") este procesul prin intermediul căruia persoana reușește să facă față evenimentelor stresante. Există 2 strategii folosite pentru a face față stresului: **copingul centrat pe emoție** - efortul de a elimina sau diminua reactivitatea emoțională resimțită *vis a vis* de factorii stresanți, în timp ce **copingul centrat pe problemă** presupune confruntarea directă cu sursa de stres.

informația pusă la dispoziție de către victimă și vor respecta nevoile specifice individuale ale acesteia. Orice informație primită de la victimă pe parcursul furnizării de informații sau de servicii este confidențială la fel ca și datele personale ale acesteia.

• **Dreptul la informare.** Organele judiciare au obligația de a informa victimele violenței în familie cu privire la drepturile lor de îndată ce victima solicită ajutor. Informarea trebuie să fie făcută într-o limbă pe care victima să o înțeleagă. Autoritățile administrației publice centrale și locale au obligația să ia măsurile necesare pentru prevenirea violenței în familie și pentru preîntâmpinarea unor situații de încălcare repetată a drepturilor fundamentale ale victimelor violenței în familie. Totodată, acestea trebuie să informeze victimele cu privire la: ☐

- organul de urmărire penală/instituția la care pot depune plângere; ☐
- dreptul la asistență juridică și instituția unde se pot adresa pentru exercitarea acestui drept;
- condițiile și procedura pentru acordarea asistenței juridice gratuite;
- instituțiile și organizațiile neguvernamentale (ONG) care asigură consiliere psihologică și asistență sau chiar protecție a victimei;☐

• **Dreptul la consiliere psihologică gratuită.** Acest tip de consiliere poate fi oferit gratuit de către furnizorii de servicii autorizați publici sau privați. Furnizorii publici (Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, Direcțiile de Asistență Socială de pe lângă primării sau Serviciile Publice de Asistență Socială care sunt servicii locale) acordă consiliere gratuită după sesizarea de către victimă a organelor de urmărire penală sau a instanței de judecată cu privire la săvârșirea infracțiunii. Furnizorii de servicii pentru victimele violenței în familie, furnizori care sunt organizații nonguvernamentale, nu solicită astfel de dovezi.

• **Dreptul la protecție specială, adecvată situației și nevoilor sale.** Victimele violenței domestice pot beneficia de un ordin de protecție prin care agresorului i se interzice să se apropie de ele. Acest ordin de protecție se obține printr-o procedură specială (Anexa 1).

• **Dreptul la asistență juridică gratuită.** Asistența juridică gratuită înseamnă explicarea legislației și a drepturilor în detaliu, ajutor pentru întocmirea actelor pentru instanță, reprezentare în instanță.

• **Dreptul la alte servicii.** Pentru victimele violenței în familie sunt disponibile gratuit și alte servicii specifice de tip adăpost, consiliere socială sau psihologică, suport pentru organizarea unui nou mod de trai fără violență. ☐

- *Adăpostul* destinat găzduirii victimelor violenței este o locuință /casă protejată care funcționează ca serviciu social de sine stătător sau ca anexă a altor centre de furnizare a unor servicii sociale cu precădere pentru femeile expuse riscului de agresiune, aflate în situație de violență în cadrul familial. Aici pot fi găzduite mai multe femei sau femei împreună cu copiii lor. Adăpostul este un refugiu temporar. Scopul acestuia este să ofere un spațiu stabil și sigur de cazare temporară pentru femei (cu sau fără copii), unde acestea/aceștia să primească și sprijin profesional pentru a ieși din situația de abuz domestic - amenințare cu punere în pericol a integrității fizice sau a vieții, bătăi cu urmări grave, alte situații de gravitate maximă, pentru a depăși consecințele psihologice ale unei astfel de experiențe, precum și pentru găsirea unor alternative funcționale care să le ajute să organizeze viața lor și a copiilor atunci când este cazul, după perioada refugiului. Adăposturile pot fi pentru urgențe sau pentru perioade mai lungi de refugiu până la 6 – 9 luni. ☐
- *Consilierea socială și consilierea psihologică*, suportul pentru a găsi soluțiile cele mai potrivite pentru rezolvarea situației de violență în familie sunt servicii care se furnizează fie în adăpost, fie în cadrul unor centre de zi unde victimele nu sunt cazate și unde vin conform programului pentru întâlnirile cu specialiștii. ☐
- *Asistența medicală gratuită de urgență* este un drept general care este foarte important pentru victimele violenței în familie și se recomandă ca imediat după ce au suferit o violență din partea agresorului victimele să se prezinte la o unitate de primiri urgențe sau la un centru de primiri urgențe.

## 2. EVALUAREA ȘI INTERVENȚIA ÎN CAZUL ABUZULUI COPILULUI

Acum multe zeci de milioane de copii trăiesc și cresc, în diferite țări ale lumii, în condiții economice, sociale, psihologice care le pun în pericol și le întârzie dezvoltarea. Părinții sunt adesea depășiți de stresul social cărora trebuie să le facă față, sau le lipsesc abilitățile de a se confrunța cu greutățile, ceea ce contribuie la creșterea riscurilor pe care trebuie să le înfrunte copiii. Unii părinți nu fac față rolului lor adecvat de părinte, și recurg ei înșiși la comportamente care pot pune în pericol sănătatea fizică sau psihică a copiilor lor.

### 2.1. Bunăstarea și protecția copilului

O societate își exprimă spiritul de responsabilitate și valoarea pe care o conferă copilăriei prin sistemul de legi și de servicii sociale destinate bunăstării copilului. În anii care au urmat celui de-al doilea război mondial, în țările dezvoltate, odată cu restabilirea situației socio-economice, s-a manifestat o importantă orientare a cercetătorilor din științele socio-umane, dar și a lucrătorilor din administrația publică, din domeniul sănătății, a învățământului și a protecției sociale, pentru bunăstarea și protecția copiilor. Ei au adus în atenția opiniei publice acele condiții de creștere, de educație și de sănătate (respectiv lipsa acestora), care pot pune în pericol sănătatea fizică sau psihică a copiilor.

În acest domeniu, perioada anilor '60 a adus progrese importante în privința înțelegerii consecințelor negative ale ocrotirii copiilor în instituții și ale abuzurilor de orice fel comise împotriva copiilor, în propriile lor familii.

Acțiunile în favoarea copiilor au luat, în Occident, forma unor largi programe comunitare, de tip preventiv. Un important rezultat a fost elaborarea unor reglementări internaționale referitoare la drepturile copiilor. Declarația Drepturilor Copilului, elaborată de ONU în 1959, avea rolul de a atrage atenția membrilor Organizației Națiunilor Unite că toți copiii, indiferent de rasă, culoare, sex și naționalitate, fără nici un fel de discriminare, au dreptul la protecție socială și la asigurarea posibilităților pentru o dezvoltare sănătoasă, îndeplinindu-se nevoile lor de dragoste, înțelegere și securitate.

În anii '70 s-au dezvoltat cercetările privind nevoile copilului, nevoi pe care în primul rând familia este menită să le asigure: nevoia de hrană, de adăpost, de îndrumare și educație, nevoia de identificare și de apartenență, nevoia de a fi acceptat și apreciat. Pe acest fundal, s-au elaborat legislațiile naționale de apărare a copiilor de abuzuri și neglijare în propriile lor familii, în familiile de plasament sau în instituțiile destinate protecției lor.

Anii '80 și '90 sunt caracterizați pe plan internațional printr-o continuă creștere a atenției orientate spre domeniul drepturilor copilului, atenție cauzată - pe de-o parte - de perpetuarea chiar și în țările dezvoltate din punct de vedere economic a fenomenului abuzului și neglijării copilului, iar pe de altă parte de situația din țările slab dezvoltate și în curs de dezvoltare, în care copiii constituie cea mai vulnerabilă categorie socială, expusă sărăciei și violenței. Ca urmare au fost reluate ideile privind drepturile copilului și ONU a creat cadrul unei noi rezoluții internaționale, în scopul promovării bunăstării copiilor de pretutindeni, rezoluție semnată de statele membre ale ONU, cunoscută sub numele de "Convenția internațională privind drepturile copilului" (1989).

Acordul guvernelor semnate ale convenției a avut semnificația exprimării voinței lor politice de a-și asuma responsabilități într-un mod mai consistent și mai sistematic pentru asigurarea bunăstării copiilor.

Deși acordurile internaționale au stimulat și au creat un cadrul legal internațional pentru munca profesioniștilor, deși în ultimii 30 de ani s-au tras numeroase semnale de alarmă în privința extinderii violenței și a suferințelor copiilor de pretutindeni, efectele acestor semnale nu au fost deocamdată pe deplin evaluate. Într-adevăr, copiii lumii au nenumărate nevoi nesatisfăcute. Datele despre numărul copiilor supuși unor abuzuri grave de către membrii familiilor lor sau a comunităților în care trăiesc sunt întotdeauna îngrijorătoare. Dar aceste cifre reprezintă doar vârful vizibil al unui iceberg mult mai extins în zonele nevăzute ale societății.

Examinarea caracteristicilor comune ale părinților care au dificultăți poate oferi soluții constructive nu numai pentru acele cazuri care sunt vizibile, ci și pentru multele cazuri invizibile. Autorul arată că începând din anii '70, străduința societății de a schimba soarta copiilor aflați în dificultate în propriile familii a condus la creșterea substanțială a suportului social oferit în tot mai multe țări pentru un număr crescând de copii și părinți aflați în situații dificile.

Preocuparea față de bunăstarea copilului este **multidisciplinară**, acoperind diverse aspecte ale personalității copiilor, dominată fiind însă de unghiul de vedere al **profesiei de asistență socială**. De fapt, primele activități specifice de asistență socială s-au dezvoltat și s-au specializat în domeniul ocrotirii copilului și a familiei sale.

**Categoriile de copii** la care se referă în mod special sistemele de protecție a copilului (fără pretenția de a le epuiza) sunt:

- *copiii supuși unor rele tratamente (abuzati sau neglijați)*
- *copiii abandonați temporar sau permanent în instituții de ocrotire sau aflați în plasament familial sau adopție*
- *copiii cu boli cronice (SIDA/AIDS, născuți dependenți de droguri, etc), cu tulburări de dezvoltare, deficiențe fizice, senzoriale sau cu dificultăți de învățare și care necesită ocrotire specială*
- *copiii aflați în familii care trăiesc în sărăcie*
- *copiii din comunități minoritare marginalizate*
- *copiii orfani de unul sau de ambii părinți*
- *copiii victime ale calamităților naturale, războaielor sau altor catastrofe*

Thoburn (1998, p. 290)<sup>27</sup> definește **sistemul ocrotirii copilului în vederea asigurării bunăstării** sale ca fiind ansamblul de servicii oferite de un stat, prin care li se asigură copiilor suport material, asistență medicală, educație și locuință. Structura serviciilor oferite de sistemul de bunăstare a copiilor poate fi de diferite grade de generalitate, care depind de tipul de protecție socială, mai mult sau mai puțin universală, pentru care optează la un moment dat un regim politic. Thoburn distinge acest înțeles larg al sistemului ocrotirii copilului, de accepția restrânsă a domeniului, anume aceea de acordare de servicii acelor copii care nu pot atinge sau este puțin probabil să atingă, în lipsa unor servicii specializate, standarde acceptabile de sănătate, de calitate a vieții și de dezvoltare. Această a doua accepție a termenului este mai apropiată de cea în care se folosește azi, termenul de **sistem de protecție a copilului**. Se face distincția dintre sensul larg și cel restrâns al ocrotirii copilului. În primul sens, asigurarea bunăstării se referă la *întreg avantajul de servicii* menite să asigure dezvoltarea, sănătatea, educația și ocrotirea tuturor copiilor, iar în cel de-al doilea protecția copiilor este o structură separată, menită să ofere *sprijin categoriilor de copii aflați în situații speciale de dificultate*, fiind expuși unor condiții de creștere care le pun în pericol sănătatea psihică sau fizică.

Pentru a completa înțelesul noțiunii de sistem de protecție a copilului, nu putem omite *activitățile de prevenire a riscurilor* - ne referim aici la acele activități menite să reducă impactul situațiilor inadecvate pentru copil, care nu corespund nevoilor sale, ca personalitate în dezvoltare. În acest sens, Giovannoni, (1987) remarcă interferențele dintre două roluri fundamentale ale sistemului de protecție a copilului:

1. *Asigurarea unor servicii directe, primare, pentru copiii cu nevoi speciale;*
2. *Influențarea politicilor sociale, pentru a îmbunătăți situația unor categorii extinse de copii.*

Dacă, prin definiție, sistemului de protecție a copilului i se recunoaște rolul de a asigura prevenirea riscurilor care pot afecta copilăria, atunci termenul se apropie de cel de sistem de bunăstare - prima accepție prezentată. Numai într-o structură de servicii sociale adecvate în cel mai larg sens nevoilor atât de variate ale copiilor care fac parte din vreuna din categoriile

---

<sup>27</sup> Apud. Maria Roth Szamoskozi - Protecția copilului ( dileme , conceptii si metode ) – Cluj-Napoca,1999.

defavorizate înșirate mai sus, poate fi asigurat un nivel corespunzător al calității vieții, dezvoltarea armonioasă și prevenirea abuzului, a neglijării și a abandonului copiilor.

## 2.2. Principiile și dilemele protecției copilului

Analizele privind bunăstarea copilului și a structurilor care o pot garanta scot în evidență legăturile complexe dintre nevoile copilului, situația familiei și contextul ei social, precum și concepția societății despre copilărie și familie. Concomitent cu eforturile de investigare a cazurilor de abuz și de apreciere a răspândirii fenomenului, cercetătorii și-au pus probleme sociale și etice privind responsabilitatea comunității pentru abuzul și neglijarea copiilor.

Serviciile de protecție a copilului trebuie să lucreze într-o relație de parteneriat cu părinții, nu împotriva acestora: asistentul social și părintele să aibă o "agendă" comună, cu scopuri convenite împreună și clar formulate, în vederea rezolvării problemelor familiei. Rezultatele muncii comune se vor exprima în acțiuni, ale căror consecințe vor viza copilul: interesul superior al copilului va deveni esența intervenției. Baza valorică pe care s-a întemeiat protecția copilului în ultimul deceniu, în lumea întreagă, a fost Convenția Internațională privind Drepturile Copilului (semnată de toate țările membre ale ONU în 1989 și ratificată de Parlamentul Moldovei în 1999)<sup>28</sup>. Ca urmare, principiile protecției copilului au devenit următoarele:

- Specificul oricărei acțiuni de protecție a copilului este **primordialitatea interesului copilului** față de cel al tuturor celorlalți actori sociali. În Convenția internațională privind drepturile copilului (1989) se specifică: "în toate acțiunile care îi privesc pe copii, fie că sunt luate de instituții publice sau private de ocrotiri sociale, interesele superioare ale copilului trebuie să fie luate în considerare cu prioritate (articolul 3)". Modul în care o societate pune în aplicare acest principiu demonstrează prețuirea reală acordată viitoarei generații.

- Aceasta presupune, totodată, **principiul înțelegerii copilului ca o personalitate unitară**, cu un ansamblu de nevoi interrelaționate. Satisfacerea acestor nevoi depinde de persoanele semnificative din mediul copilului și de serviciile medicale, educative, sociale create de societate.

- **Perspectiva "ecologică"** se referă la înțelegerea dezvoltării umane în cadrul contextual propriu, punându-se în evidență legătura dintre individ, familia sa și mediul social. Practica asistenței sociale e înțeleasă ca fiind destinată îmbunătățirii interacțiunilor dintre individ și mediul său, cu scopul dublu de a se îmbunătăți capacitățile adaptative ale individului și de a se sensibiliza mediul social în favoarea indivizilor care trăiesc în acel mediu. Din această perspectivă, situația copilului, nevoile sale, sunt analizate în contextul cultural și social al familiei din care el face parte. Problemele legate de creșterea copilului în familie, abuzul și neglijarea copilului sunt privite în ansamblul problemelor familiei, iar intervenția la nivelul unuia din componentele sistemului este analizată prin prisma acțiunii acestuia asupra celorlalte componente ale sistemului.

- **Perspectiva competenței clienților** se referă la punerea accentului pe capacitățile copilului și cele ale familiei. Pentru munca în familia unui copil aflat în pericol trebuie descoperite resursele de la nivelul părinților, al celorlalți membri ai familiei, de la nivelul grupurilor de auto-ajutor etc. Această perspectivă mai înseamnă implicarea clientului - respectiv a copilului - în toate deciziile care îl privesc, respectându-se opțiunile și argumentele sale.

- **Principiul planificării în perspectivă (sau a permanenței)** se referă la necesitatea cunoașterii scopului final al investigației și intervenției și organizarea unui set de activități pe termen lung, consistente, cu o anumită filosofie, cu un program, cu o metodă consecventă de lucru. Specialiștii subliniază importanța asigurării permanenței pentru sentimentul de stabilitate, atât de important în viața copilului.

- **Perspectiva dezvoltării** se referă la înțelegerea schimbărilor care survin în diferitele perioade de viață. Teoriile care explică dezvoltarea stadială (de exemplu teoria lui E. Erikson)

<sup>28</sup> [https://drepturilecopilului.md/files/publications/CDC\\_2005\\_final.pdf](https://drepturilecopilului.md/files/publications/CDC_2005_final.pdf)

permit înțelegerea sarcinilor și crizelor specifice fiecărui stadiu de viață, factorii promotori ai schimbării și relativitatea atitudinilor parentale în diferitele perioade ale dezvoltării.

• **Perspectiva familiei în protecția copilului** pornește de la ideea după care familia este contextul natural de viață al copilului, deci familia rămâne unitatea centrală asupra căreia se concentrează intervenția care vizează copilul. De asemenea, din punct de vedere legal - până la decăderea părinților din drepturile lor parentale - părinților le revin drepturi și responsabilități fundamentale privind educarea propriilor copii. Atașamentul din relația părinte-copil este un fundament emoțional puternic și este temeiul dezvoltării sentimentului de identitate al copiilor - chiar în condițiile unor relații tensionate - iar ruperea acestor relații emoționale nu este în interesul acestora. De aceea acțiunile de protecție a copilului se vor orienta spre prevenirea dezintegrării familiei. În cazul în care un copil este scos din familie, pentru a i se asigura protecția, acest principiu va trebui să însemne păstrarea legăturilor copilului cu propria familie în cea mai mare măsură posibilă și desfășurarea unei munci susținute cu familia în vederea creării condițiilor reîntoarcerii copilului.

Dilemele acestui domeniu pornesc de la contradicțiile dintre drepturile părinților și drepturile copiilor, dintre dreptul familiei la intimitate și obligația (nu numai dreptul) profesionistului de a interveni în interesul copiilor. La acestea se adaugă, în oricare sistem social diferențiat pe clase și categorii sociale, contradicțiile specifice dintre dreptul copiilor la șanse egale și condițiile de inegalitate socială a familiilor lor de proveniență. Aceste dileme sunt proprii tuturor sistemelor de protecție a copilului din lume. Ceea ce diferă de la țară la țară este gradul de conștientizare a acestor dileme și reglementările menite să le soluționeze. Deși pe plan internațional sistemele de bunăstare a copilului devin din ce în ce mai bine structurate prin legi și regulamente, se pare, totodată, că ele devin mai controversate din perspectiva dilemelor profesiei. Unii reproșează autorităților de protecție a copilului că iau prea ușor măsura scoaterii copiilor din familiile în care există riscul maltratării și că asistenții sociali tind să-și exercite mai degrabă funcția de control, decât pe cea de suport. Alții, dimpotrivă, reproșează încetineala sau lipsa de hotărâre de care dau dovadă autoritățile în intervențiile lor. Referitor la acestea, sunt aduse ca argumente tragicele cazuri în care copii aflați în atenția autorităților locale au decedat de pe urma violențelor la care au fost expuși de către cei care îi îngrijeau, persoane cărora asistenții sociali le acordaseră anterior încredere, autorizând menținerea copiilor în familie. Aceste reproșuri sunt cu atât mai dureroase din punctul de vedere al asistenților sociali implicați în protecția copiilor de abuzuri și neglijare, cu cât în statele cu sisteme avansate de protecție a copilului, responsabilitatea lucrătorului social este mărită de influența mare pe care el o exercită asupra deciziilor tribunalului. Harris (1989) citează un mare număr de cercetări care demonstrează că judecătorii acordă credit rapoartelor asistenților sociali, că modul lor de a judeca este influențat de rapoartele comisiilor de protecție a copilului, că deciziile întăresc concluziile și recomandările lucrătorilor sociali. Se pare că reprezentanții justiției nu îndrăznesc să ignore competența profesională a lucrătorilor pentru protejarea copiilor. După Harris (1989, p. 9), lucrătorul social acționează conform concepțiilor dintr-o zonă "rău definită", de bătălie ("ill defined battle zone"), aflată între doctrina statului ca părinte al cetățenilor, care apără pe cei slabi de cei puternici și doctrina autonomiei cetățeanului.

Conform primei atitudini, statul poate interveni în temeiul codului penal pentru a pedepsi delictul comise împotriva copilului, dacă acestea sunt dovedite. Conform celei de-a doua atitudini, statul, în baza încrederii în capacitatea de a judeca și responsabilitatea cetățeanului, are mai mult un rol profilactic, de prevenire a distresului sau eșecului de mai târziu, fără a avea intenția de a dovedi vinovăția cuiva sau de a determina pedepsirea lui. În această concepție, orientată spre prevenție, avantajul constă în faptul că statul nu așteaptă până când se comite o acțiune violentă împotriva cuiva, ci încearcă pe de o parte să pregătească părinții (sau adulții, în general) pentru atribuțiile lor parentale sau, pe de altă parte, mai ales dacă este vorba de un minor, îndatorirea lui de bază este să protejeze copilul, alegând dintre măsurile pe care le are la dispoziție pe cele care servesc în cea mai mare măsură interesele copilului.

### 2.3. Trăsături specifice ale contextului în care se produce abuzul și neglijarea copilului

În ultimii zece ani în Republica Moldova situația calității vieții copiilor s-a înrăutățit, prin prisma celor mai importanți indicatori<sup>29</sup>. Astfel, mortalitatea infantilă se menține ca una din cele mai ridicate din Europa, greutatea medie la naștere a scăzut, dezvoltarea fizică deficitară a copiilor a căpătat o prevalență mai mare. Sunt foarte frecvente bolile ce se reflectă o proastă alimentație sau o proastă îngrijire. Abandonul și instituționalizarea copiilor se menține la cote foarte înalte. Abandonul școlar a crescut îngrijorător.

Toate acestea indică prezența neglijării copilului în societatea contemporană, neglijare ce se manifestă la toate nivelurile: societal, organizațional și familial. Numeroase studii desfășurate după 1990 pun în evidență existența abuzurilor, chiar înmulțirea lor.

*Principalele trăsături specifice ale contextului în care se produce abuzul și neglijarea copilului sunt:*

Nerespectarea drepturilor copilului. Ignorarea abuzului și lipsa de informații cu privire la consecințele acestuia asupra dezvoltării copilului;

Persistenta mentalitatilor și practicilor educative punitive, atât în familie, cât și în mediul social. Lipsa de empatie pentru copil, pentru nevoile și aspirațiile lui: „trebuie să fii sever cu copilul”; „copilul trebuie obișnuit cu greutățile vieții”; „trebuie pedepsit orice interes al copilului pentru lucruri „interzise”; „bătaia este ruptă din rai”; „copilul trebuie să asculte” etc. În acest context, putem avansa ideea că abuzul și neglijarea copilului au o oarecare tradiție în poporul românesc.

Existența unor tabu-uri, secrete și false pudori (în special în privința abuzului sexual); falsa rușine care explică indiferența, non-intervenția comunității în cazuri de abuz.

Consecințele politicii demografice, ce a generat un număr mare de copii nedorți, un număr mare de părinți incapabili să facă fața responsabilităților parentale și a consolidat fenomenul de instituționalizare a copilului, transpunerea responsabilității de educație a copiilor de la familie la școală, comunitate, stat, societate.

Costurile sociale ale tranziției care se traduc prin dificultăți economice pentru familii – sărăcie, șomaj. Criza de locuințe, inflație, scăderea consumului, condiții improprii de viață (spațiu de locuit inadecvat) etc.. Aceste fenomene sunt resimțite îndeosebi, de familiile cu mai mult de doi copii, ceea ce determină ca principalul grup de risc în ceea ce privește nivelul de trai să fie, în ziua de azi, copiii.

Sistem de protecție a copilului neeficient – serviciile medicale, educaționale, sociale, juridice acționează limitat și dispun de resurse reduse (materiale, financiare, organizatorice, umane etc.). La aceste deficiențe se adaugă și mentalitățile inadecvate ale celor ce lucrează în acest domeniu. Activitatea de prevenție este ca și inexistentă.

Asistența socială pentru familie și copil se reduce la forme pasive, monetariste, care nu fac decât să redistribuie sărăcia. Beneficiarii nu sunt încurajați sau sprijiniți, prin politici active, să aibă o atitudine responsabilă, să devină capabili să se autoîntrețină, să găsească soluții pentru problemele lor și să nu aștepte o sumă de bani (din ce în ce mai mică, în realitate) din partea statului.

Problema abuzului este menționată în legislația internă, însă aplicarea a legislației în domeniu rămâne neeficientă. Chiar dacă sau făcut anumiți pași în această privință, măsurile luate nu se pot aplica în totalitate, fie din cauza lipsei de resurse materiale și umane, fie din cauza lipsei de interes a practicienilor implicați.

Tranziția se traduce nu numai în dificultăți economice ci și în fenomene patologice asociate stresului social pe care îl generează: scăderea controlului social, creșterea criminalității, a violenței (în familie, în școli, în spațiul public), nivelul redus de școlarizare și educație a părinților. orientarea și aderarea la o grupare filosofică sau religioasă care impune anumite interdicții (asistența medicală, împiedicarea accesului la informare etc.). Datorită poziției lor de

<sup>29</sup> Положение детей в мире 2001г. Кэрл Белами Директор – исполнитель Детского фонда Организации Объединенных Наций. UNICEF. Детский фонд ООН. 2001г. Стр. 4-63.

inferioritate, copiii devin, deseori, victime ale acestei patologii sociale, ceea ce se traduce în interacțiunea inadecvată dintre părinți și copii, reproducerea „modelului parental” abuziv.

#### 2.4. Definiția și clasificarea abuzului copilului

Abuzul și neglijarea copilului reprezintă un fenomen social foarte complex, întâlnit din cele mai vechi timpuri. Abuzul de orice formă înseamnă profitarea de pe urma diferenței de putere dintre un adult și un copil, desconsiderarea personalității celui de-al doilea. El poate fi regăsit oriunde și oricând în istoria și în prezentul societății omenești, în artă și literatură, în legende și în poveștile pentru copii. Abuzul înseamnă violența adultului împotriva copilului, fenomen care este prezent în realitatea noastră astăzi, mai aproape sau mai departe de căminul nostru, în funcție nu numai de valorile noastre, dar și de tradițiile pe care le urmăm în creșterea copiilor și de capacitatea noastră de a ne controla impulsurile.

Pentru profesioniștii implicați în acordarea unor diverse forme de asistență copiilor (medici, surori medicale, profesori, educatori, asistenți sociali, psihologi) nivelul de sănătate fizică și psihică al unui copil constituie principalul criteriu de apreciere a îngrijirii acordate copilului de către persoanele care au această îndatorire. Sănătatea fizică și psihică este un standard central al calității vieții copilului. Criteriul grijii față de sănătatea copilului și al căutării surselor de vătămare fizică și psihică este central în protecția copilului.

Însă, ca fenomen care desemnează violență împotriva copilului cu consecințe dăunătoare asupra sănătății acestuia a fost recunoscut doar în 1962, odată cu inițiativa lui Henry Kempe, pediatru din Colorado (SUA), care a impus medicilor din întreaga lume conceptul de „sindrom al copilului bătut”. Din acest moment problema copilului maltratat a devenit preocupare nu doar pentru medicină, ci și pentru alte științe.

**Rău tratament** - Fel de a se purta cu cineva, atitudine, comportare față de cineva, care întrușchipează tot ce este negativ, aduce daune. Ceea ce nu e recomandabil din punct de vedere moral. Principiu care vine în contradicție cu morala.

**Maltratare** - acțiunea de a maltrata și rezultatul ei; purtare nemiloasă, tratament rău; brutalitate. a trata pe cineva cu asprime, a supune pe cineva la dureri fizice sau morale; a chinui, a brutaliza. – Din fr. **malträiter**, it. **maltrattare**.

**Abuz** - Încălcare a legalității; faptă ilegală, lipsă de măsură; tot ce depășește limitele normale. - Din fr. **abus**, lat. **abusus**.

Definirea relelor tratamente asupra copiilor poate porni de la o mare varietate de concepții teoretice, care au toate ca punct comun de plecare înțelegerea abuzului împotriva copilului ca fiind cauzarea intenționată a unei vătămări care afectează sănătatea fizică sau psihică a copilului (N. Frude, 1989). În același sens este dată și definiția după care maltratarea este orice formă voluntară de acțiune sau de omitere a unei acțiuni care este în detrimentul copilului și are loc profitând de incapacitatea copilului de a se apăra, de a discerne între ceea ce este bine sau rău, de a căuta ajutor și de a se autoservi (Popescu și Răduț, 1998, p.2-3). Evantaiul formelor de rele tratamente este larg, cuprinzând toate aspectele personalității: cel fizic, cel psihic (emoțional), cel moral și cel sexual. Dacă formele de rele tratamente se întrepătrund, cu atât mai mult coexistă consecințele lor, care se manifestă simultan sau consecutiv asupra tuturor laturilor personalității copilului, putând induce tulburări în dezvoltarea personalității pe plan cognitiv, emoțional, moral și sexual. Astfel, abuzul fizic, cel psihic sau sexual poate conduce la retard în dezvoltarea intelectuală, la tulburări de echilibru emoțional și la consecințe fizice pe plan psiho-somatic.

La momentul actual, definirea fenomenului de maltratare a copilului se face din perspectivă medicală, psihologică, culturală, legislativă etc.

**Conform Organizației Mondiale a Sănătății, abuzul reprezintă orice formă de maltratare fizică și/sau psihică, abuz sexual, neglijare, tratare neglijentă sau exploatare în scopuri comerciale sau orice alt tip de exploatare care poate cauza daune efective sau potențiale**

**pentru sănătatea, supraviețuirea, dezvoltarea sau demnitatea copilului în contextul unei relații de responsabilitate, încredere sau autoritate.**<sup>30</sup>

Maltratarea este inclusă în Manualul Diagnostic și Statistic (DSM-IV-TR) și atribuită la codul V al clasificatorului

V61.21 Abuzul fizic al copilului Cod 995.54 pentru copilul victimă

V61.21 Abuzul sexual al copilului Cod 995.53 pentru copilul victimă

V61.21 Neglijarea copilului Cod 995.52 pentru copilul victimă

*Din punct de vedere juridic, abuzul este încălcarea normelor legale care apără relațiile sociale ce asigură o bună și normală creștere și dezvoltare psiho-fizico-socială a copilului.* Legislația internațională și națională încearcă să definească criteriile minime pentru asigurarea îngrijirii copilului, inclusiv a celei legale și sociale, în cazurile traumelor produse nonaccidental sau în urma atenției medicale neadecvate. Definițiile legale ale maltratării copilului subliniază dreptul copilului la protecția vieții, sănătății, integrității psihice și fizice.

**În 1989 Republica Moldova a ratificat Convenția ONU cu privire la Drepturile Copilului. Articolul 19 al Convenției prevede în mod expres prevenirea abuzului și neglijării copilului:**

Statele părți vor lua toate măsurile legislative, administrative, sociale și educative corespunzătoare pentru protejarea copilului împotriva oricăror forme de violență, vătămare sau abuz fizic sau mintal, de abandon sau neglijență, de rele tratamente sau exploatare, inclusiv violență sexuală, în timpul cât se află în îngrijirea părinților sau a unuia dintre ei, a reprezentantului sau reprezentanților săi legali sau a oricărei persoane căreia i-a fost încredințat.

Aceste măsuri de protecție vor cuprinde, după cum se va conveni, proceduri eficiente pentru stabilirea de programe sociale vizând furnizarea de sprijin necesar copilului și celor cărora le-a fost încredințat, precum și alte forme de prevenire, în vederea identificării, raportării, retrimiterii, anchetării, tratării și urmăririi pentru cazurile de rele tratamente aplicate copilului, descrise mai sus, și vor cuprinde, de asemenea, după cum se va stabili, procedurile de intervenție judiciară.

*Definițiile derivate din științele sociale* evidențiază contextul individual, familial și social al maltratării: **Maltratarea este orice formă voluntară de acțiune sau omitere a unei acțiuni care este în detrimentul copilului și are loc profitând de incapacitatea copilului de a se apăra, de a discerne între ceea ce este bine sau rău, de a căuta ajutor și de a se autoservi.**<sup>2</sup> *Psihologia* abordează maltratarea din perspectiva *vulnerabilității copilului, în contextul relațiilor părinte/îngrijitor - copil*, iar *sociologia* tratează abuzul copilului ca *un incident particular, care reprezintă un spectru mai larg de probleme și factori de risc cu caracter social.*

*Vulnerabilitatea copilului* reiese din particularitățile psihocomportamentale și de vârstă specifice:

- lipsă aproape completă de posibilități fizice și psihice de apărare;
- capacitate redusă de anticipare a unor acte comportamentale proprii sau ale altora, în special a adulților;
- capacitate redusă de înțelegere a efectelor, a consecințelor unor acțiuni proprii sau ale altor persoane;
- capacitate redusă empatică;
- imposibilitate de a discerne între intențiile bune și rele ale altor persoane; nivel înalt de sugestibilitate și al credulității, sinceritate și puritatea sentimentelor, gândurilor și intențiilor etc<sup>31</sup>.

Astfel, copiii pot fi ușor antrenați în acțiuni victimizante pentru ei, pot fi manevrați, mințiți, determinați să comită acte ale căror consecințe negative pentru alții și pentru ei nu pot să le prevadă. Fiind uneori în imposibilitate de a rezista unor promisiuni, recompense, oferite mai ales de

<sup>30</sup> Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence, WHO, 2006.

<sup>31</sup> N Mitrofan, V.Zdrenghea, T. Butoi. *Psihologie judiciară.* -București, 1992.

către persoanele adulte, care aparent le inspiră încredere și securitate emoțională, pot să cadă ușor pradă agresorilor.

*Copiii sunt dependenți de cei care îi îngrijesc* pentru satisfacerea nevoilor fizice și emoționale. Diferența de putere și capacitatea de înțelegere îl poate face pe adult să profite de pe urma unui copil. Profitul poate avea forme extrem de diverse: descărcarea nevrozității acumulate adeseori față de o altă autoritate sau datorată stresului vieții cotidiene, satisfacția oferită de trăirea sentimentelor de superioritate. Se întâmplă ca abuzul sexual asupra copiilor să fie săvârșit de părinți, bunici și alte rude apropiate, precum de către alți adulți de „încredere”, de exemplu prietenul mamei, profesorul, vecinul sau persoana care îngrijește copilul. Copilul este stimulat sau obligat să se angajeze în relația abuzivă. Aceasta se realizează prin recompense și/sau amenințări. Activitatea sexuală este prezentată ca ceva special, iar copilul ar trebui să se considere norocos pentru faptul că are „șansa” să participe la ea. Copilul nu are capacitatea de a înțelege ceea ce se întâmplă.

Apartenența la anumite subgrupe sociodemografice și socioeconomice ale societății este un factor frecvent asociat cu prevalența abuzurilor și a neglijării. Vârsta, sexul și, în mod particular, clasa de apartenență socială sunt considerate variabile. Principala variabilă socială pusă în relație cu abuzurile și neglijarea este totuși clasa socială. Mai multe studii au observat că părinții provenind din medii socioeconomice defavorizate sunt suprareprezențați în populația părinților abuzatori, în condiții concrete de viață: locuință inadecvată, muncă istovitoare, șomaj, substimulare, insecuritate economică etc.

Abuzul reprezintă o problemă socială ce trebuie definit adecvat, care necesită intervenție socială și instituții de asistență socială și de sănătate specializate, cadrul juridic corespunzător pentru protecție. Delimitarea conceptului de abuz asupra copilului este un instrument teoretic, conceptual, necesar specialiștilor care realizează cercetări în domeniul dezvoltării copilului și care intervin în activitatea practică de reabilitare a lui.

Indiferent de faptul că există o gamă largă de definiții ale abuzului toate au câteva elemente comune:

- *Sănătatea fizică sau psihică a copilului este afectată*
- *Vătămarea este făcută în mod intenționat.*

Abuzul este o manifestare a violenței împotriva copiilor, profitându-se de forță (fizică, psihică, economică) dintre adulți și copii. ***Ori ce act prin care se produc vătămări corporale, tulburări psiho-emoționale și expuneri la situații periculoase sau percepute ca fiind periculoase de către copil constituie abuz.***

În general, se face clasificarea abuzurilor în abuz fizic, psihic, economic și sexual. Această clasificare este artificială întrucât, în fapt, există o împletire a diferitelor forme de abuz. Este greu de crezut că abuzul fizic nu are și consecințe psihice sau că abuzul sexual nu este însoțit de efecte fizice și psihice asupra copilului abuzat. Abuzul economic poate deveni abuz fizic (dacă munca depășește capacitatea fizică a copilului), psihic (mai ales dacă munca este umilitoare) sau sexual (prostituția, pornografia).

***Abuzul fizic implică folosirea forței fizice asupra copilului și supunerea la munci dificile care depășesc posibilitățile acestuia având ca rezultat vătămarea integrității sale corporale.*** El presupune pedepse ca: așezarea în genunchi a copilului, legarea lui, rănirea, otrăvirea, intoxicarea sau arderi produse intenționat. ***Abuzul economic este atragerea, convingerea sau obligarea copilului să desfășoare activități aducătoare de venit (cel puțin parțial sau indirect, de aceste venituri beneficiind și unii adulți, apropiați ai copilului).*** Grupurile de risc în această privință sunt „copiii străzii”, copiii din mediul rural și copiii din familii cu statut socio-economic foarte scăzut. În afara unor consecințe fizice și psihice, abuzul economic duce la îndepărtarea copilului de școală, deci îl privează de oportunitatea de a accede la un nivel social și cultural superior: prea obosit, el va neglija temele, apoi va absenta de la școală, ajungând, în final, să o abandoneze complet.

*Abuzul emoțional (psihologic) este un comportament inadecvat al adultului față de copil, cu efecte negative asupra personalității în formare a copilului. Respingerea, izolarea forțată, terorizarea, ignorarea și coruperea copilului reprezintă forme ale acestui tip de abuz.*

*Abuzul sexual constă în expunerea copilului la vizionarea de materiale pornografice, seducție (avansuri, mîngîieri și promisiuni) sau implicarea sa în acte sexuale genitale, orale sau anale.*

În ceea ce privește *neglijarea*, această este considerată de către unii autori o formă specifică de abuz: *neglijarea este incapacitatea sau refuzul adultului de a comunica adecvat cu copilul, de a-i asigura nevoile biologice, emoționale, de dezvoltarea fizică, precum și limitarea accesului la educație.*

Neglijarea pune în pericol dezvoltarea normală a copilului – dezvoltarea bio-psiho-socio-culturală. Cele mai grave forme de neglijare sunt: neglijarea supravegherii copilului, hrănirii, îmbrăcămînții copilului, curățeniei și a siguranței locuinței, îngrijirii sănătății copilului, neglijarea educației școlare, nevoilor sale afective și de comunicare; abandonul copilului.

Abuzurile de orice formă înseamnă profitarea de pe urma diferenței de putere dintre un adult și un copil, desconsiderarea celui de-al doilea ca personalitate cu nevoi și drepturi proprii și specifice.

*Aprecierea gravității faptelor comise în cazurile de abuz asupra copiilor se face în funcție de:*

- vârsta copilului, cu cât acesta este mai tânăr, cu atât faptele fiind considerate mai grave;
- gradul forței aplicate, fapta fiind cu atât mai gravă, cu cât forța utilizată este mai mare;
- relația dintre abuzator și victimă, fapta fiind cu atât mai gravă, cu cât relația abuzatorului cu victima este mai strânsă;
- diferența de vîrstă dintre abuzator și victimă, fapta fiind cu atât mai gravă cu cât această diferență este mai mare;
- tipul actului sexual la care a recurs agresorul, gravitatea faptelor fiind mai mare dacă a avut loc penetrarea copilului.

## **2.5. Caracteristici distinctive ale formelor de abuz a copilului**

### **2.5.1. Abuz fizic**

Copilul este o ființă vulnerabilă; vătămat, el prezintă adesea semne fizice cu diverse grade de gravitate: hematoame, echimoze, fracturi, arsuri, leziuni interne, plăgi etc. Nu toate leziunile fizice sunt însă accidentale. Agresarea copilului în mod deliberat de către adultul în grija căruia se află el, provocarea de leziuni sau otrăvirea iui, este definită ca abuz fizic. Acest fel de abuz este însoțit de traume psihice imediate sau ulterioare (Popescu, Răduț, 1998), care trebuie luate și ele în considerare în cazul aprecierii gravității actului violent. Pecora et al. (1992) dau o definiție care merge în același sens și anume: abuzul fizic este vătămarea produsă neaccidental de persoana în grija căreia se află un copil la un moment dat. În privința acestui tip de definiție se pune întrebarea dacă nu ar trebui incluse aici și acele forme de violență care nu au provocat vătămări la comitere, dar care includ, prin repetare, probabilitatea crescută a vătămărilor (de ex., cazul în care părintele aruncă spre copil cu diverse obiecte - de pildă cu scaunul - și ar putea foarte ușor să-l rănească). Ideea extinderii definiției este argumentată de faptul că trauma psihică nu se produce doar ca rezultat a durerii fizice, ci și ca urmare a amenințării cu violența și a trăirii iminenței acesteia. Dar judecarea comportamentelor în funcție de majoritatea legilor existente se face în mai mică măsură pe seama intențiilor oamenilor și în mai mare măsură pe seama actelor comise efectiv și a consecințelor acestora. În consecință, profesioniștii au nevoie de criterii de diferențiere între diversele tipuri de abuzuri, criterii pe care le construiesc pornind de la nivelul de suferință produsă copilului (Hardiker, 1996).

Gradul abuzului diferă în funcție de vătămarea produsă copilului. Forme grave, periculoase pentru sănătatea copiilor apar uneori printre modalitățile "educative" aplicate copiilor de către un părinte, care-și exercită dreptul de a pedepsi copilul. E greu de decis unde începe abuzul grav.

Aceasta mai ales când este vorba de o pedeapsă administrată copilului. Oricât de toleranți am fi cu privire la dreptul părinților de a-și educa copiii și de a-și alege metodele educative, abuzul începe atunci când sănătatea psihică sau fizică a copilului este pusă în pericol. Pornind de la aceasta, considerăm că studiul fenomenului de abuz și neglijare poate porni de la relevarea prevalenței unor fenomene potențial cauzatoare de abuzuri, incluse în comportamentele punitive ale părinților.

Pentru a aprecia adecvat semnele fizice de pe corpul copilului și a conchide referitor la prezența/absența abuzului fizic, se judecă luându-se în considerație:

- localizarea rănii;
- vârsta copilului;
- explicația dată de părinte/îngrijitor privind felul în care rana a apărut. Astfel, situația poate fi apreciată ca abuz fizic, atunci când:
- sunt depistate semne vizibile ale traumei
- sunt oferite explicații incredibile referitor la apariția traumei

Pedepsele fizice sunt metode educative folosite pentru a cauza minorului durere: bătăi cu mâna sau cu orice obiect, aplicate pe oricare parte a corpului, așezarea copilului în genunchi, legarea, scuturarea, lovirea lui de perete sau de vreun obiect, tragerea de urechi sau de păr, eventual chiar acțiuni periculoase ca arderea sau otrăvirea lui.

**Pedepsele minore** aplicate în mod obișnuit nu dăunează sănătății și integrității corporale a copilului. Nici ele nu sunt însă total lipsite de pericol pentru sănătatea sa mentală. Folosite în mod repetat, impropriu sau în neconcordanță cu faptele comise, ele pot să conducă la traume psihice, deoarece transmit copilului mesajul violenței fizice, neputinței și umilinței. Ele pot fi considerate abuzive și în cazurile când, fără să fie ieșite din comun, sunt aplicate foarte des copiilor, dar și atunci când pedepsele nu corespund greșelilor comise de copil sau când ele sunt menite să aducă satisfacții adultului nu să corecteze comportamentul copilului.

Tabelul 1. Unde se termină disciplinarea și începe abuzul?<sup>32</sup>

Nr.	Disciplinarea	Abuzul
1.	Măsurile aplicate de adult decurg logic din comportamentul „indisciplinat” al copilului.	Măsurile sunt lipsite de logică. Nu există o legătură între fapta copilului și pedeapsa aplicată de părinte.
2.	Copilul nu este „judecat”, nu se simte ca și cum ar fi la un proces de judecată.	Copilul și comportamentul lui sunt judecate, etichetate „Ești un prost, un idiot, etc.”.
3.	Pedeapsa se referă doar la o singură situație, cea în care copilul a greșit.	Părintele se referă și la greșelile din trecut ale copilului, și la alte greșeli (cumulează greșelile).
4.	Acțiunile de disciplinare dezvoltă motivația intrinsecă a copilului. Acesta face lucrurile „așa cum trebuie” din propria inițiativă, din autodisciplină și nu pentru că este impus de controlul din afară.	Dezvoltă motivația extrinsecă a copilului. Acesta ajunge să fie preocupat de gândul cum să scape de pedeapsă.
5.	Copilul nu este umilit și supus.	Copilul este umilit de adult și obligat cu forța să se supună.
6.	Copilului i se dă o anumită libertate în alegerea pedepsei. Limitele acestei libertăți sunt știute de copil.	Nu-i oferă copilului alternativă și nici nu-l determină pe copil să gândească asupra greșelii sale.
7.	Copilul învață să-și asume responsabilitatea pentru faptele sale.	Adultul dirijează reacțiile și comportamentul copilului.
8.	Se bazează pe respectul și egalitatea între copil și adult.	Se bazează pe relația inferior/ superior, pe dominanța și controlul adultului asupra copilului
9.	Dezvoltă capacitatea copilului de a rezolva problemele.	Dezvoltă la copil sentimentul că doar adulții pot rezolva problemele copiilor.

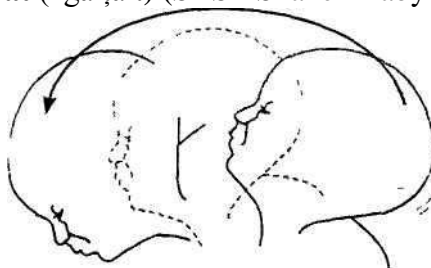
<sup>32</sup> Bătaia părintească înseamnă violență. Ghid pentru profesioniști. Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii. 2016, pag. 9. <https://cnpac.org.md/uploaded/Publicatii/PDF/Brosura%20bataia%20parinteasca.pdf> ,

Abuzive sunt considerate în primul rând **pedepsele din categoria celor grave**, pe care le definim ca cele care comportă un risc substanțial pentru sănătatea și integritatea corporală a minorului, chiar la o singură aplicare (arsuri cauzate copilului, înfometarea acestuia, folosirea unor instrumente periculoase - a unui furtun sau cablu, a unui cuțit etc - folosirea curentului electric și altele provocatoare de urme adânci și răni.

O altă formă a abuzului fizic se exprimă prin **exploatarea puterii de muncă a copilului**. Convenția Organizației Internaționale a Muncii nr.138 oferă cea mai cuprinzătoare definiție: „Exploatarea prin muncă a copilului înseamnă orice formă de muncă a copilului, de ale cărei beneficii profită un adult și care are drept consecință afectarea dezvoltării, educației și moralității copilului”. Cele mai grave și periculoase forme ale muncii sunt:

- muncile care îi expun pe copii la riscuri fizice, psihologice sau sexuale;
- muncile efectuate sub pământ, sub apă, la înălțimi periculoase sau în spații restrânse;
- muncile efectuate cu mașini, materiale, instrumente periculoase sau care implică manipularea sau transportul unor greutăți;
- muncile efectuate într-un mediu nesănătos, care pot, de exemplu, să îi expună pe copii la acțiunea unor substanțe, agenți, proceduri periculoase sau unor condiții de temperatură, de zgomot sau vibrații, care le-ar prejudicia sănătatea;
- muncile efectuate în condiții deosebit de dificile, spre exemplu, pe parcursul mai multor ore sau în timpul nopții, sau pentru care copilul este reținut într-un mod nejustificat la sediul patronului.<sup>16</sup>

O formă specifică de abuz fizic, observată la copii până la 2 ani, este cunoscută sub denumirea de **Sindromul bebelușului scuturat** (zgâlțâit) (SBS - Shaken Baby Syndrome)<sup>33</sup>.



Sindromul bebelușului scuturat denumește totalitatea semnelor și simptomelor ce rezultă din scuturarea violentă și lovirea capului unui bebeluș sau copil mic. Semnele și simptomele pot fi minore sau grave. Când cineva scutură un bebeluș cu forța, capul copilului se rotește incontrolabil, pentru că mușchii gâtului nu sunt bine dezvoltati și nu-i pot oferi suport. Creierul se mișcă în interiorul scalpului,

producând rupturi de vase de sânge și nervi, ce duc la hemoragie și la inflamarea lui.

Cei care scutură bebelușii sunt persoane care nu își pot controla furia și frustrarea. Cel mai des, se întâmplă atunci când copilul plânge, în cazul refuzului copilului de a mânca, refuzului de a coopera în cazul învățării la oliță și atunci când sunt deranjați de copil de la televizor. Cele mai multe studii indică faptul că 75% dintre cei care scutură copiii sunt bărbați. În *Tabelul 2* am expus simptomele și consecințele sindromului bebelușului scuturat.

Tabelul 2. Simptomele și consecințele sindromului bebelușului scuturat

Simptome SBS	Consecințe SBS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Letargia / scăderea masei musculare</li> <li>- Iritabilitate</li> <li>- Apetit scăzut</li> <li>- Vomă (aparent fără motiv)</li> <li>- Vânătași (pe mâini și piept, dar foarte rar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pierderea vederii</li> <li>- Pierderea auzului</li> <li>- Dificultăți în vorbire și în activitatea de</li> <li>- Probleme de atenție și de memorie</li> <li>- Hematom (colectare de sânge între creier)</li> </ul>

<sup>33</sup> Daniela Popescu. Asistența Socială în contextul transformărilor din Republica Moldova / Maria Bulgaru, Nicolae Sali, Tatiana Gribincea (et.al). – Ch.: „Cu drag” S.R.L., 2008. – pag. 256-283.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imposibilitatea de a suge și înghiți</li> <li>- Rigiditate</li> <li>- Respirație greoaie</li> <li>- Convulsii</li> <li>- Umflarea capului și a frunții, bombarea fontanelii</li> <li>- Lipsa de concentrare a privirii, mai ales de un obiect aflat în mișcare</li> <li>- Pupile inegale</li> <li>- Ochi sticloși</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>edem cerebral (inflamarea creierului)</li> <li>- Hemoragie oculară</li> <li>- Desprindere de retină</li> <li>- Fracturi la nivelul toracelui și al capului, zând de modul cum a fost ținut copilul</li> <li>- Paralizie</li> <li>- Retard mintal</li> <li>- Comă</li> <li>- Moarte</li> </ul>
---	--

Categoriile de copii care se pot diferenția după gravitatea efectelor abuzului sunt:

- *copiii supuși abuzului fizic minor* (suprafețe de piele înroșite, leziuni ușoare);
- *copiii supuși abuzului fizic major* (cap spart, mâini, coaste rupte, arsuri etc.);
- *categoria copiilor cu risc*, care se referă la o populație de copii necunoscută precis ca număr sau ca pondere, în privința cărora avem cunoștință despre comportamente și situații care indică posibilitatea unor rele tratamente care ar fi suportate de către minor (diferite tipuri de neglijare sau de abuz), dar nu avem certitudinea comiterii lor în prezent;
- *categoria minorilor exploatați prin muncă* face parte din această înșirare deoarece se referă la includerea copilului în activități care depășesc capacitățile rezistenței sale fizice. Totodată ele pot afecta echilibrul psihic al copilului, dacă sunt contrare preocupărilor specifice vârstei sale, sunt înjositoare (cerșitul, de exemplu) și împiedică realizarea sa școlară sau profesională

### 2.5.2. Abuz psihologic

*Formele de abuz psihologic* mai des întâlnite sunt cele la care recurg părinții sub formă de diverse pedepse: izolarea copilului (legarea, încuierea lui în diferite spații închise; neacordarea răspunsurilor emoționale; terorizarea copilului; refuzul de a-l ajuta la solicitarea acestuia; degradarea lui; exploatarea lui, folosirea lui ca servitor, coruperea minorului prin învățarea cu, sau recompensarea unor comportamente neadecvate, antisociale, agresive, rasiste, imorale sau criminale. Abuzul psihologic constă din acte de omisiune și din acțiuni comise care provoacă traume și leziuni psihologice.

Aprecierea gravității vătămării psihologice se face pe baza unor criterii ale comunității și ale profesiei. Vătămarea psihologică se poate produce de către membrii familiei sau de către persoane străine de familie, singuri sau în grup, de către indivizi care, prin vârsta și rolul pe care îl au în raport cu copiii au putere asupra acestora. Aceste acte pot dăuna copilului pe plan cognitiv, comportamental, afectiv sau fizic, dar cel mai adesea concomitent pe mai multe planuri.

Atitudinea de *respingere intenționată*, repetată a copilului, manifestată prin nerecunoașterea consecventă a nevoilor și meritelor sale constituie o formă specifică de abuz psihologic. Ea exprimă negarea legitimității dorințelor copilului și transmite acestuia ideea că el e lipsit de drepturi, e dependent de adult, inferior și lipsit de speranța de a fi acceptat. Whitman (1998) enumera următoarele acte având caracteristicile abuzului psihologic asupra copilului: ridiculizarea cronică, minimalizarea și umilirea copilului; pedepsirea copilului pentru activități de joc specifice vârstei sau pentru gesturi și comportamente normale (de exemplu curiozitatea, manipularea unor obiecte, zâmbetul, plânsul etc); transformarea copilului în țap ispășitor al familiei; refuzul cronic al gesturilor de afecțiune; tratarea unui copil mai mare ca unul de vârstă mai mică (infantilizarea unui adolescent, spre exemplu); afișarea unei preferințe evidente pentru unul din copiii din familie, în defavoarea altora; etichetarea negativă a comportamentului unui copil în mod cronic; refuzul permanent al părintelui de a recunoaște sau de a remarca realizările copilului.

*Izolarea copilului* de experiențele sociale firești ale vârstei sale îl rupe de mediul social care îi poate asigura relațiile sociale necesare dezvoltării competențelor sociale și formării identității sale.

Interzicerea sistematică a jocului cu alți copii, a distracțiilor cu cei de aceeași vârstă, împiedică copilul sau adolescentul să lege prietenii și să-și formeze puncte de reper în mediul social exterior familiei. Aceasta îl va face să se simtă singur pe lume și lipsit de speranța de a primi ajutor de la cineva. Izolarea mai are ca efect inocularea ideii că ceea ce se întâmplă în familie este normal, este ceea ce trebuie să se întâmple în toate familiile, în cazul tuturor copiilor. Încercarea copilului de a depăși izolarea este considerată de părintele abuziv ca trădare și este pedepsită.

*Terorizarea copilului* pe cale verbală, pentru inocularea fricii de consecințe grave, crează acestuia imaginea unei lumi terifiante, ostile. Amenințările adultului se pot referi la pedepse neprecizate, dar înfricoșătoare, care pot pune în pericol pe copilul însuși sau pe o persoană iubită de el, un animal sau un obiect îndrăgit. Această atitudine este frecventă, de exemplu, în cazul abuzului sexual, în care adultul abuziv folosește o gamă largă de amenințări, destinate să împiedice copilul de a dezvălui secretul relației sexuale. El poate amenința copilul într-o infinitate de variante, a căror probabilitate nu poate fi controlată de copii: dacă dezvăluie secretul. Efectul psihic traumatizant al terorizării se datorează, în parte, caracterului său imprevizibil: descărcările frecvente de mânie ale adultului pot alterna cu perioade în care acesta produce dovezi de atașament față de copil. Prin specificul ei, terorizarea afectează bazele încrederii copilului în adulți, în lumea înconjurătoare în general.

*Ignorarea nevoilor copilului* constituie un abuz în măsura în care adultul privează copilul de stimulii esențiali dezvoltării sale psihice și cognitive (Pecora et al, 1992). Gravitatea acestui tip de comportament abuziv provine din faptul că, pentru dezvoltarea psihică sănătoasă a oricărui copil, este indispensabilă receptivitatea adulților la nevoile acestuia. Refuzul consecvent al comunicării cu copilul, neobservarea intenționată a dorințelor exprimate de acesta, lipsa de interes a familiei sau a colectivității în dezvoltarea abilităților copilului sau a performanțelor acestuia, refuzul de a răspunde la durerea copilului, ia cererea lui de ajutor, neprotejarea lui de agresiunea unor frați sau alți copii sunt câteva din formele pe care le poate lua ignorarea.

*Coruperea copilului* înseamnă atragerea lui în activități și comportamente antisociale (în domeniul delincvenței, al violenței, al sexualității, al consumului de alcool sau droguri). Manipularea în această direcție a unui minor poate conduce la angajarea acestuia în pornografie, prostituție, trafic și consum de droguri, cerșetorie, furt, contrabandă, muncă în condiții ilegale. Caracteristic pentru acest tip de abuz este antrenarea copilului în activități ale căror consecințe îi depășesc capacitatea de înțelegere și îi pervertesc judecățile morale. Copilul este astfel forțat să preia atitudinile imorale ale adultului abuziv, în avantajul și spre profitul acestuia (Whitman, 1998). Este cazul numeroșilor copii cerșetori utilizați de familiile lor pentru a le asigura traiul, copii degradați emoțional și moral începând de la vârste fragede, care își pierd stima de sine și demnitatea.

*Deprivarea copilului de demnitate* (degradarea) înseamnă recurgerea de către adult la exprimări sau la atitudini depreciatoare la adresa copilului, care afectează demnitatea acestuia. În acest cadru se include folosirea cu regularitate a unor expresii jignitoare la adresa capacităților intelectuale sau practice ale copilului, exprimarea neîncrederii în viitorul lui, învinovățirea lui pentru eșecurile sale din toate domeniile, folosirea lui în activități degradante (ca slugă a adultului).

*Bullying-ul* este definit ca fiind un comportament ostil/de excludere și de luare în derâdere a cuiva, de umilire. Cuvântul „bullying” nu are o traducere exactă în limba română însă poate fi asociat cu termenii de intimidare, terorizare, brutalizare. Bullying-ul nu presupune existența unui conflict bazat pe o problemă reală, ci pe dorința unor persoane de a-și câștiga puterea și autoritatea, punându-i pe alții într-o lumină proastă. Fenomenul bullying poate fi prezent în orice tip de comunitate, în grupuri sociale, unde persoanele interacționează unele cu altele: la școală, la locul de muncă, în familie, în cartiere, în biserică, în mass-media etc. Se creează astfel o stare de conflict, care nu poate fi depășită decât dacă se conștientizează existența fenomenului.

Bullying-ul este o acțiune care produce injurii celorlalți efectuată în mod repetat, care se poate manifesta fizic, prin agresivitate fizică sau psihologic, prin producerea unor daune

emoționale. Instrumentele acestui fenomen sunt cuvintele, acțiunile sau excluderea socială. Fenomenul de bullying poate fi inițiat de o persoană sau de un grup de persoane (*mobbing*), implicând un raport de putere inegal, deoarece victima, în cazul acestui fenomen nu dispune de resurse (fizice, psihologice, sociale) pentru a se apăra. Victima pozează într-o ipostază de regulă vulnerabilă, care prezintă anumite slăbiciuni pe care bully-ul le poate exploata. Victima manifestă imposibilitate de apărare și sentimente de neputință. Spectatorii (*bystanders*) sunt și ei persoane implicate în fenomenul de bullying, chiar dacă nu în mod direct, însă asistă la acțiune. Bullying-ul este considerat o formă de violență fizică și psihologică, o conduită intenționată care vizează producerea unor prejudicii (rănire, distrugere, daune) unor persoane (inclusiv propriei persoane), cu diferite cauze care determină noi forme de violență.

Termenul de „bullying” vine de la englezescul „bully”, care înseamnă bătauș, huligan.

Bullying reprezintă o formă de abuz emoțional și fizic, care are trei caracteristici:

- intenționat – agresorul are intenția să rănească pe cineva;
- repetat – aceeași persoană este rănită mereu;
- dezechilibrul de forțe – agresorul își alege victima care este percepută ca fiind vulnerabilă, slabă și nu se poate apăra singură.

Termenul „bullying” s-ar traduce prin „întimidare”, dar nu se rezumă doar la asta, pornește de la simpla necăjire, etichetare, batjocură, răspândire de zvonuri până la violență fizică. Comportamentul de bullying se face simțit mai ales atunci când există diferențe de ordin economic, rasial, cultural, de vârstă etc., iar copii îl învață de la adulți, copii mai mari, televizor.

Cazurile de bullying implică cel puțin un agresor și o victimă, iar, în unele cazuri, există și martori. Agresorul dorește să domine și să-i controleze pe ceilalți, exagerează în situații obișnuite. Agresorul abuzează de putere pentru a-i răni pe ceilalți, deliberat și în mod repetat. Victima (persoana agresată) este copleșită de teamă. Unii elevi sunt predispuși să fie abuzați din cauză că sunt „diferiți”. De cele mai multe ori, victimele agresorilor sunt elevii care au următoarele caracteristici:

- au abilități sociale scăzute, au puțini prieteni sau nu au prieteni, sunt persoane noi din grup,
- sunt săraci sau bogați,
- au religie sau rasă diferită,
- au slabe abilități sportive, sunt scunzi sau prea înalți,
- sunt inteligenți, talentați,
- au dizabilități fizice,
- au părinți divorțați sau sunt pur și simplu „diferiți” de ceilalți.

*Spectatorul sau martorul* este cel care vede fenomenul bullying, dar decide să nu intervină, de cele mai multe ori din frica de a deveni chiar el/ea o victimă. Majoritatea spectatorilor acceptă în mod pasiv, privind și nefăcând nimic. De foarte multe ori, spectatorii pasivi formează audiența agresorului care dorește să obțină atenție și popularitate. Astfel, el este încurajat să continue comportamentul agresiv. Spectatorul însă poate avea un rol important în oprirea agresiunii.

*Cyberbullying (agresiunea pe Internet)* este o formă de bullying care se manifestă prin mijlocirea tehnologiei digitale. La rândul său, bullying-ul, încadrat între comportamentele agresive, are caracteristici proprii care îl definesc și diferențiază de alte tipuri de agresivitate. Astfel cyberbullying-ul are aceleași caracteristici: comportamentul agresiv. Ceea ce le diferențiază pe cele două, anume mediul de manifestare (față în față sau prin tehnologie digitală), nu este de natură să schimbe în mod fundamental caracteristicile fenomenului. Alți autori consideră din contră că, prin mediul specific de manifestare, cyberbullying-ul capătă câteva caracteristici proprii. Astfel, vechile variabile care defineau dezechilibrul de forță din bullying tradițional, anume vârsta, sexul și puterea fizică, par să nu mai aibă relevanță în mediul electronic unde anonimitatea și distanța fizică sunt caracteristici care definesc interacțiunea dintre persoane. Eventual, se poate accepta că în cazul cyberbullying-ului sunt necesare pentru agresor competențe sociale și digitale sporite, dar deținerea acestora nu îți garantează că ești ferit de a deveni victimă a cyberbullying, așa cum, în bullying-ul tradițional, o forță fizică sporită

minimiza sau chiar elimina riscul de a deveni victimă. Bullying-ul poate contribui la crearea și menținerea unui mediu de teamă și intimidare în școală

Deși este cea mai comună denumire pentru bullying realizat prin mijlocire tehnologică, cyberbullying-ul nu este schimbării singurul termen utilizat, alături de el fiind folosiți termenii de *electronic bullying*, *online bullying*, *internet harassment*, *online social cruelty*, cyber-agresiune și lista ar putea continua.

*Efectele bullying-ului* pot fi grave, chiar fatale. Se indică faptul că persoanele, indiferent dacă sunt copii sau adulți, care sunt supuse permanent comportamentului abuziv, prezintă risc de stress, îmbolnăviri și chiar sinucidere. Victimele hărțuirii pot suferi pe termen lung probleme emoționale, probleme de comportament, probleme sociale, singurătate, depresie, anxietate, stimă de sine scăzută, o creștere a frecvenței îmbolnăvirilor. Acest fenomen amplu, de cele mai multe ori, lasă urmări fizice, verbale, raționale și chiar sociale. Pe plan fizic se pot asocia de la împrănceli și lovituri până la mușcăături, zgârieturi și vânătăi. Pe plan verbal, le putem asocia cu țipete, folosirea poreclelor, amenințări și insulte care aduc victimei o stare de anxietate și disconfort. La nivel relațional, victimele ajung să se izoleze, sau să fie intimidată și chiar manipulate ceea ce îi va afecta și social, pentru că se vor marginaliza și se vor autoexclue chiar și din situațiile unde nu sunt expuse.

În afară de formele abuzului emoțional descrise mai sus, se mai întâlnesc încă două forme specifice de abuz psihologic/emoțional:

sindromul ENOD/PSSS (PSSS - psychosocial short stature syndrome.);

sindromul „Munchausen prin delegație”<sup>34</sup>

**Sindromul „ENOD” și PSSS**<sup>35</sup> sunt două entități patologice legate de aceleași manifestări ale comportamentului abuziv asupra copilului.

**ENOD** - *eșecul nonorganic de dezvoltare* se referă la copiii cu vârste mai mici de trei ani, iar **PSSS** - *nanismul privativ*, este caracteristic copiilor cu vârste mai mari de trei ani.

ENOD constă în întârzierea dezvoltării fizice a copilului asociate cu carențe în dezvoltarea psihohemotională a acestuia. ENOD apare la copiii până la 2-3 ani, care nu au predispoziții/probleme medicale ce ar putea cauza întârzieri în dezvoltare, este întâlnit la copiii care primesc o îngrijire fizică adecvată, dar care sunt neglijați din punct de vedere emoțional. Această stare poate fi întâlnită într-o mare varietate de condiții: de la lipsa de competențe sau nesigurantă în îndeplinirea rolului de părinte până la condițiile ce definesc simptomele rejectării copilului de către părinte. De asemenea, în cazurile când părinții se confruntă cu probleme de ordin psihosocial și economic.

Copilul care suferă de ENOD prezintă următoarele caracteristici<sup>36</sup>:

- înălțime redusă;
- circumferința craniană redusă;
- întârzieri în dezvoltarea cognitivă;
- copilul poate fi iritabil și nefericit, iar uneori chiar letargic și resemnat;
- copilul poate avea somnolență excesivă;
- lipsa reacțiilor sociale potrivite vârstei (zâmbet, gângurit etc);
- evitarea contactului cu ochii;
- lipsa contactului cu corpul mamei;
- carențe în dezvoltarea motoriciei.

În cazurile când neglijarea emoțională a copilului continuă și după ce acesta împlinește 3 ani, sindromul primește denumirea de *nanism privativ*, iar manifestările clinice sunt mult mai grave și se prezintă astfel:

- copiii au statură anormal de mică;

<sup>34</sup> Daniela Popescu. Asistența socială a victimelor violenței și abuzului față de copii// Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova Maria Bulgaru et el. Chișinău, 2008. 439 p. Pp. 256-283

<sup>35</sup> *Ibidem*.

- greutatea copiilor poate fi normală sau chiar ușor crescută pentru înălțimea lor;
- pot avea circumferința craniană redusă;
- dezvoltarea întârziată a vorbirii;
- apar tulburări emoționale și de comportament: căutarea alimentelor devine principala lor preocupare;
- scoși din mediul abuziv, mănâncă foarte mult, deseori chiar până când varsă;
- copiii au numeroase crize de furie.

### ***Sindromul „Munchausen prin delegație”<sup>37</sup>***

Sindromul „Munchausen prin delegație” - SMD (Munchausen by proxy Syndrome) a fost descris pentru prima dată în 1977 de Meadow. SMD desemnează un tip de maltratare a copilului în care părinții/îngrijitorii falsifică o boală a copilului prin: 1) exagerare, 2) fabricare sau 3) inducerea simptomelor. Boala copilului este neexplicată, misterioasă, prelungită, iar semnele nu apar decât în prezența părintelui/ îngrijitorului. Prin urmare, copiii sunt supuși unor investigații și tratamente dureroase. Sindromul cuprinde atitudini și acțiuni ale părinților care se întind de la a fi preocupați și îngrijorați în legătură cu sănătatea copilului până la fabricarea bolii, modificarea rezultatelor de laborator, inducerea activă la copil a simptomelor bolii.

Cele mai comune simptome ale bolilor fabricate sunt: *diaree continuă (provocată de laxative), dureri abdominale, pseudoepilepsie, astmă, alergii, infecții.*

### **Ghid pentru suspectarea și identificarea sindromului „Munchausen prin delegație”**

Copilul a avut una sau mai multe probleme de sănătate, la care nu s-a răspuns cu un tratament adecvat sau tratamentul urmat a fost neobișnuit, cu întreruperi

Constatările clinice, precum și cele de laborator sunt neobișnuite, nu corelează cu starea actuală și istoria sănătății copilului sau în genere sunt imposibile

Părintele (în 98% - mama) se prezintă ca o bună cunoscătoare a informațiilor medicale, își manifestă interesul față de alți bolnavi, se simte confortabil în anturajul medicilor, în incinta spitalului

Părintele manifestă o atenție mare, cu mare greu își lasă copilul, dar și singur solicită multă atenție

Părintele se manifestă foarte calm (neadecvat) în situațiile dificile în cadrul procesului de tratament al copilului; încurajează medicul, solicită mai multe investigații, proceduri, examinări adiționale la alți medici

Semnele și simptomele bolii nu se manifestă în lipsa părintelui (în acest sens devine foarte relevant ca copilul să fie internat în spital pentru observații)

Suspectul părinte este într-o relație dezarmonioasă cu soțul/soția

în istoria familiei se mai întâlnesc cazuri de boală similară la frați/surori, sau boli, decesuri inexplicabile.

Părintele comunică despre niște evenimente dramatice care afectează viața familiei (incendiu, incident rutier, răpiri etc.) timp în care se desfășoară tratamentul copilului

Părintele dă impresia că are o nevoie mare pentru flatare sau că își oferă toate abilitățile sale celor din jur

Sindromul „Munchausen prin delegație” este descris în DSM-IV, 300.19 ca pseudotulburare. (A. Murray Straus, Glenda Kaufman Kantor. *Definition and measurement of neglectful behavior: some principles and guidelines*).

### **2.5.3. Abuz sexual**

Abuzul sexual este - deși conține certe elemente de abuz fizic și psihologic - o categorie aparte de rele tratamente aplicate minorului. Abuzul sexual cuprinde: atragerea, convingerea, folosirea, coruperea, forțarea și obligarea minorului să participe sau să asiste la activități de

<sup>37</sup> Daniela Popescu. Asistența socială a victimelor violenței și abuzului față de copii// Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova Maria Bulgaru et el. Chișinău, 2008. 439 p. Pp. 256-277. *Apud. Sursa: Handbook for Child Protection Practice*, edited by Howard Dubowitz and Diane DePanfilis, Thousand Oaks & London & New Delhi, 2000

natură sexuală. Mai pe scurt, prin definiția sa, abuzul sexual împotriva copilului este obligarea sau îndemnarea acestuia, de către o persoană adultă, să participe la activități sexuale care servesc plăcerii adultului. Includem în această categorie toate formele de relații și comportamente hetero- sau homosexuale în care este implicat un adult și un minor, între persoane înrudite sau nu, de la atingerile cu caracter sexual, la penetrarea realizată pe cale genitală, orală sau anală. Chiar și atunci când relațiile sexuale nu au o componentă de recurgere la forță, când relațiile par să fie liber consimțite, se folosește totuși noțiunea de abuz sexual, pentru a caracteriza relații sexuale între persoane între care există o diferență sensibilă de maturitate psihică. Atunci când agresorul este el însuși minor, diferența de vârstă - care înseamnă totodată un nivel superior de maturitate - de la care se vorbește despre relații de tip abuziv este de cinci ani. Aceasta scoate din categoria abuzurilor jocurile sexuale inițiate de copii, când ele implică minori cam de aceeași vârstă sau experimentele sexuale reciproce ale unor adolescenți. Atunci însă când, în relațiile lor sexuale, copiii sau adolescenții recurg la forță împotriva unuia chiar de aceeași vârstă, relațiile dobândesc caracter abuziv.

Formele de abuz sexual se pot clasifica în acte sexuale cu sau fără contact (acesta din urmă poate fi contact sexual genital, oral sau anal).

Dintre *formele de abuz sexual* menționăm:

- hărțuirea sexuală (cu formele sale: propuneri verbale, gesturi, sau atingeri de tip sexual);
- comportamentul exhibiționist în fața unui copil voyeurism;
- manipularea organelor sexuale ale copilului sau obligarea acestuia de a manipula organele sexuale ale agresorului;
- intruziunea unor obiecte în organele sexuale ale copilului;
- penetrarea sexuală - pe cale orală, genitală sau anală;
- exploatarea sexuală - obligarea minorului la pornografie sau prostituție în folosul (cel puțin parțial) al adultului;

Exploatarea sexuală a minorului se referă la supunerea copilului la activități sexuale prin forță sau contra unor sume de bani, sau alte avantaje.

*Aprecierea gravității faptelor* comise în cazurile de abuz asupra copiilor se face în funcție de:

- vârsta copilului, cu cât acesta este mai tânăr, cu atât faptele sunt considerate mai grave;
- gradul forței aplicate, fapta fiind cu atât mai gravă, cu cât forța utilizată este mai mare;
- relația dintre abu/ator și victimă, fapta fiind cu atât mai gravă, cu cât relația abuzatorului cu victima este mai strânsă;
- tipul actului sexual la care a recurs agresorul, gravitatea faptelor fiind mai mare dacă a avut loc penetrarea copilului.

Pentru *diferențierea abuzului sexual de alte acte sexuale, fără caracter abuziv*, se folosesc criteriile privind diferența de vârstă, de putere, de nivel de cunoștințe și de nivel de satisfacție sexuală între abuzator și victimă.

Conform acceptului clinic utilizat mai sus, în legislația țărilor Comunității Europene termenul de incest și de abuz sexual se referă la orice tip de raporturi sexuale în care un adult are ca partener un minor, indiferent de tipul oral, anal sau vaginal al raportului.

*Factorii de risc în privința abuzului sexual*

Pentru a studia factorii asociați în cea mai mare măsură cu situația de victimă a abuzurilor sexuale, Finkelhor a examinat 795 de studenți cu ajutorul unor chestionare și a extras următorul grup de factori de risc (după Friedrich, 1990, p. 7):

- prezența unui tată vitreg;
- existența unei perioade din copilărie în care mama a fost absentă;
- lipsa de apropiere mamă-copil;
- comportamentul represiv al mamei în privința sexualității;
- lipsa afecțiunii din partea tatălui;
- venit redus;

- existența unui număr foarte restrâns de prieteni (cel mult doi) etc.

Acești factori de risc s-au dovedit a fi cumulativi, adăugarea fiecărui factor sau a altora care nu au fost amintiți ridicând gradul de vulnerabilitate la abuz sexual cu 10-20%. După datele altor cercetări, Friedrich (1990) adaugă factori de risc, ca: insatisfacțiile, respectiv conflictele maritale și violența domestică, lipsa mamei sau a tatălui natural din familie, plasarea copiilor într-o familie, respectiv experiența agresorului de a fi fost plasat în afara propriei familii, numărul mare de copii în familie, lipsa tatălui de lângă copil în primii ani de viață ai acestuia și experiența agresorului de a fi fost el însuși victima unor abuzuri. Prin contrast, factori ca apropierea dintre mamă și copil, existența unei largi rețele externe de suport (număr mare de prieteni, relații bune cu rudele), implicarea tatălui în îngrijirea copilului de la vârsta fragedă a acestuia, pot îndepărta riscul abuzului sexual.

#### *Consimțământul copiilor la relațiile sexuale:*

Diagnosticarea unui caz de abuz sexual se pune adesea în paralel cu problema consimțământului. Concepția libertină asupra sexualității, după care activitatea sexuală este un drept care se cuvine acordat nu numai adultului ci și minorilor, consideră că o relație liber consimțită nu poate fi etichetată ca fiind abuzivă, chiar dacă ea implică relația dintre un copil și un adult. Acesta este un punct de vedere care poate fi ușor combătut dacă supunem noțiunea de consimțământ unei analize atente. Kahn (după Whitman, 1998) consideră că pentru ca o persoană să fie consimțită la o acțiune, nu este suficientă exprimarea unui acord. "Partenerul trebuie să înțeleagă acțiunea propusă, să cunoască normele sociale legate de acțiunea în cauză, să fie conștient de consecințele actelor sale și de alternativele pe care le are, să fie sigur că decizia de a nu se angaja în acțiune va fi la fel de bine acceptată ca și varianta angajării în acțiune, să accepte participarea în mod voluntar și să fie integru psihic". Printre cazurile de incest, respectiv printre relațiile sexuale dintre adulți și copii, pot exista, într-adevăr, situații în care copilul, aflat la pubertate sau chiar înainte de această vârstă, este sexualizat precoce de către un adult și participă voluntar la acte având caracter sexual. Cu cât un copil este mai mic, cu atât este mai clar că el nu realizează anomalia acestui tip de comportament, care va avea în toate cazurile urmări grave asupra vieții sale.

#### **Tipuri de tați incestuoși.**<sup>38</sup>

##### 1. *Tații cu preocupări sexuale excesive (26%)*

Acești tați au un interes clar, adesea conștient și chiar obsesiv, orientat spre fiicele lor. Unii dintre ei și-au asimilat fiica, încă din copilăria timpurie, cu un obiect sexual. În astfel de cazuri, abuzul sexual începe de la vârste foarte fragede.

##### 2. *Tații imaturi sau de tipul adolescentului regresiv (33%)*

Acești tați se simt din nou la vârsta adolescenței în prezența fiicelor lor, mai ales a celor ajunse la pubertate, a căror maturizare o urmăresc cu un comportament de adolescent. Spre exemplu, unul din tații incestuoși, când a recunoscut abuzul comis, s-a exprimat: "Tatăl-adult din mine a dispărut și am fost din nou copilandru".

##### 3. *Tații la care incestul corespunde satisfacției instrumentale (20%).*

Acești tați își descriu copilul în termeni non-erotici. În clipele de abuz, ei au fantezii legate de soția lor, sau de alte persoane. Corpul copilului e perceput doar ca un recipient pentru a-și trăi propriile fantezii sexuale, nu ca obiect al atracției erotice. Acești tați au adesea au sentimente de vinovăție pentru actele pe care le-au comis.

##### 4. *Tații dependenți emoțional (10%)*

Bărbații din această categorie se simt deprimăți, singuri, lipsiți de dragoste, ratați. Ei caută confort într-o relație caldă, specială, exclusivă cu fiica lor. În această relație intimă, ei includ și pe cea sexuală. Relația incestuoasă de acest tip poate începe la vârste foarte timpurii sau mai târziu, la pubertate.

---

<sup>38</sup> D. Finkelhor, L. Mcycr Williams, Family Research Laboratory. University of New Hampshire, studiu asupra 118 tați incestuoși. (Material preluat prin bunăvoința "The children's Mental Health Alliance", New York, 19970).

### 5. Tații agresivi, furioși (10%)

Acest tip de bărbați are adesea o istorie de manifestări violente, inclusiv comitere de violuri. Abuzul sexual e comis în momente de furie, negându-se uneori atracția sexuală față de copil. Ei consideră că mama copilului este vinovată, fiindcă s-au simțit neglijați de ea.

**Consecințele abuzului sexual** asupra copilului depind de o serie de *factori*, dintre care Friedrich (1990) și Finkelhor (1986) indică următoarele:

- *Vârsta copilului în momentul abuzului* - cu cât un copil este mai mic, cu atât efectele fizice și psihice ale abuzului pot fi mai dramatice; un alt aspect legat de vârsta victimei, un copil mai mic este socotit mai puțin capabil de a se apăra și lipsit de capacitatea de a consimți la relații sexuale; pe de altă parte (după Back and Lips, 1998), victimei mai în vârstă i se atribuie o mai mare responsabilitate în provocarea abuzului sexual.

- *Gradul apropierei în relația agresorului și a victimei* - incestul are în acest sens cele mai dramatice consecințe pe termen lung, consecințe la care contribuie victima care întâmpină aceste relații; de asemenea, apropierea între victimă și agresor poate îngreuna și întârzia mult dezvoltarea abuzului.

- *Durata abuzului* - un singur eveniment de tipul abuzului sexual are pentru victimă un efect mai ușor de prelucrat decât situațiile abuzive care se întind pe durată lungă de timp; relațiile de abuz sexual din cadrul familiei, care se prelungesc uneori ani de zile fără a fi dezvoltate, sunt extrem de traumatizante și se pot prelucra extrem de dificil.

- *Numărul persoanelor care au abuzat copilul, tipul abuzului și măsura în care agresorul a recurs la forță* sunt alți factori de care depinde gravitatea suferinței copilului. Numărul mare de persoane implicate în abuz, însoțirea relațiilor sexuale de acte de tip sadic, supunerea copilului prin forță măresc senzația de neajutorare a acestuia.

Aducerea agresorilor în fața instanței este extrem de dificilă, în ciuda consecințelor grave pentru victimele abuzurilor sexuale. Motivele principale sunt, pe de o parte greutatea de a confirma comiterea abuzului cu martori, iar pe de altă parte dificultatea copilului de a depune mărturie împotriva agresorului său, mai ales dacă acesta este un membru al familiei sale.

### 2.5.4. Neglijarea<sup>39</sup>

Neglijarea copilului e definită de Murray A. Straus și colegi ca „comportamentul îngrijitorului care constă în incapacitatea de a acționa în felul în care presupune cultura din societate pentru a răspunde nevoilor de dezvoltare a copilului, ceea ce de fapt este responsabil îngrijitorul de a oferi”.

Altfel spus, neglijarea este incapacitatea cronică a părintelui/îngrijitorului de a-i satisface copilului nevoile de bază ca hrana, îmbrăcămintea, adăpostul, îngrijirea medicală, oportunități educaționale, protecție și supraveghere. Indicatorul de bază al neglijării constă în **lipsa griji și educației din partea părintelui**.

Dacă abuzul fizic și sexual poate fi identificat în urma producerii unui incident, atunci în cazul neglijării, care este un comportament cronic, este dificil a stabili un incident concret. Anume din acest considerent fenomenul neglijării copilului pentru mult timp a fost subestimat, iar în anii '80 ai secolului trecut în cercetările din domeniu a fost recunoscută „neglijarea neglijării”. Aceasta a fost condiționat de faptul că mulți cercetători au descoperit că consecințele neglijării sunt la fel de severe ca și cele asociate cu abuzul fizic, sexual, violența domestică.

Pentru a aduce o claritate mai mare asupra noțiunii de neglijare, au fost descrise mai multe comportamente ale părinților/ îngrijitorilor neglijenți, pentru ca ulterior acestea să se înscrie în tipologii de comportament neglijent. Astfel, Zuravin (1990) a descris 14 subtipuri de neglijare, Paget (1993) a evidențiat 3 subtipuri de neglijare: 1) fizică, 2) dezvoltativă, 3) emoțională. La rândul lor, Cantwell și Rosenberg (1990) vorbesc despre 6 subtipuri de neglijare, diferențiind

---

<sup>39</sup> Daniela Popescu. Asistența socială a victimelor violenței și abuzului față de copii// Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova Maria Bulgaru et al. Chișinău, 2008. 439 p. Pp. 256-277

perioada prenatală și neonatală la care se poate manifesta această abordare neadecvată în raport cu copilul.

Forma de neglijare cea mai des întâlnită este **neglijarea fizică**. Este cea mai insidioasă formă de neglijare, care poate duce până la decesul copilului. Constă în neglijarea alimentației copilului, lipsa îmbrăcăminte adecvate, refuzul de a se îngriji de sănătatea copilului, inclusiv a celei de urgență, neasigurarea unei locuințe adecvate etc. Această formă de neglijare deseori este asociată cu sărăcia, în pofida faptului că intervențiile care vizează sărăcia nu elimină automat actele de neglijare împotriva copiilor. Pecora ș.a. au demonstrat că părinții din familii sărace prezintă anumite caracteristici, care îi fac să devină concomitent săraci și neglijenți față de copiii proprii (alcoolismul, lipsa de autocontrol etc.).

O altă formă de neglijare, care afectează adaptarea socială a copilului, este **neglijarea educațională**, care constă în neîncadrarea copilului într-o formă adecvată de învățământ, neglijarea nevoilor speciale de educație a copilului, deprivarea culturală. Neglijarea educațională este adesea însoțită de **lipsa de supraveghere a copilului**. Supravegherea adecvată ar însemna folosirea unor metode active de monitorizare și influențare a comportamentului copilului, prin care să se poată evita angajarea acestuia în activități periculoase pentru el sau pentru alții. Consecințele nesupravegherii copiilor, mai cu seamă a celor mici, pot fi fațale: moartea copilului sau fracturi prin căderea din geam, sufocare, strangulare, ardere etc. Ca fenomen aparte în acest context poate fi amintit **fenomenul copiilor străzii**.

O altă dimensiune a comportamentului neglijent ține de **ignorarea nevoilor emoționale ale copiilor**, însoțită de abilitatea slabă a părinților de a se angaja pozitiv, emoțional în creșterea copilului. Se manifestă prin reducerea contactelor fizice cu copilul (îmbrățișări, legănare, săruturi etc), limitarea comunicării, ignorarea progreselor în dezvoltarea copilului, ignorarea emoțiilor copilului, etc. Această formă de neglijare se întâlnește și în familiile cu un statut socioeconomic favorabil. În Republica Moldova această formă de neglijare prezintă proporții considerabile, fiind cauzată de exodul părinților la munci peste hotarele țării.

În fine, putem include în neglijare și fenomenul **abandonului infantil**. Putem vorbi despre abandon ca despre o formă extremă de neglijare a copilului.

Generalizând, putem spune că o categorie largă de rele tratamente, neglijarea copilului include diferite forme de dezinteres, manifestate din partea persoanelor menite să-l îngrijească:

- **neglijarea fizică** și a siguranței fizice a copilului, în sfera căreia intră:
  - insuficiența îngrijirii, care conduce la nede dezvoltarea copiilor, nede dezvoltare nemotivată din cauze organice, la o stare de malnutriție și nede dezvoltare psihică;
  - neglijarea alimentației copilului;
  - neglijarea îmbrăcăminte adecvate;
  - lipsa asigurării unei locuințe adecvate, neglijarea unor amenajări pentru siguranța condițiilor de locuit;
  - neglijarea asigurării măsurilor de supraveghere și protecție;
  - neglijarea medicală (refuzul îngrijirii sănătății copilului);
  - întârziere în cererea de îngrijire a sănătății, omiterea tratării copilului bolnav acut sau cronic, neglijarea imunizărilor,
  - neglijarea igienei);
- **neglijarea educației** copilului și deprivarea lui culturală:
  - neîncadrarea copilului într-o formă adecvată de învățământ;
  - neglijarea nevoilor speciale de educație a copilului;
  - orientarea copilului spre alte activități (ca de exemplu spre îngrijirea fratelui, spre munca de îngrijire a animalelor etc);
  - neocrotirea copilului de influențele negative;
- **neglijarea emoțională** a copilului:
  - în propria familie;
  - copilului aliat într-o formă de ocrotire în afara familiei biologice (într-o instituție de stat sau privată, în plasament, încredințare sau adopție);

- **abandonul** temporar sau definitiv al copilului:
  - expulzarea din cămin pe timpul zilei sau al nopții sau dezinteresul față de lipsa de acasă a copilului (situații care conduc la fenomenul cunoscut sub numele de copiii străzii);
  - lăsarea copilului timp îndelungat nesupravegheat;
  - abandonarea copilului la o persoană, într-un spital sau într-o instituție de ocrotire și lipsa de interes față de copilul astfel părăsit.

## 2.6. Frecvența cazurilor de maltratare a copiilor

Odată acceptată ideea imoralității, a intoleranței fenomenului abuzului împotriva copilului, sistemul bunăstării copilului trebuie să elaboreze un sistem legal și forme de servicii care să poată proteja copii. Pentru proiectarea acestor servicii și formarea de profesioniști este nevoie de cunoașterea frecvenței cazurilor de rele tratamente și a mediilor în care sunt răspândite diferitele lor forme. Copilul interacționează cu adulții, în principal, în trei medii: mediul școlar, mediul familial și mediul social larg. De aceea, sociologii și psihologii consideră că, deoarece în toate aceste medii, copilul poate fi confruntat cu realitatea abuzului, conceptualizează abuzului comis împotriva copilului la trei nivele: societal, instituțional și familial este rațională.

**Abuzul societal** este "suma acțiunilor atitudinilor și valorilor societății care împiedică buna dezvoltare a copilului" (Giovannoni, 1985, p.194)<sup>40</sup>. Unele (dacă nu majoritatea) societăților sunt abuzive în raport cu copiii. Ele nu constituie medii prielnice de dezvoltare a copiilor: fie datorită condițiilor economice ce nu pot asigura un nivel de trai corespunzător; fie datorită insuficienței dezvoltării a serviciilor sociale pentru copii; fie datorită unor condiții de război sau violențe sociale; fie datorită unor reglementări sau mentalități discriminatorii în raport cu unele categorii de copii; fie datorită tolerării diferitelor forme de abuz împotriva copiilor.

Caracterul societal al abuzul se referă la:

- existența inegalității educaționale sau de formare profesională între diferitele categorii de familii și copiii acestora;
- marginalizarea unor familii și împingerea lor treptată spre o zonă de risc din ce în ce mai crescut;
- gradul crescut de violență din societate, care favorizează apariția climatului de abuz chiar și asupra copiilor;
- necondamnarea prin lege a diferitelor forme de pedeapsă corporală oferă un context societal în care violența împotriva copiilor este posibilă.

**Abuzul instituțional (organizațional)** se referă la organizațiile și instituțiile frecventate de copii sau care ar trebui să aibă drept preocupare bunăstarea copilului (școli, unități sanitare, instituții de ocrotire). În aceste instituții se pot întâlni nu numai mentalități sau practici discriminatorii, dar și forme din cele mai grave de abuz fizic sau psihic. Unele școli, autorități, unități medicale operează în modalități discriminatorii sau de nerespectare a drepturilor copiilor și ale omului în general. Cei care părăsesc școala sunt copiii din familiile sărace și cei aparținând minorităților naționale defavorizate; tot ei ajung cel mai des în instituții de ocrotire; se pare că nici în aceste condiții ei nu sunt scutiți de abuzuri, din partea unor persoane care, nefăcând parte din familie, sporesc abuzul instituțional. Pe lângă responsabilitatea comiterii abuzului direct față de copil, instituției îi revine și răspunderea pentru mesajul transmis indivizilor, sub următoarea formă: dacă profesioniștii, formați în spiritul unor metode științifice de reglare a comportamentului copiilor nu îi pot educa decât recurgând la bătaie, atunci pedeapsa fizică trebuie și este justificat să fie aplicată și în familie.

**Nivelul grupal** (familial) include, în principal, familia dar și alte microgrupuri în care copilul poate fi integrat: colegi, prieteni, vecini, rude mai îndepărtate, prieteni ai părinților, cunoștințe mai mult sau mai puțin întâmplătoare.

<sup>40</sup> Apud . Maria Roth Szamoskozi - Protecția copilului ( dileme , concepții și metode ) – Cluj-Napoca,1999

Datele statistice disponibile referitoare la abuzul copiilor relevă că mediul cu gradul cel mai mare de risc, în care incidența și gravitatea unor astfel de acte sunt cele mai ridicate – rămâne mediul familial.

În contrast cu abuzul societal și instituțional, *abuzul familial este* comis de membrii familiei copilului, în special de către cei în care copilul are încredere, cei investiți cu îngrijirea copilului. Desemnarea unui anumit comportament din cadrul familial ca fiind abuz sau neglijare depinde de o serie de factori sociali și culturali. Comportamentul abuziv este cel ce depășește standardul cultural normal al comunității. Totuși, oricât credit am acorda valorilor și normelor culturale, comportamentele care cauzează vătămări copilului nu pot fi considerate neabuzive și, deci, nu pot fi acceptate cultural.

Părinții au o serie de drepturi constituționale, civile în privința creșterii copiilor lor. Interesul fundamental al copiilor este ca ei să fie apărați de abuzuri și neglijare. Legile de protecție a copiilor încearcă să pună în balanță aceste interese opuse. În cadrul conceptului de "*parens patriae*"<sup>41</sup>, statul are dreptul să intervină în cazurile în care un copil se află în primejdia de a fi agresat. Intervenția din partea statului are loc de obicei în trei etape.

În primul stadiu, după raportarea unui caz suspect de abuz la forurile competente, are loc o investigație.

În stadiul al doilea, dacă suspiciunea de abuz se confirmă și se dovedește a fi gravă, statul preia grija pentru copil sau custodia sa și face recomandări pentru reabilitarea părinților.

Al treilea stadiu apare în cazurile în care reabilitarea părinților nu a reușit să creeze condiții adecvate reîntoarcerii copiilor, sau dacă reîntoarcerea copiilor a fost urmată de continuarea în vreun fel a agresiunii; atunci reprezentantul autorității statale poate cere o hotărâre finală, prin care să i se ridice părintelui drepturile parentale, copilul fiind îngrijit în continuare de către reprezentanții legali ai statului, desemnați și delegați pentru aceasta.

Copilul trebuie respectat ca o persoană distinctă. Dreptul lui la o viață particulară, la intimitate și la dezvoltare normală, trebuie apărat. Trebuie crescută și asigurată o lume în care dreptul copilului la protecție, libertate să fie recunoscut, iar abuzul sau exploatarea să n-ui pună în pericol nici existența nici dezvoltarea lui. După Pecora et al. (1992, p. 99), cunoașterea fenomenului abuzului comis împotriva copiilor are caracteristicile unui iceberg: ceea ce iese la suprafață este doar o mică parte din ceea ce rămâne ascuns. Dinspre adâncuri spre suprafață, straturile "muntelui de gheață" sunt:

1. abuzurile necunoscute pentru toate persoanele din afara familiei (sau a cadrului restrâns instituțional în care este crescut copilul);
2. abuzurile cunoscute vecinilor și unui număr restrâns de cunoștințe;
3. abuzul cunoscut unor profesioniști (de exemplu medici, cadre didactice);
4. abuzul cunoscut unor organizații, instituții (școală, circumscripție medicală);
5. abuzul cunoscut de forurile legale de investigare (instituții de protecție a copilului);
6. abuzul investigat de procuratură și instanță judecătorească.

Datorită numeroaselor studii referitoare la abuzarea a copiilor interesul către această problemă crește, atât din partea specialiștilor cât și din partea opiniei publice. Este greu de precizat cât de răspândit este acest fenomen, mai ales din cauza faptului că aceste incidente nu sunt raportate de obicei. Pentru a înțelege problema abuzului cercetătorii au încercat să identifice în afară de tipuri de abuz și cauzele comportamentului abuziv.

Conform datelor ABCAN (the U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect - Bordul de Consiliere pentru Protecția Copiilor de Abuzuri și Neglijare), problemele de abuz și neglijare a copiilor au caracter de epidemie în SUA, ceea ce face ca profesioniștii serviciilor pentru protecția copiilor să aibă un domeniu permanent de preocupare. ABCAN estimează că în fiecare an mor în jur de 2.000 de sugari și copii mici datorită abuzului sau/și neglijării părinților sau a persoanelor care îi îngrijesc, ceea ce înseamnă în medie 5 copii zilnic. Dar consecințele relelor

---

<sup>41</sup> „Parens Patriae” este latin pentru „părinte al națiunii” (lit. „părinte al patriei”). În drept, se referă la puterea politică publică a statului de a interveni împotriva unui părinte abuziv sau neglijent (tutore legal sau îngrijitor informal), și să acționeze ca părintele oricărui copil sau persoanei care are nevoie de protecție.

tratamente asupra copiilor nu se limitează la aceste cazuri extreme, în fiecare an sunt zeci de mii de victime copleșite de traumele psihologice ale abuzurilor, precum și mii de rude și frați care, alături de supraviețuitorii abuzurilor, continuă să poarte stigmatele trecutului. Unele dintre victimele directe sau indirecte pot deveni la rândul lor abuzatori, contribuind astfel la perpetuarea ciclului abuzului familial. Alte victime, neîmpăcate cu propriul trecut și cu societatea care nu a știut să le ofere ajutor, pot deveni ei înșiși delincvenți, sau pur și simplu persoane dezadaptate.

Astfel de constatări sunt adevărate și pentru Europa. Tisdall (1996, p. 4) observă o creștere masivă a raportărilor în cazurile de maltratare a copiilor. Oare ele se datoresc unei creșteri dramatice a fenomenului abuzului ca atare sau prevalența fenomenului este aceeași, dar el este raportat într-o măsură mult mai accentuată astăzi, față de deceniile precedente? Fenomenul de violență la nivel macrosocial, dar și la nivelul comunităților, pare să fie în creștere, amplificat fiind de violența redată atât de frecvent prin mass-media.

Abuzul emoțional a fost, în anul 2017, principala formă de abuz asupra copiilor - 34,81%, urmat de neglijare (30,52%) și molestare fizică (22,46%), arată o statistică realizată de Asociația Telefonul Copilului și Telekom România<sup>42</sup>. Potrivit statisticii, mediul în care au avut loc abuzurile semnalate a fost în principal cel familial - 80,84%, urmat de spațiul public - 11,63%, mediul școlar - 4,90% și alte medii (centrul de plasament, casa de tip familial) - 2,63%.

Agresorii copiilor au fost: părinții sau unul dintre părinți (75%), un alt adult (8,36%), un alt copil (7,72%), rudă a copilului agresat (2,45%) și alte categorii (6,47%) din care fac parte: concubin/concubină, cadru didactic, asistent maternal, personal al centrului de plasament.

Abuzul de tip bullying a avut loc, cu precădere, în școală/grădiniță (87,62%) și în medii precum online/spațiul public (12,38%). Agresorii în abuzul de tip bullying au fost: alt copil (94,41%), cadru didactic (3,40%) și alt adult (2,19%). Cei mai mulți care au sesizat acest tip de abuz au fost copii - 90,82% (65,94% fete și 34,06% băieți), iar 9,18% au fost părinți sau alți adulți.

Formele în care s-a manifestat fenomenul bullying au fost: insulte, jigniri, porecle, sarcasm - 50,30%, loviri, îmbrânciri - 35,73% și intimidare, denigrare, insulte cu privire la statutul social - 13,97%.

Abuzul sexual a înregistrat o nouă tendință în ceea ce privește tipul agresorului. Astfel, 53,73% dintre agresori sunt adulți din afara mediului social al copilului, înregistrându-se astfel o creștere alarmantă față de anul 2016, când un procentaj de doar 28% era înregistrat pentru acest tip de agresor, în cauzistica Asociației Telefonul Copilului.

Cele mai multe dintre victime sunt fete - 65,68%, iar mediul de proveniență este preponderent cel rural - 62,68%.

Grupele de vârstă și gen ale copiilor abuzați sexual sunt următoarele: băiat 6 - 12 ani (20,89%), băiat 13 - 16 ani (13,43%), fată 6 - 12 ani (32,83%), fată 13 - 16 ani (32,85%).

Datele statistice înregistrate de către MAI al RM<sup>43</sup> pentru ultimii cinci ani denotă incidența crescută a numărului de infracțiuni ce constituie exploatarea sexuală și abuzul sexual față de copii. Analizând în retrospectivă numărul infracțiunilor ce constituie abuz sau exploatare sexuală asupra minorilor, săvârșite în ultimii cinci ani, observăm o creștere îngrijorătoare a infracțiunilor ce constituie pornografie infantilă în anul 2016, fiind înregistrat un număr cu aproximativ 5,8 mai mare de infracțiuni (29 cazuri) decât în 2012 (5 cazuri). La fel, în anul 2016, comparativ cu 2012 se atestă o creștere cu aproximativ 16% a infracțiunilor ce constituie raporturi sexuale cu o persoană care nu a împlinit vârsta de 16 ani (74 cazuri – 2012, 86 cazuri – 2016). Date oficiale prezentate de MAI (Tabelul 2.), pentru anul 2016 indică: 65 cazuri de viol asupra copiilor; 34 cazuri de acțiuni violente cu caracter sexual; 86 cazuri de raporturi sexuale cu o persoană care

<sup>42</sup> <https://www.agerpres.ro/social/2018/01/31/asociatia-telefonul-copilului-statistica-2017-principala-forma-de-abuz-asupra-copiilor-abuzul-emoțional--46879>

<sup>43</sup> Exploatarea sexuală și abuzul sexual față de copii. Implementarea Convenției de la Lanzarote de către Republica Moldova CHIȘINĂU 2017, pag 57 [http://lastrada.md/files/resources/3/raport\\_RO.pdf](http://lastrada.md/files/resources/3/raport_RO.pdf).

nu a împlinit vârsta de 16 ani; 19 cazuri de acțiuni perverse; 1 caz de pornografie infantilă, un caz de recurgere la prostituția practică de un copil și 27 cazuri de trafic de copii.

Tabelul 3. Datele statistice înregistrate de către MAI al RM pentru ultimii cinci privind numărului de infracțiuni ce constituie exploatarea sexuală și abuzul sexual față de copii

Tipul infracțiunii / Perioada	2012	2013	2014	2015	2016
Art. 171 CP RM (Violul)	108	71	81	73	65
Art. 172 CP RM (Acțiuni violente cu caracter sexual)	51	29	29	35	34
Art. 174 CP RM (Raport sexual cu o persoană care nu a împlinit vârsta de 16 ani)	74	48	75	129	86
Art. 175 CP RM (Acțiuni perverse)	31	14	26	86	19
Art. 1751 CP RM (Ademenirea minorului în scopuri sexuale)	0	0	0	0	0
Art. 201 CP RM (Incestul) 0 10 1 0 0	0	10	1	0	0
Art. 206 CP RM (Traficul de copii)	15	10	17	48	27
Art. 2081 CP RM (Pornografia infantilă)	0	3	1	18	1
Art. 2082 CP RM (Recurgere la prostituția practică de un copil)	0	0	0	0	1

În 2017 abuz sexual asupra copiilor a avut loc în 332 de cazuri, raportate și investigate la poliție abuz intrafamiliar a copiilor– 302 de cazuri.

Frecvența fenomenului abuzului se poate exprima prin raportarea cazurilor cunoscute la populația analizată, prin indicatorii incidenței sau cei ai prevalenței.

## 2.7. Factorii abuzului copilului de către părinți<sup>44</sup>

Abuzul, ca formă voluntară de acțiune sau omitere a unor acțiuni care este/sunt în detrimentul copilului și are loc profitând de incapacitatea copilului de a se apăra, de a determina între ceea ce este bine și rău, de a căuta ajutor sau de se deservi, este un comportament multuplu determinat de o serie de variabile sociale și psihologice.

### *Factorii sociali:*

Nivelul redus de trai al majorității familiilor și șomajul. Familiile paupere, în care unul sau ambii părinți nu au un statut profesional, prezintă un risc crescut de abuz datorită stresului asociat sărăciei: nivel scăzut de școlarizare, deprinderi inadecvate de administrare a bugetului familiei, probleme de comunicare în cuplu.

Apartenența familiei la un grup minoritar, dezavantajat din punct de vedere social, antrenează insecuritate, frustrare și stres, acestea conducând la izolarea socială a familiei și la apariția unor comportamente abuzive.

Sărăcia, șomajul și/sau apartenența familiei la un grup minoritar sunt factori ce determină perpetuarea modelelor familiale alternative de tipul:

Familii monoparentale maternel sau paternale ce apar în urma divorțului/decesului unuia dintre părinți. Principalele probleme ce apar în aceste familii și afectează dezvoltarea copilului și determină apariția comportamentelor abuzive sunt următoarele: dificultăți financiare care pot conduce la transferări de rol către copil, în sensul că acesta poate fi obligat să obțină venituri prin diferite activități (cerșit, munca la domiciliu altor persoane etc.), ceea ce echivalează cu exploatarea economică; ca urmare a absenței tatălui din familie, mamele singure încearcă să preia o parte sau totalitatea rolurilor masculine, ceea ce consumă timpul și energia care ar fi trebuit alocate socializării copiilor, conducând la neglijarea acestora; mamele singure își modifică și stilul de relaționare cu copiii, fapt ce antrenează apariția unor bariere între rolurile de copil și

<sup>44</sup> Studiul realizat de Organizația Salvați Copii. Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale: Păunescu Georgeta. Copilul abuzat, neglijat / București: Ars Docendi, 2000. Pag. 5-13.

adult. Datorită absenței soțului, mama îi atribuie treptat copilului rolul de partener, de suport afectiv, substitutiv tatălui, ceea ce îl forțează pe copil să-și dezvolte maturitatea în devans, în neconcordanța cu vârsta sa biologică. În familiile sărace, cu nivel de trai scăzut, copilului i se pot distribui sarcini specifice tatălui, fiind forțat să preia o parte din acestea, iar incapacitatea exercitării lor poate determina apariția unor situații conflictuale favorizante abuzului, mama recurgând la diferite sancțiuni.

Familii reconstituite, în care unul sau ambii părinți au mai fost căsătoriți și au copii din legăturile anterioare. În aceste familii, părinții vitregi au de obicei un comportament hiperautoritar, frecvent abuziv și violent față de copiii vitregi, iar față de proprii copii, o atitudine contrară, hiperprotectoare, aceste conflicte generând complexul de revalitate fraternală.

#### *Factori psihologici:*

Părinți ce aparțin tipuri de personalitate lipsit de autocontrol, dominați de impulsivitate/agresivitate:

Părinții sunt personalități rigide, lipsite de căldură și empatie față de copil;

Părinții sunt imaturi efectiv, dezvoltă mecanisme de dependență față de partenerul conjugal, neglijând trebuințele/dorințele copilului; imaturitatea afectivă a părinților determină incapacitatea exercitării rolului parental;

Unul/ambii părinți au preluat în mod inconștient modul familial socializator de tip abuziv;

Părinții au fost supuși unor stresuri multiple (conflicte maritale, divorț, schimbări frecvente de domiciliu, decesul unor persoane apropiate);

Părinții au expectații nerealiste, supradimensionate față de comportamentele copilului, dezvoltând astfel, în mod inconștient, mecanisme de proiecție;

Părinții au avut tulburări de atașament în copilărie, devenind adulți anxioși-evitanți, rezistenți sau „cu doliu neconsumat” (cei predispuși bolilor psihice de tipul: psihoză discordantă, psihoză maniaco-depresivă, sindrom paranoid);

Părinți cu diferite forme de psihopatie, ei aparținând în special categoriei personalităților antisociale.

În concluzie, acești factori psihologici/sociali, izolați, singulari nu se constituie ca factori etiologici ai abuzului, ci de cele mai multe ori, ei se conjugă și se determină reciproc într-un lanț causal în care disfuncțiile la nivelul social determină disfuncții la nivelul familiei, iar acestea, la rândul lor, antrenează apariția și dezvoltarea comportamentelor de tip abuziv.

Neglijarea și abuzul copilului sunt o realitate a societății contemporane. Neglijarea și abuzul afectează dezvoltarea copilului în dimensiunile sale esențiale. De aceea, este esențială schimbarea mentalității tuturor factorilor implicați – copii, părinți, pedagogi, personal medical, factori politici, instituții. Abuzul și neglijarea nu numai nu trebuie privite ca ceva normal, ca ceva acceptabil sau ca o problemă internă a familiei. Această schimbare a mentalității față de fenomenul abuzului nu se poate produce decât printr-o informare a actorilor sociali cu privire la dimensiunile și aspectele psihologice, medicale, sociale ale fenomenului și realizarea a următoarelor propuneri:

- Ameliorarea nivelului economic al familiei;
- Politica de susținere a familiei și copilului și educație pentru familie;
- Mai bună informare asupra drepturilor copilului și a instituțiilor abilitate să îl protejeze;
- Diversificarea serviciilor sociale pentru copil și familie;
- Dezvoltarea activităților de prevenție;
- Servicii de intervenție activă, rapidă, adecvată; pregătirea de specialiști în acest domeniu;
- Mai bună pregătire psihologică și juridică a cadrelor didactice și crearea și dezvoltarea sistemului de referință în școli, astfel încât copiii să aibă cui se adresa și situațiile abuzive să fie depistate din timp;
- Schimbarea atmosferei din școli, îmbunătățirea bazei materiale, a orarelor și programelor, reducerea solicitărilor școlare, dar, mai ales, crearea unei atmosfere destinsă, securizante, agreabile;
- Realizarea unui Plan Național de prevenție și intervenție în cazurile de abuz și neglijare.

## 2.8. Vulnerabilitatea copilului, rezistența la stres și reacțiile de apărare

Ca și printre adulți, există și printre copii o mare varietate a răspunsurilor la stres. În condiții identice, unii copii sunt copleșiți, iar alții par a fi afectați în mică măsură. Aceste diferențe au fost în ultimele decenii analizate din punctul de vedere al conceptelor de vulnerabilitate – invulnerabilitate.

Factorii vulnerabilității copiilor pot fi în „interiorul” copiilor (factorii temperamental, condițiile nașterii etc.), sau în „exterior” (sărăcie, conflicte familiale etc.). De fapt acești factori nu acționează izolat dar în combinații.

Severitatea reacției la stres este dependentă de combinația factorilor dispoziționali și de mediul. De exemplu:

Vulnerabilitatea este dependentă de sex, fetele fiind mai puțin vulnerabile la stres decât băieții. Băieții par să fie mai puțin rezistenți decât fetele în fața unui larg ansamblu de factori stresanți. Mai mult băieți decât fete au prezentat boli, care au avut ca urmare moartea timpurie; aceeași relație există în privința tulburărilor de comportament (ușoare și severe) și a dificultăților de învățare, băieții având în mai mare măsură nevoie de clase speciale, de activități recuperatorii, de grijă din partea serviciilor de sănătate mintală. Așa în apropierea vârstei de 20 de ani a început să se inverseze această proporție și – pe măsura ce băieții începeau să se reabiliteze – la fete apăreau noi tipuri de probleme. Totuși în ansamblu pe întreg parcursul copilăriei fetele se pare că se adaptau mai ușor sărăciei și condițiilor de stres familial decât băieții.

Cercetătorii au destins că deja de la vârsta de 2 ani, un număr de caracteristici psihologice, în majoritate de ordin temperamental, care deosebeau copiii rezistenți de cei vulnerabili. Copii rezistenți au fost descriși ca activi, receptivi social, cerând și căpătând multă atenție, activi în stabilirea de relații sociale pozitive, independenți și rapizi în procesarea informațiilor. Aceste trăsături, caracteristice copiilor rezistenți au avut un caracter predictiv pentru adaptarea socială la vârstele ulterioare.

Odată cu înaintarea în vârstă, în perioada copilăriei mijlocii, s-a constatat că rezistența la stres a devenit în mai mare măsură dependentă de factorii familiali. Printre acestea sau destins factorii: calitatea relației cu părinți, consistența metodelor de disciplinare și suport emoțional primit în familie.

Pentru perioada adolescenței s-a constatat o nouă schimbare în determinarea nivelului de rezistență la stres, ponderea principală având-o factorii de personalitate, „intra-personali”, în principal stima de sine a adolescentului, care tinde la autoafirmare.

Rele tratamente au asupra copilului efectele unui *eveniment traumatic*. Caracteristicile evenimentului traumatic sunt următoarele:

- Apariția neașteptată
- Intensitate imprevizibilă
- Întrecerea limitelor obișnuite ale experienței umane
- Caracter înfricoșător pentru cei mai mulți pe care îi afectează.
- În categoria evenimentelor traumatice intră:
  - dezastrele naturale
  - accidentele de muncă
  - accidente de circulație
  - accidente casnice etc.,
  - vătămările intenționate produse de oameni În această categorie intră toate actele violente comise de unii împotriva altora.

Sunt deosebite două categorii ale victimelor unor evenimente traumatice:

- *Victimele primare*, care suferă direct de pe urma evenimentului.
- *Victimele secundare*, care asistă la întâmplări de natura traumatică, exercitate asupra unor persoane îndrăgite, prieteni sau chiar necunoscuți.

În ultimele două decenii, o direcție importantă a cercetărilor privind abuzul împotriva copilului au fost studiile clinice privind consecințele violenței asupra comportamentului lor.

În anul 1980 s-a recunoscut *sindromul de stres post-traumatic* (Post Traumatic Stress Disorder – *PTSD*), ca fiind o categorie aparte de diagnostic „oficial”, aplicabilă în cazurile copiilor care au suferit experiențe traumatice. PTSD se diferențiază de forme acute ale reacției la stres (Acute Stress Disorder – *ASD*).

În cadrul ambelor sindroame sunt incluse:

- anxietatea accentuată, generalizată,
- depresia
- pierderea respectului de sine,
- retragerea în sine,
- comportamentele de evitare,
- de negare,
- de furie,
- cele agresive.

Dacă fenomenele descrise apar în primele patru săptămâni de la acțiunea evenimentului traumatic și se rezolvă în această perioadă, atunci capacitatea de adaptare a organismului copilului a biruit stresul, nu va suferi de PTSD. Dacă însă simptomele persistă mai mult de o lună, consecințele psihice se vor prelungi pentru perioade de timp greu de determinat, adesea – în lipsa unui ajutor se specialitate – pentru toată viața.

În acest context, reacțiile psihice ale copilului la evenimentele traumatice sunt, de fapt, încercări de înțelegere și de stăpânire a situației traumatice., fără sens și incontrollabile prin definiție. De exemplu, repetarea viselor în care subiectul re trăiește cu intensitate accidentul și se repune în situația traumatică parcă pentru a o stăpâni este o „repetiție”. Simptomele care caracterizează tulburarea posttraumatică transpun pe plan psihic șocul violent, pătrunzător, generalizând astfel efecte lui asupra întregii personalități.

Copiii aflați în situația de maltratare trec prin experiențe de viață care restrâng în diferite grade satisfacerea nevoilor lor. Reacțiile copiilor la astfel de situații variază în mare măsură în funcție de:

- Tipul de rele traume la care sunt supuși;
- Vârsta copilului în momentul comiterii abuzului;
- Capacitatea lor de înțelegere a realității;
- Suportul postabuz, ajutor pe care îl primesc din mediul lor de viață, de la rețeaua socială (familia, prieteni, rude);
- Caracteristicile evenimentelor traumatice (violența cronică va avea probabil, efecte mai grave decât actele violente izolate);
- Caracteristicile personalității (calitățile lor înnăscute de vulnerabilitate sau rezistența la stres);

În contextul interrelației dintre factorii stresori și capacitatea copilului de a rezista stresului, simptomele pe care le prezintă un copil vor fi foarte variate. Dacă unii factori stresori provoacă la majoritatea copiilor doar tulburări de adaptare, fără efecte psihice de lungă durată, actele abuzive din partea adulților acționează adesea ca factori traumatogeni. Ce consecințe va avea expunerea repetată a copiilor la traume?

În funcție de persistența stresorilor, deosebim traume de tipul I (rezultatul unui singur atac) și cele de tipul al II-lea (în urma unei serii de atacuri).

Traumele de tipul I sunt caracterizate de: amintiri recurente, intruzive, cu reprezentări clare, detaliate. Ca urmare a unor astfel de amintiri vii, a retrăirii frecvente a evenimentului traumatizant, comportamentul persoanei devine hipervigilent, cu trăsături exagerate, cu un nivel general crescut de anxietate, cu tulburări de somn. Semnificația acestui tip de reacție este aceea că persoana se străduiește să rămâne trează, vigilentă, pentru a putea evita în viitor astfel de

situații. Adesea copiii generalizează stimulii care le produc frica, extinzându-le chiar la stimuli neutrii (de exemplu, frica de bărbat, de a intra în baie, de a se dezbrăca etc.).

Răspunsurile caracteristice pentru traumele de tipul II-lea includ diminuarea reactivității la lumea exterioară și insensibilitatea psihică, auto-hipnoza și disocierea, dar și furia. Copiii se străduiesc să uite de traumele lor cronice, să evite să se gândească la ele sau să vorbească despre ele. Diminuarea reactivității la lumea exterioară și insensibilitatea psihică (încremenirea) au semnificația desensibilizării în fața durerii provocate de abuz. Ele sunt reacții de apărare ale copiilor prin care aceștea încearcă să uite de trăirile lor traumatiche. Acești copii sunt adesea descriși ca fiind lipsiți de empatie, sau insensibili. Ei se feresc de a simți durerea altora, pentru că aceasta ar deschide calea spre a simți propria durere, ceea ce le-ar depăși puterile. Copiii și tinerii pot relata că și-au pierdut interesul pentru activitățile considerate anterior plăcute, sau că i-a scăzut capacitatea de a simți emoții de orice fel, în special cele asociate cu relațiile intime și sexualitatea.

## 2.9. Consecințele maltratării copilului

Efectele abuzului asupra copiilor sunt devastatoare. Dacă cele pe termen scurt sunt mai ușor de prevăzut și de analizat, cele pe termen lung scapă, de mai multe ori, observației și intervenției. Abuzul își prelungește, de cele mai multe ori, efectele nefaste, însoțind individul de-a lungul perioadei adulte.

Efectele abuzului nu sunt doar de natura fizică, ci și în plan psihic; diferitele forme de abuz sunt interdependente unele de altele, un exemplu în acest sens ar fi abuzul fizic care poate fi însoțit de abuz emoțional, după cum abuzul sexual este în corelație cu cel fizic și emoțional.

Victimele violenței sunt traumatizate atât fizic, cât și emoțional, nu numai în timpul actului de violență, dar și în perioada ce urmează. **Sindromul post traumatic** include reacții fiziologice, emoționale și comportamentale drept rezultat al agresiunii trăite și al pericolozității recidivei, manifestându-se în două faze<sup>45</sup>:

**a) faza acută nemijlocită**, în perioada căreia victima se află în stare de criză, activitatea ei normală fiind dereglată. Această fază generează un șir de comportamente specifice:

*Reacția nemijlocită*. Imediat după acest eveniment victima manifestă un comportament isteric și fobic. Nu este un comportament obligatoriu pentru toți copiii. Dimpotrivă, victimele vorbesc despre o gamă foarte largă de reacții emoționale din perioada post traumatică. Reacția fizică și emoțională poate fi atât de intensă, încât victima poate fi marcată de șoc, depresie și teamă exagerată care dezorganizează conduita. Se evidentiază două tipuri principale de reacții: exprimate și controlate.

- *stilul expresiv* - în timpul interviului copilul manifestă fobii, furie, anxietate;
- *stilul de control* - reacțiile sunt dirijate și controlate. Se comportă de parcă nu s-ar fi întâmplat nimic, emoțiile reale sunt camuflate.

*Reacția fiziologică*. În urma actului de violență fizică sau sexuală copiii descriu o multitudine de reacții fiziologice. De regula, spun că îi doare tot corpul sau unele parti ale corpului: îndeosebi mainile, picioarele, capul, pieptul etc. Se înregistrează :

- dereglarea somnului;
- insomnia;
- cosmaruri;
- dereglări ale instinctului alimentar;
- lipsa apetitului sau creșterea exagerată a apetitului;
- dureri de burtă;
- stări de vomă ;
- pierderea sau diminuarea simțului gustativ.

<sup>45</sup> Ghid de intervenție în cazurile de violență în familie. Agenția Națională pentru Protecția Familiei (A.N.P.F.), 2007, p.13-15

*Reacția emoțională.* Victima violenței se simte vinovată, înjosită, rușinată, este marcată de fobie, stres, depresie și anxietate. Acestea sunt trăiri emoționale ce stau la baza sindromului nominalizat anterior. Trăirile emoționale variază de la remușcări, degradare, vinovăție, rușine, disconfort, până la furie. Varietatea trăirilor emoționale determină modificarea frecvență a dispoziției. Unele victime ale violenței conștientizează că emoțiile lor nu corespund situației în care se află.

*Reacția cognitivă.* Încearcă să se debaraseze de gândurile negative, dureroase, dar constientizează ca ele nu le dau pace. Se gândesc cum ar fi putut evita violența, ce ar fi trebuit să facă sau să nu facă pentru a nu o provoca. Se simt vinovați. Mult mai greu le vine victimelor care încearcă să-și controleze, să-și camufleze reacțiile și sentimentele. În exterior acestea par a fi foarte calme, de parcă nu li s-ar fi întâmplat nimic - interiorul însă este perturbat de emoții negative. Durata acestei faze are caracter individual, de la caz la caz ea poate dura de la câteva zile la câteva săptămâni.

**b) Faza reorganizării**<sup>46</sup> - are o durată mai mare, în care victima conștientizează importanța și urmările actului violent, a schimbărilor care au survenit în viața ei. Violența în familie duce la schimbarea ritmului și activității nu numai în perioada acută nemijlocită, dar și în perioada imediat următoare care are o durată mult mai mare – luni sau ani întregi. Sunt mai multe circumstanțe care asigură ieșirea din criză: stilul personal al victimei, particularitățile ei psihologice, oamenii care o înconjoară, susținerea și ajutorul lor, cât și atitudinea acestora față de ea după incident. Pe parcursul procesului de reorganizare victimele violenței în familie trebuie să depășească următoarele momente:

*Schimbări în stilul de viață.* De obicei, în urma actului de violență trăit survin schimbări în multe aspecte ale vieții. Totuși, unele persoane victimizate continuă să îndeplinească obligațiile cotidiene, merg la studii, dar se simt incapabile de a se încadra în activitate. O altă categorie de persoane aplică alt stil de viață – preferă să-și petreacă timpul acasă, practic nu iese nicăieri, abandonează școala. Cel mai adesea victima caută ajutor la familia de origine, de la care este sigură că va primi susținere și în cadrul căreia se simte în siguranță (acest lucru se întâmplă bineînțeles în cazurile ideale în care victima are relații bune cu familia de origine).

*Visele și coșmarurile reprezintă simptomul principal care continuă să se manifeste în perioada respectivă.* Victimele violenței în familie descriu două tipuri de visuri<sup>47</sup>:

a) coșmaruri care actualizează actul de violență în urma căruia a avut de suferit, visează agresorul de care încearcă să se apere dar nu reușește;

b) vise care reflectă faza terminală a actului de violență apar mai târziu. Conținutul visului nu se schimbă, dar se schimbă subiectul (copilul intră în rolul agresorului sau a celui care ripostează - este cel care săvârșește actul de violență).

*Fobiile.* Un mecanism de autoapărare îl constituie cultivarea fobiilor specifice situației în cauză. Reacția complexă la violență în familie. Există victime care pot vorbi despre greutățile pe care le întâmpină în aceste perioade. Ele au nevoie de consultații mai îndelungate și mai intensive. Acestea pot dezvolta și alte sindroame: depresia de lungă durată, abuzul de alcool sau utilizarea altor substanțe psihoactive, comportamentul suicidal sau psihopat, regresia, refuzul de a trăi o viață normală, dorința de a declanșa conflicte familiale. Studiul acestor date facilitează activitatea ulterioară a asistentului social.

*Reacția slabă la violența în familie.* Acest tip de reacție apare la victimele care nu vorbesc cu nimeni despre cele întâmplate, nu-și exteriorizează emoțiile. Ca rezultat, victima devine închisă în sine. Pentru a clarifica problema, consultantul trebuie să-i adreseze o serie de întrebări adecvate situației. Cel mai potrivit lucru în acest caz este de a-i insufla curaj și optimism. Trebuie să înțelegem motivele care determină victima violenței să păstreze tăcerea.

<sup>46</sup> Agenția Națională pentru Protecția Familiei (A.N.P.F.) - "Ghid de intervenție în cazurile de violență în familie", 2007, p.13-14

<sup>47</sup> Agenția Națională pentru Protecția Familiei (A.N.P.F.) - "Ghid de intervenție în cazurile de violență în familie", 2007, p.15

Efectele violenței în familie asupra victimelor au fost identificate în formula generală. Evident, ele capătă o conotație strict individuală care diferă de la caz la caz. Specialistului îi revine misiunea de a constata în mod individualizat impactul violenței asupra victimei și de a realiza intervenția pornind de la specificul profilat, iar planul de intervenție va fi realizat de echipa multidisciplinară.

*Mecanismele de supraviețuire a copilului în situație de abuz:*

- *disocierea* (Putnam,1985, 1993, *apud. Killen,1998*<sup>48</sup>, p.93): folosirea disocierii și a negării creează copilului posibilitatea de a se elibera de simptomele și amintirile abuzului; amnezia totală sau parțială a abuzului poate persista timp de luni de zile sau chiar ani.;

- *deprimarea*: mulți copii aflași în situații de maltratare aproape că nu se joacă deloc, iar în cazurile în care se joacă, o fac într-un mod stereotip. Ei reflectă aceeași temă la nesfârșit. Terr (1981, 1983, *apud. Killen,1998, p.93*), a folosit conceptul de "joc posttraumatic" pentru a desemna acest tip de joc. Acest copil este incremenit în anumite experiențe cărora nu le poate face față, și exteriorizează aceasta, de exemplu, în desenele sale.

- *reacții psihosomatice* (Benet et al. 1989 și Hylander,1960, *apud. Killen,1998, p.96*) au găsit că copiii proveniți din familii în care au loc abuzuri de alcool, un lucru similar se observă la copiii care au fost expusi abuzului sexual;

- *imaginea de sine – stima de sine*: părinții abuzanți îi comunică din timp copilului faptul că nu este suficient de bun, că nu este dorit, și că el este cel responsabil pentru tot ceea ce se întâmplă rău în familie; stima de sine scăzută este observată în toate tipurile de maltratare (Cristozov și Toteva, 1989, Lynch și Roberts, 1982 și Furniss, 1991, *apud. Killen,1998, p.96*);

- *trăirea anxietății și vinovației* – loialitatea și păstrarea secretului: copiii depun mult efort în încercarea de a înțelege situația în care se află. Ei încearcă să interpreteze situațiile și să explice comportamentul agresorului într-un mod care să-l plaseze pe acesta într-o lumină bună, în timp ce copilul ia asupra sa întreaga responsabilitate și vina. Această trăire a vinei va fi exprimată în diferite forme de comportament autodistructiv.

- *întârzieri de dezvoltare*: copiii care au fost expusi diferitelor tipuri de abuz și neglijare, prezintă adesea diferite grade de retard în dezvoltarea neurologică, cognitivă cât și în dezvoltarea psihomotorie. Aceste retarduri de dezvoltare pot fi serioase și ele pot fi observate încă din primele luni de viață (Appelbaum, 1980, *apud. Killen,1998, p.98*);

- *strategii de supraviețuire și conducere*: mulți dintre acești copii doresc cu toată ființa să devină independenți. Copiii neglijăți care au resurse puternice pot să fie foarte rapizi în a deveni autonomi, într-o oarecare măsură. Strategiile de supraviețuire sunt definite, aici, ca moduri prin care copilul reacționează și încearcă să facă față situației de amenințare în cel mai bun mod posibil. Fiecare copil are nevoia de a fi propriul său stăpân și de a face singur față situațiilor, de a se autoconduce. Grey și Kemple, 1976, (*apud. Killen,1998, p.101*) au descris două strategii de supraviețuire pe care le folosesc copiii în situațiile de maltratare, "strategia exagerat de bine adaptată" și cea "hiperactivă și distructivă". Cei care aparțin primului grup se comportă astfel încât să îndeplinească dorințele și așteptările adulților. Ei sunt adesea hipersensibili la semnalele trimise de adulți, semnale legate de modul în care copilul ar trebui să se comporte. Acești copii folosesc o mare parte din resursele proprii pentru a face față acestor așteptări. Cei ce aparțin celui alt grup prezintă un comportament continuu provocător, agresiv, distructiv și hiperactiv.

Există deosebiri fundamentale în ceea ce privește consecințele traumelor nefamiliale și ale celor trăite în cadrul familiei. În cazul violenței intrafamiliale, când figurile familiale de legătură sau de protecție au devenit agresori traumatizanti, sentimentul de siguranță al copilului este zdruncinat puternic. O sechelă pe viață, care este specifică anume abuzului intrafamilial, se bazează pe *atașamentul dezorganizat* trăit de copilul maltratat. Atașamentul slab, lipsa experienței de a fi acceptat în timpul copilăriei dau o prognoză slabă pentru rolul parental. Devenind adultă, persoana manifestă atașamente caracterizate prin lipsă de siguranță, ceea ce

---

<sup>48</sup> Kari Killen Copilul maltratat, 1998, Editura RUROBIT 456 p.. <https://ru.scribd.com/doc/50776739/Copilul-Maltratat-Kari-Killen>

reprezintă de fapt *patologie relațională* (Cicchetti, 1990). Aceste persoane trăiesc în izolare și fug de intimitate, reacționează prin retragere sau comportamente violente. Se întâmplă ca agresivitatea trăită să fie îndreptată către propria persoană, alterând cu pasivitate extremă și amorțire emoțională și apoi contribuind la autorânire (Lewis, 1985). Cumulându-se de-a lungul timpului, simptomele respective afectează negativ *funcțiile parentale*, provocând astfel abuzul și neglijarea copilului. Pentru că nu au avut modele educative adecvate, atitudinile parentale ale acestor adulți sunt nepotrivite. Când devin părinți, oscilează între slăbiciune, indecizie și rigiditate sau autoritarism (Gabel, 1999).

După o experiență empirică mai lungă, Gabinet (1978-1983) concluzionează că abilitatea parentală poate fi prezisă mai mult din trecutul părinților decât utilizând teste de personalitate.

Chiar dacă în mai multe studii de ultimă oră observăm *tendința de a reproduce ciclul intergenerațional al maltratării* (Ethier, 1992), totuși nu putem spune că toți părinții care au fost expuși abuzului își vor expune copiii acestuia. Există supraviețuitori care au devenit personalități puternice, deschise, novatoare, părinți excelenți, în pofida experienței triste din copilărie. Acest fapt vine ca argument în favoarea posibilității de a întrerupe ciclul intergenerațional al maltratării, care se poate întâmpla prin mai multe tipuri de intervenții profesionale.

## 2.10. Profilul psihologic al copilului abuzat

Studiul efectuat de specialiștii din Organizația Salvați Copiii pe cadrul centrelor de consiliere a permis conturarea unui profil psihologic în funcție de tipul de abuz la care a fost supus subiectul (copilul). Astfel s-au delimitat următoarele profile psihologice:

**Abuzul emoțional** acompaniază celelalte forme de abuz asupra copilului, având efecte asupra dezvoltării somatice și psihice a acestuia.

Ignorarea, rejectarea, umilirea copilului sau expunerea constantă a acestuia la situații stresante (de care el ar putea crede că este făcut răspunzător) conduc la diferite forme de tulburări emoționale (labilitate și hipertimie). Acesta exprimă, de fapt, tulburări de atașament și se manifestă:

somatic (pierderea apetitului, tulburări ale somnului, coșmaruri);

comportamental cu următoarele manifestări: apatie, izolare, evitarea relaționării cu ceilalți, uneori comportamente constante de ostilitate, negativism și agresivitate;

La nivelul dezvoltării cognitive apar dificultăți care dau uneori aparența unui deficit de intelect cu atât mai mult cu cât sunt însoțite de dezinteres pentru îndeplinirea sarcinilor școlare și, ca urmare, scăderea randamentului școlar.

**Abuz fizic.** Există mari diferențe în ceea ce privește consecințele abuzului fizic, diferențe care sunt în funcție de următoarele variabile: vârsta, frecvența abuzurilor, contextul comiterii abuzului etc. În general, manifestările psiho-comportamentale ce acompaniază abuzul fizic ne conduc la următoarea tipologie a copiilor victime:

Copilul agitat, ostil, distructiv (care prezintă sindromul „lucrurilor stricate”), total dezinhibat, care atrage permanent atenția asupra sa. Logoreic și agitat, turbulent în mediul familial și colectivității școlare. Acești copii sunt echitați ca și „copii problemă”, obositori și greu de suportat, tratați „educativ” pentru reglarea comportamentului cu diferite metode de disciplinare care, de fapt, exagerează reactivitatea copilului, ce duce din nou la situații de abuz fizic. Imaginea de sine a acestor copii este profund deteriorată și pare că nimic și nimeni nu-i mai poate afecta, ei autodescriu ca fiind „răi”, „irecuperabili”, „nedemni de fi iubiți”, „urâți”, „proști”. Acești copii învață de timpuriu durerea și umilința precum și faptul că forța poate fi un argument și o cale de impunere în fața celorlalți. De aceea, ei vor căuta să se impună prin forță, pedepsind imaginar abuzatorul copilărilor lor. Imaginea de sine atât de deteriorată se reface cu fiecare privire de teamă din ochii victimilor. Puterea forței fizice este singurul adevăr pe care îl cunosc.

Tipul copilului victimă, timid, tăcut și anxios, izolat, cu fața palidă. El evită stabilirea unui contact vizual direct, are voce astenică, stabilește cu greutate un dialog, răspunzând preponderent

monosilabic. În mediul școlar acest copil este fie victimă, fie considerat ca neinteresant de către anturaj. El poate fi apreciat de profesori ca un copil disciplinat și „bun”, chiar dacă majoritatea notelor sunt obținute în lucrări scrise, el evitând să răspundă oral. Arareori acest gen de copil atrage atenția asupra sa. Nevorbind despre sine, sau despre familia sa, el abuzul poartă ascuns timp îndelungat.

**Abuzul sexual.** Și în cazul acestui tip de abuz apare o polarizare a manifestărilor psihocomportamentale:

Retragere excesivă în sine. Acești copii manifestă un autocontrol exagerat, mînie și ostilitate reprimată, o comunicare săracă în idei, privire vinovată (nu stabilește contact vizual direct), o aparentă cooperare, angajîndu-se superficial în diferite activități. Reacțiile sociale pe care le dezvoltă sunt sărace și superficiale: nu are prieteni, evită mai cu seamă comunicarea cu persoanele adulte.

Agitație psihomotorie, ca și cum mișcarea permanentă ar alunga sentimentele negative și suferința îndurată. Acești copii să manifestă în plan comportamental prin: minciună, furt, consum de substanțe psihoactive, tulburări ale capacității de concentrare, dezinteres pentru activitatea școlară, logoree.

Indiferent de tipul de abuz suferit, copiii-victime prezintă totuși un tablou simptomatic comun:

relaționare defectuoasă;

- scăderea randamentului școlar, eventual abandon școlar;
- comportamente de evitare, neacceptarea realității experienței traumatizante printr-o „evadare” exagerată în sine sau în afară;
- comportamente autodistructive.

## 2.11. Administrarea cazului de abuz

Administrarea cazului de abuz prevede aplicarea principiilor mecanismului intersectorial de cooperare pentru asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale abuzului, neglijării, exploatării, traficului:

**a)** Asigurarea protecției copilului de abuz, neglijare, exploatare, trafic în toate mediile sociale: *familie, servicii sociale, instituții de învățămînt, instituții medico-sanitare, sistemul de justiție, la locul de muncă, în comunitate;*

**b)** Prevenirea tuturor formelor de abuz, neglijare, exploatare, trafic, prin asigurarea accesului copiilor și familiilor la servicii de sănătate, educație, asistență socială, ordine publică;

**c)** Respectarea și asigurarea drepturilor și interesului superior al copilului, prin asistență obligatorie și promptă la toate sesizările privind cazurile suspecte de abuz, neglijare, exploatare, trafic, aplicînd toate mijloacele de drept și administrative pentru asigurarea protecției copilului;

**d)** Aplicarea măsurilor speciale de protecție și de asistență pentru asigurarea unui mediu sigur copilului prin asigurarea accesului la servicii de suport pentru copiii și familiile în situație de risc sau victime ale abuzului, neglijării, exploatării, traficului, astfel încît fiecare copil să beneficieze de protecție, iar fiecare abuzator să fie referit justiției și/sau supus unui program de reabilitare;

**e)** Participarea copilului la luarea deciziilor, ținîndu-se cont de opinia lui, dacă aceasta nu contravine intereselor sale;

**f)** Respectarea confidențialității informației și a normelor deontologice profesionale, fără prejudicierea activității de sesizare a situațiilor de abuz, neglijare, exploatare, trafic sau a activității de examinare a cazurilor;

**g)** Colaborarea interdisciplinară și intersectorială a autorităților și instituțiilor publice cu competențe în domeniul protecției copilului, la toate etapele de asistență a cazurilor de abuz, neglijare, exploatare, trafic al copiilor;

**h) Parteneriatul public-civic în asistența cazurilor de abuz, neglijare, exploatare, trafic al copiilor.**

În scopul executării art. 20 din Legea nr.140 din 14 iunie 2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2013, nr.167-172, art.534), Guvernul RM a aprobat Instrucțiunile privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului (Anexa 1).

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Educației Culturii și Cercetării întreprinde măsurile ce se impun pentru implementarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului.

Se impune autorităților administrației publice locale să întreprindă măsurile necesare pentru a asigura aplicarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului în procedurile de lucru interne.

Reprezentanții instituțiilor de învățământ, medico-sanitare, de asistență socială, culturale, ordine publică, altor autorități și instituții publice cu atribuții în domeniul protecției copilului, sunt obligați:

1. Să înregistreze sesizările cetățenilor referitor la cazurile suspecte de abuz, neglijare, exploatare, trafic al copilului și/sau să se autosesizeze în cazurile în care dețin astfel de informații, aplicând procedurile sectoriale;

2. Să informeze imediat telefonic, iar timp de 24 ore să expedieze **Fișa de sesizare** (Anexa 2) a cazului suspect de abuz, neglijare, exploatare, trafic al copilului (în continuare – fișa de sesizare) asistentului social comunitar de la locul de trai al copilului;

3. Să informeze suplimentar în aceiași termeni:

**a)** autoritatea tutelară – în cazul în care există pericol iminent pentru viața și sănătatea copilului;

**b)** organele de poliție/procuratura - în cazul în care cunosc ori suspectă că un copil este exploatat sau traficat ori este expus riscului de a fi exploatat sau traficat, este abandonat, precum și în cazul în care există un pericol iminent pentru viața și sănătatea copilului;

**c)** serviciul de asistență medicală de urgență - în cazul constatării pericolului pentru viața și sănătatea copilului (fracturi, hemoragii, etc.), a tentativelor de suicid din partea copiilor;

**d)** inspecția muncii - în cazul utilizării muncii copilului la lucrările cu condiții de muncă grele, vătămătoare și/sau periculoase, precum și la lucrări care pot să aducă prejudicii sănătății sau integrității morale a copiilor (jocurile de noroc, lucrul în localurile de noapte, producerea, transportarea și comercializarea băuturilor alcoolice, a articolelor din tutun, a preparatelor narcotice și toxice).

Asistentul social comunitar exercită rolul de manager de caz și asistă cazurile de abuz, neglijare, exploatare, trafic al copilului, în conformitate cu Managementul de caz.

Managerul de caz, efectuează **evaluarea inițială** în termen de 24 de ore cu scopul examinării sesizării (verifică veridicitatea informațiilor, gradul de siguranță în care se află copilul), cu implicarea după caz a specialiștilor responsabili (autoritatea tutelară, poliția, pedagogul, psihologul, medicul, inspecția muncii, etc.).

În cadrul evaluării inițiale, asistentul social comunitar realizează interviul de protecție cu copilul, ținând cont de vârsta și gradul lui de maturitate, pentru a constata, soluționa nevoile imediate ale acestuia, implicând după caz alți specialiști pentru soluționarea problemelor de sănătate, emoționale, altor probleme de relevanță majoră, cum ar fi accesul suspectului abuzator la alți copii;

În cazul recepționării de către medic sau inspectorul serviciului poliție ordine publică a unei sesizări referitor la cazurile suspecte de abuz, neglijare, exploatare, trafic al copilului în afara

orelor de program ale asistentului social comunitar sau în lipsa temporară a acestuia evaluarea inițială, inclusiv interviul de protecție este realizată de către specialistul care a recepționat sesizarea. Datele interviului de protecție și după caz, măsurile de protecție aplicate, se transmit asistentului social comunitar în termen maxim de 48 ore;

În rezultatul evaluării inițiale, managerul de caz în acord cu supervisorul său decid:

**a)** deschiderea dosarului copilului supus abuzului, neglijării, exploatării, traficului, cu avizul autorității tutelare de la locul de trai al copilului și **inițierea evaluării complexe**, dacă informațiile comunicate s-au confirmat în procesul evaluării inițiale. În cazul constatării pericolului iminent pentru viața și sănătatea copilului autoritatea tutelară de nivelul I inițiază imediat procedura de asigurare a măsurilor urgente de protecție;

**b)** dacă informațiile comunicate nu s-au confirmat în procesul evaluării inițiale, însă s-au constatat alte probleme de ordin social, asistentul social comunitar instrumentează cazul, conform problemei identificate;

**c)** dacă informațiile comunicate nu s-au confirmat și nu au fost identificate alte probleme de ordin social, sesizarea se clasează, cu înregistrarea rezultatelor evaluării inițiale în baza de date a beneficiarilor.

Conducătorii instituțiilor de învățământ, medico-sanitare, de asistență socială, culturale, ordine publică, altor autorități și instituții publice cu atribuții în domeniul protecției copilului sunt obligați:

**a)** să stipuleze în contractele și în fișele de post ale angajaților, obligativitate sesizării cazurilor de abuz, neglijare, exploatare, trafic al copilului;

**b)** anual să aducă la cunoștința angajaților prevederile prezentei instrucțiuni;

**c)** să pună la dispoziția angajaților formulare-tip, registre, precum și să asigure la nivelul fiecărei instituții implementarea prezentei instrucțiuni;

**d)** să organizeze activități de informare a copiilor și părinților, îngrijitorilor, reprezentanților legali ai copiilor, membrilor comunității privind modul de sesizare a cazurilor suspecte de abuz, neglijare, exploatare, trafic al copiilor și cadrul legal în domeniu;

**e)** să pună la dispoziția copiilor informații, mijloace și instrumente, inclusiv care asigură anonimatul, specifice vârstei și gradului de maturitate al acestora pentru a raporta cazurile de abuz, neglijare, exploatare, trafic din partea semenilor și din partea adulților.

Instituțiile medico-sanitare de la toate nivelurile promovează activități de prevenire și depistare timpurie a copiilor expuși riscului de abuz, neglijare, exploatare, trafic prin:

**a)** monitorizarea de către medicii de familie/asistenții medicilor de familie a copiilor din familiile în situații de risc, prin realizarea vizitelor la domiciliu;

**b)** consultarea părinților/reprezentanților legali/îngrijitorilor copiilor/viitorilor părinți în vederea identificării necesităților de îngrijire adecvată a copiilor, prevenirii abuzului, neglijării, exploatării, traficului.

Instituțiile de învățământ (din cadrul învățământului preșcolar, primar, secundar, artistic și sportiv, mediu de specialitate, instituții rezidențiale de orice tip) promovează activități de prevenire și de identificare timpurie a copiilor expuși riscului de abuz, neglijare, exploatare, trafic prin:

**a)** organizarea activităților de prevenire primară a abuzului, neglijării, exploatării, traficului în rîndul copiilor, ținîndu-se cont de particularitățile de vîrstă și de capacitățile de dezvoltare, precum și în rîndul părinților/îngrijitorilor acestora;

**b)** organizarea activităților de prevenire secundară și terțiară a abuzului, neglijării, exploatării, traficului cu grupurile de risc sporit (copii din familii cu venituri reduse, familii dezorganizate, copii rămași fără ocrotire părintească, copii reabilitați în urma abuzurilor, etc.);

**c)** asigurarea securității încăperilor, terenurilor și locurilor aferente instituției de învățământ.

Asistenții sociali comunitari (din cadrul unităților administrativ-teritoriale de nivelul I și II) promovează activități de prevenire și identificare timpurie a copiilor expuși riscului de abuz, neglijare, exploatare, trafic, prin:

- a) monitorizarea familiilor vulnerabile, în care se produc conflicte familiale, pentru a putea sesiza evoluția relațiilor interpersonale și starea psiho-emoțională din cadrul familiei;
- b) monitorizarea copiilor plasați în diverse servicii sociale;
- c) informarea copiilor și familiilor în situații de risc despre serviciile sociale primare de care pot beneficia.

În vederea prevenirii situațiilor de risc sau de abuz față de copii, inspectorul pentru problemele minorilor, șeful de post, ofițerul operativ de sector (în continuare - inspector al serviciului poliție ordine publică) monitorizează familiile care prezintă diverse riscuri pentru copii (părinți/îngrijitori cu antecedente antisociale, incidente de violență în familie în trecut, consumatori de alcool sau droguri, familii cu copii delincvenți, familii socialmente vulnerabile etc.) și îi informează pe aceștia despre cadrul legal în domeniul protecției copilului.

Șefii Centrelor medicilor de familie/Asociațiilor medicale teritoriale desemnează, în fiecare unitate teritorială un **medic responsabil**, iar șefii instituțiilor medicale de nivel secundar și terțiar (spitale raionale/municipale/republicane, maternități), desemnează o persoană din rândul **membrilor administrației instituției** (în continuare - coordonator) pentru activitățile de prevenire, identificare, raportare, referire și asistență în cazurile de abuz, neglijare, exploatare, trafic.

Șefii instituțiilor de învățământ și a celor rezidențiale desemnează o persoană din rândul membrilor administrației instituției în calitate de coordonator al activităților de prevenire, identificare, raportare, referire și asistență în cazurile de abuz față de copii (în continuare - coordonator).

## 2.12. Strategii de recuperare a copilului abuzat

### *Unele strategii de diagnosticare a copilului - victimă,<sup>49</sup>*

Agresarea copilului fizică, emoțională sau sexuală, determină instituirea „situației de criză”, ce duce la o stare de vulnerabilitate, care prin persistența factorilor de stres provoacă apariția tulburărilor de comportament, emoționale sau somatice. Cea mai frecventă problemă pentru care părinții să adresează serviciilor de consiliere a fost modificarea de comportament al copilului.

Modificările somatice, comportamentale, emoționale sau de relaționare sunt consecințe ale unor evenimente, situații traumatice sau percepute ca traumatice de către copil. De aceea ori ce demers de tratament și recuperare nu poate fi elaborat și aplicat fără delimitarea completă și precisă a cauzelor acestor tulburări ceea ce presupune stabilirea corectă a diagnosticului.

În precizarea inițială a diagnosticului sunt utilizate instrumente standartizate de investigație:

- anamneza;
- interviul nondirectiv;
- baterie de teste – inteligență, proiective, inventare de personalitate.

Validarea abuzului suferit de un copil se face colectând informații furnizate de:

- indicatorii de comportament (dificultăți de concentrare, probleme școlare, tulburări de somn și/sau apetit etc.);
- interviul standartizat, specific, aplicat copilului și familiei, precum și interviuri colaterale cuprinse în anchete sociale și investigații efectuate în mediul de viață al copilului;
- evaluarea aspectului fizic și a nivelului de dezvoltare somatică a copilului;
- examene medicale.

Informațiile primite din această primă evaluare se completează cu noi date din ancheta socială și din alte documente prezentate de familie, tutori, aparținători (certificate și expertize

<sup>49</sup>Studiul realizat de Organizația Salvați Copii. Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale: Păunescu Georgeta. Copilul abuzat, neglijat / București: Ars Docendi, 2000. Pag. 46-51.

medicale, constatări de la Poliție, referate ale DPDC-ului) precum și din procesul terapeutic propriu-zis. Informațiile obținute din procesul terapeutic sunt foarte importante deoarece ele permit nu doar validarea diagnosticului ci și identificarea forțelor/slăbiciunilor copilului care vor fi utilizate compensator în procesul psihoterapeutic.

Utilizarea corectă, profesionistă a instrumentelor specifice de investigație precum și respectarea etapelor de precizare și realizare a diagnosticului este de maximă importanță dar nu suficientă. Abuzul asupra copilului trezește insecuritate și teamă ceea ce face dificilă relaționarea cu acesta și implicit dificultatea de a diagnostica. De aceea, indiferent de problema pentru care subiectul se adresează centrelor de consiliere se impune în primul rând stabilirea unei bune relații terapeut – subiect (copil).

Dat fiind specificul tulburărilor determinate de situațiile de abuz și neglijare, în special relaționarea defectuoasă și neîncrederea copilului, stabilirea unei modalități de comunicare securizante este începutul oricărui demers de diagnosticare și elaborare a unei scheme terapeutice individualizate adecvate.

Tratamentul unui copil victimă a unei forme de abuz se face în trei etape:

Intervenția în situația de criză (consilierea părinților și tratamentul psihofarmacologic);

Terapia de scurtă durată (consiliere, terapie diferențială, terapie familială și, funcție de complexitatea cazului, terapie psihofarmacologică);

Terapia de lungă durată (terapie individuală și/sau de grup).

Pentru că ne-am adresat copilului abuzat, inițierea recuperării terapeutice necesită abordarea cazurii sub forma unui joc (terapia prin joc) dar în funcție de vârsta copilului, de nivelul de dezvoltare psihologică și de evoluția cazului putem apela și la alte tehnici terapeutice descrise mai jos.

### ***Unele strategii de recuperare***

Recuperarea eficientă a copiilor care au fost supuși a unei forme de abuz se poate realiza prin utilizarea psihoterapiilor educaționale.

*Psihoterapii educaționale* alături de alte tehnici de recuperare sporesc șansele copilului abuzat de a-și continua existența fără dificultăți psihologice considerabile. Cele mai frecvent aplicate sunt:

**Artterapia** (terapia desenelor, cărților de colorat, construirea din seturi constructive, diferite materiale etc.); Artterapia este utilă pentru copiii de vârste mici, copii de vârste mai mari deprimăți sau foarte ostili.

Terapia prin artă ajută la precizarea diagnosticului, îl ajută pe copil să se înțeleagă pe sine, să se elibereze de tensiunile și anxietățile acumulate, să dezvolte abilități de comunicare și să faciliteze rezolvarea conflictelor.

**Ludoterapia** (jocuri simbolice, dinamice, didactice, dramatizații, inventarea jucăriilor, exprimarea, povestirea faptelor din viață și înscenarea lor etc.); Terapia prin joc este utilizată în recuperarea copilului victimă a abuzului/neglijării, căruia îi este teamă să se certe cu oricare dintre părinți sau să-și exprime sentimentele/emoțiile cu conținut negativ față de ceva sau cineva, le poate exterioriza în raport cu familia de păpuși, fără a fi marcat de regrete și vinovație.

Terapia prin joc este un proces sănătos de „drenaj” pentru frustrările acumulate și sentimentele negative. În același timp, terapia prin joc permite învățarea unui comportament adecvat prin „punerea în scenă” a diferitelor secvențe din familie.

Stabilirea unui contact facil cu copiii de vârste mici se realizează utilizând terapia prin joc (ludoterapia) care constituie o modalitate adecvată de stabilire a contactului cu copilul, dat fiind predispoziția lui naturală pentru joc.

**Ergoterapia** (confeccionarea obiectelor din diferite materiale, căsnicia, creația populară, munca în natură etc).

La primele faze, este utilizată **terapia diferențială (individuală)** pentru intervenția în situațiile de criză și aplicarea tratamentului terapeutic de scurtă durată. Terapia individuală furnizează timpul de care are nevoie copilul pentru a începe să-și exprime sentimentele în

legătură cu situația de abuz, cu familia și evenimentele pe care le-a trăit și pentru reconstituirea imaginii de sine.

De asemenea acest tip de terapie permite copilului în timp și un loc sigur pentru a reconstrui evenimentele și a le analiza, iar specialistului îi permite să adopte schema terapeutică adecvată. Pentru adolescenți, actul de terapie individuală poate dura mai puțin (4-6 ședințe), urmînd apoi integrarea în grupuri terapeutice.

În **terapia de grup** se poate vedea dacă adolescenții, care în timpul perioadei de criză au beneficiat de terapie individuală, sunt suficient de puternici pentru a accepta atitudinile și judecățile de valoare critice din partea celorlalți membri ai grupului.

Terapia de grup are cele mai bune rezultate în perioada adolescenței, deoarece această treaptă a dezvoltării umane se caracterizează prin nevoia de apartenență și identificare cu un grup. A fi membru al unui grup deschis de tip terapeutic permite membrilor cu vechime mai mare în grup să acționeze în sensul modelelor de rol pentru noii veniți. Unii membri ai grupului vor fi mai puternici emoțional decît alții și pot transfera celorlalți această putere, pot fi un adevărat „rezervor” de experiențe în grup.

Pentru copii de vîrste mici trauma emoțională este prea intens trăită pentru ca aceștia să poată participa la terapia de grup, ei fiind confuzi, dezorientați de intimitatea actului de a se confesa altei persoane și de a împărți cu acesta probleme atît de adînc îngropate în suflet și în trecut. De aceea, pentru acești copii, cea mai adecvată intervenție este cea de terapie diferențială (individuală).

Copilul este unic și fiecare caz concret de terapie a copilului victimă a evenimentelor traumatizante este irepetabil și cere o compoziție de tehnici individuală. Indiferent de tipul de abuz suferit, copiii victime prezintă totuși un tablou simptomatologic comun și respectiv pot fi evidențiate unele strategii de bază cuprinse de procesul terapeutic:

1. Învățarea copilului de-a atașa cuvinte corespunzătoare emoțiilor rețrăite, **verbalizarea sentimentelor** respective.
2. **Terapia furiei.**
3. **Distrugerea complexului de vinovăție** a copilului.

Datele statistice disponibile referitoare la abuzul copiilor relevă că mediul cu gradul cel mai mare de risc, în care incidența și gravitatea unor astfel de acte sunt cele mai ridicate – rămîne mediul familial. În cadrul procesului terapeutic oferim copilului șansa de a exprima evenimentele traumatice în joc, desen etc. Pe parcursul desfășurării activității copilului îi propunem cîteva întrebări cu scopul de a preciza conținutul situației respective descrise de copil (ce se întîmplă acuma?, ce simți?, o să vină cineva să te ajute? etc.). Deseori atașarea cuvintelor la propriile emoții aduce o șansă copilului de-a ușura starea lui copilului. Ascultarea empatică și învățarea copilului de-a verbaliza sentimentele sale este a parte importantă de terapie.

E de menționat că furia, fobia și alte emoții realizează funcții de adaptare a subiectului la mediul înconjurător.<sup>50</sup> Furia la om este orientată spre înlăturarea obstacolelor, barierelor în atingerea scopului. Pornind de la aceasta, nu putem considera orice manifestare a agresivității drept dereglare. Furia constituie o reacție necesară atît cît durează pericolul pentru om. În cazul cînd furia se consolidează, iese din limitele situației care a cauzat-o, ea devine o trăire stabilă, această stare fiind apreciată drept ceva anormal, ce împiedică găsirea soluțiilor constructive. Acțiunea îndelungată a stresorului în normă duce la adaptarea la el, pe cînd apariția în aceste cazuri a agresivității, anxietății înalte, a fobiilor sau a altor simptome nevrotice este o manifestare a dereglării sistemului de autoreglare. Aceste poate fi recuperat în cadrul unui proces terapeutic specializat.

Terapia furiei este o una din direcții a procesului de recuperare. Selectarea și aplicarea metodelor de corijare este în funcție de caracterul circumstanțelor ce au condiționat desfășurarea situației de abuz. Ele vor fi racordate la situații concrete și la copil concret. Pot fi utilizate următoarele metode de corijare:

---

<sup>50</sup> S.Rîjicov. Agresivitatea infantilă (Repere pentru un modul de asistență psihologică). Din culegerea Cîmpul social. Intervenții psihopedagogice. Volum proiectat și coordonat de Mihai Șleahtițchi. Chișinău, Știința.1996. Pag.209.

Psihodrama: o actualizare voluntară a afectului cu trecerea lui în catarsis și în efect cu descărcare emoțională. (Programul de corijare al lui V. Lebedinschi). Adesea să folosesc jucării cu scopul de-a scăpa de furie. Îl întrebăm pe copil: ce faci, sau ce ai putea să faci când ești foarte furios? În dependență de răspunsul primit propunem copilului diferite modalități de ieșire din situații comportamentale (să nu fie agresiv, să nu lovească pe cineva etc.), printre care sunt următoarele tehnici de exteriorizare a furiei: lovirea pernei; aruncarea mingii (ghem, moțoc etc.); dansuri; desenarea obiectului, care îl supără (de exemplu „Monstru și eu”), și ruperea acestuia etc.

Încadrarea activă a terapeutului în situația de joc cu scopul de a desfășura, dezvolta sau de a „întinde” acțiunile agresive bazate pe diferite fobii.

Includerea acțiunilor agresive în contextul jocului și atribuirea acestora a unui nou sens social acceptat. Drept rezultat copilul are posibilitate de a-și manifesta tendințele agresive într-un mod social adecvat.

Acordând ajutorul psiho-educational copiilor-victime îi învățăm cum să se descurce în confruntările agresive posibile. Adesea să folosesc jucării cu scopul de-a scăpa de furie. Îl întrebăm pe copil: ce faci, sau ce ai putea să faci când ești foarte furios? În dependență de răspunsul primit propunem copilului diferite modalități de ieșire din situații comportamentale (să nu fie agresiv, să nu lovească pe cineva etc.), printre care sunt următoarele tehnici de exteriorizare a furiei: lovirea pernei; aruncarea mingii (ghem, moțoc etc.); dansuri; desenarea obiectului, care îl supără (de exemplu „Monstru și eu”), și ruperea acestuia etc. Propunem diverse metode de potolire a agresorului: să i se dea șansa la lovitură de răspuns, de a vorbi hotărât, de a ignora agresorul, de a apela la adult etc.

Complexul de vinovăție este caracteristic pentru copiii-victime ale abuzului și respectiv este o direcție de muncă recuperativă importantă în cadrul terapiei. Adesea copilul este învinuit de cei din jur în caracterul și modul desfășurării evenimentelor traumatizante. Terapeutul în minca sa cu copilul are ca scop eliberarea victimei de aceste retrairi obsesive. Victima nu are vină, are grijă de protejare. În cadrul comunicării cu copilul îl convingem că el nu este vinovat, îi spunem cuvinte de încurajare, subliniem că copilul are nevoie de grijă de sine, de siguranța sa. Formarea deprinderilor de îngrijire de sine este o cale de trecere, de depășire a fenomenelor traumatizante.

Acordând ajutorul părinților, formăm la ei deprinderi de autocontrol, de a dirija comportamentul copilului, de a vorbi cu el cu respect, de a nu leza demnitatea lui.

Medic și pedagog italian care a pus la punct o metodă ce-i poartă numele pentru dezvoltarea armonioasă și educația copiilor și care a fost adoptată de școli din întreaga lume, Maria Montessori a realizat câteva reguli și pentru părinți. Sfaturile sunt simple, dar cu un mesaj profund:

1. Copiii învață din ceea ce îi înconjoară.
2. Dacă un copil este criticat des – el învață să condamne.
3. Când un copil este des lăudat – învață să prețuiască.
4. În cazul în care ai o atitudine răutăcioasă față de copil – el învață să fie la fel.
5. Dacă ești sincer – copilul va învăța să spună adevărul.
6. Atunci când copilul este luat în derâdere – învață să fie timid.
7. Dacă un copil trăiește cu sentimentul de siguranță – învață să aibă încredere.
8. Atunci când un copil este umilit – învață să se simtă vinovat.
9. Dacă ești de acord cu părerile copilului – el învață să se iubească pe sine însuși.
10. Atunci când ești indulgent cu el – copilul învață să fie răbdător.
11. Dacă este încurajat – învață să aibă încredere în propriile forțe.
12. Dacă copilul trăiește într-o atmosferă prietenoasă și se simte important – învață să găsească dragostea în această lume.
13. Nu vorbi urât despre copil – nici în prezența, nici în lipsa lui.
14. Concentrează-te asupra dezvoltării constructive a copilului, astfel nu va atrage lucrurile negative.

15. Ascultă-l și răspunde-i atunci când apelează la tine.
16. Respectă copilul atunci greșește, mai devreme sau mai târziu se va corecta.
17. Fii dispus să ajuți copilul care vrea să descopere lumea și fii invizibil pentru cel care a descoperit-o.
18. Ajută copilul să evolueze cu grijă, pace și iubire.
19. Tratează-ți copilul în cel mai frumos mod și oferă-i ce ai tu mai bun
20. Se spune că relațiile cu copiii nu sunt atât de complicate. Vrei un copil bun – fii un părinte bun.

## 2.13. Modele de analiza și decizie în situații de abuz al copilului

### 2.13.1. Evaluarea riscului de abuz al copilului

Rolul asistentului social este de a decide asupra nivelului de risc (grav, mediu sau scăzut) care amenință copilul. Decizia nu se va putea lua numai pe seama factorilor care evaluează primejdia, respectiv comportamentul persoanei care poate pune copilul în pericol. Analiza va trebui să surprindă interacțiunea factorilor cu sens contrar, respectiv să raporteze reciproc acțiunea factorilor cu tendință de a crește riscul vătămării, la acțiunea factorilor care au tendință de a scădea riscul vătămării. Oferim spre exemplificare modelul propus de Walker (1988) pentru evaluarea riscului de abuz fizic.<sup>51</sup>

Tabelul 4. Model de evaluare a abuzului fizic, după Walker, 1988, p. 29. (Apud. Roth Szamoskozi Maria, 1999).

Caracteristici ale făptuitorului	Caracteristici ale celui care nu comite abuz	Caracteristici ale copilului	Context social	Context situațional	Rezultanta
RISC CRESCUT Sunt prezenți numeroși factori de personalitate predispozanți la abuz, alături de lipsa unor persoane de susținere	RISC CRESCUT Sunt prezenți numeroși factori de personalitate predispozanți la abuz, alături de lipsa unor persoane de susținere	RISC CRESCUT Sunt prezenți numeroși factori de personalitate predispozanți la abuz, alături de lipsa unor persoane de susținere	RISC CRESCUT Se constată prezența a multor factori de risc serios	RISC CRESCUT Nivel ridicat de stres situațional	Abuz
RISC MINOR Sunt prezenți numeroși factori de personalitate predispozanți la abuz	RISC MINOR Sunt prezenți numeroși factori de personalitate predispozanți la abuz	RISC MINOR Sunt prezenți numeroși factori de personalitate predispozanți la abuz	RISC MINOR se constata prezența a multor factori de risc	CONDIȚII DE STRES SITUAȚIONAL MODERAT	
RISC SCĂZUT Personalitate adaptată fără factori predispozanți la abuz	RISC SCĂZUT Personalitate adaptată fără factori predispozanți la abuz	RISC SCĂZUT Personalitate adaptată fără factori predispozanți la abuz	RISC SCĂZUT Nu se constată prezența unor factori de risc	CONDIȚII DE STRES SITUAȚIONAL SCĂZUT	Lipsa abuzului

Modelele construite în sprijinul asistenților sociali ajută la elaborarea unui plan mental, pe baza căruia se pot raporta reciproc factorii predispozanți și compensatori la riscul de abuz. Dilemele în protecția copilului nu vor putea fi însă anulate prin utilizarea acestor modele. Deciziile vor fi în continuare dificile, datorită numeroșilor factori de risc care sunt prezenți și la

<sup>51</sup> Roth Szamoskozi Maria -Protecția copilului ( dileme , concepții și metode ) – Cluj-Napoca, 1999

persoane sau în contexte și situații care nu conduc în realitate la abuz. De aceea, Higginson, 1989 (după Waterhouse și Carnie, 1992) atrage atenția că în lipsa unor criterii absolute de raportare, asistenței sociali fiind nevoiți a face apel la propria experiență de muncă (și a altora - n.a.) și la propriile valori.

Pe baza tuturor categoriilor de factori obiectivi și subiectivi enumerați, în privința evaluării necesității de intervenție se pot diferenția trei tipuri:

cazurile de risc major - care se pretează la ocrotirea copilului de către autorități;

cazurile de risc minor, care provoacă o atitudine de îngrijorare din partea autorităților, concretizată în cercări de îmbunătățire a situației copilului și de înlăturare a pericolului;

cazurile lipsite de risc.

Pornind de la modelul de evaluare din fig. 1, Walker (1988) propune continuarea muncii pe baza informațiilor obținute în evaluare. În cazul intervenției utilizându-se metoda rezolvării de probleme și a centrării pe sarcină, se vor fixa problemele, se vor avea în vedere resursele, se vor planifica țelurile și modalitatea de a le obține. Acest tip de planificare a intervenției se va relua în cazul fiecăruia din componentele sistemului luat în calcul: persoana celui care comite abuzuri împotriva copilului, persoana sau persoanele care nu au comis abuzuri, copilul-victimă însuși, contextul social și situația stresantă care poate declanșa abuzul (vezi fig.2).

Pentru munca practică în favoarea copiilor, Dalglesch (1997) consideră important să recunoaștem diferența dintre **procesul de analiză a gradului de risc** (care are ca rezultat stabilirea unui diagnostic de risc crescut sau scăzut în cazul concret de abuz) și decizia privind tipul de intervenție (care ia în considerare alternativele posibile în cazul dat).

Tabelul 5. Fisă de intervenție (după Walker, 1988, p. 37). (Apud. Rot Roth Szamoskozi Maria, 1999).

<i>Persoana care a comis abuzuri, Persoana care nu a comis abuzuri Copilul - victimă Contextul social Situația stresantă care poate declanșa abuzul</i>	
<i>a. Problema identificată</i>	<i>b. Intervenția planificată</i>
1.	1.
2.	2.
3.	3.
<i>c. Resursele</i>	<i>d. Modalitatea de a le obține</i>
1.	1.
2.	2.
3.	3.

Trecerea de la evaluarea factorilor implicați în abuz la deciziile necesare pentru intervenția cea mai adecvată sunt ilustrate în modelul pe care Faller (vezi schema de mai jos) l-a construit pentru cazurile de incest.

### **2.13.2. Matricea deciziilor strategice terapeutice în cazul copiilor abuzați**

Rezultatul optimal în cazul copiilor supuși unor rele tratamente de către proprii părinți ar fi ca, după intervenția în familie, aceasta să rămână intactă și copilul să poată trăi în siguranță, cu un bun suport emoțional, în cadrul propriei familii. Aceasta depinde însă de o serie de factori:

#### **1. Care privesc părintele abuzator**

- gravitatea abuzului comis
- măsura în care părintele acceptă responsabilitatea faptelor comise

- numărul și severitatea celorlalte eventuale probleme ale sale (alcoolism, comportament violent, boală psihică, deficiență mentală)

## **2. Care privesc părintele care nu a comis abuzul**

- modul de reacție în urma descoperirii comiterii abuzului asupra copilului
- calitatea relației sale cu victima
- dependența sa de persoana care a comis abuzul
- numărul și severitatea celorlalte eventuale probleme ale sale (alcoolism, comportament violent, boală psihică, deficiență mentală)

Pe baza analizei familiilor se pot desprinde următoarele tipuri de **decizii**:

### **Tipul 1**

În cazul obținerii unor informații pozitive privind atât cel care a comis abuzul, cât și membrul de familie care oferă suport, se vor aplica etapele terapiei de familie, în scopul reunificării ei. Se vor fixa următoarele obiective:

- reducerea la minimum a riscului repetării abuzului de către făptuitor, prin îndepărtarea acestuia de lângă copil și acordarea unei terapii individuale
- terapie individuală pentru copilul abuzat
- terapie individuală cu părintele care oferă suport copilului
- terapia cuplului: persoana făptuitoare - persoana care oferă suport
- reunirea familiei și continuarea terapiei familiale

### **Tipul 2**

În cazul obținerii unor informații negative privind cel care a comis abuzul și de informații pozitive privind membrul de familie care oferă suport, se vor iniția măsuri care să conducă la îndepărtarea făptuitorului de familie, urmată de:

- terapie individuală pentru copil
- terapie individuală cu părintele care oferă copilului suport
- terapie individuală cu părintele făptuitor

### **Tipul 3**

În cazul obținerii unor informații negative privind membrul de familie care ar trebui să ofere suport (de exemplu o stare acută de depresie) și informații pozitive privind făptuitorul, se recomandă plasarea temporară a copilului pentru îngrijire (într-o familie sau instituție). Se vor lua următoarele măsuri care să grăbească revenirea copilului în familia proprie:

- terapie individuală pentru copii, oferindu-i-se suport pentru trauma suferită și pentru separarea de părinți
- terapie individuală pentru ambii părinți; reabilitarea părintelui care nu a comis abuzuri va permite revenirea copilului în familia proprie și reevaluarea situației
- terapia cuplului
- terapia familiei
- reunificarea graduală a familiei

### **Tipul 4**

În cazul obținerii unor informații negative din partea ambilor părinți, se recomandă plasarea pe termen lung, sau chiar permanentă a copilului în îngrijire (într-o familie sau instituție). Se vor lua următoarele măsuri:

- decăderea din drepturile părintești
- terapie individuală a copilului
- terapie pentru părinții-substituiți

Tabelul 6. Modelul de analiză a informației pentru alegerea strategiei de intervenție

		FĂPTUITOR	
		informații <i>pozitive</i>	informații <i>negative</i>
MEMBRU DE FAMILIE CARE OFERĂ SUPTOR	informații <i>pozitive</i>	<b>Tipul 1.</b> Planificarea reunificării familiei	<b>Tipul 2.</b> Separarea membrului de familie abuzator
	informații <i>negative</i>	<b>Tipul 3.</b> Copilul este plasat temporar în afara familiei	<b>Tipul 4.</b> Îndepărtarea copilului în mod permanent din familie

### 2.13.3. Evaluarea succesului intervențiilor în protecția copilului

Varietatea tipurilor de intervenție utilizate în protecția copilului implică raportarea rezultatelor la criterii foarte diferite, adaptate caracteristicilor clientului și specificului muncii.

Evaluarea este un proces complex, menit să contribuie la îmbunătățirea practicii. Pentru ca evaluarea să poată fi considerată efectivă, respectiv ca ea să poată oferi puncte de reper pentru îmbunătățirea muncii practice, ea trebuie planificată de la începutul intervenției. Aceasta înseamnă că proiectul unei intervenții va trebui să cuprindă indicatorii evaluării, indicatori măsurați la începutul și la sfârșitul perioadei propuse pentru a obține o schimbare. Indicatorii schimbării vor trebui formulați clar, în termeni comportamentali, care să cuprindă indicatorii de frecvență ai comportamentelor adecvate, respectiv a celor neadecvate dinainte de intervenție, cei ținuți prin intervenție și cei obținuți în urma schimbărilor. Schema procesului de evaluare poate fi redată în felul următor:

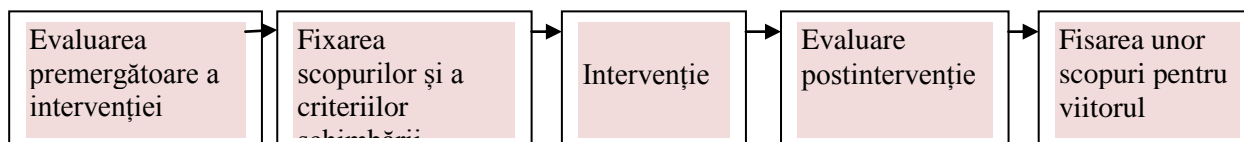


Figura 9. Schema evaluării procesului de intervenție.

Activitățile din domeniul protecției copilului au drept criterii clasice de raportare progresele realizate de copii în privința dezvoltării lor fizice, psihice și comportamentale (sănătatea lor, gradul lor de dezvoltare în raport cu normele vârstei, corespondența dintre comportamentul lor și normele sociale, progresele lor educaționale, relațiile lor interpersonale, percepția de sine, perspectivele lor de viitor). După Hill, Triseliotis, Borland, Lambert (1996), pentru o corectă evaluare a progreselor obținute ca urmare a unei intervenții centrate pe un copil, nu este suficient să ținem seama de indicatorii finali, care rezultă din raportarea la normele grupului standard de copii, ci trebuie să avem în vedere o serie de indicatori care privesc procesul însuși al ajutorului.

Aceiași autori arată că pentru ca progresul să poată fi atribuit cu adevărat intervenției profesionistului, vor trebui aleși indicatori specifici, ai căror progres în perioada vizată în intervenție să nu se poată atribui maturizării copilului, depășirii perioadei de criză, sau altor evenimente necontrolate din viața copilului și a familiei sale. Un alt factor care poate falsifica rezultatele procesului de evaluare este perioada de timp luată în calcul. Dacă aceasta este prea scurtă, s-ar putea ca rezultatele inițial pozitive să fie ulterior urmate de stagnare.

Hill et al. (1996) și alții consideră că, în general, în procesul de evaluare a rezultatelor muncii sociale, dar în special atunci când intervenția vizează copiii, trebuie luată în considerare și opinia persoanei pe care s-a centrat intervenția (a clientului). Sugestiile lui Hill et al. (1996) privind indicatorii care vizează clientul, sunt:

- care au fost speranțele clienților și cum au fost ele realizate?

- cât de satisfăcuți sunt participanții la procesul de intervenție?
- a avut clientul (minorul) vreun beneficiu?
- care au fost efectele problemelor inițiale?
- au existat îmbunătățiri în privința problemelor care au reprezentat un conflict cu cerințele sociale (de exemplu îmbunătățirea performanțelor școlare, sau renunțarea la acte delincvente)?

În ideea lărgirii cadrului de evaluare a intervențiilor, autorii amintiți recomandă, în cazul asistării copiilor, următoarele tipuri de evaluare:

### **1. Indicatorii poziției finale**

Folosindu-se indicatorii dezvoltării, se vor nota rezultatele pozitive sau negative din faza de evaluare, rezultate comparate cu cele din evaluarea inițială.

### **2. Indicatorii schimbărilor**

Se vor urmări în acest caz indicatorii unor schimbări calitative, respectiv prezența sau absența unor îmbunătățiri substanțiale în indicatorii dezvoltării.

### **3. Indicatorii scopurilor**

Acești indicatori analizează măsura în care așteptările legate de intervenție și planurile inițiale au fost sau nu au fost îndeplinite.

### **Indicatorii de satisfacție**

Acest tip de evaluare pune accentul pe aflarea părerii destinatarilor serviciilor sociale despre gradul de îmbunătățire a situației lor sociale, pe cunoașterea mulțumirilor sau a nemulțumirilor participanților.

### **5. Indicatorii prognosticului**

Vor fi luate în considerare criteriile sociale care permit nu numai evaluarea situației de fapt, ci și a perspectivelor de viitor ale minorului. Astfel de criterii sunt foarte importante în cazul evaluării unei forme de plasament a copilului în afara familiei, în cazul supravegherii deosebite a copilului delincvent în familie, în cazul menținerii în familie a unui copil expus riscului unui abuz intrafamilial (când decizia comisiei de minori a optat pentru rămânerea copilului în familie, cu asigurarea unei intervenții de tipul terapiei familiale).

Evaluarea eficienței intervenției în favoarea copilului va trebui să fie și ea multidimensională, ca și cea care a precedat intervenția. Exemplificăm câteva criterii ale evaluării pentru determinarea succesului în cazul plasamentului unui copil în afara propriei familii:

- plasamentul a durat atât cât a fost prevăzut? (nu s-a prelungit peste durata planificată?)
- a fost plasamentul de folos din perspectiva familiei naturale (a redus nivelul de stres; a dat timp unei mai bune pregătiri în vederea creșterii copilului; a rezolvat situația locuinței etc.)?
- au fost atinse obiectivele privind copilul (de exemplu, continuarea școlii fără repetarea clasei; redobândirea respectului de sine al copilului, restabilirea fizică a copilului etc.)?
- care a fost urmarea plasamentului? Se vor urmări în mod special șansele copilului în vederea reintegrării în familia proprie sau alte alternative la instituționalizare.

Se pot utiliza scări care să vizeze dimensiunile: sănătate, educație, relații interpersonale, dezvoltare emoțională și comportamentală, competență și deprinderi de autoservire, stima de sine și identitatea (se recomandă folosirea unor scări standardizate, ca de exemplu "scara de comportament", standardizată de Rutter și "inventarul de stimă de sine", a lui Coopersmith). De asemenea, se vor lua în considerare evaluările din partea participanților implicați în procesul asistării, ca de exemplu cele ale cadrelor didactice, bunicilor și ale celorlalte rude, ale medicilor etc.

### 3. EVALUAREA ȘI INTERVENȚIA ÎN CAZUL VIOLENȚEI DOMESTICE A FEMEII.

*Femeia a fost creata din coastele lui Adam ( din coasta lui ), nu din picioarele lui - ca sa fie calcata in picioare, nu din capul lui - ca sa domneasca peste el, ci dintr-o parte (din coasta lui ) - ca sa-i fie egala, sub bratul lui - ca sa fie protejata si aproape de inima lui - ca sa fie iubita ..*

Autor necunoscut

Violența familială este predominantă în societatea modernă. Ea este diferită de oricare altă formă de violență precum violența de gânduri, crimă sau războiul pentru că presupune o relație între persoanele implicate. Ea are câteva caracteristici printre care cele mai importante ar fi<sup>52</sup>:

- daunele din violența familială sunt produse de cei care ar trebui să protejeze (Jouriles și colab. 2001);
- ea este în antiteză cu ceea ce familia ar trebuie să ofere, precum protecție, îngrijire și siguranță;
- violența domestică este violența cu prevalență cea mai mare în societatea modernă (Tolan & Gorman-Smith 2002), astfel, indiferent de vârstă, violența dintre membrii de familie este mai frecventă decât violența dintre cunoscuți sau străini;
- există o relație între victima și făptuitor înainte, în timpul și după incidentul sau perioada de violență;
- membrii familiei pot fi atât victime cât și făptuitori (Tolan și colab. 2006) (Apud. Radu Vraști, 2012)

**Violența familială** este sinonim cu abuzul sau cu rele tratamente între membrii de familie (Jouriles și colab. 2001). Consensul actual este de a considera amenințările verbale, comportamentale și intimidarea ca și comportamente și rele tratamente cuprinse în definiția violenței familiale (Chalk & King 1998, Jouriles et al. 2001).

În afara problemei legate de definirea violenței familiale, a existat și controverse în legătura cu pragul severității actelor violente care ar trebui incluse în conceptual de violență. Astfel s-a încercat diferențierea între actele de rele tratamente în familie, caracterizate de un nivel scăzut de daune fizice și psihologice, de cele severe cu consecințe fizice evidente și măsurabile, situație exprimată lingvistic prin etichetarea lor ca abuz versus violență sau ca minor versus major. Actualmente definiția violenței familiale înglobează toate actele de abuz și violență, de neglijare, amenințare și abandon întreprinse la nivelul familiei de unul sau mai mulți făptuitori care în mod normal ar fi trebuit să furnizeze protecție, îngrijire și siguranță. La toate acestea s-au adăugat constatarea că o formă de violență devine factor favorizat pentru altă formă de violență familială și că de cele mai multe ori ele coexistă în timp. O definiție largă a conceptului de violență familială a condus la o varietate largă de intervenții efective și la construirea unor programe eficiente de prevenire (Emery și Laumann-Billings, 1998).

În contrast cu violența familială, care pune accentul mai mult pe violență intrafamilială, **violența domestică** include variate forme de relație în afara familiei, relații care presupun totuși că participanții la actul de violență locuiesc împreună. Violență domestică acoperă o varietate de abuzuri (fizice, sexuale, psihologice, emotionale, financiare, etc.) pe care o persoană face împotriva partenerului actual sau fost, dintr-o relație stransă bazată de cele mai multe ori pe raporturi intime. Pentru aceasta s-a propus și termenul de „violență între parteneri” ceea ce înseamnă că aceștia nu trebuie să împărtășească același spațiu de locuit.

În general violența domestică prezintă cinci caracteristici:

- ea este un mod comportamental și nu un eveniment izolat;
- folosește forța fizică sau amenințarea cu forța fizică pentru a stabili un raport de dominare;

<sup>52</sup> Vraști Radu Evaluarea și intervenția în crizele date de violența familială. Ghid Practic de Intervenție asistențială, 2012, 468p. <http://www.vrasti.org/8.%20Evaluarea%20si%20intervenția%20in%20criza%20data%20de%20violență%20domestica.pdf>

- cuprinde o plaja largă de comportamente agresive și coercitive, fizice sau non-fizice, izolate sau combinate sau alternative;
- se petrece în spațiul domestic și al unei relații intime;
- are ca scop câștigarea unei poziții dominante de putere, intimidare și control asupra partenerului/victimei (Ganley și Hobart, 2010).

În capitolul de față vom vorbi numai de violență domestică îndreptată împotriva femeii.

În 1993 Organizația Națiunilor Unite emite o declarație istorică cu privire la eliminarea violenței împotriva femeilor pe care o definește ca: „Orice act de violență bazată pe apartenența la un gen ce rezultă sau este posibil să conducă la daune fizice, sexuale sau psihologice sau la suferință, incluzând amenințările cu astfel de acte, coerciție sau deprivare arbitrară a libertății, atunci când se petrec în viață publică sau privată” (www.un.org/right).

Astfel, violența domestică a devenit o problemă a drepturilor omului, a căpătă o dimensiune internațională, iar actul de violență a fost „criminalizat”. Violența împotriva femeilor include violența domestică, violul, abuzul și asaltul sexual, violența pe rațiuni „de onoare”, traficul femeii, hărțuirea și urmarirea femeii, mutilarea sexuală, genitală și alte forme de mutilare, prostituția și căsătoria forțată<sup>53</sup>.

### 3.1. Prevalența violenței în familie. Date statistice

Femeile abuzate prezintă un număr dublu de vizite medicale și de 8 ori mai multe utilizări ale serviciilor de sănătate comparativ cu femeile neabuzate (Wisner și colab. 1999). Majoritatea studiilor din diverse țări au arătat că una din patru femei au trăit cel puțin un act de violență fizică și una din opt femei experimentează cel puțin un abuz de alt tip de violență domestică de-a lungul vieții (Hague și Malos, 2005).

Aprecierile pe care le-a făcut Eurobarometrul despre violență domestică în 27 de țări Europene arată că 98% din populație este conștientă de problema violenței domestice, 78% din europeni recunosc că violența domestică este problemă comună societății lor și că o persoană din cinci știe pe cineva care a făcut o violență împotriva partenerului. Europeanii consideră că violența sexuală și cea fizică sunt cele mai frecvente și severe forme de violență iar dintre cauzele cele mai frecvente ale acestora se menționează consumul de alcool și droguri, sărăcia, somajul și modul cum este văzută femeia în cultura europeană.

În Republica Moldova, șapte din zece femei din mediul rural și șase din zece în mediul urban au suferit de cel puțin o formă de violență cauzată de soț/partener pe parcursul vieții lor, arată datele Biroului Național de Statistică (BNS). *Într-un studiu din 2015 privind percepțiile bărbaților cu privire la egalitatea de gen*, mai mult de 41% dintre bărbații intervievați au afirmat că există momente când o femeie merită să fie bătută și aproape 30% dintre bărbați cred că o femeie trebuie să tolereze violența pentru a păstra familia.

Studiul BNS din 2011 „*Violența față de femei în familie în R. Moldova*” arată că fiecare a șasea femeie în vârstă de 15-64 ani (aproape 65%) pe parcursul vieții este supusă unei forme anumite de violență în familie, iar 6% dintre acestea în afara familiei. „În timp ce violența în afara familiei este de cele mai multe ori un fenomen spontan, atunci violența în familie reprezintă un fenomen cu caracter ciclic, care nu se oprește de la sine, sporind în timp în intensitate și gravitate”, se arată în studiu.

*Potrivit datelor Poliției R. Moldova*, în 2017 au fost înregistrate 2909 de cazuri de violență în familie, în descreștere cu 21% față de anul precedent. Dintre acestea, în baza a 956 de cazuri au fost intentate cauze penale, iar alte 1953 de cazuri au fost documentate conform prevederilor Codului Contravențional. Reieșind din clasificarea infracțiunilor săvârșite în cadrul relațiilor de

<sup>53</sup> Vraști Radu Evaluarea și intervenția în crizele date de violență familială. Ghid Practic de Intervenție asistențială, 2012, 468p.

<http://www.vrasti.org/8.%20Evaluarea%20si%20intervenția%20in%20criza%20data%20de%20violență%20domestică.pdf>

familie, în baza alin. (1), litera a) a art. 201 din CP (*maltratare, alte acțiuni violente soldate cu vătămarea ușoară a integrității corporale sau a sănătății*) au fost înregistrate 853 de infracțiuni. Numărul adresărilor la organele de poliție în cazuri ce vizează conflicte familiale, a fost însă mult mai mare – 10 871 de adresări în 2017.

Dinamica adresărilor către organele de poliție, referitor la cazurile de violență în familie, pe parcursul anilor 2012-2017:

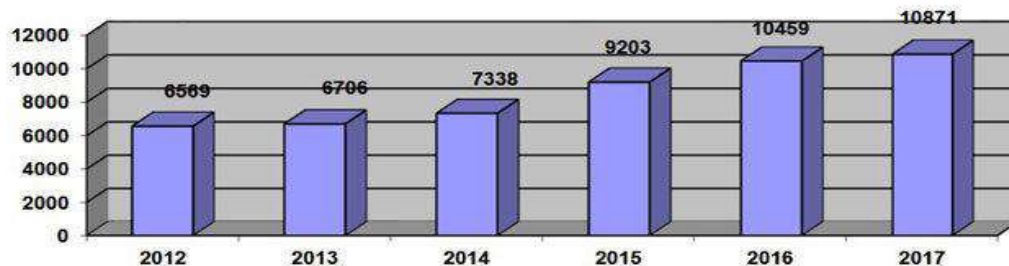


Diagrama 1. Dinamica adresărilor către organele de poliție, referitor la cazurile de violență în familie (2012-2017). Victimele violenței: femeile de 45-60 de ani. Sursa: Poliția R. Moldova

Potrivit studiului BNS, violență în familie afectează și persistă în rândul femeilor din toate grupurile de vârstă, însă ponderea cea mai ridicată a femeilor victime, se regăsește în rândul celor cu vârsta de 45-54 ani (70,3%) și celor de 55-59 ani (69,1%). Totodată, și peste jumătate dintre femeile tinere, în vârstă de 15 – 44 ani se confruntă cu situații de violență în familie.

Formele violenței în familie sunt multiple, circa 60% dintre acestea pe parcursul vieții s-au confruntat cu violența psihologică, 55% cu forme ale violenței psihologice orientate spre izolare socială, iar fiecare a zecea femeie cel puțin o dată a suferit din cauza violenței economice. De asemenea, circa 40% dintre femeile au fost supuse cel puțin o dată violenței fizice, iar circa 20% dintre acestea – violenței sexuale. Totodată, peste 12% dintre femeile pe parcursul vieții s-au confruntat cu cele trei forme cumulate de violență (psihologică, fizică și sexuală) din partea soțului/partenerului.

Datele aceluiași studiu BNS reflectă că, cel mai frecvent victime ale violenței sunt femeile din mediul rural (circa 70%), rata prevalenței violenței asupra acestora pe parcursul vieții fiind mai ridicată cu 10,8 % față de cea a femeilor din mediul urban (circa 60%). Aceste date sunt, de altfel, reconfirmate și de către statisticile oficiale ale Ministerului Afacerilor Interne (MAI), care arată că, peste 66% din toate cazurile de violență în familie sesizate, care au fost înregistrate în anul 2017, au parvenit din mediul rural.

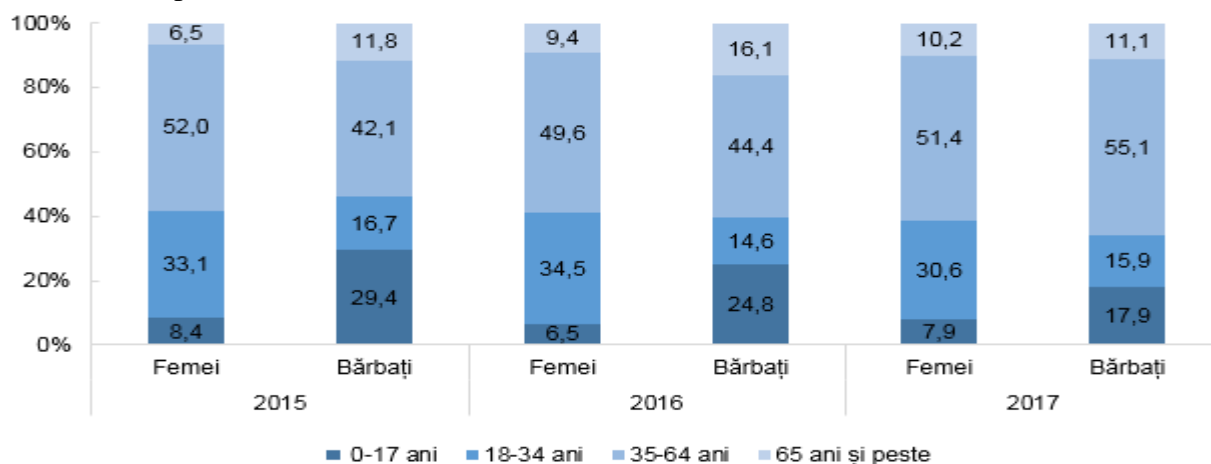


Diagrama 2. Structura persoanelor care au suferit în urma violenței domestice pe sexe, 2015-2017/ Sursa: BNS

În anul 2017, datele statistice ale poliției R M arată că în urma violenței domestice au suferit 956 persoane, circa 80% din victime fiind femei. Potrivit analizei BNS, atât femeile cât și bărbații devin victime preponderent la vârsta de 35-64 ani. Totodată, în rândul copiilor și

adolescenților, ponderea băieților de 0-17 ani care suferă în urma violenței domestice este dublă față de cea a fetelor, 18% față de 8 %.

**Violența în familie și Codul Penal.** Pentru cele 956 de infracțiuni în sfera familială înregistrate în 2017, au fost intentate cauze penale în baza următoarelor articole din Codul Penal:

- omor: 31 de cauze;
- vătămări grave a integrității corporale: 15 cauze;
- viol: 34 de infracțiuni;
- acțiuni violente cu caracter sexual: 23 de infracțiuni;
- raportul sexual cu o persoană care nu a împlinit 16 ani: 3 cazuri;
- acțiuni perverse: 1 infracțiune.

*În 24 de cazuri de violență în familie înregistrate, victimele au decedat.*

Reieșind din clasificarea infracțiunilor săvârșite în cadrul relațiilor de familie, potrivit prevederilor Codului Penal, „maltratare, alte acțiuni violente soldate cu vătămarea ușoară a integrității corporale sau a sănătății”, au fost înregistrate 853 de infracțiuni în 2017.

Analiza infracțiunilor arată că urmare a acțiunilor violente comise de către agresori în cadrul familiei, au devenit victime 762 de persoane de sex feminin, dintre care 59 de fete și 45 de femei cu vârsta de peste 50 de ani și 194 de persoane de sex masculin, dintre care 31 de băieți minori. Agresori au fost 864 de bărbați și 92 de femei.

În prezent, organele de poliție manifestă activități de prevenție împotriva a 5256 de agresori, care manifestă caracter violent în familie. Pe parcursul anului 2017, au fost luați la evidență 2781 de agresori, iar radiati din listă au fost 1523. Din numărul total de agresori ținuți la evidență, 5221 (99%) sunt bărbați și 35 sunt femei (1%).

Au fost înregistrate 10871 de plângeri pe violență și doar 956 de cazuri penale.

Pe parcursul anului 2017, la Inspectoratul de Poliție au parvenit 10871 de adresări cu privire la infracțiuni și incidente ce vizează conflictele în cadrul relațiilor familiale. Dintre acestea, în 853 de cazuri au fost inițiată procedura penală în baza art. 201, alin. (1) CP violența în familie, iar în cazul a 588 de sesizări, a fost refuzată pornirea urmăririi penale, „din lipsa elementelor constitutive ale componenței de infracțiune, prevăzută în art. 201, alin. (1) CP”.

**Protecția victimelor, ordonanțe încălcate.** Pe parcursul anului 2017, ofițerii de poliție au înaintat către instanțele judecătorești 724 de demersuri privind aplicarea măsurilor de protecție a victimelor violenței în familie. Dintre acestea, 91 au fost respinse de către judecători pe motiv că „lipsesc motive obiective”. Totodată, ca măsură preventivă în vederea protecției victimelor, instanțele judecătorești au emis 878 de ordonanțe de protecție. Dintre acestea, 282 au fost încălcate, iar pentru aceasta, au fost inițiate cauze penale.

Începând cu 16 martie 2017, pentru prima dată în RM, a fost introdus, prin lege, **ordinul de restricție de urgență**, care constituie **o măsură provizorie de protecție a victimei violenței în familie**. Astfel, Poliția are mai multe pârghii de influență, poliștii pot reacționa imediat la apelul persoanei supuse violenței și scoate imediat agresorul din familie, fără a mai fi necesară intervenția instanțelor de judecată sau cererea obligatorie a victimei, iar împăcarea părților este imposibilă. Ulterior este emisă și ordonanța de protecție, pentru încălcarea căreia agresorul riscă încă un dosar penal.

Potrivit datelor Poliției RM, în perioada 16 mai – 30 noiembrie 2017, Poliția a eliberat 2161 de ordine de restricție de urgență, în privința agresorilor familiari. Dintre acestea, 6 ordine au fost contestate. Până în prezent, nu a fost clasat niciun ordin de restricție de urgență. Totodată, pentru încălcarea ordinului de restricție de urgență, în privința a 293 de agresori familiari au fost intentate proceduri contravenționale.

### 3.2. Tipurile de violență domestică

Dupa Campbell (1995), violență împotriva femeii include toate actele verbale, fizice și sexuale care violează corpul, sentimentul de identitate și cel de încredere a femeii. Violență poate fi definite ca o folosire abuziva a puterii pentru a nega drepturile și libertatea de alegere a

celuilalt, cu scopul de a domina și controla partenera și de a restrânge alegerile și libertățile ei. Actele care lipsesc femeia de dreptul de liberă alegere și împiedecă dezvoltarea personală pot fi acte de violență fizică și/sau non-fizică. Făptuitorul poate utiliza diverse tactici de control și dominare. Abuzul împotriva femeii include suma tuturor actelor de violență și promisiunile de violență în viitor cu scopul de a spori puterea și controlul făptuitorului asupra partenerei lui.

**Violența în familie** se manifestă sub următoarele forme:

<b>Forma</b>	<b>Manifestarea</b>
<i>violența verbală</i>	adresarea printr-un limbaj jignitor, brutal, precum utilizarea de insulte, amenințări, cuvinte și expresii degradante sau umilitoare;
<i>violența psihologică</i>	impunerea voinței sau a controlului personal, provocarea de stări de tensiune și de suferință psihică în orice mod și prin orice mijloace, violență demonstrativă asupra obiectelor și animalelor, prin amenințări verbale, afișare ostentativă a armelor, neglijare, controlul vieții personale, acte de gelozie, constrângerile de orice fel, precum și alte acțiuni cu efect similar;
<i>violența fizică</i>	vătămarea corporală ori a sănătății prin lovire, îmbrâncire, trântire, tragere de păr, înțepare, tăiere, ardere, strangulare, mușcare, în orice formă și de orice intensitate, inclusiv mascate ca fiind rezultatul unor accidente, prin otrăvire, intoxicare, precum și alte acțiuni cu efect similar;
<i>violența sexuală</i>	agresiune sexuală, impunere de acte degradante, hărțuire, intimidare, manipulare, brutalitate în vederea întreținerii unor relații sexuale forțate, viol conjugal;
<i>violența economică</i>	interzicerea activității profesionale, privare de mijloace economice, inclusiv lipsire de mijloace de existență primară, cum ar fi hrană, medicamente, obiecte de primă necesitate, acțiunea de sustragere intenționată a bunurilor persoanei, interzicerea dreptului de a poseda, folosi și dispune de bunurile comune, control inechitabil asupra bunurilor și resurselor comune, refuzul de a susține familia, impunerea de munci grele și nocive în detrimentul sănătății, inclusiv unui membru de familie minor, precum și alte acțiuni cu efect similar;
<i>violența socială</i>	impunerea izolării persoanei de familie, de comunitate și de prieteni, interzicerea frecventării instituției de învățământ, impunerea izolării prin detenție, inclusiv în locuința familială, privare intenționată de acces la informație, precum și alte acțiuni cu efect similar; g) violența spirituală - subestimarea sau diminuarea importanței satisfacerii necesităților moral-spirituale prin interzicere, limitare, ridiculizare, penalizare a aspirațiilor membrilor de familie, a accesului la valorile culturale, etnice, lingvistice ori religioase, impunerea aderării la credințe și practici spirituale și religioase inacceptabile, precum și alte acțiuni cu efect similar sau cu repercusiuni similare

Prin membru de familie se înțelege:

- ascendenții și descendenții, frații și surorile, copiii acestora, precum și persoanele devenite prin adopție, potrivit legii, astfel de rude;
- soțul/soția și/sau fostul soț/fosta soție;
- persoanele care au stabilit relații asemănătoare aceloră dintre soți sau dintre părinți și copii, în cazul în care conviețuiesc;
- tutorele sau altă persoană care exercită în fapt ori în drept drepturile față de persoana copilului;

- reprezentantul legal sau altă persoană care îngrijește persoana cu boală psihică, dizabilitate intelectuală ori handicap fizic, cu excepția celor care îndeplinesc aceste atribuții în exercitarea sarcinilor profesionale.

**Tipurile de violență domestică:**

Asistentul social trebuie de la primul contact cu victima violenței domestice să identifice care este tipul de violență domestică, dinamica desfășurării actului de violență, trecerea de la un tip la altul și consecințele acestuia. Există o varietate largă de tipuri de violență domestică iar pentru o mai bună cuprindere ele se clasifică în opt tipuri:

1. **Abuz emotional/psihologic/verbal:** forțarea să facă lucruri ilegale; facerea de acuzații false; punerea de porecle; vânărea de greșeli; amenințări verbale; strigăte; intimidare; acuzați precum că ar fi proastă; manipularea emoțiilor; exprimare de neîncredere; rememorarea de lucruri neplăcute; gelozie nepotrivită; expunere la acte degradante; întoarcere situațiilor împotriva ei; „spălarea creierului”; imitare și îngânare; tăcere; refuzul de a face ceva împreună sau pentru ea; ignorare; invocarea vinovăției; manipulare; stil certăreț și de confruntare; reținerea de la afecțiune; pedepsirea prin a nu participa la treburile casnice; stil neiertător, de reproșuri și resentimente; spune de minciuni; negarea sau deposedarea de responsabilităților ei; amenințare cu pierderea statutului de emigrant; creiază în mod deliberat dezordine; amenințarea cu mersul la autorități; fortarea să-si retragă plângerile; face glume înjositoare; minimalizează munca și contribuția ei; nu vine acasă; ridiculizează preferințele ei alimentare; încurajează să se angajeze în violența fizică; prieteni și suport pentru bărbații care sunt abuzivi; solicitări care interferă cu timpul și rutina ei; profită de frica ei pentru anume lucruri; șantajează cu amenințări de suicid.

**Abuz emoțional legat de reproducere, sarcina și naștere:** oprirea folosirii sau obligarea folosirii contracepției; forțarea să avorteze; refuză sexul pe motive înjositoare; nu recunoaște că copilul e al lui; refuză să furnizeze suport cât timp e gravid; refuză să furnizeze suport în timpul nașterii; refuză accesul la copilul nou născut; refuză suport sau ajutor pentru copilul nou născut; solicită sex curând după naștere; blamează faptul că copilul nu are sexul dorit de el; nu acceptă ca femeia să alăpteze copilul; o face să se simtă rău când stă cu noul născut.

1. **Abuz în ambianța căminului sau a vehicolului.** Abuz în cămin: provoacă vătămări animalelor de casă, rupe hainele; o încuie afară sau înauntru; aruncă sau distruge lucrurile ei; trânteste usile; aruncă cu obiecte sau mâncare; îi interzice să folosească telefonul; dă cu pumnul în zid.

**Abuz legat de vehicol:** conduce prea repede; conduce imprudent și fără grija; conduce când este beat; o forțează să între în mașină; o împinge afară din mașină din mers; o amenință că va provoca un accident cu mașina; o împinge/lovește sau o aleargă cu mașina; trage de volan când ea conduce; o rănește/omoaară într-un accident deliberat; o lovește când ea conduce; pune piciorul peste al ei pe pedală de accelerație.

2. **Abuz social:** controlează tot ce face, ce vorbește, ce citește, unde se duce, cu cine vorbește; nu îi citește mesajele, scrisorile; o critică/ignoră în public; blochează accesul la familie și prieteni; interferă cu relațiile ei cu familia și prietenii; insistă să fie de față când se duce la doctor; este brutal și vulgar cu rudele și prietenii ei; dictează comportamentul ei; face “scene” în public; îi cenzurează scrisorile; o tratează ca pe o servitoare; refuză să-i ofere spațiu privat sau personal.

**Abuz social implicând copii:** violențe și agresiuni în fața copiilor; inițiază false acuzații de abuz față de copii; o face să stea numai acasă cu copii; critică abilitățile ei de mamă; o face de rușine în fața copiilor; nu împărtășește responsabilitățile ei cu copii; învață copii să o poreclească, să o lovească, amenință să ia copii și îi spune că niciodată nu va avea custodia copiilor.

**Abuz social din timpul separării sau divorțului:** compară afecțiunea copiilor cu cadourile scumpe; nu apare la timp să ia copii sau nu-i aduce înapoi la timp; presează copii ca să se informeze despre actualul prieten al soției, le spune copiilor că mama lor este responsabilă pentru separare/divorț; folosește copii ca să trimească mesaje; refuză accesul ei la copii.

4. **Abuz financiar:** folosește/ia banii ei; falsifică numele ei; îi da bonuri și recipise false; anulează polițe de asigurări; sabotează eforturile ei de a avea independență economic; îi reține din bani sau nu vrea să-i dea bani; nu plătește datoriile sau nu împarte cheltuielile în mod just; o presează să-și asume responsabilitatea pentru finanțele familiei; cheltuiește bani fără logică; nu face cheltuieli cu ocazii speciale; cheltuiește pe băutură sau droguri, servicii sexuale sau jocuri de noroc; presiune/control asupra condițiilor ei de muncă; ține secret finanțele familiei; o oprește să aibă un serviciu.

5. **Abuz ritualice:** mutilare; mutilare a animalelor; canibalism forțat; sacrificiu uman; sugerează/promovează suicidal; o forțează să participe la ritualuri; o forțează să fie martoră la ritualuri.

6. **Abuz fizic:** orice contact fizic nedorit; ignorarea bolilor sau rănilor ei; darea unei palme, pumn; îi provoacă arsuri; tragerea de păr, lovirea capului de ceva dur; îi strânge mâna, îi învârte bratul; strângerea de gât, strangulare; o forțează să mănânce; scuipare; aruncă cu lucruri în ea; lovirea cu obiecte, cu bici; o leagă sau o închide; urinarea pe ea; îi provoacă fracture; tăierea cu cutitul sau împuscarea; o amenință cu moartea sau cu rănirea gravă; îi dă cu piciorul, cu pumnul, o pișcă, o împinge sau o trage; o restrânge sau oprește de la mâncare, apă, o forțează să bea alcool sau să folosească droguri; stă prea aproape și a intimidează; ascunde medicamentele sau o oprește să le ia.

7. **Abuz sexual:** orice contact sexual nedorit; forțarea să facă sex; forțarea să facă sex cu alții; amenințarea pentru a o face să facă sex; lovirea, tragerea sau apucarea de sâni sau organe genitale; forțarea să facă sex când e bolnavă, după naștere sau operații chirurgicale; insistența de a avea contact sexual; transmiterea de boli sexuale în cunoștința de cauză; tratarea ei ca un obiect sexual; forțarea să se uite la materiale pornografice; prezentarea de material pornographic care să o facă să se simtă inconfortabil; folosirea sexului ca soluționare a unui conflict; critica înjosoare a abilității ei sexuale; gesturi tandre nedorite în public; acuzații de infidelitate; denumirea ei ca prostituată, frigidă, curvă, etc.; glume/comentarii cu caracter sexual în public; umilirea unor părți din corpul ei; administrarea de alcool sau droguri pentru a o face să facă sex; solicitarea de sex contra alcool sau drog ca și plată.

8. **Abuz religios** - folosirea religiei pentru a justifica abuzul și dominarea; folosirea statutului în biserică ca presiune de a obține favoruri și acte sexuale; solicitarea regulată de a cere iertare; oprirea ei de a merge la biserică; solicitarea de sex sau consum de drog ca act religios; ridiculizarea credințelor ei religioase etc.

### 3.3. Familii cu predispoziții pentru violența domestică

Familia constituie unitatea fundamentală a societății și mediul natural pentru creșterea și bunăstarea copilului. Fiecare societate are un anumit sistem familial de reglementare a relațiilor dintre bărbații și femeile de vârstă matură, dintre aceștia și copii.

Familia reprezintă o formă superioară de comunitate - în principal a soțului, soției și copiilor - care se bazează pe relații sociale și biologice, având drept scop suprem pregătirea unei generații viitoare, sănătoasă și temeinic educată, care să participe la dezvoltarea societății.

În dependență de interacțiunea dintre membrii familiei Cuber & Harov în 1966 evidențiază următoarele **tipuri de mariaje:**

*Mariajul habitual conflictual* este marcat de severe tensiuni și conflicte, stabilitatea cuplului fiind asigurată mai întâi de teama de singurătate a partenerilor, iar în al doilea rând de faptul că fiecare dintre aceștia prin supărarea celuilalt își manifestă dominanța în folosul său. Argumentează autorii, prin unele personalități, conflictul reprezintă o nevoie care satisfăcută contribuie de asemenea la menținerea stabilității cuplului.

*Mariajul devitalizat* - nu este caracterizat nici de conflicte severe, nici de momente frecvente de bucurie cu toate că nici unele nici altele nu lipsesc. Apatia pare a caracteriza cel

mai bine raporturile dintre soți care rămân împreună mai ales din motive de ordin material sau moral.

*Mariajul confortabil* - oferă partenerului confort cu toate că ei nu sînt implicați în problemele celuilalt. Chiar dacă apelează la sprijin emoțional, social din afara cuplului nu au sentimentul că este ceva greșit în căsătoria lor.

*Mariajul vital* - relația dintre parteneri este bogată și extrem de importantă pentru fiecare dintre parteneri, în cel puțin un domeniu.

*Mariajul total* - cel mai rar întîlnit, similar cu cel vital doar că este mai complex, deoarece nici o activitate nu procură satisfacție în absența celuilalt.

Teoriile recente accentuează rolul familiei ca teritoriu al satisfacerii nevoilor membrilor săi "...familia devine familie când doi sau mai mulți indivizi decid că ei sînt o familie, că în mediul lor intim de aici și acum își satisfac reciproc nevoile lor emoționale de apropiere, de a trăi într-un spațiu cu rol de cămin, în care ei își asuma roluri și sarcini necesare satisfacerii cerințelor biologice, sociale și psihologice ai celor implicați".<sup>54</sup>

Acest mod de a vedea familia, valorizează funcția ei de a asigura nevoile de supraviețuire și dezvoltare a tuturor membrilor ei indiferent de vîrstă. Familia devine disfuncțională și necesită intervenții în momentul în care ea permite promovarea unor obstacole în calea dezvoltării unor membri ai săi. Văzută astfel, familia trebuie să aibă flexibilitatea necesară pentru a răspunde prin schimbări adecvate, rămînînd o unitate shimbările care se produc cu fiecare membru, în diversele stadii ale vieții prin care trece .

Violența domestică, este mărturia incapacității familiei de a face față presiunilor cotidiene. Acestea generează o criză căreia familia nu îi poate răspunde păstrînd în continuare bunăstarea membrilor ei, ci doar sacrificînd prin victimizare membrii mai vulnerabili. Intervenția necesară din această perspectivă trebuie să pună în joc abilitățile profesioniștilor de a restructura relațiile de atașament dintre parteneri. Fundătura în care se află familia de acest tip ar putea fi asimilată cu imaturitatea membrilor ei, și în acest caz un tip de intervenție care este foarte dificil pentru specialist, dar eficient în situație, este de a juca pentru membrii familiei rolul de "mamă bună" de care nu au avut parte în copilărie, pentru a le facilita astfel maturizarea<sup>55</sup>.

Un alt mod de a defini familia ține seama de funcționarea internă a familiei ca sistem. Familia reprezintă un sistem dinamic al cărui mod de funcționare este dat de calitatea unor elemente cum ar fi: legăturile dintre membrii săi, particularitățile calitative ale acestora luați ca unități intradependente și interrelaționate.

Descrierea legăturilor ne indică persoanele care la un anumit moment sînt înăuntrul sau în afara familiei. Aceste legături trebuie să fie suficient de flexibile pentru a permite schimburi de informație și ca pe o "entitate discretă" (Minuchin, 1974).

*Rolurile membrilor familiei* se definesc în contextul relațiilor cu ceilalți. Rolurile sînt descrise de apartenența la sex, vîrstă și sînt transmise de la o generație la alta.

*Regulile familiei* descriu funcționarea rolurilor și a comportamentelor specifice într-un anumit timp și loc de viață a familiei, subiectele pe care familia acceptă să le discute și cele care sunt de neatins, exprimarea sentimentelor și modurile de relaționare în familie și în afara ei. "...ele direcționează curentul și natura legăturilor în familie și a comunicării... conferă statut și putere, definesc ritualurile familiei, exprimă înțelesurile și valorile sistemului".<sup>56</sup>

*Ritualurile* sînt importante pentru stabilirea familiei. Ele structurează schimburile de experiență dintre generații , în prezent, și sunt decisive în transmiterea valorilor culturale ale familiei (spre exemplu masa de duminică care pentru membri înseamnă mai mult decât procesul de a mânca). O familie își asigură stabilitate, continuitate a vieții, echilibru, în mare măsură prin aceste ritualuri care formalizează viața familiei.

O familie bîntuită de violența domestică nu își mai păstrează în general aceste ritualuri pentru că, în mod paradoxal, adesea aceste momente devin câmpul de manifestare al

<sup>54</sup> Baban A., David H. Voci ale femeilor din România. București ,UNICEF, 1994

<sup>55</sup> Bocancea C., Neamțu G. Elemente de asistență socială. Iași, Polirom, 1999.

<sup>56</sup> Druță F. Psihologia familiei. București, Editura Didactică și pedagogică R.A., 1998

comportamentelor violente. Astfel, se știe că de sărbători sau la momentul cinei, când se adună toți membrii familiei, scenele de violență domestică au o frecvență mai crescută.

Este important de reținut că în familie fiecare membru al grupului are o psihologie proprie, care influențiază relațiile reciproce din cadrul grupului și, deci, reprezintă una din condiționările vieții normale de familie, în primul rând, în cadrul familiei conjugale partenerii vin cu psihologia deja formată, sub influența familiei de origine și a altor colective și persoane aparte cu care au avut contacte.

Există câteva tipare de relaționare care pot favoriza mai mult sau mai puțin apariția comportamentelor violente din partea celui care domină în relație. Identificarea tipului de relație este importantă pentru fixarea obiectivelor de intervenție. Wood și Hollis (1990), descriu următoarele tipuri de **relații de cuplu**:

*Relații solide*, devotate cu disfuncții minore - partenerii au o doză redusă de autoapărare, sunt gata să reflecteze asupra pozițiilor lor, sunt sensibili la intervenții de educare privind viața de familie.

*Cupluri stresate de tranziție specifice ciclurilor vieții* - se adaptează mai greu la schimbările naturale în viața cuplului ca: noi relații importante, schimbarea locului de muncă, adolescența copiilor etc. Adoptarea lor la aceste modificări țin de factori externi dar și interni (echilibru, maturitate, stabilitate, optimism).

*Cupluri cu un partener simptomatic* - unul din cei doi este mai iritabil, exploziv, anxios, impulsiv - echilibrul cuplului este serios periclitat, apar manifestări agresive intolerante pentru celălalt. Dezvoltarea violenței domestice este frecventă în aceste cazuri.

*Relații de cuplu conflictuale cronicizate* - chiar de la început în aceste cupluri există multă hărțuire reciprocă și dezacorduri. Deși sînt fideli unul altuia, cei doi sînt nefericiți în relație.

*Relații în care evitarea este modul de a conviețui* - când unul sau ambii parteneri sînt copleșiți de problemele de la serviciu, dependenți de alcool, droguri, au o relație extraconjugală, sînt absorbiți de copii - aceste evenimente îl duc pe celălalt partener la aplicarea violenței.

*Cupluri de constrînse presiuni puternice din exterior* (aici se include: războiul, șomajul, dezastrele naturale etc.).

*Cupluri avînd relații tulburate cu familia de origine.*

*Cupluri în care proiectarea și asumarea irațională a unor roluri afectează negativ relația* (partenerul impune celui alt comportamente, atitudini caracteristice figurilor parentale).

*A doua căsătorie care crează dificultăți speciale pentru unul/ambii parteneri.*

*Cupluri cu stil marital "calcificat"* - nu acceptă schimbările în cuplu deși viața este plină de insatisfacții.

*Cupluri în care un partener vrea să părăsească relația iar celălalt vrea să o păstreze* - se sfîrșește prin divorț, viața e foarte tensionată.

*Cupluri care încheie relația printr-o înțelegere mutuală* - încheierea relației vine după o perioadă în care s-au acuzat reciproc de nefericirea, sînt cupluri care și-au trăit nefericirea fără violență așa cum și separarea se face printr-o înțelegere tacută.

### **3.4. Mituri, motivații și prejudecăți în explicația volenței domestice**

Studiile efectuate până în prezent asupra violenței domestice au permis identificarea mai multor cauze, motivații și prejudecăți, existente în societate, care pot explica comiterea unui act de violență, cât și amploarea actelor în societatea contemporană. Constatările în acest domeniu au permis conturarea mai multor concepții etiologice în acest domeniu. Investigația efectuată de avocații din Minnesota în Moldova<sup>57</sup> demonstrează că violența în familie descinde din rolul secundar pe care femeia îl are tradițional în viața familială și în cea comunitară în diverse orânduirii sociale".

<sup>57</sup> Violența domestică în Republica Moldova. Raportul avocații din Minnesota, Chișinău, 2000

**Mituri ale violenței domestice și factori agravanți**, care merg însă la suprafața lucrurilor, reflectând cel mai adesea o anumită reprezentare socială, specifică unei anumite culturi<sup>58</sup>:

- Violența domestică este cel mai des întâlnită la clasele de jos;
- Victima poate pune capăt violenței prin divorț;
- Victima poate învăța ce să facă spre a preîntîmpina declanșarea violenței;
- Alcoolul, stresul și bolile psihice sînt cauzele majore ale agresiunilor fizice și verbale;
- Violența apare doar între parteneri heterosexuali;
- Graviditatea protejează femeia de bătaie din partea partenerului;
- Femeia agresată acceptă tacit (consimte mutual) abuzul și de aceea nu sedestăinuie, nu raportează, nu cere ajutor;
- Femeile care nu găsesc soluții, nu se opun, au o doză de plăcere în situația de victimă, au tendințe masochiste;
- Femeile victime ale agresiunilor partenerilor nu au mândrie personală, au personalitate slabă și dependentă, sînt supuse/pasive;
- Femeile care sînt bătute, merită să fie bătute;
- Bătaia afectează doar o mică porțiune din populația feminină;
- Bătaia înseamnă doar un incident scurt, de pierdere de moment a controlului de către agresor;
- Bătaia nu face rău, ba chiar este o parte din dragoste;
- Dacă va deveni credincios, bărbatul nu-și va bate partenera;
- Chiar dacă soțul este agresiv el este un tată bun pentru copii și ei au nevoie de tată;
- Dacă relația violentă este suportată de femeia victimă, în timp, această relație se va schimba și va deveni mai bună;
- Victimele vin din familiile unde violența este o problemă și vor repeta modelu violent din familiile sale.<sup>59</sup>

Aceste prejudecăți nu fac altceva decît de a învinovăți, de a obliga victima să suporte relația abuzivă. Numeroși oameni au evoluat problema sărăciei ca fiind un rezultat a crizei economice, care constituie fundamentul actelor de violență în familie. Investigația din sfera sănătății reproductive acreditează idea că întîmplările de violență în familie se produc mai des în familiile cu un statut social-economic scăzut. Realmente, 1/3 dintre femeile din familiile cu statut social-economic scăzut au informat despre actul de violență în comparație cu 12,5% dintre femeile cu stătu social economic înalt.

Cu toate că femeile din toate categoriile sociale suportă consecințele violenței rezultatele investigației făcute în Moldova coincid cu cele internaționale, care au determinat că femeile care duc o viață precară sînt expuse mai mult actelor de violență decît femeile cu un statut social înalt, deoarece asupra acestor diferențieri influențiază și dorința victimelor să înștiințeze instanțele despre actele de violență. Femeile cu studii superioare și/sau înstărite se timorează să înștiințeze instanțele despre actul de violență, fiindcă ele percep că pierderile lor vor fi mai mari. Femeile cu un statut social înalt discută mai rar de violența pe care o suportă în publi, dar apelează mai des la servicii de informare, consultanță și suport. Există numeroși bărbați care beneficiază de o bunăstare familială, dar siguranța vieții cotidiene nu împiedică să-și abuzeze partenerile (17). Pentru a deveni agresiv în situații de sărăcie... trebuie să trăiești cu convingerea că ești îndreptățit să-ți reverși necazul "pe ai tăi", cei care sînt mai slabi decît tine și eventual depind de tine (14).

Încă unul din miturile răspândite este acela conform căruia, alcoolul este cauza actelor violente. Deși multe din cazuri s-au produs când agresorul era în stare de ebrietate, cercetările

<sup>58</sup> Muntean A. Violența domestică și maltratarea copilului. Editura Eurostampa, Timișoara, 1989. 320 p.

<sup>59</sup> Urîtu L. Pentru dumneavoastră femei. Chișinău 1998

constată că însăși alcoolismul, stupefiante, nu generează violența domestică . Consumul de alcool poate favoriza violența ori să-i întunece rațiunea opresorului și să-i facă mai agresiv. În cazul când factorii alcoolului dispar, violența, de regulă continuă. Investigațiile efectuate de Secția de Ordine Public a Ministerului Afacerilor Interne, au stabilit că mai puțin 20% din vinovații de violență în familie au fost sub acțiunea alcoolului.

Explicația potrivit căreia violența bărbatului e declanșată de comportamentul cicălitor al femeii și în general de comportamentele ei nepotrivite, care îi atrag o pedeapsă bine meritată din partea lui, sugerează faptul că femeia poate controla comportamentul abuziv al bărbatului în relația cu ea. Această viziune este total greșită. "Una din traumele psihice pe care le induce violența se datorează elementului de surpriză, femeia nu știe când se va întâmpla previzibilul previzibil"- spunea Killen.<sup>60</sup>

A acuza femeia de comportament cicălitor sau neadecvat în relația cu bărbatul nu înseamnă altceva decât a scuza bărbatul și deci a tolera violența în continuare. Multe femei își înfrânează acest comportament cicălitor, sperând că vor evita agresiunea, iar experiența arată că aceasta nu influențiază cu nimic, iar evenimentele oricum se petrec. Nu există nici un fel de justificare reală a agresiunii bărbatului contra femeii, nu se exclude idea că bătăile repetate induc o stare de depresie, adesea profundă la femeie, ceea ce face ca ea să nu mai caute ajutor sau să fie ea cea care declanșează violența bărbatului prin propria ei violență. Aceste femei sînt la capătul puterilor vitale, iar sub aspectul personalității ele au suferit schimbări profunde care le-au alterat comportamentul de relaționare. Agresivitatea lor are ca scop salvarea, (ele pot să comită agresiuni din răzbunare).

Religia are un rol progresiv în societatea moldovenească. Unii dintre liderii religioși împărtășesc opinii tradiționale extreme, adoptînd poziția conform căreia femeia nu trebuie să divorțeze și să îndure violența fizică indiferent de consecințe. Un preot din Chișinău s-a pronunțat astfel: " Violența în familie există astăzi, a existat în trecut și va exista întotdeauna". Luîndu-se în calcul situația economică a femeilor din Moldova, femeile au doar câteva alternative în cazul când sînt agresate. Multe femei nu au posibilitatea să aibă grijă de sine. Uneori femeia crede că religiozitatea ei va putea să schimbe comportamentul violent al partenerului, mai ales dacă îl face să frecventeze biserica. Este într-o oarecare măsură mit deoarece sînt și preoți, pastori care își bat soțiile sau sînt violente cu ele."Religia nu-I face pe bărbați să se simtă îndreptățiți să-și bată partenerule".<sup>61</sup>

Uneori în anumite comunități izolate, bătaia este văzută ca o parte a dragostei ce i-o poartă bărbatul femeii, care nu are consecințe grave. Această imagine a bătăii ca dovadă a dragostei o face pe femeia victimă să nu fie conștientă de riscuri. Deși nimănui nu îi place să fie agresat, ea suportă durerea agresiunilor în virtutea acestui mit care vede bătaia ca o parte a dragostei. Se crede în general despre bătaia dintre soți că este un "moment de pierdere a controlului" de către bărbat, în realitate , bătaia poate dura ore în șir, uneori trecînd de la o zi la alta. Adesea bărbații violenți își planifică agresiunile. Bătaia este doar un moment de criză al unei situații care constituie o permanentă. Relația violentă se bazează pe ideea că bărbatul are dreptul și datoria să domine.

După mitul conform căruia violența domestică apare doar acolo unde este un nivel educativ mai scăzut, realitatea arată că cel puțin una din trei femei a fost bătută, constrînsă la acte sexuale sau abuzată în vre-un fel de partener (20). Investigațiile din Moldova au demonstrat că cu cât nivelul de instruire a opresorului sau a victimei este mai scăzut, cu atât numărul de apelări relativ la violență și cruzimea ei sînt mai mari și aceasta se datorește moralității lor. Desigur aceste "mituri" sînt factori agravanți care influențiază și precipită criza, evenimentul.

---

<sup>60</sup> Killen K. Copilul maltratat. Timișoara, Eurobit, 1998

<sup>61</sup> Muntean A. Violența domestică și maltratarea copilului. Editura Eurostampa, Timișoara, 1989. 320 p.

### 3.5. . Dinamica violentei domestice

Concepția teorică prevalentă în domeniul violenței domestice este cea dezvoltată de Walker (1984) referitor la ciclului violenței cu cele trei faze: creșterea tensiunii, incidentul de violență și fază de regrete și penitență (pocăință).

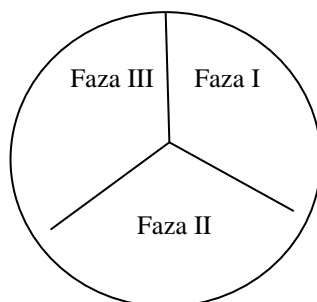


Figura 10. Ciclul de violență în familie Faza I - Creșterea tensiunii. Faza II - Stadiul acut de bătaie. Faza III - Luna de miere bunătate, remușcări, iubire.

#### **FAZA I - STADIUL CREȘTERII TENSIUNII.**

Femeia încearcă să-l calmeze pe bărbat, încercând să aibă grijă de el, să-l asculte, să-i fie supusă, fie anticipându-i fiecare capriciu (mof) sau îndepărtându-se din calea lui. Ea acceptă abuzul ca fiind îndreptățit asupra ei. Ea crede că poate să prevină ca mânia lui să se intensifice. Ea devine complicele lui acceptând o parte din comportamentul său abuziv, prin:

- nu își permite să se înfurie pe abuzator;
- mecanismul psihologic defensiv este negarea propriei mâini față de faptul că este rănită pe nedrept, atât psihologic cât și fizic;
- minimalizarea evenimentelor izolate de violență;
- negarea terorii față de inevitabilitatea bătaii.

Ea crede că deține controlul asupra comportamentului lui. Pe măsură ce tensiunea crește este din ce în ce mai dificil să-și folosească mecanismele de coping, astfel încât se va retrage. Retrăgându-se din fața stresului, ea va căuta o modalitate de a-și exprima mânia, astfel tensiunea continuă să se intensifice.

#### **FAZA II - STADIUL ACUT DE BĂTAIE**

Acest stadiu este caracterizat printr-o descărcare necontrolată de tensiuni, lipsa oricărui rețineri și distructivitate majoră. Abuzatorul își justifică de obicei comportamentul. El se caracterizează prin lipsa predictibilității și lipsa controlului. Dacă ea se opune, el va deveni și mai violent. Uneori femeia îl va provoca pe abuzator pentru a termina cu tensiunea. Ea nu va simți durerea cât va simți mai mult că este prinsă psihologic într-o capcană și nu poate să-și ia zborul. De cele mai multe ori își va minimaliza rănilor. După incident ea este indiferentă, deprimată și lipsită de ajutor. Are tendința de a se izola pe o perioadă de 24 de ore până la câteva zile înainte de a căuta ajutor.

#### **FAZA III. - BUNĂTATE, REMUȘCĂRI ȘI IUBIRE**

Stadiul se caracterizează printr-un calm neobișnuit. El încearcă să se revanșeze comportându-se foarte curtenitor și printr-o manieră iubitoare. Îi pare rău și își cere scuze. El promite că nu va mai face niciodată. O imploră să îl primească înapoi. El crede că se va putea controla de acum înainte și îi va promite orice, chiar și începerea terapiei. Chibzuința (logica) lui o determină ca ea să creadă că el se poate schimba. Ea își va reaminti cum a fost la început și îl identifică pe acel om bun, puternic pe care îl iubește. Ea va face totul posibil ca lucrurile să fie la loc, el îi va reaminti că are nevoie de ea și că s-ar sinucide dacă ea nu va veni înapoi. Aici apare atașamentul adictiv. Ea își primește acum toate recompensele pentru că este căsătorită și o face

complice la bătaia ei, care o determină să se urască și mai mult pe ea însăși și să se simtă și mai stânjenită.

Dinamica ciclului de violență este dramatic deoarece cu timpul dispar remușcări și regrete, declanșarea actului violent devine o rutină și crește în intensitate.

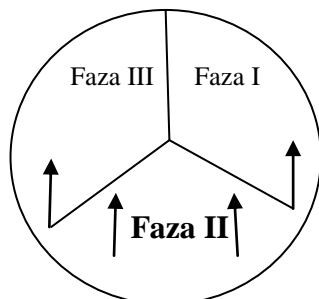


Figura 11. Dinamica Ciclului de violență în familie Faza I - Creșterea tensiunii. Faza II - Stadiul acut de bătaie. Faza II - Luna de miere bunătaie, remușcări, iubire.

### 3.6. Portretul victimei și agresorului violenței domestice

#### *Portretul victimei violenței domestice*

„Femeia bătută” nu este, cel puțin la începutul relației violente, o femeie slabă și neajutorată. Ea acționează urmărind propria emancipare, autonomia ei. Adesea ea inițiază relația cu partenerul, mînată de dorința de a scăpa de un context familial, în care nu se simte confortabil. Comportamentul ei agresiv manifestat în cadrul serviciilor cărora se adresează se datoriază situației de stres, de pericol în care se află, iar această agresivitate se îndreaptă contra propriei persoan.

Pierderea valorii personale;
Pierderea încrederii în sine;
Senzația că înnebunește;
Pierderea sentimentului de control al situației și a sa personal;
Neglijare personală (nutriția, igiena);
Poate neglija copii;
stres, anxietate mărită, tulburări psihosomatice;
Poate să-și transfere ura pe copii, să devină agresivă în relația cu ei.

Tabelul 7. Portretul victimei

Dacă la început femeia rămâne din dragoste pentru partener și din respect pentru valorile tradiționale, mai târziu ea rămâne sperînd în schimbarea comportamentului partenerului pe baza promisiunilor care vin din partea lui, mai ales la început în urma atacurilor violente. Un alt motiv care o ține în relația nefericită este absența unei variante eficiente. Într-o etapă ulterioară, femeia încetează să mai creadă în posibilitatea schimbării lui, dar rămâne din cauza fricii, iar modificarea survenită ține doar de aspectul motivațional al relației.

Există viziuni conform cărora femeile abuzate ar fi dominate de masculinitate, rigiditate, hiperemotivitate, irealism imaturitate, comportamente sexuale inadecvate.

Dupa această tipologie, femeia victimă se caracterizează prin asumarea vinovăției pentru actul de violență la care a fost supusă, tolerează postura de victimă pentru că se vede pe sine prin ochii făptuitorului, minimalizează severitatea actelor de violență ca un mod de apărare, prezintă un nivel scăzut de stimă de sine și dezvoltă ideea că este neajutorată, lipsită de putere și

incapabilă de a trăi singură; pentru unele femei a rămâne în astfel de relație este mai sigur pentru ele și copiii lor decât de a pleca.

În cele mai multe cazuri dilema femeii de a părăsi relația abuzivă sau nu și de a coopera cu poliția sau un este bazată pe modurile ei de “supraviețuire”. În tabelul 3.6. sunt prezentate câteva din modurile de supraviețuire utilizate de o femeie pentru a se adapta cu violență la care este supusă (Alberta Justice and Solicitor General, 2008. *Apud.* Radu Vraști Ghid Practic de Intervenție în Criză)<sup>62</sup>

Asistentul social trebuie să înțeleagă că părăsirea relației și a domiciliului de către femeia abuzată nu este un act simplu ci un process care durează și implică multiple tranzacții interioare și nu în ultimul rând este vorba de intuiția femeii care îi spune cât plecată este mai vulnerabilă decât dacă ar rămâne pe loc. Printre factorii care fac ca femeia să cânăarească îndelung plecarea sau chiar să rejeteze această pas sunt:

- frica,
- considerente religioase,
- credința ca partenerul se va schimba,
- creșterea tensiunii după separarea de partener,
- dependența financiară de partener,
- lipsa de cunoștințe profesionale care să-i asigure un loc de muncă,
- teama de greutăți materiale care s-ar reflecta asupra capacității ei de a crește copii,
- teama de a pierde copii în procesul de atribuire a custodiei,
- inabilitatea de a obține asistența legală sau neîncredere în sistemul judiciar,
- considerente de siguranță fizică și psihologică a propriei persoane,
- complexitatea relației cu partenerul.

Minimalizarea sau negarea violenței la care e supusă
Luarea responsabilității pentru actele de violență
Folosirea alcoolului sau drogurilor ca evadare
Auto-aparare
Căutarea ajutorului
Rămânerea în relația abuzivă pentru a evita escaladarea violenței
Inițierea de violențe ca un mijloc de a câștiga ceva control în relație

Tabelul 8: Diferite moduri de supraviețuire a femeii abuzate (după Alberta Justice and Solicitor General, 2008. *Apud.* Radu Vraști. Ghid Practic de Intervenție în Criză)

Făptuitorul actelor de violență este descris ca o persoană care are un comportament diferit în public și privat.

### ***Portretul agresorului***

Din nevoia de a nu trata populația bărbaților agresivi în relația cu partenera ca pe un grup omogen s-a încercat o descriere a tipului de bărbat violent în relația cu partenera în funcție de 3 caracteristici (Holtzworth-Munroe, 1997<sup>63</sup>):

- Severitatea incidentelor de violență fizică maritală și a abuzurilor psihologice.
- Gradul de generalizare a violenței din familie în relație cu alte variabile ca comportamente criminale, recurgerea la lege pentru penalizarea .
- Psihopatologia sau tulburările de personalitate ale agresorului.

Din aceste combinații au rezultat rezultat 3 tipuri de bărbați agresori:

<sup>62</sup> Vraști Radu Ghid practic de intervenție în Criză. Evaluarea și intervenția în criza determinată de abuzul față de bătrân. 83 pag.

<sup>63</sup> Muntean Ana. Violența domestică și maltratarea copilului. Editura Eurostampa, Timișoara, 1989.

1. Bărbați care manifestă comportamente violente doar în familie - nu dezvoltă forme severe de agresiune și sînt mai puțin agresivi din punct de vedere psihologic și sexual, nu au penalizări legale și nici tulburări psihopatologice.

2. Bărbatul agresiv de tip disforic/borderline - au comportamente violente față de parteneră pînă la forme grave. Au totuși manifestări violente și-n afara familiei, pot prezenta chiar pedepse penale. Pot avea obsesii de gelozie față de parteneră și pot fi dependenți de ea.

3. Bărbatul cu agresivitate generalizată și comportamente violente/antisociale - manifestă agresivitate frecvent și în afara familiei, și sînt certați cu legea.

Bărbatul agresor este convins că puterea și controlul pot fi obținute prin violență. Treptat în comportamentul acestuia crește frecvența comportamentelor violente și antisociale, se observă creșterea cantitativă și calitativă a problemelor emoționale, instabilitatea emoțională ect.

Violența domestică nu trebuie privită ca un fenomen accidental, izolat de restul manifestărilor sociale, ci ca un comportament motivat de o atitudine învățată. Aceste ar fi: duritatea fizică, autoritatea cu orice preț chiar amorală, viclenia, gustul pentru risc și aventură, sfidare și rebeliune, dominarea celui slab etc.

### ***Caracteristicile agresorilor domestici***

Tendința generală de aplicare a unei perspective integratoare se regăsește și în evoluția cercetărilor referitoare la caracteristicile agresorilor domestici, mai ales în rîndul echipelor interdisciplinare din cadrul adăposturilor destinate victimelor și agresorilor care au identificat în timp nevoia de a construi profile cât mai cuprinzătoare. O astfel de listă include<sup>64</sup>:

- *Abuzatorii au adesea o stimă de sine scăzută.* Chiar dacă majoritatea abuzatorilor lasă să se întrevadă o imagine de "putere", "încredere în forțele proprii", cel mai adesea dincolo de această față ei au o stimă de sine scăzută. Adesea această stimă de sine scăzută este direct legată de nevoia sporită de afectivitate a acestor bărbați și, ca o consecință directă, de o dependență emoțională excesivă față de parteneră.

- *Abuzatorii prezintă o dependență interpersonală mai ridicată față de partenera lor intimă.* Acești bărbați dependenți își doresc și în același timp se tem de apropierea emoțională de partenera lor, simt o mare frustrare și mânie față de autonomia partenerii lor și se focusează în principal asupra partenerii pentru satisfacerea tuturor nevoilor emoționale. (Coleman, 1980; Dutton, 1988; Sonkin et al., 1985). Direct corelată cu această frică și mânie îndreptată asupra autonomiei partenerii, este și stima de sine scăzută a bărbaților – dependența lor nesatisfăcută îi determină să își pună la îndoială valoarea în fața partenerii actuale, precum și în fața altor potențiale parteneri. Comportamentul de control atât de caracteristic bărbaților abuzivi este expresia dorinței puternice a bărbaților dependenți de a diminua sentimentul de autonomie al partenerii lor prin limitarea rețelelor lor sociale, îngustarea alternativelor relaționale, limitarea lor la activitățile din interiorul căminului conjugal și controlarea accesului la finanțe, educație și oportunități de angajare.

- *Abuzatorii se precipită în construirea de relații.* Se arată că multe dintre victimele violenței domestice au ieșit cu partenerii lor sau i-au cunoscut de-a lungul unor perioade mai scurte de șase luni înainte de a lua decizia de a se muta împreună. Comportamentul lor de exaltare în relație, comparabil cu emoția unei plimbări în carusel, impresionează adesea prin folosirea unor clișee precum "dragoste la prima vedere", "Ești singura persoană cu care pot să vorbesc", "Nu m-am simțit niciodată atât de iubit". Ca o consecință directă a nevoii puternice de atașament emoțional, ei forțează instaurarea unei relații mult înainte de a fi cunoscut partenera și de a fi fost siguri că își doresc să îi fie aproape.

- *Abuzatorii sunt excesiv de geloși.* Ei justifică adesea acest sentiment ca fiind un semn de dragoste adevărată, dar este curînd evident faptul că aceasta nu are nimic de a face cu dragostea, ci este profund legat de stima lor de sine scăzută, de teama constantă de a nu fi părăsiți, înșelați. Încrederea deplină și siguranța ce ar defini o relație sănătoasă nu se pot instaura atîta timp cît

---

<sup>64</sup> Turliuc Maria Nicoleta, Adina Karner Huțuleac, Oana Dănilă, *Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2009, pag. 64-67.

abuzatorul nu are încredere în propria persoană și în abilitatea sa de a construi o relație sănătoasă.

- *Abuzatorii manifestă adesea un comportament de control (verificare)*. Justificat la început ca semn de grijă pentru siguranța și binele partenerului, acest comportament devine în scurt timp sufocant ca și nesiguranța acestuia. Teama de a nu fi înșelat îl orbește pe acesta – întârzierile de orice fel, relațiile cu persoane cu care el nu le cunoaște, deciziile luate fără a fi consultat, oricât de neînsemnate ar fi ele, sunt toate semne ale unei independențe pe care el nu ar putea să o controleze și îi amenință supremația.

- *Abuzatorii au adesea așteptări și pretenții nerealiste*. Odată angajați în relație, abuzatorii au adesea așteptarea și pretenția ca partenera să le poată îndeplini orice nevoie, și mai ales de a da întâietate acestor nevoi, chiar și trecând peste propriile nevoi stringente. Incapacitatea partenerii de a împlini aceste așteptări nu este interpretată ca neputință obiectivă, ci ca refuz, și implicit amenințare la adresa stabilității relației.

- *Abuzatorii folosesc adesea izolarea ca strategie*. Reducerea relațiilor cu exteriorul este o formă aparte de control exercitate de abuzatorul nesigur, dornic de a se bucura de toată atenția partenerii sale. Practicată la început ca semn de iubire și autosuficiență în cuplu, izolarea devine prea curând o strategie sistematică a acestuia. Sunt eliminați, rând pe rând, toți cei care ar putea acapara din atenția partenerii, dar și cei care ar putea sesiza din exterior semnele abuzului și ar putea să o avertizeze pe victimă de pericolul în care se află.

- *Abuzatorii cred în supremația masculină și rolurile de gen tradiționale*. Credință inoculată, modelată în familia de origine, supremația masculină este adesea o preocupare obsesivă a abuzatorului care impune în acest sens reguli extrem de stricte; încălcarea oricăreia, oricât de puțin, este o amenințare directă asupra autorității lui și reclamă o pedeapsă pe măsură. Pentru a întări această discrepanță de poziții, ei vor sublinia adesea rolul inferior al femeii, vulnerabilitățile ei, și "marile sacrificii" pe care el ca bărbat le face pentru bunăstarea cuplului, va uzita de vină și rușine pentru a ține partenera într-o stare de teroare, distorsiunile cognitive induse fiind adesea atât de puternice, încât partenera însăși va apăra acest "adevăr" în fața celor din exterior care vor afirma contrariul.

- *Abuzatorii folosesc forța în relațiile sexuale*. Lipsa de interes pentru nevoile și dorințele partenerii se resfrânge și asupra aceste arii a vieții intime a cuplului. Adesea ei vor forța relațiile intime doar pentru a își reîntări imaginea de stăpân deplin, căruia îi sunt îndeplinite toate dorințele, oricând el pofteste. Umilința actului forțat este deopotrivă o formă de abuz al victimei care este redusă la un obiect al plăcerilor sale. Totodată, actul sexual poate devini o formă de împăcare după un episod de agresivitate fizică sau verbală, fiind doar o extensie a acestuia dar de o manieră care să inducă victima în eroare – ea acceptă în speranța tandreței ulterioare, abuzatorului făcându-i cu atât mai multă plăcere să dezamăgească și în această situație, scopul său fiind orișicum atins.

- *Abuzatorii uzează de comportamente negative (fumat, consum de alcool, droguri) pentru a face față stresului din viața lor*. Studiile au arătat de-a lungul timpului o incidență mai crescută a consumului de alcool și droguri în rândul abuzatorului domestic, ceea ce a determinat mult timp și falsa credință că acestea sunt cauze declanșatoare ale abuzului. Scăzând semnificativ inhibițiile, aceste substanțe facilitează exprimarea unor comportamente care altfel ar fi fost înfrânate, dar nu sunt nicidecum sursa unică a acestor izbucniri.

- *Abuzatorii îi blamează pe alții pentru acțiunile lor*. Atribuirile externe sunt o strategie comună celor care nu vor să își asume responsabilitatea unor acte clasate de societate ca inacceptabile. Gama de explicații pe care abuzatorii domestici le oferă pentru actele lor este discutată ulterior în decursul acestui capitol, generică este însă tendința lor de a nega vina proprie, până la a nu recunoaște orice fel de responsabilitate pentru acte și atribuire a vinei în exclusivitate unor surse externe lui – fie că este victima, fie că este o altă persoană din anturajul ei, fie că este situația externă ca atare.

- *Abuzatorii tind să fie hipersensibili*. Tot ca o continuare firească a altor trăsături evidențiate anterior, abuzatorii au tendința de a se lăsa afectați foarte ușor de afirmațiile celor din

jur, fie că sunt ele intenționate, fie că sunt doar interpretate de către aceștia prin propriul filtru. Urmăriți de diverse temeri, abuzatorii tind să aplice principiul confirmării profetiei și să interpreteze orice afirmație a celor din jur ca o acuză, observație nelegitimă.

- *Abuzatorii prezintă adesea un comportament abuziv și față de animale.*

Făptuitorul poate fi o persoană curtenitoare, amabilă și conciliantă în mediul social dar abuzivă în cel domestic. El se dovedește a fi o persoană cu o stimă de sine scăzută, incapabil să-și vadă responsabilitatea pentru comportamentul propriu, neîncrezător în alții, cu sentimente de insecuritate în relații intime de unde nevoia de control, cu sentimente exagerate de gelozie, lipsa de control a mâniei și impulsurilor. Deși la prima vedere s-ar putea crede că impulsivitate și agresivitatea sunt factorii determinanți în violență domestică, există un consens larg în a considera că prima motivație a făptuitorului este de a menține controlul în relație. Pentru a atinge acest obiectiv, individul abuziv utilizează o serie de tactici pentru a instaura și apoi a menține controlul asupra partenerii sale: izolarea, amenințarea, indulgența ocazională, solicitări degradante, control financiar, hărțuire și urmărire, manipulări emoționale. Aceste tactici se continuă și după ce victima a părăsit domiciliul/relația cu scopul de a păstra controlul și presiunea în vederea obținerii de avantaj asupra victimei și o poziție de putere de pe care ar putea renegocia revenirea victimei în relație, câștigarea custodiei copiilor etc. În tabelul 9 se prezintă o listă cu astfel de tactici (Alberta Justice and Solicitor General, 2008).

Amenințări cu violență față de cei care îi oferă găzduire
Amenințări că îi va lua copiii și nu-i va da acces să-i vadă
Presiune să-și retragă plângerea sau să se dezice de ceea ce a declarat
Urmărirea victimei în tribunal și în afara lui
Trimiterea de mesaje sau de expresii corporale amenințătoare în judecată procesului
Aducerea familiei sau a prietenilor la judecată pentru a intimida victima
Discurs despre cum victima l-a provocat să fie violent
Declarații de profund devotament sau regrete față de victima și/sau la judecată
Repetate cereri de amânare a audierilor la judecată
Schimbarea consilierului sau neprezentarea la ședințele de consiliere maritală
Cereri de protecție față de victima ca un mod de control al victimei și manipulare a judecării
Testarea limitelor aranjamentelor făcute prin întârzieri, amânări, "uitări".
Amenințări și intimidări legate de custodia copiilor și în aranjamentele financiare
Inițierea de acuzații în revanșă față de victima și cei ce o susțin
Folosirea oricăror evidențe pentru a deteriora imaginea victimei ca mama și femeie

Tabelul 9. Tactici folosite de agresor pentru a manipula victima și a menține controlul (după Alberta Justice and Solicitor General, 2008). *Apud.* Radu Vraști Ghid Practic de Intervenție în Criză)

S-a constatat că nu toate femeile răspund la fel la violența domestică, unele părăsesc relația imediat după primul episod de violență, altele se complac în această situație iar altele pleacă ca apoi să revină în cuplu și repetă aceasta de mai multe ori. Toată această dinamică răspunde la interacțiunea complexă dintre caracteristicile individuale ale celor doi parteneri. Dar dincolo de toate acestea particularități, există și factori comuni care fac ca femeile să nu părăsească o relație: factori sociali și culturali precum statut economic precar, izolarea socială și lipsa persoanelor de suport, necunoașterea resurselor comunității, credințe religioase specifice, frica de răzbunarea partenerului și factori psihologici ca de exemplu credulitate și sugestibilitate, credința că partenerul se va schimba, rușine, anxietate socială, sentimente de vinovăție exagerată, sentimente de lipsa de ajutor și de speranță, toate împreună realizând portretul a ceea ce Paula Caplan (1985) numea „masochismul femeiesc”.

În linii generale există cinci caracteristici centrale ale violenței domestice (National Judicial Institute on Domestic Violence, 2004. *Apud.* Radu Vraști Ghid Practic de Interventie în Criză):

- violență domestică este un comportament învățat;
- violență domestică este un comportament repetitiv și cuprinde diferite tipuri de abuz care pot trece dintr-una în alta sau în combinație;
- făptuitorul este cauza violenței domestice și nu consumul de alcool, victima sau relațiile dintre ei;
- pericolul pentru victima și copii crește pe timpul separării dintre parteneri;
- comportamentul victimei este dat de modurile de supraviețuire la care a aderat.

### ***Tipologiile agresorilor domestici***<sup>65</sup>

Pe măsură ce studiile au arătat din ce în ce mai diverse combinații de trăsături specifice agresorilor domestici, specialiștii au resimțit nevoia de a construi tipologii care să delimiteze categoriile de agresori și, ca și nevoie imediată, să adapteze programele de intervenție funcție de nucleul specific. Încercările inițiale în acest sens trasează distincția dintre patru tipuri de sindroame de abuz plecând de la modele de comportament, caracteristici ale familiei, nevoi emoționale și caracteristici de personalitate. Aceste patru sindroame observate includ:

1. ***Abuzatorul cu nevoie ridicată de a controla*** - caracterizat de nevoia de a își controla pe ceilalți prin folosirea amenințărilor sau forța. Acest tip de abuzator este genul care consideră că toate nevoile lui trebuie să fie împlinite, în același timp lipsindu-i empatia și capacitatea de a rămâne conectat emoțional la ceilalți, motiv pentru care nevoile partenerei vor fi neglijate. Episoadele violente se vor declanșa tocmai atunci când abuzatorul va simți că autoritatea îi este pusă la îndoială și capacitatea sa de a își controla partenera este în pericol.

2. ***Abuzatorul cu nevoie ridicată de a se apăra*** – este similar primului tip, în sensul că caută un partener pe care să îl poată controla. Ceea ce îl distinge totuși este dependența stimei sale de sine de capacitatea partenerului de a arăta umiliță și de aceea el este mai interesat să își "salveze" sau protejeze partenerul decât să îl controleze efectiv (Elbow, în Shefferman, 2006). El este cel care oferă în relația intimă și se simte imediat amenințat atunci când percepe că nu îi este necesar partenerului sau că protecția lui nu mai este solicitată.

3. ***Abuzatorul care caută aprobare*** – este cel dependent de acceptarea și aprobarea primită din partea celorlalți (Elbow, în Shefferman, 2006). Stima sa de sine este extrem de fragilă și trebuie să fie constant reîntărită de către partener. Mecanismul declanșator al violenței este întărit de însuși teama atacatorului de a fi respins de ceilalți – stima sa de sine scăzută îl determină să se aștepte la reacții de respingere din partea partenerului, și în lipsa lor, el declanșează un atac verbal ce poate escalada până la nivelul unui atac fizic.

4. ***Abuzatorul cu nevoie ridicată de incorporare*** – este caracterizat de un sentiment general de disperare și de nevoia puternică de a se agăța de partener pentru a își păstra sentimentul de valoare. Elbow arată că identitatea acestui tip este definită de relațiile sale și că el are tendința de a izbucni în episoade de mânie explozivă, depresie severă, ajungând până la ideea de suicid (Shefferman, 2006).

### **3.7. Consecințele violenței domestice**<sup>66</sup>:

1. ***Consecințe asupra sănătății femeii***: Cele mai severe și persistente consecințe sunt cele fizice și emoționale, multe din ele persistând mult după ce relația abuzivă a luat sfârșit. Severitatea acestor consecințe depinde de durata expunerii la violență domestică.

<sup>65</sup> Turliuc Maria Nicoleta, Adina Karner Huțuleac, Oana Dănilă, *Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2009, (ISBN 978-973-703-4366). P.

<sup>66</sup> Radu Vraști Ghid Practic de Interventie în Criză. Canada 2012.

Tabelul 10. Consecințele violenței domestice asupra sănătății femeii conform Raportului OMS (2002).

<b>Consecințe fizice</b>	<b>Concecințe sexuale și reproductive</b>
Traume toracice/abdominale	Tulburări ginecologice
Vânătași, contuzii, răniri, fracturi	Infertilitate
Sindrom de durere cronică	Tulburări inflamatorii pelviene
Fibromialgie	Disfuncții sexuale
Tulburări gastro-intestinale	Avort în condiții precare
Sindrom de colon iritabil	Complicații ale sarcinii și în perioada după
Traume faciale și oculare	Sarcina nedorită
Dizabilități fizice	Infecții sexual transmise
<b>Consecințe psihologice și comportamentale</b>	<b>Consecințe cu risc vital</b>
Abuz de alcool și droguri	Mortalitate legate de SIDA
Depresie și anxietate	Mortalitate legate de sarcini nedorite și avorturi
Tulburări alimentare și de somn	Accidente diverse, casnice sau de trafic
Sentimente de rușine și vinovăție	Auto-agresivitate
Stima de sine scăzută	Sinucidere
Fobii și tulburare de panică	Omucidere
Tulburări psihosomatice	
Tulburarea posttraumatică de stres	
Agresivitate și impulsivitate	

2. **Consecințele economice.** Violență domestică pune un cost direct asupra societății ca întreg în termeni de scădere a productivității, absenteism, somaj, schimbări nejustificate ale rezidenței și ale locurilor de muncă, creșterea utilizării serviciilor sociale și de sănătate, juridice etc., în primul rând de femeile, care au suportat violența domestică. Violență domestică generează și un cost indirect plătit de societate prin faptul că femeile abuzate necesită asistență socială, medicală și juridică mult mai frecvent decât oricare alt membru al societății.

3. **Consecințe asupra copiilor.** Consecințele asupra copiilor mamelor victime ale violenței domestice sunt dramatice și pe termen lung. Acestea se datoresc faptului că copilul este martor al violențelor îndreptate asupra mamei lui cât și deteriorării capacității de îngrijire și protecție oferite de mama lui. Pe de alta parte, s-a constatat că copii care au fost expuși la violență domestică devin adesea ei înșiși violenți în relațiile pe care le vor face mai târziu.

Tabelul 11. unele din consecințele pe care le suferă copiii expuși la violență domestică dintre parinti (Berman și colab. 2003. *Apud.* Radu Vraști Ghid Practic de Intervenție în Criză, 2012).

<b>Consecințe fizice</b>	<b>Consecințe psihologice și comportamentale</b>
Alergii	Depresie și anxietate
Infecții ale tractului respirator	Griji și frustrare
Plângeri somatice (de ex. dureri de cap)	Stima de sine scăzută
Tulburări gastrointestinale (greață, diaree)	Tulburări legate de stres
Probleme de vorbire, auz și vizuale	Hiperactivitate și tulburare de atenție
Tulburări de somn, coșmaruri	Tulburare posttraumatică de stres
Enurezis	Competență socială scăzută
	Creșterea agresivității
	Probleme de atașament
	Dificultăți școlare
	Abuz de alcool și droguri
	Comportament suicidal și auto-agresiv
	Tulburări de comportament și conflicte cu legea

### *Factorii de risc ai violentei domestice*

Factorii de risc sunt foarte variați și autorii s-au întrecut în a face tot felul de liste. Mai jos se trec în revista unii factori de risc a căror existența a fost documentată științific în mai multe studii. Pentru o bună sistematizare ei pot fi împărțiți după cum urmează:

1. **Caracteristicile individuale** ale făptuitorului/ agresorului :

- prezintă o istorie de agresiune sau istorie de victimizare, lipsă de control al impulsurilor, stima de sine scăzută;
- manifestă tulburări psihopatologice, care predicează violență familială, ea este de 13 ori mai mare în cazuri când există o tulburare psihopatologică diagnosticabilă;
- a crescut în familii cu proastă funcționare, cu violență domestică, cu părinți cu slabă capacitate de îngrijire a copiilor.
- prezintă consumului de alcool și/sau droguri.

2. **Factori relaționali**. Din cauza stereotipului că bărbatul este făptuitorul și femeia victimă s-a dat puțină atenție factorilor relaționali în explicarea violenței domestice. Factori implicați în violența domestică sunt: calitatea relațiilor, calitatea comunicării, satisfacția în relație, nivelul suportului și a intimității, nivelul conflictului din relație, istoria de agresivitate și comportamentul antisocial al partenerului etc.

3. **Factori contextuali/situaționali**: Deși violența între parteneri există la toate nivelele socio-economice s-a constatat totuși ca:

- cei care trăiesc în sărăcie sunt mult mai afectați;
- femeile care trăiesc în cartiere dezavantajate sunt de două ori mai predispuse să fie victime ale violenței domestice comparativ cu femeile care trăiesc în alte zone urbane;
- stresul, lipsa de speranță, dificultățile financiare, consumul de alcool și droguri sunt alți factori de risc cu pondere evidentă.

### **3.8. Contactul în criză cu victima violenței domestice**

Primul contact cu victima violenței domestice este o problema foarte sensibilă, de acesta depinzând foarte mult cum decurg etapele ulterioare, cele de evaluare și intervenție.

Indiferent de aspectele prezentării victimei violenței domestice, de abilitățile și experiența asistentului social depinde calitatea contactului cu acesta în vederea stabilirii unei relații de colaborare. Unele sugestii referitor la ce este indicat să se facă și ce nu în contactul cu o femeie abuzată sunt prezentate în tabelul 12.

Tabelul 12: Sugestii privind contactul cu victima violenței domestice<sup>67</sup>

<b>Ce se indică</b>	<b>Ce se contraindică</b>
Asigurări despre confidențialitate	Să aștepti până vorbește
Intervievează doar când este singură	Să judeci și să blamezi
Intreaă dacă s-a petrecut ceva rău	Să exerciți presiune asupra ei
Exprimă grija și considerație	Să dai sfaturi
Ascultă și validează	Să condiționezi ajutorul
Oferă ajutor	Să chemi alt specialist
Validează deciziile ei	Să părăsești încăperea

Faptul că o femeie este dispusă să dezvăluie violență domestică la care a fost supusa este o problemă în care sunt implicate multiple variabile individuale și contextuale. Radu Vraști (2012) arată că pe lângă rușinea, jenă și sentimentele de vinovăție care însoțesc aceste episoade, există importante variabile care fac ca o femeie să fie reticentă precum:

<sup>67</sup> Radu Vraști Ghid Practic de Intervenție în Criză. Canada 2012., p.24

- frica de a nu fi crezuta;
- frica de a fi judecata și criticata;
- frica de razbunare a făptuitor ului;
- frica ca locul unde a ajuns nu este potrivit pentru problemele sale;
- credinta ca acest serviciu nu este capabil sa-i ofere protectie și ajutor.

Femeile abuzate nu recunosc sau nu vor să admită întotdeauna că comportamentul partenerului lor este abuziv. În cazul în care există suspiciunea că femeia aflată în programul de intervenție asistențială a fost ținta unui act de violență domestică asistentul social trebuie să declanșeze procedura de evaluare inițială care are ca scop tocmai punerea în evidență a comportamentelor abuzive care ori sunt trecute sub tăcere de femeie or nu sunt conștientizate ca atare. Intervenția inițială pentru violență domestică trebuie făcută ori de câte ori o femei se adresează programului de support și terapie. Astfel, evaluarea inițială pentru violență domestica a fost inclusă în procedura standard de evaluare a sănătății fizice și psihice a femeilor care se prezintă în serviciul de asistență socială, serviciul de urgență, serviciile de obstetrică și ginecologie sau la medicul de familie și este parte integrantă de îngrijire a unei femei care se prezintă ca victim violenței domestice.

În Anexa 5 se prezinta Schema de evaluare inițială care este de fapt algoritmul de identificare și îngrijire a femeii cu probleme de abuz domestic (Middlesex, London Health Unit, Ontario, 2000).

Atunci când face această evaluare inițială, asistentul social trebuie să fie precaut, nu trebuie să fie altcineva de față, trebuie să explice de ce pune astfel de întrebări, să asigure femeia de confidențialitatea datelor și întrebările trebuie formulate în funcție de nivelul de educație al femeii pe care o interviuează.

Dacă femeia răspunde afirmativ la întrebările de evaluare inițială, răspunsul asistentului social este urmatorul:

- să creadă ceea ce declară femeia;
- să identifice făptuitorul și tipul/tipurile de abuz;
- să evalueze imediat problemele de sănătate ale femeii;
- să evalueze siguranța femeii;
- să exploreze griji și nevoile ei și să întocmească un plan de acțiune;
- dacă femeia permite/acceptă, să o refere la resursele potrivite precum consilier familial, grup de suport, adăposturi pentru femei abuzate, servicii legale;
- să-i ofere o listă completă de resurse din comunitate disponibile pentru femeile abuzate;

Întocmirea anchetei sociale de evaluare inițială și complex și planului de siguranță și intervenție. Este bine se înceapă cu un scurt comentariu: *„Abuzul și violența față de femeie este destul de frecvent în societatea de astăzi. Multe femei care s-au adresat serviciului nostru au fost abuzate în relația cu partenerii lor și unele din ele au fost reticente în a dezvălui aceste abuzuri din cauza sentimentului de jenă. Aceasta reprezintă unul din motivele pentru care întrebăm în mod constant orice femeie despre aceste lucruri păstrând toată confidențialitatea față de aceste lucruri delicate. Acum vă întreb dacă ați fost vreodată amenințată sau lovită de cineva? Ați fost vreodată abuzată fizic, emoțional, sexual sau în altfel de cineva important pentru Dvs?”* Alte întrebări care ar putea fi puse după ce femeia a acceptat să declare că a fost/este abuzată de partener/sot: *„Acum sunteți în siguranță? Acceptați să vorbiți despre asta? Când s-a întâmplat? Ați vorbit cu cineva despre asta? Cum ați trecut peste acest eveniment? Ce nevoi aveți în momentul de față?”* (Kearsey, 2002).

Nu este ușor să se întreprindă intervenția asistențială pentru victim violenței domestice și în tabelul 3.10 sunt prezentate unele din barierele de a pune întrebări de evaluare inițială/detaliată, bariere pe care le poate prezenta atât asistentul social cât și femeia în a dezvălui evenimente de violență domestică pe care le-a trăit sau le trăiește în prezent.

<b>Barierele asistentului social de a întreba o femeie despre actele de violență domestică la care ar fi putut fi supusă</b>	<b>Barierele victimei în a dezvălui actele de violență domestică pe care le-a suferit</b>
Frica de a deschide „Cutia Pandorei”	Este atașată emoțional de partenerul abuziv
Frica că pune întrebări ofensatoare	Are copii cu făptuitorul
Are ideea că bărbatul are dreptul de a domina femeia	Crede că e mai bine să păstreze relația și familia
Lipsa de timp	Frica că partenerul se va răzbuna pe ea
Nu știe ce să facă dacă abuzul este confirmat	Frica de a fi stigmatizată de ceilalți
Credința că orice ar face e inutil	Este economic dependentă de partener
Credința că victima a cauzat abuzul	Trăiește într-o zonă izolată sau este izolată social
Nu recunoaște unele acte ca fiind acte de abuz	Prezintă probleme de comunicare sau bariere culturale
Lipsa de suport în comunitate	Nu cunoaște drepturile sale și resursele disponibile în comunitate pentru a fi ajutată
	Speră ca partenerul se va schimba în bine
	Nu dorește ca partenerul să fie condamnat sau să aiba cazier
	Nu crede în sistemul juridic și în drepturile ei

Tabelul 13: Bariere în evaluare inițială a femeilor referitor la problema violenței domestice (dupa The Medical Subcommittee of the Delaware Domestic Violence Coordinating Council (DVCC), 2000). *Apud.* Radu Vraști Ghid Practic de Intervenție în Criză, 2012, p.25.

### **3.9. Evaluarea femeii victimă a violenței domestice**

Evaluarea este pasul firesc după stabilirea contactului și formarea unei alianțe bazate pe încredere, respect și responsabilitate. Înainte de evaluare, asistentul social trebuie să explice rolul lui în această circumstanță și funcția pe care legea prevenirii și protecției victimelor violenței domestice îi oferă. Apoi trebuie să ia în considerație că unele femei refuză să vorbească sau sunt reticente în a vorbi despre această problemă pentru ce se aplică anumite tehnici de comunicare și se explică cu răbdare și claritate drepturile femeii abuzate și lista resurselor existente. Toate acestea pot să facă ca femeia să colaboreze. Pe parcursul evaluării asistentul social trebuie să fie empatic, autentic, echilibrat, să asculte activ, să pună întrebări scurte, să fie clar și precis și să nu facă comentarii de nici un fel.

Evaluarea are următoarele obiective:

- identificarea actului/actelor de violență care a făcut ca femeia să se adreseze pentru suport și să dezvăluie situația ei de victimă a violenței domestice;
- identificarea detaliată a dinamicii actului de violență domestică; care au fost factorii declanșanți, secvența escaladării amenințărilor și violențelor, încercările de a întrerupe ciclul violenței domestice;
- evaluarea severității și frecvenței actelor de violență; severitatea se va judeca în funcție de amploarea și magnitudinea daunelor fizice, a riscului vital, a consecințelor pentru bunăstarea fizică și psihologică;
- identificarea contextului în care s-a petrecut, rolul ei și a făptuitorului în declanșarea acestui act de violență; identificarea factorilor declanșatorii, corelația dintre aceștia și severitatea actelor de violență;
- cine este făptuitorul și relațiile dintre acesta și victima; identificarea făptuitorului cu nume, adresa, detalii de contact și istoria relației cu victima; număr de separări anterioare, tentative de divorț, etc.

- prezența copiilor în familie, copii naturali, copii din relații anterioare; identificarea violențelor fizice, emotionale, sexuale asupra copiilor;
- tacticile de control folosite de făptuitor ; în evaluarea tacticilor folosite de făptuitor pentru a institui și menține controlul în relație;
- evaluarea siguranței imediate, dacă se simte în continuare amenințată, de ce? și care este riscul curent în ceea ce privește siguranța persoanei și a copiilor ei în opinia victimei; în tabelul 14. se prezintă indicatorii după care se poate evalua riscul omucidal într-o relație în care violență domestică este prezentă;

Tabelul 14. Indicatorii de probabilitate a omucidării într-o relație în care violență domestică este prezentă (Alberta Justice and Solicitor General, 2008) *Apud.* Radu Vraști Ghid Practic de Intervenție în Criză, 2012, p.25

Istorie anterioară de violență domestică	Victima trăiește izolat
Separare curentă sau în viitorul apropiat	Probleme de custodie și acces la copii
Escaladare a violenței	Partener nou în viața victimei după separare
Amenințări cu moartea	Făptuitorul este somer
Amenințări și tentative de suicid	Asalturi sexuale sau acte sexuale forțate
Comportament obsesiv	Luare ca ostatică
Posesia sau accesul la arme de foc	Distrugerea proprietății victimei
Consum excesiv de alcool/droguri	Violență împotriva animalelor de companie ale familiei
Depresie sau alte condiții psihopatologice	Prezența de copii vitregi în familie care nu aparțin făptuitorului
Concubinaj	Istorie de minimalizare sau negare a abuzului
Încercări de izolare a victimei	Abuz când victima era gravidă
Încercări de strângulare	Vârsta tânără
Făptuitorul a fost martor la violență domestică în familia de origine	Control al activității zilnice ale victimei

- consecințe asupra sănătății ei și a copiilor sau altor membri ai familiei; nevoile imediate de asistență medicală și/sau psihologică; evaluarea urmărilor actului de violență; evaluarea strategiilor și manevrelor de control și coerciție la care este supusă femeia ce pot rîsfrînge asupra copiilor în mod direct (abuzuri fizice directe, neglijare și rejecție, terorizare psihologică, pedepse și metode disciplinare abuzive, oprirea comunicării cu exteriorul, etc.) sau indirect (crearea unui model prin care se perpetuează violența, subminarea autorității parentale, perturbarea dinamicii normale ale familiei, sentiment de nesiguranță și abandon, folosirea copilului pentru manipularea și șantajul celuilalt, etc.)
- probabilitatea repetării actelor de violență și a severității lor;
- Prezența gândurilor/tentativelor suicidare și a altor riscuri legate de siguranța persoanei; în evaluarea riscului suicidalității, a intenției și planului de suicid, a factorilor de risc și a celor protectivi;
- consumul curent de alcool și/sau droguri se apreciază după procedee standard precum aprecierea modelului de consum într-o zi tipică, numărul de zile de consum pe săptămână, prezența semnelor de dependență, etc;
- istoria de violență domestică, tipul actelor de violență, repetabilitatea și ciclurile de violență; istoria separărilor și reînțoarcerilor la domiciliu;
- evaluarea probabilității de perpetuare în viitor a actelor de violență;
- modul de rezistență actelor de violență domestică, dacă femeia a solicitat/primit suport pentru violență domestică cu alte ocazii în trecut și de care fel;
- prezența factorilor protectivi împotriva violenței domestice (Tabelul 15.).

Tabelul15. Lista cu factorii protectivi împotriva violenței domestice (Ganley și Hobart, 2010. *Apud.* Radu Vraști Ghid Practic de Intervenție în Criză, 2012, p. 31).

<b>1. Resursele victimei:</b>	<b>3. Resursele comunității pentru siguranța victimei și răspunderea făptuitorului:</b>
Rezistența în fața blamării de către făptuitor sau comunitate	Servicii de suport pentru victime
Reziliența, credința în sine și copii	Existența unui răspuns față de violența domestică (poliție, justiție)
Dorința de a căuta ajutor	Existența de răspuns legal specific pentru violența domestică
Disponibilitate de bani, timp și alte resurse	Servicii sociale
Deprinderi și cunoștințe profesionale	Facilități de îngrijire a sănătății
Abilități de părinte	Adăposturi speciale pentru femei abuzate
Abilități pentru a asigura siguranța copiilor	Comunitate bazată pe valori morale
Cunoașterea făptuitorului	Rețea de suport social, familie, prieteni
Calități fizice și sănătate	Programe de reabilitare pentru făptuitor
Folosirea de strategii de siguranță pentru ea și copii	Tratament accesibil pentru alcool/droguri
<b>2. Resursele pentru protecția copiilor:</b>	<b>4. Resursele pentru reabilitarea făptuitorului:</b>
Vârsta și stadiul de dezvoltare	Oprirea de la abuz pe timpul cercetării legale
Relații pozitive cu membrii de familie, frați, surori, vecini	Recunoașterea comportamentului abuziv ca o problemă a familiei lui și a responsabilității lui de a-l stopa
Acțiuni în timpul violenței	Cooperarea cu eforturile la adresa comportamentului abuziv
Comportament de căutare a ajutorului	Conștientizarea consecințelor negative ale comportamentului abuziv asupra victimei, copiilor, imaginii de sine, statutului social, legal, vocațional
Instrucțiuni relativ la ce să facă	Cooperarea în timpul interviului
Abilitate de a se conforma la un plan de siguranță	Angajament pentru siguranța victimei
Arată disponibilități de a se conforma cerințelor legale	Respectarea limitelor impuse legal
Furnizarea de suport parental	Ia în considerație interesele copiilor

- care este percepția victimei asupra violenței domestice, care este nivelul de cunoaștere a drepturilor ei și a resurselor specifice de suport existente în comunitate;
- care este speranța și planul ei pe termen scurt și lung; dorește să se întoarcă acasă sau dorește să se separe de agresor;
- care sunt nevoile ei imediate și pe termen lung privind siguranța personală și a copiilor, îngrijirea sănătății, suport psihologic, asistența juridică, nevoi financiare, adăpost, etc.
- evaluarea se încheie cu asigurarea femeii că este în siguranță, că va primi tot suportul necesar și cu afirmația că asistentul social poate de a anunța la poliție orice caz de violență domestică mai ales dacă au fost expuși și copii. În acest punct al evaluării se solicită victimei consimțământului de a dezvălui la poliție actele de violență la care a fost supusă. Tot acum se discută și se stabilește dacă femeia împlinește criteriile de a rămâne în programul de intervenție asistențială sau va fi referită la alte programe în funcție de nevoile curente (evaluare și intervenție medicală, consiliere familială, servicii sociale care ofera adăpost pentru femeile victime ale violenței domestice, etc.)

Recomandări de stabilire a contactului pentru o colaborare cu victima cu scopul de evaluare completă și intervenție ulterioară.

**1. *Asculta:***

- furnizează un loc sigur și retras pentru ca femeia să poată spune povestea ei;
- nu acceptă pe altcineva în încăpere;
- acordă suficient timp pentru ca ea să se simtă confortabil și capabilă de a furniza detalii despre abuz;
- începe cu povestea ei, apoi continuă cu istoria problemei, grijile și problemele ei;
- validează experiența și spusele ei;
- clarifică tot ce nu ai înțeles;
- identifică dorințele și temerile ei și resursele curente pe care le are sau de care are nevoie;
- ajut-o să formuleze un plan pentru a fi în siguranță;

**2. *Informează:***

- informează despre resursele existente în cazul femeii abuzate domestic;
- explorează circumstanțele actuale și care ar fi opțiunile adecvate față de resursele existente;

**3. *Faciliteaza:***

- ajut-o să evalueze răspunsul ei și să înțeleagă consecințele;
- stabilește nevoia de suport specific și fă legătură cu serviciile respective;
- ajut-o să formuleze un plan de acțiune pe termen scurt;

**4. *Abilitează și ajută:***

- furnizează psihoeducație pentru ca să poată să se susțină singură, să aibă control asupra vieții proprii și să rămână în siguranță împreună cu copiii ei;
- validează alegerile și capacitățile ei.

### **3.10. Intervenția în cazul femeii victime a violenței familiale**

Ca o regulă generală, intervenția începe încă din timpul evaluării. A adopta o atitudine calmă, a asculta cu atenție și empatie femeia abuzată, a o crede, a o asigura că nu este greșala ei, a-i recunoaște emoțiile și a le valida ca trăire umană normală în circumstanțele respective este primul și cel mai bun răspuns în cazul unei femei care a experimentat violență domestică.

O altă regulă importantă este ca intervenția să fie făcută cât mai devreme. O intervenție timpurie și un răspuns coordonat față de violența domestică va furniza următoarele beneficii:

- furnizează cea mai bună cale de protejare a victimei și a copiilor;
- previne escaladarea modelului de abuz;
- reduce rata violențelor severe;
- menține stabilitatea familiei atunci când este posibil.

Pe baza evaluării de până în acest moment, se stabilește dacă femeia împlinește criteriile de a rămâne în programul psiho-social pentru a primi suportul necesar sau dacă este cazul să fie referită altui program care răspunde mai bine nevoilor ei actuale. Astfel, ea poate fi referită serviciului de urgență pentru evaluări medicale specifice și pentru tratament în consecință sau poate fi trimisă la alte servicii medicale precum cele de obstetrică și ginecologie, chirurgie, oftalmologie, etc. În acest caz asistentul social stabilește legătura cu serviciul respectiv, transferă informațiile și responsabilitatea îngrijirii și acompaniază femeia până în acel loc. Ca o regulă generală, femeia abuzată nu trebuie lăsată nici un moment singură, iar dacă vorbește despre sinucidere, nu părăsește serviciul de criză până nu se evaluează riscul și nu se formulează planul de siguranță; ea va pleca la alte servicii de îngrijire împreună cu planul de siguranță formulat de serviciul de asistență socială.

Femeia victimă a violenței domestice rămâne în serviciul dacă indeplinește criteriile unei situații de criză, respectiv dacă abilitățile personale de a răspunde situației sunt depășite, ceea ce se traduce printr-o lipsa de control al emoțiilor, comportament riscant, ideeație suicidală, incapacitate de a se auto-îngriji, de a lua decizii, de rezolva adecvat problemele și a rămâne în siguranță.

Câteva din atitudinile recomandate de a fi adoptate de asistentul social în timpul intervenției (Missouri Coalition against Domestic Violence, 2006):

- rămai calm, nu reacționa la emoționalitatea victimei sau la dramatismul situației;
- lasă femeia să decidă propriul plan de acțiune, respectă capacitatea ei de alegere; furnizează suport dacă constăți că nu are capacitate să gândească clar dar oricum; lasa-i inițiativa și respectă-i alegerile;
- explică-i cu grijă resursele disponibile în comunitate pentru ajutorul femeii abuzate, felul lor, cum funcționează, locația și felul cum se contactează și explică-i dreptul ei de a le folosi;
- când faci recomandări sau sugestii nu exprima punctul personal de vedere, valorile și îngrijorările proprii, înțelege cât e de greu pentru o femeie să pună capăt unei relații, ambivalentă și fricile ei, grija față de copii;
- încurajează femeia să accepte și să preia răsponabilitatea propriului viitor, să recunoască și să afirme calitățile și abilitățile de a trece singura peste această încercare;
- nu exprima dezaprobare sau descurajare atunci când femeia afirmă că vrea să se întoarcă în relație;
- tolerează mânia, anxietatea și frustrarea femeii ca și pe cele proprii când lucrurile nu merg așa cum s-ar crede;
- minimalizează diferențele de educație, cultură sau statut social care apar în comunicarea cu femeie din fața ta, treci peste diferențele dintre punctele de vedere și interpretare și exprimă doar căldură, respect și grijă.

***Intervenția în cazul femeii victime a violenței familiale se centrează pe patru puncte principale***<sup>68</sup>:

1. Siguranța femeii;
2. Informarea femeii;
3. Bunăstarea femeii;
4. Documentarea violenței și formularea planului de siguranță.

1. ***Siguranța victimei.*** Asistentul social trebuie să se documenteze și să întreprindă toate măsurile pentru ca femeia să fie în siguranță. Pentru aceasta el trebuie să identifice amenințările la adresa victimei, felul violențelor, cronologia lor, locația făptuitorului, accesul acestuia la arme de foc, angajamentul acestuia de a continua violențele sau de a se răzbuna, factorii care ar putea conduce la escaladarea violenței, probabilitatea de continuare a violențelor în condițiile în care femeia s-ar întoarce acasă sau ar fi în contact cu făptuitorul, discutarea cu victima a riscului de perpetuare a violențelor și motivarea ei pentru implicarea autorităților (de ex. Poliție), trecerea în revistă a măsurilor pe care victima le-a luat deja sau le va lua pentru a fi în siguranța și înregistrarea lor în planul de siguranță. La toate acestea se adaugă ajutorul pe care victima i-l primește în evaluarea și tratarea medicală a daunelor produse de violență la care a fost supusă, în reconectarea cu familia de origine, prietenii și alte persoane de ajutor, în obținerea asistenței juridice și rezolvarea problemelor de transport, recuperarea documentelor și altor lucrurilor personale care au rămas acasă și a altor probleme care țin de siguranța personală fizică, economică și socială a ei și a copiilor ei;

2. ***Informarea femeii:*** Asistentul social trebuie să furnizeze victimei informații privind modul de apărare față de agresor care presupune ruperea contactului, micșorarea probabilității de a fi în contact cu el, precum luarea în considerare a mutării de la domiciliu, schimbarea ritualurilor zilnice, schimbarea modurilor de transport, schimbarea numărului de telefon, etc. Femeia este avizată să țină un jurnal al contactelor cu agresorul, față în față sau la telefon, în care să fie trecute data cu ora și locul fiecărui contact, un sumar cu ce s-a petrecut și comportamentul

---

<sup>68</sup> Radu Vraști Ghid Practic de Intervenție în Criză,,2012, p. 35-37

acestui, jurnal important pentru a evidenția riscul potențial și dinamica relației. De mare importanță este informarea victimei asupra drepturilor ei, de modul în care legile și organizațiile statului și comunității apară o femeie victimă a violenței domestice. Aceste informații trebuie înfățișate în mod accesibil. La acestea se vor adăuga informații despre resursele existente în comunitate pentru femeile abuzate precum adăposturi, locuințe tranzitorii, grupuri de suport pentru femei abuzate, servicii pentru copii acestora, agenții și ONG pentru apărarea femeilor abuzate, locuri pentru asistență juridică gratuită, locuri pentru consiliere psihologică; la toate acestea se va adăuga numărul de telefon anonim al serviciului de linia fierbinte care poate fi apelat pentru sprijin 24 ore/7 zile pe săptămână și numărul de telefon al Poliției locale..

**3. Asigurarea bunăstării femeii abuzate:** Asistentul social trebuie să evalueze situația curentă a femeii abuzate, nevoile imediate ale ei și ale copiilor în ceea ce privește bunăstarea fizică și psihologică precum: are actele de identitate, are suficienți bani, are unde să doarmă, posedă îmbrăcămintea necesară pentru ea și copii ei, are persoane de suport la care să apeleze, posedă un telefon mobil și numerele de telefon ale familiei, cunoștințelor, ale locurilor necesare din comunitate, are acces la mijloace de transport, cunoaște topografia localității unde se află și adresele instituțiilor de care are nevoie (de ex. adăposturi pentru femei abuzate, grupuri de ajutor, ONG specifice, serviciul de urgență de la spital, a Poliției, medicului de familie, servicii de asistență socială, asistența juridică, etc.), prezintă femeia bariere în comunicare (lingvistice, culturale, dizabilități specifice, etc.). Asistentul social trebuie să facă contactul direct cu acele organizații sau agenții de suport pentru femeile abuzate în funcție de nevoile curente ale persoanei și să se asigure că toate aceste nevoi au fost sau sunt pe cale să fie satisfăcute atunci când femeia părăsește serviciul de asistență socială. În vederea rezolvării problemelor curente și pe termen scurt asistentul social trebuie să ajute persoana în luarea de decizii realiste și de găsire de soluții orientate pe concret.

*Terapia* în violența domestică, este frecvent utilizată. Ea țintește restabilirea sănătății fizice și psihice a persoanei afectate de violența domestică. Intervențiile psihoterapeutice se fac prin tehnici speciale care au ca scop restabilirea unui echilibru între planul conștiinței și cel al subconștientului și cel al inconștientului. Psihoterapia se adresează unor probleme profunde în personalitatea individului care subminează capacitatea individului de adaptare.

Încheierea procesului psihoterapeutic trebuie marcat și de încheierea relației de transfer a beneficiarului față de specialist, cât și a celei de contratransfer a psihoterapeutului față de client. Consilierea se referă la interacțiunea a două persoane dintre care una este în căutare de ajutor. Esența consilierii este ajutorul dat prin ascultare activă și comunicare cu persoana care solicită ajutorul. Este o modalitate de sprijin a victimei pentru a-și identifica propriile probleme și de a găsi resursele cu care să răspundă acestor probleme.

Atitudinile necesare în intervențiile de consiliere sînt cele de respect față de beneficiarul intervenției, umilința profesionistului pentru suferința victimei, spontanietate, empatie și un entuziasm liniștit (Davis,1993). Abilitățile practice necesare sînt capacitatea de a arăta beneficiarului că ești disponibil pentru a-l întâlni, abilități de a comunica interesul posedat prin modul de privire, expresia facială, expresia corporală rezultată din postura și orientarea corpului, mișcările făcute, abilitățile de ascultare activă, capacitatea de demonstrare a empatiei pentru beneficiar, venirea în sprijin în momentele grele respectîndu-i durerea.

Consilierea nu poate fi aplicată în momente de criză ale victimei, cînd panica și dezorientarea o împiedică pe aceasta să-și imagineze și să inventeze corect aspectele problemei, soluțiilor.

Un ghid de explorare a situației în procesul consilierii este dat Davis,1993.):

Care este natura generală a problemei ?

Care sînt aspectele specifice de manifestare?

Cînd a început?

Care au fost circumstanțele care au declanșat-o?

Cît de frecvent se acutizează problema?

Cînd apare, în ce împrejurări?

- Cînd și unde nu apare?
- Există un aspect specific care o provoacă?
- Care sînt consecințele?
- Care sînt persoanele implicate în problemă?
- Cum reacționează ele?
- Ce simt fiecare în parte referitor la problemă?
- Cum se simt ei înșuși?
- Ce simt cei implicați unul pentru altul?
- Care sînt ipotezele lor legat de cauzele problemei?
- Ce au încercat să facă ei în legătură cu problema?
- Ce rezultate au avut în încercările lor?

Hilton Davis face următoarele precizări la definiția consilierii, din perspectiva celui ce consiliază:

- Respectarea libertății individului de a-și alege soluția care i se pare potrivită;
- Facilitarea procesului de luare a deciziei de către individul beneficiar;
- Încurajarea eficacității individului;
- Explorarea atentă a situației/problemei din punctul de vedere a beneficiarului;
- Căderea de acord asupra scopurilor și negocierea lor dacă este necesar;
- Furnizarea informației relevante într-un mod eficient.

*Grupul de sprijin* este o modalitate de intervenție, centrată pe dimensiunea socială a persoanei. Grupul de sprijin este alcătuit din foste victime ale violenței domestice care au reușit să-și soluționeze problema, sau se află în curs de a o soluționa. Femeia nou intrată în grup, văzînd cum alte femei aflate în situația ei au reușit să se elibereze, capătă speranțe pentru propria ei salvare. Grupul este un spațiu de comunicare în care femeia începe să-și vizualizeze propria reabilitare, să creadă că este posibilă văzînd eforturile pe care le fac toate femeile pentru a se elibera și rezultatele la care duc eforturile.

În grupul de sprijin beneficiarul se confruntă cu un punct de vedere exterior asupra situației de care este copleșit și acest punct de vedere este mai ușor acceptat deoarece provine de la persoane cu experiență similară. Nu intră în joc superioritatea specialistului și nici sentimentul de neîncredere pe care victima îl are de regulă față de cel care nu a trecut prin experiențe asemănătoare. Un alt beneficiu al participării la grup este ștergerea sentimentului de izolare și stigmă. Grupul reprezintă o modalitate adecvată de educație pentru adulți și este în același timp puternic motivat.

4. **Documentarea violenței și formularea planului de siguranță.** În această fază a intervenției, asistentul social colectează diferite informații despre agresor cu scopul de a evalua severitatea curentă și probabilitatea violențelor în familie, informații care vor dimensiona planul de siguranță cu care se încheie etapa de intervenție în criză a victimei violenței domestice. Astfel, se culeg date despre actualul comportament al făptuitorului, dacă încă mai urmărește sau hărțuiește victima, dacă continuă cu amenințări și care este natura acestora, gelozie, consumul de substanțe, dacă capacitatea agresorului de a-și controla emoțiile sau probleme de sănătate mentală nu au fost restabilite și care este stadiul relațiilor lui cu organele de cercetare pentru actele trecute de violență. Dacă femeia dorește să se întoarcă la căminul ei, obligatoriu asistentul social se implică în întocmirea planului de siguranță pentru victimă violenței.

### 3.11. Consilierea psiho-socială a victimei și membrilor familiei violente)<sup>69</sup>

Consilierea psiho-socială este componenta de asistență profesională acordată clientului în căutarea soluțiilor de redresare a situațiilor problematice.

*Consilierea psihologică* - "relații specifice între două persoane, când o persoană (consultantul) ajută altă persoană (beneficiarul) să se ajute pe sine însuși. Este o modalitate de

<sup>69</sup> Ghidul asistentului social comunitar. Căușeni, 2012. P.12-17

comunicare, care permite beneficiarului să-și analizeze propriile emoții, idei și comportamente, pentru a ajunge la o înțelegere mai bună a propriei persoane, iar apoi pentru a descoperi și utiliza părțile forte, bazându-se pe resursele interne în vederea unei mai bune valorificări a propriei vieți prin intermediul adoptării deciziilor adecvate și realizarea acțiunilor orientate" (definiția Asociației Psihologilor Practicieni din Marea Britanie).

În linii generale, *scopul consilierii psiho-sociale* — de a ajuta clientul în soluționarea propriilor probleme. De a conștientiza și transforma modelele comportamentale ineficiente în vederea adoptării deciziilor hotărâtoare, soluționarea problemelor curente, realizarea scopurilor propuse, de a trăi în armonie cu sine însuși și lumea înconjurătoare.

Consilierea psiho-socială primară poate fi efectuată de către psihologi, asistenți sociali, cadre didactice, medici, care au beneficiat de instruire specială la segmentul dat.

În calitate de beneficiari se prezintă persoanele percepute ca o entitate responsabilă juridic, care se confruntă cu probleme/conflicte interpersonale, de familie, inclusive și victimele violenței domestice, de activitate profesională, responsabile pentru soluționarea problemelor sale.

*Obiectivele consilierii psiho-sociale:*

- 1) acordarea suportului emoțional și atenției trăirilor/emoțiilor beneficiarului;
- 2) suport în schimbarea atitudinii față de problemă (de la "împas" spre "alegerea soluției");
- 3) ridicarea nivelului de rezistență la stress, a toleranței în situație de criză;
- 5) suport în dezvoltarea unei abordări realiste a situației;
- 6) fortificarea responsabilității beneficiarului și disponibilității acestuia pentru a reevalua situația din jur.

Astfel, consilierea psiho-socială:

- este un proces în care specialiștii pregătiți formează o relație bazată pe încredere cu o persoană ce necesită ajutor;
- această relație este axată pe semnificații personale ale experienței, ale sentimentelor, comportamentelor, alternativelor și sarcinilor;
- consilierea acordă o unică posibilitate pentru indivizi de a-și exprima ideile și emoțiile în condiții nonevaluative;
- în cadrul consilierii beneficiarul învață să devină auto-consilier;
- beneficiarii sunt ajutați să devină apleți în soluționarea problemelor și, respectiv, să devină mai puțin dependenți de alții;
- este un proces reeducativ, formatul căruia este orientat spre transformarea comportamentelor, deprinderilor, atitudinilor greșit învățate, cu strategii mai eficiente.

***Rolul și locul asistentului social în consilierea psiho-socială***

Cerința de bază față de consilier — respectarea neutralității, independență de grupările familiale.

În cadrul consilierii psiho-sociale un loc semnificativ revine sarcinii de informare generală a beneficiarului și instruirea acestuia vizavi de tehnicile psiho-sociale de lucru cu propria persoană (de ex. managementul emoțiilor).

În consilierea psiho-socială un accent semnificativ se pune pe necesitatea participării active a beneficiarului (atât în procesul consilierii, cât și în activitatea cotidiană de realizare a planurilor adoptate) și responsabilității personale în baza cointeresării conștientizate în atingerea unor rezultate pozitive, fără de care consilierea este mai puțin eficientă.

***Desfășurarea procesului de consiliere psiho-socială***

***Etapete de consiliere:***

1. Stabilirea contactului;
2. Oferirea beneficiarului posibilității de "a se descărca" (în mai multe situații persoanele, având pentru prima dată posibilitatea de a-și mărturisi problema, fără intervențiile altora, în procesul discuției încep "a vedea problema și posibilitățile de soluționare altfel", pot stopa consilierea la această etapă, fiind satisfăcuți de aceste rezultate);
3. Oferirea beneficiarului suportului emoțional și a informațiilor despre aspectele pozitive ale situației de problemă existente;

4. Reformularea problemei în comun cu beneficiarul;
5. Discutarea aspectelor organizaționale și a modalității de responsabilitate a beneficiarului și a consultantului, identificarea și corectarea așteptărilor nereale ale beneficiarului;
6. Crearea unei liste a posibilelor soluții a problemei (consultantul poate oferi experiența sa profesională numai după ce beneficiarul a formulat 2-3 soluții);
7. Alegerea din listă a unei soluții optime din punctul de vedere al beneficiarului;
8. Fortificarea motivării și planificarea realizării soluției selectate: poate fi realizată prin susținerea directă sau în baza "abordărilor critice" ale consultantului;
9. Finalizarea consilierii, oferind beneficiarului dreptului de a reveni la consiliere în caz de necesitate.

### **Reguli privind consilierea**

#### 1. *Cum se identifică problema beneficiarului?*

Problema celui care apelează se identifică:

- direct din întrebare, mai ales în situația solicitării unor informații;
- prin întrebări ajutătoare;
- prin discuțiile repetate (reveniri).

#### 2. *Cum se descoperă legătura dintre problema adresantului și dorința acestuia de rezolvare?*

În general există o mare deosebire între problema existentă și ce dorește beneficiarul privind rezolvarea acesteia.). Prin întrebări auxiliare se identifică ceea ce dorește beneficiarul în legătură cu problema sa.

#### 3. *Cum poate fi ajutat beneficiarul să găsească o soluție a problemei sale?*

După identificarea problemei și a ceea ce dorește beneficiarul în legătură cu problema sa, se recomandă găsirea soluției prin discuții alternative cu explicațiile aferente:

- Beneficiarul este cel care alege alternativa, care ia decizia;
- Se analizează avantajele și dezavantajele unor soluții;
- Se continuă discuția până beneficiarul ia o decizie
- Dacă beneficiarul nu ia o decizie, se recomandă revenirea la problemă.

#### 4. *Ce limbaj se folosește în conversație?*

Întotdeauna asistentul social care oferă consultația își adaptează limbajul cu cel al beneficiarului. Nu se folosește un limbaj de specialitate inaccesibil. Uneori, se folosește inițial „jargonul” beneficiarului pentru a facilita apropierea în comunicare.

#### 5. *Cum se lucrează în consiliere?*

Urmează principii bine definite:

- Problema beneficiarului este privită cu maximă seriozitate (chiar dacă unele lucruri par neadevărate; acest lucru nu se spune sau se abordează mascat,
- Se ține cont de emoțiile beneficiarului, acesta fiind asigurat de confidențialitatea convorbirii.
- Nu se dau soluții, soluțiile se găsesc împreună, decizia fiind a beneficiarului.  
Pentru siguranța unei informații clare este necesară:
- Folosirea unor propoziții scurte;
- Folosirea unor cuvinte pe care beneficiarul le înțelege;
- Adresarea din timp a unor întrebări care să ateste că beneficiarul a înțeles problema;
- Repetarea instrucțiunilor;
- Adresarea întrebării dacă a înțeles problema.

#### 6. *Cum se va comunica cu o persoană agresivă?*

În fața unei persoane agresive se pot adopta ca soluții:

- sesizarea agresivității beneficiarului (voce, intonație) și adresarea întrebărilor ajutătoare prin care acesta să încerce să explice agresivitatea; sesizarea agresivității și sugerarea revenirii la subiectul discutat.

#### 7. *Cum se va comunica cu o persoană care nu cooperează?*

- Se vor pune întrebări ajutătoare (de exemplu, știu că ai nevoie de ajutor; de ce taci; îți sunt un prieten, poate putem discuta împreună; ai curaj, sunt gata să te ascult);

- Se va sugera revenirea (de exemplu, poate acum îți este greu să vorbești, telefonează/revino mai târziu, poate peste o oră sau mâine, când vei dori).

8. *Cum se procedează în situația când nu se cunoaște răspunsul la întrebare?*

Dacă nu se cunoaște răspunsul la întrebare:

- se recunoaște deschis acest fapt;
- se recomandă revenirea, după ce consilierul se va informa privitor la problema pusă de interlocutor;
- se recomandă alte instituții care îi pot răspunde la întrebare.

9. *Cum decurge consilierea?*

Consilierul care lucrează trebuie să posede cunoștințe specifice privitor la problema abordată și abilitatea de:

- a arăta beneficiarului că vrea să -l ajute;
- a identifica și a înțelege ceea ce simte cel ce i se adresează;
- a -l ajuta pe interlocutor să - și găsească propria soluție la problemă etc.

Pentru a-l ajuta, asistentul social trebuie să dea dovadă de empatie (să se plaseze în situația beneficiarului, să-și identifice astfel trăirile și sentimentele.

Un pas important în consiliere îl reprezintă ajutorul acordat beneficiarului de a-și putea conduce emoțiile și sentimentele. Acest fapt se realizează în următoarele etape:

- se dă posibilitatea beneficiarului să-și exprime trăirile;
- se ajută beneficiarul să vorbească despre emoțiile sale în legătură cu problema pe care o are;
- consilierul ascultă activ, punând întrebări ajutătoare, efectiv întrebări la care nu se poate răspunde cu "da" sau "nu";
- în momentul identificării trăirii sale se explică acest lucru beneficiarului prin cuvinte simple și clare (trăiri reflectate);
- consilierul nu poate modifica trăirile beneficiarului, acesta trebuie s-o facă singur;
- în momentul când consilierul reflectă trăirile, acesta dă dovadă că le-a înțeles;
- în unele cazuri consilierul identifică incorect trăirile, cazul în care beneficiarul îl corectează;
- înțelegerea trăirilor sale sau a neînțelegerii acestora de către asistentul social o-l face pe beneficiar să vorbească mai ușor;
- comunicarea sentimentelor și a trăirilor îl face pe beneficiar să-și stăpânească emoțiile și să stabilească problema pentru care a apelat la consilier.

10. *Cum trebuie să ascultăm?*

La moment se va atrage atenția la un singur vorbitor, beneficiarul va fi ajutat să-și exprime emoțiile. Discuția se va construi în așa fel ca fiecare să-și exprime părerea și să nu jignească pe nimeni. Trebuie să fim gata de a înțelege că fiecare are propria părere.

- Schimbarea frazei: Schimbați fraza vorbitorului în așa fel ca beneficiarul ori să confirme că ați vorbit corect ori să vă corecteze.
- Reflectarea emoțiilor: În baza cuvintelor reflectate de beneficiar găsim emoții mult mai profunde pe care beneficiarul nu le poate reda în direct.
- Înțelegerea și susținerea cuvintelor de bază ale beneficiarului: Cuvintele de bază a beneficiarului pot fi legate de situații neobișnuite ale acestuia și trebuie să-l ajute să le dezvăluie cât mai corect.
- Explicarea beneficiarului/membrilor familiei a unor principii ale comunicării:
  - Membrii familiei pot asculta și reflecta mai bine ce spun alții, numai atunci când simt că sunt înțeleși.
  - Emoțiile și părerile sunt mai ușor primite atunci, când ei se exprimă subiectiv («După opinia mea...», «Consider că...», «Eu simt, ca și cum...»).
  - Pretențiile și neliniștirile sunt percepute de către o persoană cu mai puțină ură, dacă sunt exprimate concomitent cu emoțiile și necesitățile pozitive ce stau la baza lor.

- Explicarea spuselor vorbitorului. Reflectând spuselor vorbitorului, schimbați frazele în așa mod, încât ele să corespundă cât mai aproape principiilor de mai sus și în măsură cât mai mica să provoace altor membri ai familiei dorința de a se apăra.
- Încadrarea treptată a familiei într-o discuție de sinestătătoare, comunicare directă și iscusită:
  - Agresivitatea și tendința de a ocupa o poziție de apărare, se poate micșora, dacă beneficiarul/membrii familiei pentru început se vor adresa doar consilierului. Reacțiile de răspuns ale acestuia nu numai vor permite vorbitorului să simtă ca este înțeles, ci vor deveni pentru alți membri ai familiei drept exemplu cum .trebuie să ascultăm.
  - Când ve-ți descoperi că beneficiarul/familia este gata, ajutați-i să reflecte și să-și vorbească reciproc. Aici veți avea nevoie de un bastonaș, pe care-l va ține vorbitorul, iar în acest timp ceilalți membri ai familiei pot doar să reflecte ceea ce spune el. Bastonașul se transmite doar atunci, când vorbitorul consideră că cel ce-l ascultă i-a reflectat corect emoțiile și vorbirea.
- Tactica psihologului / asistentului social în consiliere
- Compatibilitatea comunicării;
- Exprimarea exactă și laconică
- Formulările alternative;
- Analiza trăirilor emotive;
- Ascultarea trăirilor emotive;
- Concretizarea;
- Interpretarea;
- Parafrazarea;
- Contactul cu beneficiarul;
  - contactul verbal
  - contactul non-verbal
  - poziția corpului
  - tempoul vocii
  - pauzele.

Consilierea nu este altceva decât o comunicare eficientă, structurată, normativă. Aceasta poate fi verbală și nonverbală, pozitivă sau negativă. Folosirea amplă și variată a acestor metode facilitează procesul consilierii, nu o plictisește, stabilește canalul său de recepționare și oferă informații.

### **3.11. Intervenția comunitară pentru prevenirea violenței în familie**

De-a lungul timpului comunitățile locale și instituțiile naționale au încercat variate metode de combatere și prevenire a violenței domestice și astăzi există un consens în a spune că cele mai eficiente programe/metode sunt (Tolan și colab. 2006):

Organizarea de adăposturi pentru victime: separarea femeii de făptuitor și folosirea adăpostului trebuie să fie una din primele intervenții care asigură siguranța femeii și creează premisele pentru urmărirea agresorului, eliberarea femeii de sub controlul opresorului, reîntregirea familiei atunci când este posibil;

Urmarirea în justiție a făptuitorului se bazează pe recunoașterea că violență domestică este adesea repetitivă iar consecințele legale pe care le suferă conduce la siguranța victimei. Această constatare obligă profesioniștii să raporteze la poliție actul de violență. Mai multe studii au arătat că arestarea temporară imediat după comiterea actului de violență și separarea victima - făptuitor se dovedește una din cele mai eficiente intervenții.

Referirea la tratament psihologic a agresorului: bărbații care au făcut violențe împotriva partenerelor/sotiilor lor sunt în mod obișnuit referiți la terapie cognitivă comportamentală, terapie/consiliere maritală sau de cuplu sau la programul de terapie a impulsurilor agresive și sunt monitorizați până la stabilizarea comportamentului și siguranța partenerului; există și o evidență că tratamentul abuzului de alcool reduce violența domestică.

## 4. EVALUAREA ȘI INTERVENȚIA ÎN CAZUL ABUZULUI FAȚĂ DE PERSOANELE DE VÂRSTA A TREIA<sup>70</sup>

### 4.1. Importanța problemei

În situația demografică actuală persoanele de vârstă a treia au devenit un segment numeric din ce în ce mai important din populație, sunt din ce în ce mai vizibili social. Îmbătrânirea este un proces intrinsec, inevitabil și ireversibil de pierdere a viabilității și de creștere a vulnerabilității. Îmbătrânirea este suma tuturor mecanismelor deteriorative prin care indivizii își pierd viabilitatea. Din această perspectivă, îmbătrânirea este ceva care li se întâmplă indivizilor în contextul social. Contextul social include suportul social primit de la prieteni și familie, capacitatea de participare în familie și comunitate estimată și evaluată de familie și societate, accesul la servicii și transport și deținerea de suficiente resurse economice pentru satisfacerea nevoilor. Vârsta înaintată e marcată de schimbări în starea de sănătate și în relațiile sociale, unele în bine, altele în rău. Nevoia de îngrijiri specifice și de instituții dedicate bătrânilor grevează bugetul comunităților și a societății din ce în ce mai mult. La fel, vizibilitatea socială în creștere a populației vârstnice a condus la modificări ale atitudinii publicului larg cât și a profesioniștilor, care se întinde de la rejecție și ignorare până la asumare și implicare.

Proporția de oameni bătrâni din totalul populației este mai mare în țările dezvoltate, dar tendința de creștere a oamenilor vârstnici este prezentă în toate țările. Populația vârstnică din Germania, Franța sau Suedia este așteptată să crească de la 30% în 1990 până la 60% în 2020. Un milion de oameni împlinesc 60 ani în fiecare lună și 80% dintre aceștia sunt în țările în curs de dezvoltare.

Organizația Mondială a Sănătății estimează că 4-6% din persoanele în vârstă din totalul populației globului suferă diferite tipuri de abuz. Alarmată de magnitudinea mondială a acestei probleme, Organizația Națiunilor Unite, prin vocea Secretarului General, Dl. Ban Ki-moon, a proclamat că în fiecare an ziua de **15 iunie să fie celebrată ca Zi Mondială a conștientizării abuzului față de bătrâni** și a afirmat că respectul față de bătrâni trebuie să fie parte integrantă a societății ca expresie a recunoașterii drepturilor umane ale persoanelor în vârstă. Secretarul general spunea cu această ocazie: „Chem guvernele și toți actorii implicați să construiască și să pună în aplicare strategii efective de prevenție și politici și legi ferme care să se adreseze tuturor aspectelor abuzului față de bătrâni”<sup>71</sup>.

Prejudiciu și discriminarea față de bătrâni poate lua multe forme în funcție de contextul social și cultural. Cele mai comune forme de discriminare față de bătrâni se întâlnesc la locul de muncă, în cautarea unui loc de muncă, în viața familială și în serviciile de îngrijire a sănătății și cele de protecție socială. În toate aceste locuri bătrânii suferă diferite grade de segregare și excludere ca expresie a atitudinii generale a societății. Buttler (1999) inventează termenul de **ageism** pentru a descrie procesul sistematic de discriminare și prejudiciu adus bătrânilor. Termenul de **ageism** se definește o alterare în sentimentele, credințele sau comportamentele de răspuns față de un individ sau grup în funcție de vârstă. Aceasta atitudine este generată de coexistența stereotipurilor sociale negative (persoane cu memoria slabă, rigide intelectual, cu o competență și productivitate scăzută și cu condiție fizică în declin) cu cele pozitive ca, de exemplu, viziunea că bătrânii sunt persoane care au acumulat înțelepciune, au experiența și sunt persoane calde și miloase. Coexistența acestor două tipuri de viziuni contradictorii explică modelul dual al stimei și prejudiciului la care sunt expuși bătrânii într-un spațiu cultural dat.

La nivel social, atitudinea față de bătrâni este generată de tendința social-culturală actuală de a face separația dintre tineri și bătrâni, dintre ceea ce e nou și ceea ce e vechi. În felul acesta

<sup>70</sup> Radu Vraști Ghid Practic de Intervenție în Criza, Canada 2012.

<https://www.yumpu.com/ro/document/view/10432387/evaluarea-si-interventia-in-criza-determinata-de-dr-radu-vrasti>

<sup>71</sup> press release on UN Secretary-General's Message for 2012 about the World Elder Abuse Awareness Day: June 15th

bătrânii sunt fixați într-o zonă aparte a societății ceea ce consolidează stigmatizarea, segregarea, prejudiciu și în final abuzul.

S-au identificat mai multe feluri de răspuns al bătrânilor față de atitudinea indivizilor și societății (Palmore, 2003. *Apud.* Radu Vrasti<sup>72</sup>):

- *acceptarea*: bătrânii care acceptă imaginea negativă socială și acționează conform ei, se poartă ca niște bătrâni chiar dacă aceasta este contrară personalității lor;
- *negarea*: comportament care încearcă să „cosmetizeze” imaginea bătrâneții precum efectuarea de operații plastice, transplant de par, utilizarea de produse antibătrânețe;
- *evitarea*: care presupune izolarea auto-impusă a bătrânului pentru a evita stigma socială;
- *reforma*: care implică efortul bătrânilor de a schimba atitudinea și stereotipul după care sunt priviți.

Din nefericire, societatea în care trăim este infiltrată de „ageism” și stereotipurile culturale, care se manifestă în viața de zi cu zi:

- limbajul respectuos, amabil care se utilizează când se comunică cu bătrânii;
- adoptarea unei atitudini pseudopozitive, inautentice („cine nu are bătrâni sa-i cumpere”) care presupune autonomia bătrânilor doar de fațadă, dar conduce în fapt la „infantilizarea” lor, la transformarea lor în persoane pasive și dependente de alții;
- atitudinea specialiștilor din serviciile de îngrijire medicală și socială care continuă să privească bătrânețea mai mult ca un deficit decât ca o condiție normală la care trebuie să se acomodeze toată lumea în termeni de semnificație și funcționalitate.

În felul acesta se înțelege ușor cum stereotipizarea ageismului în atitudinea și narativul comun au deschis ușa segregării, prejudiciului și abuzului față de bătrâni.

Abuzul față de bătrâni a devenit o problema socială pe măsura ce mișcarea feministă a pus accentul pe violența domestică iar mișcarea drepturilor omului a creat cadrul juridic pentru a apăra victimele și a urmări făptuitorii. În pas cu aceasta evoluție s-a modificat și discursul public și cel profesional. Limbajul medical a început să captureze problematica omului bătrân, să inventeze conceptul de bătrân neglijat și să identifice consecințele violenței asupra oamenilor în vârstă. Totul a culminat cu Adunarea Generală a ONU de la Madrid asupra îmbătrânirii populației (2002) care a reprezentat prima tentativă a guvernelor de a forma o voce comună pentru a identifica adevărata problematică a bătrânilor și a defini programele specifice de răspuns la îmbătrânirea populației.

În concluzie subliniem, că oprimarea/persecutare socială a bătrânilor promovează o balanță de putere în defavoarea lor și permanentizează abuzul, identificând câteva din temele oprimirii acestora:

- *ageismul*, bătrânii fiind tratați „ca un copil”, ca un „incompetent”, ca „ceva de aruncat la gunoi” „o țintă ușoară” sau „mai puțin uman”;
- *sexismul*, ceea ce explică de ce femeile bătrâne sunt mai frecvent abuzate, ele fiind privite ca „sex slab” sau „fără apărare”;
- *dizabilitatea*, bătrânii fiind priviți ca lipsiți de apărare din cauza slăbiciunii fizice și mentale;
- *clasism*, bătrânii fiind asociați cu sărăcia, lipsa de mijloace, limitarea autonomiei, ceea ce îi face „săraci și abuzați”.

De-a lungul ultimelor decenii ale secolului XX felul cum bătrânii au fost luați în considerare a urmat evoluția concepțiilor rolului statului în protecția persoanelor vulnerabile și a fluctuat de la ideea că statul este responsabil de bunăstarea lor până la ideea ca aceștia trebuie încurajați să fie independenți și autonomi în alegerile de viață iar locul cel mai potrivit pentru protecția lor este familia.

---

<sup>72</sup> Radu Vrasti. Evaluarea și intervenția în criza determinată de abuzul față de bătrân.

<http://www.vrasti.org/9.%20Evaluarea%20si%20interventia%20in%20criza%20data%20de%20batranul%20abuzat.pdf>

Alte generații de bătrâni au trăit într-o viziune socială dominată în care statul își atribuie rolul de protecție și suplینire a nevoilor celor neputincioși. Aceasta a legat bătrânii de servicii și instituții de protecție și familia s-a simțit descărcarea de o parte de sarcini, de responsabilitatea tradițională de a-și îngriji membrii de familie în vârstă. În acest context, de relație dezechilibrată între cei ce dau și cei ce primesc, s-a creat și premiza abuzului și neglijării față de membrii vulnerabili ai societății.

Evoluția societății post-moderne și auto-determinarea fiecărei generații în parte au condus la diminuarea timpului petrecut de o generație cu cealaltă, baza reducerii timpului de co-existență intergenerațională.

Începutul secolului XXI a adus schimbări importante în felul cum bătrânii au început să fie priviți de societate și organisme internaționale. Anul 2002 și conferința UN de la Madrid consacrată bătrâneții este punctul de cotitură. Bătrânii și problemele lor au început să fie vizibile și acestea nu au mai intrat în conflict cu alte priorități sociale. A fi bătrân astăzi începe să fie considerat ca o virtute iar abuzul și prejudiciul față de aceștia a început să fie criminalizat. Toate acestea se reflectă în filozofia și activitatea asistentului și lucratorului social care are în față lui un bătrân indiferent de „crizele” care-l vor aduce în acest program.

Tabelul 16. Drepturile persoanelor în vârstă stipulate de Națiunile Unite (1991).

<b>Independența</b>	1. Persoanele în vârstă ar trebui să aibă acces adecvat la hrană, apă, adăpost, îmbrăcăminte și îngrijirea sănătății prin propriile resurse sau prin furnizarea de ajutor de către familie și comunitate.
	2. Persoanele în vârstă ar trebui să aibă șansă să lucreze sau să aibă acces la alte oportunități de a avea resurse financiare proprii.
	3. Persoanele în vârstă ar trebui să fie capabile să participe la decizia privitor la când și cum să se retragă din câmpul muncii.
	4. Persoanele în vârstă ar trebui să aibă acces adecvat la educație.
	5. Persoanele în vârstă trebuie să fie capabile să trăiască în siguranță și ambianță adaptată capacităților și preferințelor lor.
	6. Persoanele în vârstă ar trebui să fie ajutate să locuiască în casa lor cât mai mult timp posibil.
<b>Participare</b>	7. Persoanele în vârstă ar trebui să rămână integrate în societate, să participe activ în formularea și implementarea politicilor care le afectează direct bunăstarea și să poată împărtăși cunoștințele și abilitățile cu tânără generație.
	8. Persoanele în vârstă ar trebui să fie capabile să caute și să dezvolte oportunități pentru a servi comunitatea ca voluntar, în poziții potrivite cu interesele și capacitățile lor.
	9. Persoanele în vârstă ar trebui să fie capabile să formeze asociații și mișcări ale persoanelor în vârstă.
<b>Îngrijire</b>	10. Persoanele în vârstă ar trebui să beneficieze de îngrijirea și protecția familiei și comunității în acord cu valorile culturale ale societății.
	11. Persoanele în vârstă ar trebui să aibă acces la îngrijirea sănătății pentru a menține și recâștiga nivelul optim de bunăstare fizică, mentală și emoțională și să prevină sau să întârzie apariția bolilor.
	12. Persoanele în vârstă ar trebui să aibă acces la serviciile sociale și legale care să sporească autonomia, protecția și îngrijirea lor.
	13. Persoanele în vârstă ar trebui să fie capabile să utilizeze nivele convenabile de îngrijire instituțională privind protecția, reabilitarea și stimularea socială și mentală într-o ambianță umană și sigură.
	14. Persoanele în vârstă ar trebui să se bucure de drepturile umane și libertățile fundamentale când locuiesc în adăposturi, instituții de îngrijire pentru bătrâni, facilități de tratament, incluzând aici respectul față de

	demnitatea, credințele, nevoile și intimitatea lor și față de drepturile de a lua decizii relative la îngrijirea și calitatea vieții lor.
<b>Auto-realizare</b>	15. Persoanele în vârstă ar trebuie să fie capabile să folosească oportunitățile pentru dezvoltarea potențialului lor
	16. Persoanele în vârstă ar trebui să aibă acces la resursele de educație, cultură, spiritualitate și recreere în societate.
<b>Demnitate</b>	17. Persoanele în vârstă ar trebui să trăiască în demnitate și siguranță și să nu fie exploatate sau abuzate fizic și mental.
	18. Persoanele în vârstă ar trebui să nu fie discriminate cu privire la vârstă, sex, rasă sau etnie, dizabilitate sau alt statut și să fie tratate egal indiferent de contribuția lor economică.

#### 4.2. Definiția abuzului față de bătrâni

Abuzul și neglijarea față de bătrâni sunt fenomene care reflectă distincția pe care o face la un moment dat societatea între ceea ce e acceptabil și ceea ce nu e acceptabil în cazul relațiilor interpersonale cu bătrânii și reflectă valorile, normele, credințele și stereotipurile dintr-un spațiu cultural.

Definiția abuzului față de bătrâni a prezentat o variabilitate mare în timp și de-a lungul diferitelor culturi. La aceasta s-a adăugat faptul că felul cum percep abuzul bătrânii și profesioniștii este destul de diferit.

În 1988 s-au întrunit experți din 25 state reprezentând 12 discipline, care au dezbătut taxonomia abuzului la bătrâni și definițiile teoretice posibile. Atunci s-a făcut un pas înainte în unificarea definițiilor dar propunerea avansată atunci a reprezentat punctul de vedere al profesioniștilor dar nu a înglobat și percepția publicului sau experiența subiectivă a celor care au fost victime.

Definiția cea mai utilizată este data de the International Network for the Prevention of Elder Abuse: „Abuzul față de bătrân este un act singular sau repetat sau lipsa unei acțiuni adecvate, care se petrece în cadrul oricărei relații unde există o premiză de încredere și grijă, care cauzează daune sau stres<sup>73</sup> unei persoane în vârstă” (World Health Organization, 2002)<sup>74</sup>.

Organizația Mondială a Sănătății frazează ușor diferit această definiție înțelegând prin abuzul față de bătrân „orice acțiune întreprinsă de cineva dintr-o relație de încredere care conduce la vătămarea sau stresul unei persoane în vârstă”. Neglijarea bătrânului înseamnă „lipsa acțiunii persoanei dintr-o relație de încredere care duce la același rezultat” (World Health Organization, 2002). Această definiție a fost preluată de toate organismele Națiunilor Unite.

Cele mai frecvente forme de abuz față de bătrâni sunt abuzul fizic, abuzul psihologic și cel financiar. În mod obișnuit se petrec mai multe forme de abuz în același timp. Abuzul poate fi un singur incident sau poate fi repetat. Definiția de mai sus se concentrează pe actul de violare a încrederii dintre făptuitor și victima într-o relație asumată și continuă și exclude abuzurile petrecute întâmplător precum furturi sau violențe fizice. Abuzul poate afecta pe oricine, în orice familie sau relație și se poate întâmpla oamenilor de orice condiție, religie, rasă, cultură sau origine etnică.

Componentele esențiale ale acestei definiții sunt:

- victima este o persoană în vârstă, conform normelor sociale, de exemplu, peste vârsta de 65 ani;
- făptuitorul poate avea orice vârstă;
- victima poate fi bărbat sau femeie;

<sup>73</sup> Distres - stres care depășește o intensitate critică

<sup>74</sup> Apud. Radu Vraști. Evaluarea și intervenția în criza determinată de abuzul față de bătrân.

<http://www.vrasti.org/9.%20Evaluarea%20si%20interventia%20in%20criza%20data%20de%20batranul%20abuzat.pdf>

- relația dintre făptuitor și victima este o relație continuă precum dintre soți, parteneri, copii adulți, alți membrii de familie, îngrijitori și presupune încredere și suport;
- actul abuziv este actul intențional care creează vătămare/di stres sau risc de vătămare/distres;
- actul abuziv poate fi și lipsa unei acțiuni care poate conduce la vătămarea sau distresul bătrânului aflat în relație cu făptuitorul;
- abuzul se produce printr-o dinamică/tactică prin care făptuitorul încearcă să instaureze o relație de intimidare, control și putere asupra victimei;
- se presupune că victima este incapabilă să se protejeze singură din cauza fragilității și/sau dizabilității.

În general, definiția abuzului față de bătrâni pornește de la premiza că bătrânul este o persoană vulnerabilă datorită declinului cognitiv și fizic datorat vârstei și astfel nu este pe deplin capabil să se protejeze sau să se îngrijească singur ceea ce-l face să promoveze explicit sau implicit o relație de îngrijire cu membrii de familie sau cu alți îngrijitori pe baza unor așteptări asumate, mutuale, formale sau informale, contractuale, în care încrederea este element esențial.

O definiție importantă este cea a lui Eastman (1983) care spune că prin abuz împotriva bătrânilor se înțelege: „abuzul fizic, emotional și psihologic față de un bătrân de către un îngrijitor formal sau informal. Abuzul este repetat și violează persoana umană și drepturile civile ale persoanei sau persoanelor care sunt dependente de acest făptuitor”. Importanța acestei definiții este că ea pune focusul pe drepturile civile ale bătrânilor și pe relația de putere pe care o are cei ce îngrijesc bătrâni față de cei pe care consideră ca fiind dependenți de îngrijirea furnizată.

Definițiile abuzului față de bătrân care se folosesc în justiție sunt grevate de ambiguitatea de a recunoaște, detecta și descrie actele de abuz. Ele sunt prevăzute în legislațiile naționale în funcție de normele sociale, culturale și de drept din fiecare țară. Există totuși trei probleme comune pentru justiție:

- a recunoaște dacă persoana abuzată este vulnerabilă și astfel dacă împlinește criteriul de a fi victima;
- care este definiția făptuitorului („o persoană în poziție de încredere față de victima”);
- care este definiția actului abuziv (dacă actul poate fi considerat abuz și dacă a fost făcut cu intenția de a vătăma).

Nu toate tratamentele rele la care ar fi supus bătrânul pot fi subsumate abuzului. Cel mai la îndemână exemplu este cel al membrilor de familie confrunțați cu dilemă de a lăsa bătrânul lor drag să trăiască în continuare singur sau să-l protejeze plasându-l într-o instituție pentru bătrâni. Această decizie presupune de multe ori acțiuni împotriva voinței bătrânului care poate protesta și considera că este abuzat de membrii familiei lui.

În final trebuie remarcată atenția internațională asupra problemei abuzului la bătrâni, de prea multe ori ascunsă sub alte probleme social-culturale. A 2-a Adunare Mondială asupra Bătrâneții (The Second World Assembly on Ageing – WAA) de la Madrid din 2002 a adoptat în unanimitate o declarație politică și a lansat un plan strategic internațional numit „Missing Voice: Views of Older Person on Elder Abuse” (Bennet și colab. 2002) care are ca obiective:

1. Asigurarea drepturilor persoanelor în vârstă;
2. Protecția bătrânilor față de „abuz, violență și neglijare” în toate situațiile;
3. Recunoașterea „rolului și contribuției” bătrânilor în societate.

Iată doar câteva din eforturile internaționale care au avut ca scop conceptualizarea unui fenomen așa complex și oferirea profesioniștilor implicați în identificarea și răspunsul față de acest abuz a unui suport teoretic simplu și concret.

### 4.3. Tipuri de abuz

În mod obișnuit se recunosc șase tipuri de abuz față de bătrân, abuzul fizic, sexual, financiar, psihologic, neglijarea și abandonul<sup>75</sup>. În mod obișnuit abuzuri fizic și sexual sunt recunoscute de personalul medical sau de familie după semne exterioare corporale pentru că bătrânii prezintă o serie de bariere psihologice în a destăinui abuzul și făptuitorii. Neglijarea și mai ales abandonarea a bătrânului este o formă extremă de abuz și este la fel detectată de terți. Aceasta ultima formă de abuz nu trebuie confundată cu auto-neglijarea, situație în care bătrânul renunță la îngrijirile față de propria persoană. În contrast cu acestea, abuzul psihologic și cel financiar sunt forme mai insidioase și greu detectabile de către alții. Acestea implică diferite forme de violare a încrederii bătrânului, de la manipulare la intimidare și amenintare.

La toate aceste forme uzuale de abuz, se mai pot adăuga unele forme particulare:

- abuzul *medical*, precum refuzul de a oferi și administra îngrijiri și proceduri medicale sau medicamente,
- abuzul *legal* precum violarea libertății și /sau drepturilor umane,
- abuzul *spiritual* precum actele de ridiculare și de negare a credințelor spirituale/religioase
- abuzul *cultural* precum refuzul de a facilita participarea persoanelor în vârstă la activități culturale și
- abuzul *sistemic* precum abuzul care izvorăște din structura și concepțiile dominante din instituțiile statale, precum cele din sistemul medical sau sistemul juridic.

Tabelul 17. Definițiile diferitelor tipuri de abuz față de bătrâni (după Stein, 1991; McCreadie, 1996; Anthony și colab. 2009. *Apud.* Radu Vraști Ghid Practic de Intervenție în Criza, 2012, pag 13-14).

Tipul de abuz	Definiția
Abandonarea	Renunțarea și sustragerea de la îndatoririle și responsabilitățile asumate de a furniza îngrijire unui bătrân de către o persoană adultă și cu discernământ;
Abuzul emoțional și psihologic	Cauzarea de durere sufletească și de stres prin acte verbale și non-verbale precum abuz verbal, insulte, amenințări, intimidări, umilințe, hărțuire, izolare; folosirea amenințării, umilinței, batjocori, înjurăturilor sau altor comportamente verbale sau a altor forme de cruzime mentală ce conduc la de stres fizic și mental; orice act care diminuează sensul de identitate, demnitate și valoare personale a unui bătrân;
Exploatarea financiară/materială	Folosirea ilegală, neautorizată sau improprie de fonduri, proprietăți sau valori incluzând bani, cecuri, certificate de investiție, acțiuni fără autorizare sau permisiune; falsificarea semnăturii, furtul de bani sau alte posesiuni, forțarea sau mințirea în vederea semnării unui document; folosirea improprie a calității de tutore;
Neglijarea	Refuzul sau negarea ducerii la îndeplinire, parțială sau totală, a obligațiilor sau sarcinilor față de un bătrân incluzând furnizarea mâncării, apei, îmbrăcămînții, locuinței, igienei personale, îngrijirii medicale și medicamentelor, confortului și siguranței personale; stoparea voluntară sau nevoluntară a obligațiilor și îndatoririlor de îngrijire față de bătrân;
Abuzul fizic	Folosirea forței fizice conducând la vătămări corporale, durere fizică, răniri; folosirea inadecvată de medicamente, alimentație forțată și pedepse fizice; orice folosire neaccidentală a forței ce conduce la insulte corporale, durere sau afectări organice;
Abuzul sexual	Orice fel de contact sau expunere sexuală neconsensuală incluzând atingeri nedorite, agresivități și violență sexuală; implicare directă sau indirectă în activități sexuale fără consimțământ;

Referitor la neglijare, unii autori disting între *neglijarea activă și pasivă*.

<sup>75</sup> Radu Vraști Ghid Practic de Intervenție în Criză... pag. 13

*Neglijarea activă* - refuzul sau oprirea îndeplinirii obligațiilor de îngrijire, inclusiv încercarea conștientă și intențională de a provoca stres fizic și emoțional bătrânului.

*Neglijarea pasivă* se referă la refuzul sau oprirea îngrijirii care ea origine dintr-o relație interumană asumată dar care exclude încercarea conștientă și intențională de a provoca stres bătrânului (Loue, 2001).

Locurile unde se pot petrece abuzurile față de bătrâni depind de situația locativă și raporturile de îngrijire pe care bătrânii și familia lor le stabilesc și/sau comunitatea le oferă.

În general bătrânii au trei obșuni disponibile pentru a-și vedea împlinite nevoile aduse de bătrânețe:

- să se îngrijească ei inșiși;
- să primească îngrijiri de la familie, precum copii, cu sau fără ajutorul altora;
- să primească îngrijiri în instituții specifice precum cămine de bătrâni sau instituții pentru îngrijiri pe termen lung.

Abuzul și neglijarea se poate petrece în oricare din aceste situații, dar majoritatea cazurilor de abuz se petrec în familie, provocate de partener/soț sau de copii. Cel mai des acesta se petrece în relațiile între soți sau dintre părinții bătrâni și copii adulți. În general această situație scapă de sub controlul agențiilor abilitate cu protecția bătrânilor din cauza reticenței bătrânilor de a raporta astfel de abuzuri.

O altă caracteristică este că abuzurile din familie sunt mai mult detectate și raportate de alții decât de membri familiei. Aceștia din urma evită să raporteze astfel de abuzuri din cauza repercursiunilor legale, de frica că bătrânul să nu fie mutat din casă, de jenă de a fi cunoscut ca abuziv cu bătrânii din familie sau din lipsa unei delimitări exacte dintre ceea ce înseamnă abuz și ce nu în familie

Din ce în ce mai mulți bătrâni traiesc singuri și sunt îngrijiti de îngrijitori profesioniști acasă la ei sau apelează la îngrijiri rezidențiale specifice. Aceasta face ca și locul și făpturitorii abuzului să se mute de la familie la alții, din afara ei.

În schimb, abuzurile față de bătrâni făcute de îngrijitori personali acasă sau în instituții sunt mai ușor identificabile și ele sunt astfel în focusul programelor de combatere și prevenție.

#### **4.4. Factorii de risc ai abuzului față de bătrâni**

Una din trăsăturile caracteristice ale timpului actual este creșterea reală și subiectivă a riscului din societate. Acest risc a devenit principiul organizator fundamental al comportamentului social actual și motivul de preocupare cu ceea ce este incert, frică de deznodământ, obsesia de a controla și securiza aspecte comune de viață care altă dată era luate ca atare. Relațiile interpersonale în condițiile sociale de astăzi sunt instabile, incerte, frustrante, riscante. Aceasta se traduce prin nevoia de a negocia, defini și justifica relațiile dintre membri familiei în mod constant cu scopul de a menține împreună pe membri săi.

Familia a evoluat de la o structură extinsă, multigenerațională, cu dominante autoritare de tip patent (în cadrul căreia raporturile părinți-copii erau reglate de scheme tradiționale relativ rigide și de valori morale, spirituale, educaționale și materiale transmisibile prin „legi nescrise”), către o structură familială relativ restrânsă, de tip nuclear, dar având ca specific păstrarea unor raporturi semnificative, de tip „satelit”, cu familiile de origine, ceea ce i-a conferit un dinamism interpersonal și intergenerațional deosebit. Plasând familia pe axa numită tradiționalitate-modernitate putem vedea modificările societății contemporane în sistemul tradițional și perspectivele de dezvoltare a familiei pe viitor.

Cercetările întreprinse asupra familiei au reliefat că valoarea focală a stilului său de viață o constituie pentru familiile tradiționale, autoritatea. Ea este susținută, îndeosebi, de următoarele valori:

- ierarhie,
- conformism,
- represiune.

Acestea definesc un stil de viață al familiei ce consacră superioritatea părinților asupra copiilor, a vârstnicilor asupra tinerilor, a bărbaților asupra femeilor, a fraților mai mari asupra celor mai mici.

**Valorile familiei** contemporane întemeiază un stil de viață distinct de cel al familiei tradiționale: *autorității* i se substituie ca valoare focală; *cooperarea*, ea este susținută de astfel de valori ca: egalitatea, schimbarea, comunicarea. Plecând de la aceste considerente (ale trecutului și prezentului) și analizând actualele tendințe, ca o alternativă la aceste stiluri de viață, putem aprecia că, în viitor, valoarea focală ar fi *individualitatea*, susținută de următoarele valori: competiția, nonconformismul, însingurarea. Schematic, această trecere de pe axa tradiționalitate-modernitate, pe cea a previziunii, ar arăta în felul următor (figura 1).

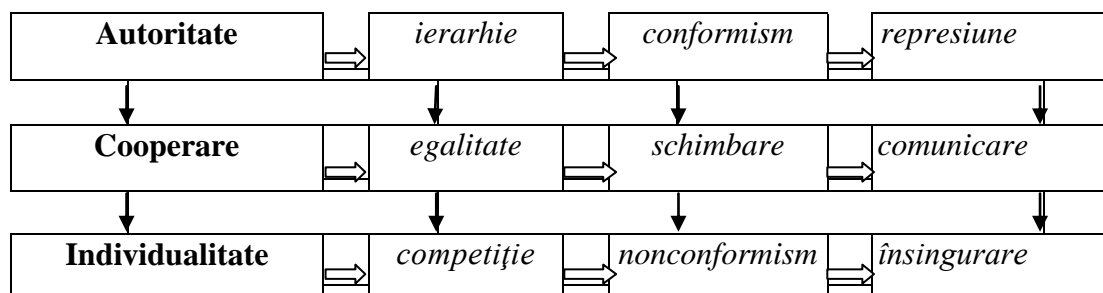


Figura 12. Mecanismul de evoluție a valorilor familiale

Evoluțiile intervenite în structura familiilor au condus la o redistribuire a autorității în cadrul familiei, în sensul egalizării relative a pozițiilor de autoritate ale soților. Familiile din societățile europene se caracterizează în prezent printr-o distribuție relativ echilibrată a raporturilor de autoritate. Există, desigur, variații importante în funcție de caracteristicile socioculturale ale cuplurilor. În general, s-a constatat că posibilitățile de exercitare egalitară a autorității cresc pe măsura creșterii nivelului de instrucție al partenerilor.

Tot ca o tendință comună este și relativa diminuare a autorității părinților asupra copiilor (s-a micșorat mult influența părinților asupra copiilor în ceea ce privește alegerea carierei școlare și profesionale, alegerea partenerului etc.). În comunitățile urbane, părinții în vârstă nu mai exercită decât o slabă autoritate asupra copiilor lor; dimpotrivă, se observă o autoritate inversă a copiilor asupra părinților deveniți bătrâni și dependenți.

Familia de astăzi ca „familie post-familială” ca o instituție care nu mai este structurată în jurul normelor obligatorii, ci din contra, a devenit o „asociație electivă” de persoane care stau împreună pentru a atinge niște scopuri comune. Familia a devenit un loc al relațiilor democratice și egalitare cu prețul creșterii incertitudinii, instabilității, dinamismului ce a dus la reconcilierea permanentă a nevoii de individualizare, a conflictelor intergeneraționale și a nevoii de îngrijire a copiilor și bătrânilor. Unul din aceste riscuri este statutul bătrânilor în familie și problema abuzului față de ei.

#### 4.4.1. Caracteristicile victimelor vârstnici

Victima abuzului poate fi oricine de peste 60-65 ani aflat în orice fel de relație cu ceilalți și trăind în familia proprie, în altă familie, singur sau într-un alt tip de rezidență. Nu există ceva sau cineva care poate să-l poată proteja pe un bătrân de un abuz. Acest tip de abuz se petrece cu bătrânii indiferent de sex, nivel intelectual sau apartenența etnică, religioasă, socio-economică sau culturală. Important pentru asistentul social este să se întrebe cum să-l ajute pe acesta mai bine. Ajutându-l pe acesta vor fi ajutați și ceilalți bătrâni.

De la început este necesar să se excludă factorii de risc care au contribuit la abuzul împotriva bătrânului, acele experiențe, comportamente și aspecte ale stilului de viață sau caracteristici personale care măresc șansele că un bătrân să fie ținta unui abuz. Determinarea factorilor de risc este importantă pentru că de ei poate depinde eliminarea pe termen lung al abuzului.

Majoritatea celor care raportează că au fost victima abuzului sunt femei. Faptul că femeile suferă mai multe abuzuri decât bărbații reflectă realitatea că femeile trăiesc mai mult decât bărbații și din cauza aceasta vor trăi mai mult timp singure și în nevoie de a fi îngrijite în această perioadă, pe când bărbații trăiesc mai puțin și rămân până la moarte împreună cu partenera/soția lor (McCreadie, 1996). Bărbații sunt mai reticenți decât femeile în a dezvălui abuzul la care au fost supuși, dar de fapt se crede că ei sunt mult mai des subiectul abuzului (Pritchard, 2001).

Studii întreprinse în Marea Britanie au arătat că cei mai constanți factori de risc pentru abuz sunt: *statutul marital, depresia, calitatea vieții, folosirea medicației și sexul feminin* (McDonald, 2011). Alt factor important de risc este *capabilitatea fizică și psihologică* a bătrânului. Bătrânii cu deficiențe fizice, mobilitate redusă, dificultăți în auto-îngrijire sunt cei mai predispuși la abuzuri. La fel, bătrânii cu probleme psihologice ca cei cu probleme de memorie, anxietate, tulburări de somn sau mai ales cei cu demenția reprezintă o altă categorie de persoane vulnerabile. Mai există și factori de risc ce par similari cu cei din alte forme de violență familială, precum proasta calitate a relațiilor, preexistența unui model de violență în familie, dependența de făptuitor, consumul de alcool și droguri, izolarea socială.

Tabelul 18: Factorii de risc care contribuie la probabilitatea ca un bătrân să fie abuzat (modificat după Anthony și colab. 2009. *Apud.* Radu Vraști, 2012.).

Domeniul	Factorii de risc
<b>Caracteristici individuale</b>	Vârsta avansată (peste 75 ani);
	- Sexul feminin;
	- Statutul marital;
	- Abilități inadecvate de a comunica;
<b>Sanatate fizică și mentală</b>	- Diminuarea capacității mentale (de ex. boala Alzheimer și alte forme de demenție);
	- Tulburări mentale, în special depresia;
	- Folosirea medicației;
	- Afectare cognitivă sau funcțională, deficit intelectual;
	- Boli cronice;
	- Impulsivitate și trasaturi agresive;
	- Dificultăți în activitatea zilnică/domestică ce limitează independența persoanei;
- Nevoi sporite sau speciale de îngrijire;	
<b>Factori sociali/relaționali</b>	- Izolare socială;
	- Dependența de îngrijitor;
	- Conviețuire cu îngrijitori potențial abuzivi sau exploatațivi;
	- Lipsa de relații familiale strânse;
	- Lipsa de suport în comunitate sau acces la resurse;
<b>Factori economici</b>	- Situație locativă inadecvată sau nesiguranța privind locuința;
	- Evidența de exploatare financiară;

#### 4.4.2.. Caracteristicile făptuitorilor

Bătrânii sunt abuzați de persoane pe care le cunosc și în care au avut încredere fie că sunt membrii de familie, prieteni, cunoscuți sau persoane de îngrijire medicală sau generală. În multe situații abuzul este dependent de bătrân în baza unei înțelegeri sau contract, pe baza unor beneficii bănești, alimentație sau locuința. Astfel, cercetători au pus accentual pe relațiile care există între persoana abuzivă și bătrân, pe durata relației de îngrijire care există între ei și pe caracteristicile individuale ale făptuitorului/abuzivului.

Un îngrijitor este o persoană sau o instituție care și-a asumat responsabilitatea de a furniza îngrijire pentru menținerea sănătății mentale și fizice a bătrânului. Aceasta responsabilitate poate

fi asumată voluntar, prin contract, prin plățirea îngrijiri, ca rezultat al relației de familie sau prin ordin judecătoresc.

Există *factori de risc* care au fost validați de numeroase studii, printre aceștia cei mai des încriminați sunt:

- domiciliu comun între victima și făptuitor;
- izolare socială și rețea socială de suport defectoasă;
- prezența tulburărilor psihice, în special depresia;
- trasaturi de ostilitate;
- folosirea de alcool;
- dependentă abuzivului de bătrânul abuzat (McDonald, 2011).

De cele mai multe ori bătrânul este abuzat în familie de partenerul său și puțin mai rar de copii sau de alți membri de familie. În același timp s-a cautat să se găsească o corelație dintre diferitele tipuri de abuz și caracteristicile făptuitorului.

### *Agresorul persoanelor în vârstă*<sup>76</sup>

Copilul adult ce își abuzează părinții este de regulă adultul încă dependent financiar de veniturile părintelui ajuns la vârsta a treia. Rata șomajului în rândul acestor abuzatori este una foarte ridicată, precum și incidența problemelor de adicție față de alcool sau droguri. O mare parte din acești abuzatori au și un istoric bogat al problemelor cu justiția sau al internărilor în instituții de sănătate mintală. Sunt tipul de oameni extrem de rezervați când vine vorba de a furniza îngrijire unui părinte îmbătrânit, motiv pentru care se angajează deseori în conflicte și cu partenerul pe această temă; dacă totuși se hotărăsc să dea un minimum de atenție părintelui, așteptările sale sunt extrem de nerealiste. Problemele sunt cu atât mai complexe în situația în care adultul abuziv este singurul furnizor posibil de sprijin și îngrijire pentru acea persoană de vârstă a treia; acolo unde nu mai sunt alte rude sau cunoștințe ce pot servi de sprijin, relația de dependență a bătrânului este exploatată la maximum de către fiul adult. În ceea ce privește genul abuzatorului, studiile arată că 64% dintre abuzatorii de părinți adulți sunt fii, 36 % din aceștia sunt fiice; de asemenea, fiicele vor apela mai des la forme de abuz psihic, în vreme ce fii vor recurge cu mai mare ușurință la forme de agresiune fizică.

Literatura trasează distincția între trei tipuri de fii abuzatori ai părinților ajunși la vârsta a treia (Ulsperger, Wilson în *Encyclopedia of Domestic Violence*, 2007, pp.291-292):

1. **Fiul adult OSTIL** este tipul cu probleme serioase în relaționarea cu părinții săi. Încă de la vârste fragede aceștia nu s-au înțeles cu părintele victimă. Acest tip va reclama frecvent afecțiunile patologice ale părintelui. Negând comportamentul lor ca și sursă de conflict, abuzatorii reclamă problemele mentale ale părinților sau cele legate de abuzul de substanțe ca și declanșator al problemelor de relaționare dintre el și aceștia. Singurul motiv pentru care ei oferă sprijin părinților rezidă în fapt din presiunea exercitată de ceilalți membri ai familiei în acest sens. Fii din acest tip vor prefera părintele pasiv și nu se vor teme să mărturisească dorința intimă ca părintele să moară pentru a se elibera de această povară.

Fii adulți ostili tind să fie persoane cu o educație aleasă, dar care au un sentiment puternic de nerealizare. De regulă ei nu locuiesc în același perimetru cu părinții, dar sunt tipul cel mai agresiv, acționând ca declanșator al episodului agresiv.

2. **Fiul adult AUTORITAR** este tipul cu o personalitate dominatoare, rigidă, ce apelează cu ușurință la pedepse. Cercetările îi descriu pe aceștia ca și persoane critice, nerăbdătoare, directe. Nu sunt consumatori de diverse substanțe și sunt de regulă mai puțin educați decât cei din tipul ostil. Ei consideră mai rar că a avea grijă de părinți este o povară, ci dimpotrivă aceștia sunt tipul ce cred că nimeni altcineva nu ar putea face aceasta mai bine ca ei. Deși au această imagine pozitivă despre ei înșiși și abilitățile lor, în același timp ei cred despre părinți că ar putea face un efort mai mare ca să nu fie așa de dependenți de ei, dar că în fapt nu doresc să depună acest efort. Cu toate că se plâng de aceasta, ei se bucură de șansa de a controla majoritatea aspectelor din

---

<sup>76</sup> Turliuc Maria Nicoleta, Adina Karner Huțuleac, Oana Dănilă, *Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2009, (ISBN 978-973-703-4366).P.79-80

viața părinților lor ajunși la vârsta a treia. Dacă se recurge la soluția ca părintele să locuiască sub același acoperiș cu fiul îngrijitor, abuzul constă în lovire când o regulă a gospodăriei este încălcată. Părintele ajunge să fie tratat ca un copil, motiv pentru care încercările părintelui de a se sfătui cu alte rude sau cunoștințe cu privire la anumite aspecte ale vieții sale sunt considerate o lipsă de respect față de fiul îngrijitor și adesea acesta va apela la soluția instituționalizării părintelui bolnav pentru a fi în control total asupra acestuia.

3. **Fiul adult DEPENDENT** este categoria copilului ajuns la vârsta adultă în situația de a fi încă dependent financiar de părinții săi. Șomer sau angajat pentru un salariu foarte mic, acesta este fiul care a trăit alături de părinți aproape continuu, sau în acele perioade în care nu și-a permis o locuință separată. Cercetările arată că acesta e tipul ce nu este deplin maturizat și care nu ajuns niciodată la nivelul de dezvoltare economică și socială specifică vârstei adulte. Aceștia sunt adulții cărora nu prea le pasă de felul în care se prezintă în societate, nu își îngrijesc prea mult nici spațiul în care locuiesc și sunt adesea pasivi. Pasivitatea acesta trece însă pe un loc secundar atunci când situații de criză declanșează mânia. Prin comparație cu cele două tipuri descrise anterior, fii dependenți tind să se implice mai rar în activități sociale formale și sunt mai rar căsătoriți. Deși adesea părintele de vârsta a treia este singurul lor partener de relaționare, actele de îngrijire oferite acestuia sunt mult mai puțin variate decât cele ale primelor două tipuri. Tot comparativ cu stilurile ostil și autoritar, dependentul este mai puțin dispus să discute despre episoadele sale de agresivitate față de părinți.

Ramsey-Klawnsnik (2000) face o tipologie a abuzivului conform datelor obținute în expertizarea cazurilor de abuz și delimitează cinci clase de făptuitori:

- *abuzivul suprasolicitat* care este de obicei bine intenționat, bine echipat pentru a fi îngrijitor, dar ajunge să fie abuziv din cauza suprasolicitării la care este supus de bătrân;
- *abuzivul cu probleme*, care este și el bine intenționat, dar care prezintă anumite afecțiuni fizice sau mentale care-l fac să nu fie calificat pentru rolul de îngrijitor;
- *abuzivul narcisiac* care devine îngrijitor anticipând beneficiul de pe urma relației cu bătrânul și care este preocupat de satisfacerea nevoilor proprii în detrimentul celor ale îngrijitului;
- *abuzivul dominator* cu trăsături de personalitate de a blama și ataca pe alții și care tinde să externalizeze problemele și responsabilitățile;
- *abuzivul sadic* este cel cu trăsături antisociale care își ia sentimentul de putere din umilirea și chinuirea celorlalți.

Tabelul 19: Caracteristicile făptuitorul care contribuie la probabilitatea abuzului unui bătrân (modificat după Anthony și colab. 2009).

Domeniu	Factori de risc
<b>Caracteristici individuale</b>	- Vârsta mai tânără decât cea a victimei;
	- Sexul masculin;
	- Membru de familie (soț/soție, concubina/concubin, fiu/fică);
	- Incapacitate de a înțelege și percepe nevoile bătrânului;
	- Deficit intelectual;
<b>Probleme de sănătate fizică/psihică</b>	- Consum de alcool și/sau droguri;
	- Probleme psihiatrice netratate, în special depresia;
	- Istorie de violență sau comportament antisocial;
	- Prost control al impulsurilor;
	- Tulburări de personalitate;
<b>Factori sociali/relaționali</b>	- stres familial;
	- stres legat de activitatea pe care o face, epuizare;
	- Locuiește cu victima sub același acoperiș
	- Dependența de victima cu privire la locuință, transport sau bani;
	- stres sever legat de boli, pierderea locului de muncă, etc.
<b>Factori economici</b>	- Probleme financiare;

#### **4.4.3. Factorii de risc ai abuzului în instituțiile de bătrâni**

Printre cei care pot abuza un bătrân este și instituția de îngrijire a bătrânului care, în acest context, are același statut ca și îngrijitorul individual în ceea ce privește încrederea cu care este investită, responsabilitatea și încadrarea în definiția abuzului, cu deosebirea că aici variabilele luate în calcul sunt cele ambientale, de management și de profesionalism ale personalului instituției ca întreg și nu numai un îngrijitor anume.

Un număr de variabile ambientale ale instituțiilor de îngrijire a bătrânului au fost luate în considerare ca și factori de risc pentru abuz și neglijare a bătrânului. După Loue (2001) aceste variabile care pot conduce la abuz sunt:

- standardizarea procedurilor conform unei persoane tip ce face greoaie personalizarea îngrijirii după necesitățile fiecărui resident;
- tendința de a trata bătrânii din instituție ca o populație omogenă, ceea ce duce la imposibilitatea de a identifica particularitățile fiecărui caz în parte;
- formularea de standarde de îngrijire rigide care ignoră satisfacția subiectului față de îngrijirea acordată;
- „cultura instituției” care prevalează asupra intereselor subiectului;
- tipizarea canalelor de comunicare care barează comunicarea informală cu subiectul;
- predominanța abordării custodiale al îngrijirii și transformarea subiectul într-un receptacol pasiv al îngrijirii;

(vii) izolarea instituției de comunitatea în care este plasată.

Alți factori de risc sunt dați de faptul că acest tip de instituții funcționează pe baze financiare și relația cu bătrânul este construită în jurul capacității acestuia de a plăti îngrijirile oferite. Pe de altă parte, personalul din aceste instituții nu este remunerat corespunzător ceea ce conduce la lipsa cronică de personal înalt calificat. La toate acestea se mai adaugă suprasolicitarea la serviciu, lipsa de instruire și supervizare a personalului, lipsa de proceduri adecvate care să evite presiunea bătrânilor agitați, tendința personalului de a căuta revanșa față de bătrânii agitați, lipsa unui cod de conduită care să evite abuzul și a unui cod etic care să ducă la respectarea teritoriilor și limitelor dintre îngrijitori și îngrijiți (McDonald, 2011). Nu trebuie ignorată nici tendința de împiedicare permanentă a bătrânilor de a raporta abuzul atât în interiorul instituției cât și în afara ei.

Cel mai adesea abuzul față de bătrâni se petrece în instituțiile de îngrijiri pe termen lung, cu 53% din cazuri, față de spitale, cu 13% sau adăposturi pentru bătrâni cu 5%.

Factori protectivi (familia suportivă și legăturile sociale) acționează prin contrabalansarea greutății factorilor de risc sau chiar prin alterarea prezenței acestora și astfel descresc probabilitatea cazurilor de abuz (Bonnie și Wallace, 2003).

#### **4.5. Dinamica abuzului**

În general abuzul împotriva bătrânilor se petrece după o dinamică similară cu cea din alte forme de abuz precum cel împotriva femeilor: dorința abuzivului de control și putere asupra celui abuzat, într-un context social sau domestic în care se simte îndreptățit sau care-i poate justifica acțiunea. Abuzivul folosește diferite tactici pentru a câștiga și menține controlul asupra victimei, care pot merge de la stabilirea anumitor reguli până la anumite aranjamente domestice, precum de la stabilirea orarului meselor până la orarul privitului la TV, de la ce se cumpără, cu cine se sta de vorbă, la ce oră se culcă până la utilizarea banilor și bunurilor.

Există o sumedenie de tehnici de manipulare și control al bătrânilor și National Clearinghouse on Abuse în Later Life, proiect de cercetare aparținând de Wisconsin Coalition Against Domestic Violence (2006) a creat o diagramă care ilustrează într-o singură figură cele mai frecvent utilizate metode de stabilire și menținere a controlului și puterii într-o relație abuzivă cu un bătrân, diagrama care se numește „Roata abuzului la bătrâni”, în baza căreia este prezentată Figura 4.12.

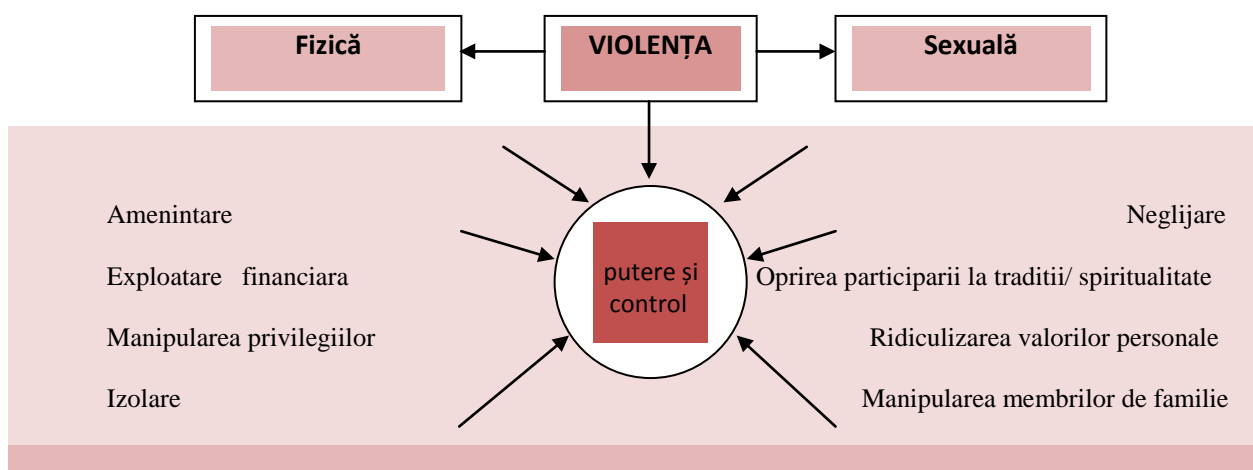


Figura 13. Metode de stabilire și menținere a controlului și puterii într-o relație abuzivă cu un bătrân (în baza diagramei „Roata puterii și controlului” a organizației National Clearinghouse on Abuse în Later Life, 2006)

În continuare este prezentată o listă de tactici folosite de abuziv în relație cu un bătrân.

Tabelul 20. Tacticile folosite pentru control și putere în abuzul bătrânilor

<b>Tacticile folosite pentru control și putere în abuzul bătrânilor</b>	
<b>Abuzul fizic</b>	- Lovire, împingere, strângere; - Impunerea forțată a unei poziții; - Reținerea cu forță în scaun sau în pat;
<b>Abuzul sexual</b>	- Hârțuire sexuală în timpul îngrijirii; - Forțarea de acte sexuale; - Forțarea bătrânului de a privi scene pornografice;
<b>Abuzul psihologic</b>	- Angajarea în comportamente aberante; - Umilire publică;
<b>Abuzul emoțional</b>	- Strigăte, insulte, porecle; - Blamare, umilire;
<b>Manipularea vulnerabilităților și neglijarea</b>	- Ascunderea sau împiedicarea accesul la lucrurile necesare zilnice; - Refuzarea transportului; - Refuzarea furnizării mâncării, căldurii, îngrijirii sau medicației; - Ignorarea cu bună știință a recomandărilor medicale; - Refuzarea ajutorului la îmbrăcare sau îmbrăcarea nepotrivită;
<b>Bararea accesului la evenimente tradiționale și/sau spirituale</b>	- Refuzarea transportul sau accesul; - Distrugerea obiectelor sau lucrurilor importante pentru spiritualitatea sau tradițiile bătrânului;
<b>Ridiculizarea valorilor personale sau culturale</b>	- Lipsa de respect față de practicile culturale; - Ignorarea valorilor bătrânului când se iau decizii;
<b>Folosirea membrilor de familie</b>	- Inducerea în eroare a membrilor de familie cu privire la condiția bătrânului; - Excluderea sau împiedicarea accesul familiei;
<b>Izolarea</b>	- Controlul a ceea ce face bătrânul, pe cine vede și cu cine vorbește; - Împiedicarea accesului la telefon sau scrisori;
<b>Folosirea privilegiilor</b>	- Vorbește în numele bătrânului când se duce la doctor sau la bancă; - Ia deciziile majore în numele bătrânului;
<b>Exploatarea financiara</b>	- Fură bani, lucruri și alte posesii; - Abuzează de statutul său, sau de cel de tutore;
<b>Amenințari</b>	- Amenințări cu părăsirea sau cu suicidul; - Amenințarea cu plasarea bătrânului în instituții de bătrâni; - Abuzul și terorizarea animalelor de companie;

Sunt cazuri când făptuitorul se antrenează în abuzul față de bătrân din cauza că el însuși prezintă condiții fizice sau mentale care-l fac să se manifeste provocător, mânios, agresiv sau fără suficient control ale impulsurilor. Alte situații care conduc făptuitorul spre abuz sunt: stresul și epuizarea în procesul de îngrijire a bătrânilor cu dizabilitati, dependența financiară și/sau locativă de cel pe care-l îngrijește, consumul de alcool, deficiențe intelectuale și de funcționare.

Îngrijitorul bătrânului a fost decenii considerat inițiatorul și promotorul abuzului, cauza primară a abuzului, dar dinamica abuzului nu trebuie privită doar dintr-o singură direcție ci în relațiile formale și informale dintre făptuitor și victima, în subtilă negociere dintre obligații și beneficii și în contextul în care se derulează abuzul (La acestea se mai pot adauga, atunci când e cazul, relațiile preexistente între aceștia, înainte ca unul din ei să devină îngrijitorul și celălalt receptorul acesteia (Nolan, 1993).

Conrad și colab. (2011) merg mai departe și încearcă să stabilească modelul după care se desfășoară abuzul și construiesc un „conceptual mapping” al abuzului psihologic în care încearcă să distingă dinamica ascunsă a abuzului și astfel reușesc să pună în lumină caeva din vehiculele abuzului precum:

- amenințarea și intimidarea care se pot întinde de la tratarea bătrânului cu răceala și tăcere până la amenințări verbale;
- lipsa de respect și considerație pe un continuum între ingorare până la disprețul față de sentimentele și plângerile bătrânului;
- blamarea și generarea rușinii prin ridiculizarea și criticarea cererilor de îngrijire;
- cultivarea suspiciunii și neîncrederii în alții cu scopul de a domina bătrânul prin izolarea de alții și exagerarea riscurilor la care este expus.

În explicarea etiologiei abuzului împotriva bătrânilor au fost lansate de-a lungul timpului o serie de teorii și fiecare a contribuit la elucidarea unor aspecte a conceptului de abuz.

#### 4.6. Teoriile etiologice ale abuzului față de bătrâni

Unele din teoriile etiologice ale abuzului se prezintă în continuare conform analizei literaturii facute de Burnight și Mosqueda (2011) și de Loue (2001).

1. **Teoria stresului îngrijitorului** spune că abuzul se petrece atunci când un membru de familie care îngrijește un bătrân care este dependent de îngrijirile oferite nu mai este capabil să le îndeplinească pentru că este supraîncărcat sau depășit de acestea (Wolf, 2000). Studii empirice nu au putut dovedi această relație și criticii acesteia au spus că de fapt prezenta teorie caută să blameze victimele și să legitimizeze abuzul.

2. **Teoria învățării sociale** postulează că copii care au crescut într-o atmosferă de violență vor abuza la rândul lor părinții, bunicii sau alți bătrâni pe care se presupune ca-i vor îngriji mai târziu. Conform acestei teorii, alții au învățat abuzul în contact cu o altă autoritate punitivă. Cercetătorii nu au reușit să confirme empiric aceasta teorie.

3. **Teoria reciprocității schimbului social** explică interacțiunea dintre abuziv și abuzat ca un proces negociat de schimburi de bunuri materiale și nemateriale în care puterea este sinonimă cu dependența unei persoane față de alta. Se presupune că aici interacțiunea socială constă de fapt într-un schimb de premii (de ex. sentimente pozitive, servicii, resurse personale) și pedepse (de ex. sentimente negative, reținerea resurselor, rejecție, abuz) și indivizii din relație vor căuta să maximizeze premiile și să minimizeze pedepsele. Când unul din ei monopolizează „premiile” el vede puține motive pentru ca să se oprească, în ciuda acumulării pedepselor la celălalt pentru că privește balanța aceasta în termeni de cost/beneficiu. Această teorie este validată de constatările că bătrânul este dependent de îngrijitor și îi oferă premii în ciuda pierderilor și abuzurilor personale.

4. **Teoria discordiei diadice** afirmă că conflictul este nucleul violenței familiale și că presupunerea că abuzul bătrânului este totdeauna unidirecțional, de la făptuitor la victimă, este o

suprasimplificare a fenomenului, care prezintă de multe ori elemente de discordie bidirecțională între aceștia.

5. **Teoria controlului și puterii** scoate în evidență tacticile coercitive folosite de agresor pentru a câștiga și menține controlul și puterea în relația cu abuzatul. Această teorie izvorăște la rândul ei din teoriile violenței față de femei și ageism, ceea ce explică de ce abuzivul crede că este îndreptățit să dețină puterea într-o relație cu cineva mai slab sau mai bătrân. Teoria aceasta prezintă faptul că violența împotriva bătrânului nu este datorată dependenței lui de îngrijitor ci de distorsiunea cognitivă al făptuitorului. Această teorie capturează realitatea dinamică dintre abuziv și abuzat, dar există și tipuri de abuz care răspund mai bine la alte teorii explicative.

6. **Teoria ecologică** surprinde un număr de cauze ale abuzului la bătrâni aparținând:

- macro-sistemului, precum inegalitatea bazată pe vârstă și sex, normele de agresivitate din societate;
  - eco-sistemului, precum ambianța economică, integrarea în comunitate;
  - micro-sistemului precum caracteristicile individuale și familiale;
  - sistemului uman individual, variabilelor fiziologice, afective și comportamentale.
- Interacțiunea particulară dintre aceste variabile formează contextual ecologic în care se încurajează și desfășoară abuzul împotriva bătrânilor.

7. **Teoria contextului socio-cultural** subliniază rolul factorilor individuali precum caracteristici demografice, sănătate fizică și mentală, personalitate, atitudini și modul cum acestea sunt modelate de contextual social și de tradițiile culturale. Pe fond socio-cultural aceste variabile individuale stabilesc dinamica inegalității dintre îngrijitor și îngrijit și prediposiția la abuz. .

8. **Modelul situațional** în care caracteristicile bătrânului și cele ale îngrijitorului interacționează cu cele structurale, ale fiecărei situații în parte.

9. **Modelul simbolic interacționist** care subliniază continuă negociere și renegociere a obligațiilor și beneficiilor, proces care este modulat de caracteristicile cognitive și afective ale protagoniștilor și care în final definește congruența dintre rolurile simbolice pe care cei doi le joacă și caracteristicile individuale (Loue, 2001).

Profesiștii din domeniu oferă un cadru conceptual pentru înțelegerea efectelor abuzului asupra bătrânului. Înțelesul abuzului este influențat de fundalul cultural și experiența individuală a victimei, iar acest înțeles este modulat de natura abuzului (tip, severitate, durata), de relația cu făptuitorul și de circumstanțele personale precum prezența dizabilităților sau de eficiența rețelei de suport social.

#### 4.7. Indicatorii și consecințele abuzului bătrânului

Abuzul și neglijarea bătrânului sunt greu de detectat. Făptuitorul adesea minte, maipulează sau blamează pe alții. Adesea acesta încearcă să-i manipuleze și să-i seducă pe profesioniști pentru a nu fi tras la răspundere. Din cauza că făptuitorul își poate pierde libertatea, reputația, resursele financiare, locuința și accesul la victimă dacă este descoperit, nu de puține ori bătrânul abuzat încearcă să-l salveze, ezită să divulge abuzul, îl minimalizează sau îl neagă cu totul.

Asistența socială trebuie să fie atentă la **semnele care conduc la suspiciunea de abuz** atunci când un bătrân se prezintă pentru alte plângeri:

- frica, anxietatea, depresia, pasivitatea în relațiile cu membrii de familie sau îngrijitor care l-au adus;
- inexplicabile semne de traumatisme fizice;
- deshidratare, proastă nutriție, igiena defectuoasă;
- folosirea improprie a medicamentelor;
- confuzie privind documente legale, testament, rate la bancă;
- reducerea abruptă a capacității de plată;
- evitarea de a vorbi despre situația în care se află.

În tabelul 12 se prezintă câțiva din indicatorii care pot conduce la suspiciunea prezenței abuzului față de bătrân.

Căutarea și identificarea acestor semne de alarmă este de foarte mare importanță pentru a nu lăsa bătrânul să rămână în continuare în contact cu făptuitorul, știut fiind că fiecare eșec în identificarea abuzului duce la consolidarea relației de control și putere prin care abuzivul își intimidează și domină victima

Tabelul 21: Indicatorii abuzului față de bătrâni (Brandl și colab. 2006. *Apud.* Radu Vrasti, 2012)

Ce poate prezenta victima	Ce poate prezenta făptuitorul
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Are traumatisme care nu sunt corespunzător explicate privind modul în care le-a dobândit;</li> <li>- Are traumatisme repetate;</li> <li>- Apare izolat;</li> </ul>	- Minimalizează sau neagă traumatismele sau plângerile bătrânului;
	- Încearcă să convingă pe alții că victima este dementa sau are tulburări mentale;
	- Blamează victima spunând că este neglijentă, neindemnatică și dificilă;
	- Amenință cu violența împotriva victimei, familiei, prietenilor sau clinicianului;
	- Izolează victima, barează contactele cu alții;
	- Amenință sau hârțuiește victima;
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prezintă sugestii precum ca îi este frică;</li> <li>- Comunica codificat despre ceea ce s-a întâmplat;</li> </ul>	- Urmărește victima;
	- Este foarte atent ce face și spune victima;
	- Acționează exagerat de grijuliu față de victima în prezența altora;
	- Prezintă sugestii precum ca îi este frică;
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideatie sau tentative de suicide;</li> <li>- Istorie de consum de alcool și droguri;</li> <li>- Prezentare ca „pacient dificil”;</li> </ul>	- Ideație sau tentative de suicid;
	- Istorie de consum de alcool și droguri;
	- Refuză să permită interviuarea bătrânului;
	- Vorbește în numele victimei;
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prezintă plângeri, simptome nespecifice și cornice;</li> <li>- Dependent emoțional si/sau financiar de abuziv;</li> <li>- Nu apare când e programat la vizite medicale sau de altfel;</li> <li>- Întârzie în căutarea ajutorului medical necesar;</li> </ul>	- Spune că victima este dementă, incapabilă, bolnavă psihic
	- Este dependent emoțional si/sau financiar de victimă;
	- Anulează programări făcute de victima la medic și refuză să furnizeze transport;
	- Duce victima la alți doctori, spitale pentru a ascunde abuzul;
	- Refuză să cumpere medicamente și alte materiale medicale sau echipamente de ajutor;
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prezintă depresie medie sau severă;</li> </ul>	- Îndreaptă familia împotriva victimei;
	- Vorbește despre victimă ca și cum nu ar fi prezentă;
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prezintă semne de stres și traumă;</li> </ul>	Toate sau unele de mai sus.

Pentru punerea în evidență indicatorilor abuzului la bătrâni Reis și Nahmiash (1998) au dezvoltat un instrument specific denumit Scala indiciilor abuzului (Indicators of Abuse Scree - IOA) care consta în 27 itemi indicând caracteristici mentale și psihosociale ale bătrânului și ale îngrijitorului, care corelează cu suspiciunea abuzului.

Instrumentul reușește să aibe o bună senzitivitate, deosebind pe cei care sunt abuzați de cei ce nu sunt abuzați. Ca un minus al acestui instrument este faptul ca itemii nu sunt prevăzuți cu definiții operaționale, iar cotarea acestora se face de clinician după efectuarea unui interviu complet cu bătrânul și cu îngrijitorul său (Anexa 7). Mult mai ușor și sigur de utilizat este chestionarul dezvoltat de Cohen și colab. (2006) care este un instrument semistandardizat pentru punerea în evidență indicatorilor abuzului, instrument utilizabil în diferite contexte clinice și fără să presupună un interviu elaborat pentru completarea lui. Instrumentul „Evaluare inițială Tool for Identifying Elderly People at Risk of Abuse by Their Caregivers” este prezentat în Anexa 8.

Aceste două instrumente sunt de fapt scale de evaluare inițială, însă ele ajută la descoperirea indicatorilor abuzului înainte să existe semne directe ale actelor de abuz propriu-zise.

#### **Consecințele abuzului bătrânului:**

Consecințele abuzului pe termen scurt sunt cele care au rezultat direct din actele abuzive ale făptuitorului. Consecințele pe termen lung sunt semnificative. Astfel s-a constatat că rata mortalității la bătrânii mult timp abuzați este semnificativ mai crescută decât la ceilalți bătrâni (Lachs și colab. 1998).

Efectele abuzului la bătrâni se relevă în patru dimensiuni: fizic, comportamental, psihologic și social:

- *consecințe fizice*: traumatisme, dureri, tulburări de somn, probleme alimentare, cefalee; traumatismele fizice (echimoze, răni, traumatisme craniene, fracturi) au reprezentat mai mult de 50% din toate consecințele găsite la bătrâni abuzați examinați în serviciul de urgență; la aceștia s-au mai întâlnit și situații de malnutriție și deshidratare;

- *consecințele comportamentale* cuprind sentiment de lipsă de ajutor, mânie, reducerea capacității de a face față solicitărilor familiale și gesturi suicidare;

- *consecințele sociale*: dependența de alții, retragere socială, reducerea contactelor cu alții;

- *consecințe psihologice*: frica, anxietate, negarea, depresia; depresia este pe departe cea mai evidentă consecință a abuzului și este datorată deznădejdiei, însingurării, deziluziei, neajutorării și pierderea stimei de sine; aceasta depresia este cea care generează comportament suicidar, tentative de suicid și suicid.

Comportament suicidar trebuie atent identificat și evaluat de către profesionistul din programul de criză pentru ca acesta se poate suprapune compunându-și efectele cu deznodământul intervenției pe termen mediu și lung.

#### **4.8. Reticența bătrânul în a divulga abuzul**

Răspunsul bătrânului la abuz depinde de percepția abuzului și de înțelesul pe care-l da abuzului și poate merge de la negarea lui până la părăsirea relației cu abuzivul și divulgarea abuzului la autorități. Se pune întrebarea de ce în unele situații bătrânul este așa de reticent în a vorbi de abuzul pe care-l suferă? Există mai multe motive pentru a explica această atitudine (Brandl, 2004)<sup>77</sup>:

- unii bătrâni se simt rușinați sau jenați de ce li se întâmplă de la cineva în care au avut încredere;

- frica că blamul va cădea asupra familiei lui;

- credința că oricum nu va putea să scape de persoana abuzivă;

- frica de răzbunare și pedeapsa sau frica de a trebui să părăsească căminul/locuința;

- loialitatea față de familia lor în care a avut loc abuzul;

- frica de a rămâne singur și neajutorat;

- relație emoțională/privilegiată cu abuzivul;

- sentiment de lipsa de speranță și fatalism;

- stima de sine scăzută, credința că merită abuzul la care este supus;

- nu este conștient de resursele de ajutor din comunitatea în care trăiește;

- deficiențe cognitive severe, cu incapacitate de a verbaliza coerent abuzul;

- diferențe culturale sau bariere în comunicare;

Bachman și Saltzman (1995) au arătat că probabilitatea și severitatea abuzului crește după ce bătrânii au reclamat abuzul la care au fost supuși sau au căutat ajutor, situație în care a crescut și riscul la omucidere. Din toate aceste considerente de mai sus se înțelege că profesionistul din programul de criză trebuie să-și amintească că evaluare inițială și întrebările despre abuz sunt o intervenție sensibilă care nu trebuie neglijată, iar victimele trebuie încurajate să declare abuzul prin asigurarea lor că nu vor rămâne singure și fără sprijin adecvat.

---

<sup>77</sup> Radu Vraști

Mai este și problema dată de felul cum experiența pe care bătrânul a avut-o cu îngrijitorul (membru de familie sau îngrijitor străin de familie) influențează perceperea abuzului. Unele studii pe tema aceasta au arătat că cu cât contactul cu îngrijitorul are o istorie mai îndelungată cu atât percepția îngrijitorului este pozitivă și pragul după care se percepe abuzul este mai sus (Fitzpatrick și Hamill, 2011). Abuzul în cazul îngrijitorilor profesioniști este văzut de bătrâni ca o problemă de caracter, iar abuzul făcut de membrii de familie ca o aberație și trădare.

Timpul de contact între îngrijitor și bătrân este un alt factor important, îngrijirea de lungă durată fiind cu risc mai mare de abuzuri decât cea de scurtă durată.

O altă constatare ține de profesionalismul îngrijitorului și probabilitatea raportării abuzului în sensul că bătrânul ezită să raporteze acte de abuz dacă calitatea generală a îngrijirii este bună și educația profesională a îngrijitorului este înaltă. Astfel abuzul făcut de medici este mai ușor de trecut cu vederea decât abuzul făcut de personal auxiliar sau de îngrijitorii personali.

Totodată constatăm că mulți dintre îngrijitori comit acte de abuz fără să-și dea seama ce au făcut și cât de dăunătoare pentru bătrân sunt aceste acte. Acest lucru ține de capacitatea îngrijitorului de a identifica și percepe nevoile de îngrijire, funcționare și suport.

## **4.9. Intervenția asistențială în cazul violenței bătrânului**

### **4.9.1. Contactul cu bătrânul abuzat**

Primul contact cu bătrânul reprezintă și primul pas a intervenției asistențiale și de el depinde în mare măsură desfășurarea etapelor studiului de caz precum evaluarea, intervenția, planul de siguranță, îndrumarea la alte servicii.

Bătrânul abuzat se adresează sau este adus la Centrul comunitar/SAS,DAS pentru protecție și asistență în situație de criză din cauza abuzului și consecințelor lui sau pentru alte situații în care abuzul se constituie un factor important care este ascuns cu grijă. Acestea sunt motivele pentru care profesionistul din asistență socială/alte servicii din sistemul de referire are obligația de-a raporta cazul (caz suspect).

Există mai multe căi prin care un abuz față de bătrân poate fi descoperit. În primul rând bătrânul însuși poate divulga acest abuz în mod direct sau într-un limbaj mai mult sau mai puțin codificat. În al doilea rând acest abuz poate fi făcut public de la terța persoană, respectiv de un vecin, membru de familie sau cunoscut. Nu în ultimul rând abuzul poate fi descoperit prin însăși efectele evidente ale lui, precum echimoze, răni, dureri inexplicabile, comportament evaziv, reticent, plângeri somatice și psihologice neobisnuite și schimbătoare.

Un bătrân cu probleme de abuz poate veni în contact cu programul de intervenție asistențială în mai multe situații:

- se prezintă singur;
- este adus de un membru de familie;
- este adus de cunoscuți;
- este adus de un asistent social, sora medicală, îngrijitor personal;
- este adus de Poliție;
- asistentul social se deplasează la domiciliul bătrânului în condițiile unei intervenții cu echipa mobilă;
- asistentul social este invitat de Poliție pentru a se alătura unei echipe de intervenție care se deplasează la un bătrân ce solicită ajutorul pentru abuz;
- asistentul social vede bătrânul în Serviciul de urgență unde este chemat de personalul din acest serviciu pentru evaluare și intervenție;
- asistentul social ia contact cu bătrânul abuzat în cadrul colaborării cu serviciile de îngrijire medicală primară precum medicul de familie;
- la telefonul liniei de criză.

Există câțiva pași de făcut de către profesionist în asistență socială de la început când ia contact cu un astfel de caz:

- asigură bătrânul că este într-un loc sigur și că nu este nici un pericol;
- tratează cazul calm, nu dramatizează situația și folosește un ton cald și egal;

- oferă confort imediat precum camera liniștită, hidratare, repaus;
- arată suport și considerație față de situația în care se află;
- asigura bătrânul despre confidențialitate;
- evaluează necesitatea și apelează la servicii medicale de urgență și transportă bătrânul în serviciul de urgență dacă există asemenea nevoi;
- nu lasă bătrânul singur și nici nu acceptă pe altcineva în încăpere când este întrebat de abuz;
- nu exercită presiuni asupra bătrânului privitor la divulgarea detaliilor abuzului sau identitatea făptuitorului;

Dacă bătrânul a *telefonat la linia de criză* asigura-l că a telefonat unde trebuie, fi calm, empatic și adoptă un ton egal și liniștit, asigura-l de confidentialitate, nu-l presa să divulge ceea ce nu dorește, arată-i înțelegere și răbdare, evaluează nevoile imediate și încurajează-l să vină la serviciul de asistență socială sau să cheme sau să accepte să fie chemat un mijloc de transport/salvarea/poliție pentru a-l transporta la serviciul de urgență unde va întâlni personalul medical calificat. Dacă vrea să rămână la domiciliu încercă cu blândețe și răbdare să evaluezi contextul în care trăiește (familie, instituție, singur), tipul de îngrijire de care beneficiază, relațiile cu îngrijitorul și/sau alții și posibilitatea unui abuz și felul lui, frecvența, severitatea și consecințele acestuia, evaluează comportamentul și intenția de suicid, informează-l de obligațiunea asistentului social de a informa autoritățile și serviciile de poliție și protecție socială atunci când află de un caz de abuz împotriva unui bătrân, asigura-l de siguranță personală și formulează împreună un plan de siguranță și discută oportunitatea contactelor telefonice de urmarire.

Tabelul 22: Sugestii despre modul de a comunica cu un bătrân în situația de abuz<sup>78</sup>

<b><i>Notă: Fi conștient că abordarea problemei abuzului poate face mulți bătrâni să devină anxioși, neliniștiți și ezitanți și chiar să refuze să discute un astfel de subiect</i></b>
- Separă bătrânul de îngrijitorul/însoțitorul său (membrii de familie, îngrijitor, cunoscuți, etc.);
- Include mesaje care să arate grija și respect pentru bătrâni în general;
- Apoi fi mai specific de ex. „...sunt îngrijorat de vânătăile pe care le văd pe brațele Dvs.”;
- Fi empatic față de sentimentele bătrânului „Inteleg că vă este greu să vorbiți despre așa...”;
- Recunoaște că poate fi greu pentru bătrân să vorbească despre problemele lui;
- Asigură bătrânul despre confidențialitatea conversației;
- Nu exprima critici, judecăți sau amenințați la adresa nimănui, de ex. „este de neconceput că cineva să vă facă așa ceva...”;
- Abilitează și încurajează bătrânul să vorbească în felul lui despre abuz și ce ajutor și-ar dori;
- Progresează în dialog trecând de la general la specific (cazul în speță, pricina întâlnirii);
- Formulează întrebările și comentariile în acord cu educația și cogniția bătrânului;
- Încearcă să diminuezi rușinea celui abuzat: „Se întâmplă adesea că oamenii să nu primească îngrijirile pe care le merită...”;
- Respectă dreptul bătrânului de a lua deciziile pe care le dorește și când le dorește;
- Fi gata să ajuți bătrânul față de nevoile pe care le prezintă;
- Fi conștient că o bătrână se simte mai confortabil să vorbească cu o femeie și un bătrân cu un bărbat și ia măsurile în consecință;
- Permite bătrânului să vorbească în pasul lui, nu-l grăbi, doar așa va vorbi despre abuz;
- Arată-i că crezi ceea ce spune, fi suportiv, discută opțiunile dar nu da sfaturi, evită să blamezi;
- Evită să exprimi dezgust, onoare sau mânie ca răspuns la abuzul pe care l-a suferit;
- Determină dacă a mai trăit situații de abuz și dacă a folosit alte servicii de ajutor...care?

<sup>78</sup> Radu Vrasti Evaluarea si interventia in criza determinata de abuzul fata de batran..<http://www.vrasti.org/9.%20Evaluarea%20si%20interventia%20in%20criza%20data%20de%20batranul%20abuzat.pdf>

- Respectă valorile culturale și religioase ale bătrânului și felul cum ele influențează dinamica familială;
- Fi atent la posibilele dificultăți de auz, vorbire sau cognitive ale bătrânului;
- Ajută bătrânul să înțeleagă că nu trebuie să accepte situații abuzive și informează-l de drepturile lui.

#### 4.9.2. Evaluare inițială și evaluarea riscului

Scopul principal al acestui pas este de a descoperi riscul fizic potențial și a celorlalte riscuri pentru bătrân și a urgenței răspunsului la acestea.

*Evaluarea* are ca scop recunoașterea și identificarea unui caz de abuz împotriva unui bătrân, indiferent dacă această problemă este cea care a adus sau nu bătrânul în fața profesionistului. Abuzul nu poate fi combătut până nu este identificat.

În general se descriu patru cauze care împiedică detectarea acestui tip de abuz de către profesioniști:

- lipsa conștientizării abuzului față de bătrâni și astfel ignorarea acestei probleme atunci când se face o evaluare psiho-socială;
- nu toate formele și tipurile de abuz sunt în mod egal identificabile, abuzul fizic și neglijarea fiind mai ușor de recunoscut după semnele exterioare ale lui spre deosebire de abuzul psihologic și cel sexual care sunt mai dificil de evidențiat;
- semnele abuzului sunt subtile și se pot combina cu cele ale unei suferințe cronice sau deteriorării cognitive datorită vârstei și astfel sunt greu de distins de pe fundal;
- problema negării și/sau reticenței dezvoltării abuzului este prezentă în diferite grade în toate cazurile de abuz (Anetzberger, 2001).

Descoperirea unui caz de abuz împotriva unui bătrân se poate face prin metode: *interviu de protecție, ancheta socială și evaluarea (inițială, complexă, specifică)*. Dacă abuzul este perceput, recunoscut și dezvăluit de bătrân, se continuă cu evaluarea specifică a abuzului și a consecințelor lui prin simplă interviuare a subiectului, completarea anchetei sociale și administrarea de *instrumente de evaluare*.

*Interviul* în aceste condiții este un interviu nestructurat, flexibil, folosind întrebări deschise care să îndemâne subiectul în descrierea detaliată a evenimentelor pe care le-a trăit. Asistentul social trebuie să ofere un cadru intim, de siguranță, să nu fie nimeni de față la discuție, să fie empatic, să abordeze un stil de ascultare activă, să fie respectos, să nu se grăbească și nu facă comentarii emoționale, critice sau acuzatorii; el trebuie să utilizeze experiența și expertiza profesională în a determina cea mai bună cale de a interviua și evalua subiectul din față sa. Asistentul social trebuie să fie atent și la momentele în care povestea subiectului în vârstă devine vagă, bizară sau incongruentă cu informațiile obținute din alte surse, aceste discrepanțe putând fi datorate tendinței subiectului de a acoperi unele abuzuri din diferite motive.

Tabelul 23: Lista cu sugestii de întrebări de inclus în interviul liber cu un bătrân cu probleme de abuz<sup>79</sup>.

- Vă rog să-mi spuneți despre condițiile în care trăiți? Sunteți mulțumit de ele? Ați schimba ceva? Ce anume?
- Există persoane la care apelați pentru a vă face viața mai ușoară? Vă ajută zilnic? După ce orar? În ce constă acest ajutor? Această persoană este ruda sau altcineva? Cum vă achitați pentru serviciile/îngrijirea Dvs?
- Cum ați descrie calitatea îngrijirii pe care o primiți? Aveți ceva de reproșat acestei persoane?
- Ați vrea să aveți alt îngrijitor? Descrieți motivele?
- Puteți să-mi spuneți dacă recent s-a întâmplat ca cineva să facă ceva împotriva voinței Dvs?

<sup>79</sup> Radu Vraști Evaluarea și intervenția în criza determinată de abuzul față de bătrân. <http://www.vrasti.org/9.%20Evaluarea%20si%20interventia%20in%20criza%20data%20de%20batranul%20abuzat.pdf>

Descrieți...
- Vă e frică de cineva anume din casa Dvs? Descrieți...
- A încercat cineva apropiat Dvs să vă lovească sau să vă rănească? Descrieți...
- Este cineva apropiat de Dvs care are probleme de control al nervilor sau consumă prea mult alcool sau are probleme psihice? Cum se reflectă aceasta asupra Dvs?
- S-a întâmplat ca cineva să vă atingă în locuri în care nu se cade sau să vă propună lucruri indecente? De exemplu...
- S-a întâmplat recent ca cineva apropiat să strige la Dvs sau să vă vorbească urât, astfel încât v-ați simțit nefericit și stresat?
- S-a întâmplat recent ca cineva să vă critice și să vă amenințe? Puteți să-mi dați un exemplu?
- V-a spus cineva că sunteți bolnav deși știți că nu e așa? Puteți să-mi dați un exemplu?
- V-a pus cineva recent să semnați hârtii pe care nu le înțelegeți? De exemplu...
- V-a pus cineva să faceți lucruri pe care nu le-ați vrut? Ca de exemplu....
- Cineva v-a luat bani sau lucruri fără permisiune? De exemplu...
- Trebuie cineva să vă ajute în chestiunile financiare? Sunteți mulțumit de aceasta?...
- Este cineva care v-a împiedicat să aveți ochelari, protezele sau aparatele ajutoare de care aveți nevoie?
- Este cineva care să vă ajute să mergeți la cumpărături, la medicul de familie, la farmacie, la poșta sau în alte locuri unde aveți nevoie? Aveți probleme cu acest fel de ajutor...
- Sunteți în majoritatea timpului singur? Descrieți...
- Aveți probleme cu gătitul, făcutul curățeniei în casă, igiena personală, întreținerea îmbrăcăminții? Cum rezolvați aceste probleme...
- Când ați văzut ultima oară un membru de familie și/sau un prieten cunoscut?
- Aveți acces la telefon și puteți comunica cu cine vreți? Este cineva sau ceva care vă împiedică?

În timpul interviului, pe măsura ce bătrânul dezvăluie actele de abuz pe care le-a suferit, asistentul social trebuie să evalueze consecințele fizice, psihologice, financiare, locative și de alt fel ale acestor acte. Asistentul social este în cea mai bună poziție de a observa, examina și identifica consecințele abuzurilor. Astfel, echimoze sau răni inexplicabile, stare de nutriție precară, proasta igienă, deshidratare, neglijența vestimentară, etc. reprezintă indicii exterioare a abuzului și neglijării. În aceste condiții, se recomandă evitarea blamării bătrânului sau a îngrijitorului sau ci doar afirmarea mandatului asistentului social de a proteja drepturile bătrânului și de a anunța serviciile de protecție a oamenilor în vârstă, în condițiile în care un abuz este bine documentat.

Dacă abuzul nu este declarat de bătrân și sunt alte acuze pe primul plan care sugerează prezența abuzului, se declanșează *procedura de evaluare inițială*.

Abuzul față de bătrâni continuă să rămână o problemă ascunsă ochilor publicului din diferite motive, în principal din reticența bătrânilor de a dezvălui abuzul, pe de-o parte, și din repulsurile familiei și societății, tendințele de a înfunda acest fenomen ca reacție la sentimentul de rușine și culpabilitate, pe de alta parte.

*Evaluare inițială* pentru cazul suspect de abuz împotriva bătrânilor este o procedură prin care se caută identificarea indicatorilor și a semnelor abuzului precum cele fizice, comportamentale, psihologice și de alta natură. El constă în administrarea unui set de întrebări alese de profesionist care explorează direct sau indirect abuzul, procedeu numit și ancheta socială de evaluare inițială sau prin administrarea unui instrument standardizat de evaluare inițială. Abuzul bătrânilor nu poate fi lăsat să se dezvăluie doar în serviciile medicale. Asistentul social și personalul din serviciile de urgență, care colaborează majoritatea timpului, sunt profesioniști pregătiți cel mai bine pentru punerea în evidență abuzului la bătrâni.

*Ancheta socială* de evaluare inițială este o procedură de a chestiona bătrânul cu blandețe, cu evitarea blamării, stigmei, etichetării și falselor acuzații, referitor la abuzurile sau agresiunile pe care posibil le-ar fi suferit. Ca o regulă generală, aceste întrebări trebuie să fie puse doar după

ce s-a stabilit o relație de încredere pe baza unui dialog asertiv, empatic și a unei ascultări active a beneficiarului. Altfel, există puține șanse că bătrânul să divulge abuzurile și făpturitorul lor. Se întreabă subiectul dacă este dispus să răspundă la întrebări referitoare la relația lui cu îngrijitorul/îngrijitorii, i se dau asigurări că abuzul este o situație frecventă și că nu e nimic rușinos sau ofensiv în a vorbi despre aceasta și că a vorbi deschis despre astfel de relații nu reprezintă altceva decât a recăpăta autonomia, demnitatea și capacitatea de decizie. Nu trebuie neglijată ambivalența bătrânului abuzat care ar vrea ca abuzul să se oprească, dar nu ar vrea ca relația lui cu persoana sa se încheie.

Bomba (2006) sugerează următoarele întrebări de evaluare inițială:

- Cat de des mergeți să vă întâlniți cu prietenii?
- Vă e frică de cineva?
- Recent, a încercat cineva apropiat să vă rănească?
- Cineva apropiat a încercat să vă poreclească, să vă injosească, să vă facă să vă simțiți rau?
- V-a tras cineva vre-o palmă? V-a tras de păr? V-a prins și v-a împins? V-a lovit?
- V-a amenințat cineva cu astfel de acte?
- V-a forțat cineva să aveți un act sexual sau să faceți lucruri cu tenta sexuală?
- V-a luat cineva lucruri care vă aparțin sau bani fără să vă ceară consimțământul?

Carney și colab (2003) recomandă un set de întrebări pentru fiecare din tipurile de abuz:

○ **Abuz fizic:**

- Vă e frică de cineva din casă?
- Ați fost lovit sau pălmuit?
- Ați fost închis în cameră?
- V-a atins cineva așa cum nu ați fi dorit?

○ **Abuz emotional**

- Vă simțiți mereu singur?
- Ați fost amenințat cu pedepse, lipsa de îngrijire, abandon sau plasarea într-o instituție?
- Au fost perioade când nimeni nu a vrut să vorbească cu Dvs?
- Ați fost forțat să mâncați?
- Ce se întâmplă când nu sunteți de acord cu îngrijitorul Dvs?

○ **Neglijare**

- Vă lipsesc ochelari, aparat auditiv sau proteze dentare?
- Ați fost lăsat singur pentru perioade lungi de timp?
- Dacă aveți nevoie ca cineva să vă ajute ce puteți face?
- Cum puteți obține ajutorul de care aveți nevoie?

○ **Abuz financiar**

- Îngrijitorul depinde de Dvs în ceea ce privește locuința sau salariul?
- V-a furat vreodată bani?

În caz de deteriorare cognitivă mai severă decât cea datorată vârstei, răspunsurile la aceste întrebări trebuie cântărite cu grija.

Există mai multe instrumente specializate de evaluare a beneficiarilor vârstnici care sunt utilizate mai des în practică de profesioniști din domenii de activitate diferite, membrii echipelor multidisciplinare. Principalul beneficiu al utilizării instrumentelor de evaluare inițială este creșterea sensibilității asistenților sociali în contact cu bătrânii asupra probabilității abuzurilor pe care aceștia le pot suferi. Toti asistenți sociali trebuie să introducă în evaluarea lor întrebări care vizează încălcarea drepturilor persoanelor în vârstă, cu precauția că astfel de abuzuri se petrec într-un context care poate fi evaluat doar printr-o abordare complexă, evaluare pe care instrumentele de evaluare inițială nu o poate face, dar care se poate derula cu succes într-un interviu diagnostic flexibil și mai puțin standardizat, ancheta socială de evaluare complexă etc..

În condițiile în care bătrânul declară sau admite că a fost abuzat sau în cazul în care persoana care-l acompaniază afirmă acest lucru iar bătrânul nu-l neagă acest lucru, conversația cu el se concentrează de la început asupra condițiilor în care trăiește și circumstanțelor în care acest

abuz s-a petrecut, istoria abuzului, tipurile de abuz suferite, făptuitor ul/făptuitorii, plasarea abuzului în contextul relației de putere și control cu abuzivul, modalitățile folosite de a preveni sau combate abuzul și serviciile pe care le-a accesat până în momentul interviului. Interviu se desfășoară ținând cont de particularitățile conversației cu un individ în vârstă victima recentă a unui abuz.

Asociația Medicală Americană (American Medical Association, 1992)<sup>80</sup> formulează un ghid de bună practică pentru tratamentul abuzului și neglijării la bătrâni, cu scopul de a ajuta asistenții sociali să identifice și încorporeze evaluarea. Acest ghid include faptele abuzului, barierele în identificare și modurile prin care profesioniștii pot îmbunătăți detectarea abuzului în situațiile practice. Ariile de evaluare pe care le propune acest ghid sunt:

- **Siguranta** (întrebare: Este pacientul în pericol imediat din cauza abuzului sau pentru idei de suicid?)
- **Acces** (întrebare: Există bariere care împiedică evaluări suplimentare și referirea la servicii de specialitate?)
- **Statutul cognitiv** (întrebare: Prezintă pacientul deteriorare cognitivă și cât de mult aceasta intersectează cu evaluarea și răspunsul la problemă?)
- **Statutul emotional** (întrebare: Prezintă subiectul depresie, rușine, vinovăție, anxietate, frică sau mânie? Cum intersectează cu evaluarea și intervenția?)
- **Statutul fizic și functional** (întrebare: Ce probleme medicale există?)
- **Resurse sociale și financiare** (întrebare: Are beneficiarul resurse adecvate financiare și acces la nevoile de bază?)
- **Frecvența și intensitatea abuzului** (întrebare: Au crescut în frecvență și intensitate abuzurile?).

Ancheta socială se încheie cu recomandări de intervenție și de referire la alte servicii specializate atunci când e cazul.

Este bine de identificat *riscul pentru abuzuri viitoare ale victimei* care este în proces de evaluare. Aceste modele de analiză și decizie măsoară riscul în mai multe arii ale vieții subiectului în vârstă și este exemplar pentru modul cum trebuie să gândească asistentul social. Aceste arii sunt:

- client (vârsta, sex, sănătate fizică/emotională și funcționare, venit și resurse financiare);
- ambianța (structura domiciliului, cât de potrivită este pentru condiția subiectului, facilitare, curățenie);
- transport și suport (disponibilitate, accesibilitate, confidență, adecvare formală și informală);
- abuzul curent și istoria de abuz (calitatea îngrijirii, severitatea abuzului, frecvența, consecințele abuzului, apelarea la serviciile de protecție);
- făptuitorul (accesul la client, felul îngrijirii, consumul de alcool și droguri, relația și dependența financiară și locativă față de bătrân, tacticile folosite de făptuitor, dinamica abuzului).

După explorarea acestor domenii asistentul social poate încadra beneficiarul în trei grade de *risc de continuare a abuzului* (mic, mediu și sever) pentru riscul de a abuza bătrânul în continuare.

Dupa această trecere în revistă a instrumentelor și protocoalelor la dispoziția asistentului social din programul în criză trebuie spus că aceste instrumente conțin o doză de subiectivitate, și că rămâne în sarcina profesionistului să emită o judecată clară bazată pe experiența profesională.

---

<sup>80</sup> Radu Vrasti Evaluarea si interventia in criza determinata de abuzul fata de batran. 2012.

.<http://www.vrasti.org/9.%20Evaluarea%20si%20interventia%20in%20criza%20data%20de%20batranul%20abuzat.pdf>

### 4.9.3. Intervenția

În cazul bătrânului abuzat, o intervenție de valoare este aceea care urmărește re-autorizarea și re-împuternicirea bătrânului cu motivația și tăria de a ași apăra identitatea și demnitatea, de a lua decizii și de a fi independent și autonom, în ciuda capacității limitate de a se îngriji din cauza vârstei.

În modelul pe care-l propune Radu Vraști<sup>81</sup>, intervenția cuprinde patru proceduri de bază care sunt comune tuturor cazurilor de abuz față de bătrâni și altele auxiliare, care sunt desfășurate în funcție de particularitățile fiecărui caz în parte. Cele patru proceduri de baza sunt:

- asigurarea siguranței subiectului (raspunsul imediat în criză);
- restaurarea speranței, drepturilor, demnității și bunăstării bătrânului;
- informarea despre resursele existente pentru a-și păstra independența și autonomia;
- formularea unui plan de siguranță.

Aceste proceduri sunt derulate atât în cazul răspunsului la criză la telefon, cât și în situația față-în-față. Ele se desfășoară ținând cont de considerentele morale și etice al profesiei, dar mai ales pe cele ale respectării drepturilor persoanelor în vârstă, așa cum sunt stipulate de Carta drepturilor persoanelor în vârstă.

Se recomandă ca intervenția să se bazeze pe *principiile de binefacere și autonomie*.

Prin *principiul binefacerii* se înțelege acționarea în maniera de a face bine, de a îndepărta abuzul și ceea ce este dăunător și de a preveni daunele ulterioare.

*Principiul autonomiei* este principiul auto-determinării și demnității, dreptul persoanei în vârstă de a lua decizii care la rândul lor trebuie respectate de ceilalți. Între aceste doua principii poate exista uneori o tensiune atunci când bătrânul dorește să rămână în situația abuzivă, în ciuda daunelor pe care le are. Acești autori recomandă următoarele răspunsuri comunitare față de problema bătrânului abuzat:

- intervenția în criză,
- organizarea de servicii comunitare pentru bătrâni și îndrumarea celor abuzați la acestea, servicii de îngrijire temporară („respice care”/îngrijire de răgaz),
- consiliere,
- tratament specific pentru îngrijitorul abuziv,
- organizarea de adaposturi pentru bătrâni unde să se poată refugia temporar cei abuzați,
- urmarirea în justitie a făptuitorilor și
- programe de asistență juridică pentru bătrânii abuzați.

### Răspunsul imediat în criză

Sunt câțiva pași de bază care trebuie parcurși de specialist din criză, indiferent dacă bătrânul se află la telefon sau dacă este în serviciul de răspuns la criză. Răspunsul imediat este ceea ce se întâmplă în primele secvențe ale contactului cu persoana în vârstă care a fost abuzată, respectiv care a reclamat abuzul sau căreia i s-a descoperit situația abuzivă prin mijloacele de evaluare inițială:

1.	Asigură-te că bătrânul este în siguranță, că nu este în pericol de a fi abuzat fizic de agresor, nu este suicidar sau că nu are probleme medicale ca și consecință a abuzurilor curente și care necesită asistența medicală imediată;
2.	Dacă subiectul este suicidar, declansează secvența de evaluare și intervenție în funcție de severitatea ideilor suicidare, a intenției, planului de suicid și a accesului la mijloacele de suicid;
3.	Dacă există probleme medicale, invită și însoțește bătrânul în serviciul de urgență unde va fi evaluat medical și va primi îngrijirile necesare; fă cu el contractul de a fi văzut ulterior din nou de specialistul de criză pentru a se

<sup>81</sup> Radu Vraști Evaluarea și intervenția în criza determinată de abuzul față de bătrân. 2012.

<http://www.vrasti.org/9.%20Evaluarea%20si%20interventia%20in%20criza%20data%20de%20batranul%20abuzat.pdf>

	<p>continua evaluarea, intervenția și planul de siguranță;          transferă responsabilitatea către personalul din serviciul de urgență și stabilește modalitatea de a trimite înapoi clientul la serviciul de criză sau oportunitatea contactelor de urmarire;          transferul responsabilității către un alt serviciu nu înseamnă ca asistentul social s-a sustras din responsabilitatea față debeneficiar, el îl va urmări pe tot traseul de suport, până când se află în afara oricărui pericol de abuz.</p>
4.	Rămâi singur cu bătrânul în comunicare, nu accepta că alte persoane să fie de față, scade gradul de dramatizare a situației, dacă există însoțitori care se manifestă emoțional; amintește-ți că victima este beneficiarul tău și nu întreaga familie.
5.	Asigură-te de capacitatea auditivă și cea cognitivă a subiectului pentru a comunica clar și a nu exista confuzii.
6.	Explorează cu tact consecințele emoționale ale abuzului și furnizează răspuns rapid la acestea.
7.	Re-autorizează și re-împuternicește subiectul: asigură-l că ceea ce s-a întâmplat nu este vina lui, el nu merita să fie abuzat, că orice formă de abuz este inacceptabilă în societate, că el nu trebuie să mai tolereze abuzul, că el are dreptul să-și controleze viața lui și nu persoana care-l îngrijește, că dacă tolerează abuzul există riscul că abuzul să se amplifice în timp; că are posibilitatea de a trăi în siguranță și demnitate. Nu te concentra pe deficiențele bătrânului, pe necesitatea de a fi ajutat în îngrijire, ci din contra, subliniază capacitățile, abilitățile și calitățile lui; Nu presa subiectul să-ți furnizeze amănunte pe care nu le vrea făcute publice, nu-l provoacă, există riscul să nu mai continue să vorbească.
8.	Asigura-l de confidențialitatea conversației și a datelor dezvăluite.
9.	Vorbește de dreptul tău de a împărtăși datele cu personalul din rețeaua de îngrijire a bătrânilor abuzați, pe baza cărora va fi plasat în cea mai bună poziție de îngrijire și siguranță, conform contextului în care se află.
10.	Întreabă-l dacă vrea să comunice cu cineva anume și oferă-i mijloacele necesare pentru aceasta (de ex. telefon).
11.	Întreabă-l dacă are nevoie de adăpost temporar; bătrânul nu trebuie nici încurajat nici descurajat să rămână în relație cu abuzivul; permite subiectului să ia deciziile pe care le consideră adecvate; constituie-te în partenerul bătrânului când ia decizii și nu în sfătuitorul sau mentorul lui.
12.	Întreabă-l dacă are nevoie de asistență juridică pentru a se proteja și trăi în siguranță.
13.	Explorează alte opțiunile personale disponibile.
14.	Oferă informații despre serviciul de criză și modul cum se poate contacta.
15.	Documentează cât de repede despre răspunsul oferit bătrânului.

### ***Restaurarea speranței, drepturilor, demnității și bunăstării:***

Se începe prin furnizarea de mesaje de suport și speranță pornind de la constatarea că persoana în vârstă care a experimentat un abuz trăiește sentimente de decepție, lipsa de speranță și ajutor, însingurare, descurajare, stima de sine scăzută. Aceste mesaje trebuie furnizate fără compasiune exagerată, ci exprimate cu elocvență, simplu și neutru din punct de vedere emoțional, transmise printr-un stil conversațional:

- afirmă că abuzul se poate petrece la orice vârstă și el/ea nu trebuie să aibă sentimente de jena, rușine, vinovăție; nimeni, indiferent de vârstă, nu merită să fie abuzat sau exploatat doar pentru că are nevoie să fie sprijinit/îngrijit, indiferent de vârstă;

- afirmă că el/ea are dreptul să trăiască în demnitate și fără frică, într-o ambianță sigură, sănătoasă și să aibă relații adecvate cu cei din jur;
  - nu este singur, mulți alți oameni au fost abuzați dar au putut să rezolve aceasta problemă și să redobândească controlul propriei vieți și să ia deciziile pe care le-au dorit;
- Apoi se continuă cu afirmarea competenței și capacității sale individuale, cu scopul de a reîncredința subiectul că are capacitatea de a decide și de a-și controla existența:
- abuzul pe care l-a suferit nu înseamnă că este slab sau incapabil;
  - beneficiarul sa-și reamintească de câte ori a avut alegeri și decizii valoroase în trecut, să se încreadă în capacitatea lui de a depăși greutăți;
  - focalizează discuția pe capacități și competențe și nu pe deficiențe și eșecuri;
  - asigură subiectul că este pe deplin îndreptățit să fie considerat competent și capabil sa ia deciziile pe care le dorește și care-l conduc spre bunăstare și autonomie; abuzul nu este un motiv sa creadă altfel;
  - nimanui nu-i este permis să ia decizii în numele lui fără autorizarea lui; vârsta și transformările ei nu sunt motive să gândească altfel;
  - asigură-l că are dreptul de a decide care este răspunsul la abuzul care l-a trăit, de ex. să nu întrepreadă nimic, să se reîntoarcă în relația anterioară, să caute un alt loc de îngrijire, să se protejeze prin utilizarea drepturilor legale, etc;

### ***Informarea și îndrumarea spre resursele existente***

În această fază asistentul social furnizează informații despre servicii de suport și realizează contactul cu acestea.

În contextual re-împuternicirii și re-autorizării beneficiarului cu capacitatea de a lua propriile decizii se poate întâmpla că el să dorească să nu părăsească relația abuzivă. Pentru aceasta se discută despre impactul abuzului asupra subiectului, despre abilitatea lui de a recunoaște abuzul în fazele incipiente și de a aprecia consecințele abuzului pe termen scurt și lung.

Subiectul este încurajat să ia în considerare mai multe variante, dar înainte de toate este bine să cunoască spectrul serviciilor de suport pentru bătrâni din comunitatea din care face parte. O bună informare ofera individului șansa de a lua decizii corecte și realiste, capabile să fie puse în practică. Aceste servicii se prezintă subiectului într-o ierarhie, pornind de la serviciile de îngrijire a sănătății (medicul de familie, serviciul de urgență de la spital, policlinici, etc.), trecând pe la cele de suport social (adăposturi pentru bătrâni, cămine pentru bătrâni, servicii specifice pentru persoane abuzate, cantine de ajutor, ONG specifice pentru bătrâni, grupuri de auto-ajutor pentru bătrâni, etc.) și sfârșind cu cele juridice și de ordine publică (poliție, centru de medicină legală, servicii de asistență juridică).

Prezentarea acestor servicii se face scurt și clar cuprinzând ceea ce ele oferă, amplasarea lor, modul de contactare, accesibilitatea lor și cât de repede răspund când sunt solicitate (de ex. răspuns imediat, au lista de așteptare, cine are prioritate, etc.). În mod normal, într-o comunitate bine structurată în care protecția și bunăstarea indivizilor care o compun este o prioritate, există o paletă întreagă de agenții, instituții, organizații care pot fi accesate pentru a oferi sprijin și protecție bătrânilor cu probleme de abuz.

Asistentul social menține legături cu aceste instituții, servicii, organizații, împreună cu clientul său trece în revistă aceste resurse ale comunității și stabilește care sunt cele mai potrivite pentru situația particulară subiectului în cauză și îl referă la cele alese de comun acord.

În general aceste resurse comunitare se pot împarti in:

- instituții și organizații de protecție și siguranță precum poliția, procuratura, asociații de locatari, grupe de suport;
- instituții și organizații de răspuns în caz de necesități urgente precum serviciul SMUD, serviciul de intervenție în criză, serviciul de pompieri, centre de asistență socială, etc.

- instituții și organizații pentru îngrijirea sănătății, precum medici de familie, servicii de urgență, policlinici cu specialiști, centre de diagnostic și tratament, centre de sănătate mentală, servicii speciale pentru combaterea abuzului de alcool și droguri, etc.
- instituții și organizații pentru protecția și ajutorul persoanelor în vârstă precum ONG-uri cu acest obiect de activitate, cămine de bătrâni, adăposturi pentru bătrâni, asociații de pensionari, grupuri de auto-ajutor pentru bătrâni, casa de ajutor reciproc a pensionarilor;
- instituții și organizații de combatere a violenței familiale/domestice precum organizații și ONG-uri specifice, adăposturi pentru persoanele abuzate, centre de răspuns pentru persoanele abuzate, serviciile de asistență socială de pe lângă primarii, etc.
- instituții și organizații pentru apărarea drepturilor cetățenești precum Procuratura, servicii de asistență juridică și altele, organizații de asistență socială;
- instituții și organizații pentru asigurarea bunăstării persoanelor dezavantajate precum cantine de ajutor, asociația Caritas, Asociația Crucea Roșie, Asociații bisericești, serviciul de asistență socială teritorial, pentru persoanele cu dizabilități, organizații de binefacere și altele.

Asistentul social trebuie să aibă pentru fiecare din aceste servicii pliante/cărțile lor de vizită și să le înmâneze subiectului pe măsura ce sunt prezentate. Asistentul social trece în revistă cu beneficiarul aceste resurse comunitare și discută care ar fi cele care ar răspunde cel mai bine nevoilor lui imediate. Aceste resurse se judecă atât după capacitatea lor de a oferi un ajutor specific, cât și după accesibilitatea și posibilități de a răspunde imediat față de situație subiectului în cauză. Se stabilește ce resurse comunitare vor fi accesate în funcție de nevoile de moment ale beneficiarului.

Contactul se face imediat la telefon, prezentând cazul subiectului sau așteaptă la telefon, fără a dezvălui datele confidențiale, ci doar nevoile acestuia și urgența lor și în final se obține numele persoanei de contact, timpul, data și adresa la care bătrânul este așteptat în acel serviciu.

Dacă subiectul a refuzat contactul cu aceste servicii, asistentul social documentează activitatea de educare și îndrumare și refuzul subiectului de a apela la aceste servicii, precum și disponibilitatea serviciului de a rămâne deschis la o astfel de îndrumare.

#### **4.10. Formularea planului de siguranță**

Planul de siguranță este o strategie specifică care are ca scop asigurarea și sporirea siguranței persoanei abuzate și/sau în pericol de a fi abuzată. Asistentul social colaborează cu beneficiarul serviciilor pentru a formula și implementa un set de măsuri prin care vârstnicul va putea să prevină și să facă față situațiilor care-l supun la risc, incluzând o serie de măsuri de răspuns la amenințări sau abuzuri și o listă de resurse disponibile în caz de urgență/risc fizic. Acest plan este de fapt un ghid pe care victima trebuie să-l urmeze atunci când se simte amenințată și care-l înarmează cu metode și capacitatea de a face față și de a se simți în siguranță. Planul de siguranță trebuie să fie fluid și trebuie să fie revizuit periodic pentru a fi în concordanță cu contextual în care trăiește subiectul. Acest plan trebuie activat doar atunci când e cazul.

În alcătuirea planului de siguranță trebuie să între mai multe tipuri de strategii<sup>82</sup>:

- strategii de prevenție a abuzului (relațiile cu persoana abuzivă, timpul de contact dintre ei, modificarea raportului dintre ei, modalități de comunicare și evitare a confruntării, locuri unde poate să-și schimbe rezidența);
- strategii de protecție (stabilirea unei rute de scăpare, ruperea contactului cu abuzivul, locuri unde se poate refugia);

<sup>82</sup> Radu Vraști Evaluarea și intervenția în criza determinată de abuzul față de bătrân., 2012.

<http://www.vrasti.org/9.%20Evaluarea%20si%20interventia%20in%20criza%20data%20de%20batranul%20abuzat.pdf>

- strategii de notificare (persoanele și serviciile pe care le va apela pentru a notifica abuzul și l-a reclama);
- strategii de suport specific (persoanele sau serviciile pe care le va apela pentru ajutor specific, precum serviciul de criză, medicul de familie, serviciul de urgență, servicii de consiliere pentru bătrâni, grupuri de auto-ajutor pentru bătrâni, ONG-uri dedicate persoanelor în vârstă);
- strategii pentru suport emoțional (muzică, relaxare, exerciții fizice, hobiuri, prieteni, activități comunitare recreative, activități spirituale/religioase).

Mai jos se prezintă cum arată un **plan de siguranță simplu**:

- fă din timp o listă cu persoane și servicii la care să apelezi în caz de nevoie;
- fă din timp un dosar cu copii ale documentelor importante și dubluri de chei și da-le spre păstrare unei persoane de încredere;
- alcatuiește din timp un „plan de scăpare” care cuprinde locurile unde te vei duce dacă ești abuzat și nu mai poți să stai împreună cu acesta, pune într-o geantă sau valiză lucrurile importante pe care vrei să le iei cu tine ca să poți avea acces repede la ele (acte de identitate, o sumă de bani, cheile pe care vrei să le păstrezi pentru acces, documente importante precum certificate de naștere, documente bancare, etc. medicamente, ochelari, haine și obiecte personale, o listă cu telefoanele și adresele persoanelor și serviciilor de care ai nevoie, lucruri cu valoare sentimentală precum fotografii, scrisori, bijuterii);
- dacă te agresează cineva încearcă să rupi contactul cu acesta și să te pui la adăpost;
- nu continua discuții aprinse sau confruntări cu o astfel de persoană;
- spune cuiva în care te încrezi ce ți s-a întâmplat; acesta poate fi un membru de familie, un prieten, un cunoscut, un asistent social, doctor sau oricine altcineva în care ai încredere;
- folosește lista cu persoane și servicii pentru a telefona pentru ajutor și îndrumare;
- dacă nu ai o asemenea listă caută pe internet cuvinte cheie ca: <abuzul față de bătrâni>, <abuz>, <violența contra persoanelor în vârstă>, <violența familială>, <servicii de protecție pentru bătrâni>
- telefonează sau du-te personal la serviciul de criză și solicită ajutor;
- telefonează la serviciul **Unic de Urgență112** sau la Poliție pentru a te pune la adăpost de abuz și reclamă ceea ce ți s-a întâmplat;
- mergi la serviciul de urgență de la spital pentru consecințele abuzului sau expertiză medico-legală;

Planul de siguranță trebuie să fie adaptat fiecărei persoane în parte, să cuprindă elementele particulare ale condiției în care trăiește și el poate să mai cuprindă schimbări în elementele interioare ale locuinței, schimbarea relației cu îngrijitorul abuziv, modificarea programului de vizite ale îngrijitorului, efectuarea de contacte regulate cu membrii de familie sau cu alte persoane de încredere, stabilirea de vizite regulate cu medicul de familie și locurile exacte în care poate să se refugieze în caz de forță majoră. În Anexa10 se prezintă un model elaborat de plan de siguranță pentru diferite situații așa cum a fost conceput de National Clearinghouse on Abuse in Later Life – NCALL.

Documentarea reprezintă o activitate care acoperă toate fazele intervenției asistențiale, respectiv contactul cu beneficiarul, evaluarea, intervenția propriu-zisă, planul de siguranță, îndrumarea la alte servicii și contactele de follow-up și constau în formularea unor note scrise, electronic sau pe hârtie, despre activitățile întreprinse cu consumatorul serviciilor prestate. Prin documentare se decontează activitatea asistentului social și se asigură că aceasta a fost făcută conform codurilor și procedurilor de bună practică și considerentelor etice și morale care stau la baza lor. Aceste documente sunt permanent verificate de supervisorul programului, sunt subiectul unui feed-back profesional de la acesta și pot deveni probe în cazul în care problema beneficiarului a devenit subiect de drept. În situația în care se cunoaște care este deznodământul final al cazului, se aplică procedura de încheiere a cazului.

Toate fazele activității asistentului social descrise mai sus se succed într-o secvență standardizată a managementului de caz în mai mulți pași.

Contactele de urmărire au ca scop evaluarea situației existente a subiectului (scurta evaluare a riscului imediat al subiectului, a situației sale emoționale, a funcționării lui, a capacității de a face față solicitărilor, a capacității de a lua decizii corecte), reînțărirea mesajelor de suport comunicate în timpul intervenției, asigurarea că subiectul este în siguranță, realizarea obiectivelor stabilite cu prilejul contactului anterior și exprimarea disponibilității de a continua suportul oferit. Cu această ocazie se trece în revistă și planul de siguranță și se fac eventuale corecții. Aceste contacte de urmărire se fac la telefon, se stabilesc și datele la care se fac, frecvența lor, se stabilesc în prima întâlnire cu asistentul social, iar oportunitatea continuării lor se discută după fiecare din ele. Aceste contacte de supraveghere se documentează și ele reprezintă note separate în dosarul clientului, sub forma electronică sau pe hârtie.

## CONCLUZII

Persoanele violente manifestă o serie de comportamente agresive repetitive (rareori violența se manifestă printr-un singur incident), în forma unor combinații de acte coercitive și de atac, de mai multe tipuri. De aici și violența în familie are caracteristici care o fac diferită de alte tipuri de violență apărute incidental sau în alte contexte și o dinamică sau ciclu de manifestare aparte bazate pe tipul de relație care există între victimă și agresor.

Este un fenomen grav, o problemă comunitară, socială și de sănătate publică ce afectează în principal femeile. Deci prin prisma definiției de mai sus deducem că violența în familie poate să îmbrace mai multe forme, mai mult sau mai puțin vizibile, precum violența fizică, psihologică, sexuală, economică și socială.

Violența domestică, comparativ cu alte tipuri de violență, are aspectele ei specifice, incriminate prin lege. Acestea sunt:<sup>83</sup>

- Accesul permanent al agresorului la victimă. În spațiul privat al căminului nu există locuri sigure, de „adăpostire” și tocmai de aceea are controlul total asupra victimei sau victimelor. Se evidențiază aici un aspect de terorizare și de neputință a victimelor.
- Desfășurarea previzibilă a evenimentelor de violență în formă ciclică, cu episoade multiple, inevitabile, tot mai frecvente și severe în timp.
- Antrenarea întregului sistem al familiei. Toți membrii familiei violente devin victime directe și indirecte ale agresorului.
- În cazul violenței domestice apar modificări de structură a personalității tuturor celor implicați. Victima își va pierde încet stima de sine și va dezvolta indezirabile mecanisme defensive prin care va încerca să facă față situației. Riscul de a ceda într-un anumit moment crește pe măsură ce situația se cronicizează. El poate ajunge un șomer cronic, un alcoolic păstrând relații cu mediul social din afara familiei doar în grupuri selectate din mediile marginale, cu tulburări de integritate socială.<sup>84</sup>
- Relațiile emoționale dintre cei doi poli ai conflictului sunt un alt specific al violenței domestice. Poate că cea mai deviantă manifestare emoțională în relația agresor-victimă e sindromul Stockholm. Sindromul, descris în situații de teroare în care victimele ajung să se simtă legate emoțional de agresor, să fie de partea acestuia în cazul în care s-ar lua măsuri din afară împotriva lui, e o manifestare patologică a atașamentului. Regulile după care se instaurează această trăire sau amenințarea vieții și intercalarea unor momente de slăbire a amenințării sau chiar de îngăduință și înțelegere, în cursul amenințării.
- Caracterul secret, privat, care face ca victima să aibă un acces mai mic la surse de sprijin, apare invariabil în cazul violenței în familie. Dacă la început, victimele surprinse de agresor ar avea intenția de a căuta ajutor, de a spune celor apropiați, în timp, ele nu o mai

<sup>83</sup> Vozian Roman. Noțiunea, esența și caracteristicile definatorii ale conceptului de violență în familie// Analele științifice ale Academiei „Ștefan cel Mare” a MAI al Republicii Moldova? Științe socioumane, ediția a XII-a, nr.1. p/191-192.

<sup>84</sup> Vozian Roman. Noțiunea, esența și caracteristicile definatorii ale conceptului de violență în familie// Științe socioumane, ediția a XII-a, nr.1. p/191-192.

pot face, deoarece se supun unui ordin mai mult sau mai puțin explicit al agresorului, acela de a-și îndepărta familia și prietenii, cei la care ar putea să recurgă în momentele dificile.

- Neintervenționismul. Reprezintă tendința celorlalți de a trece sub tăcere astfel de manifestări și e un specific consemnat de toată literatura din domeniu. Acest specific al violenței domestice l-a condus pe Felson la o descriere triunghiulară a ei, având următoarele puncte de sprijin: agresor, victimă și „gardianul absent”.
- Violența domestică are un registru larg de manifestări: psihice, fizice, sexuale și sociale. Ele se pot combina într-un amalgam infernal și cu anumite consecințe evidente, de suprafață, dar și de profunzime asupra victimelor

Violența nu trebuie asimilată cu conflictul, sau cu abuzul. Conflictul este divergența sau diferența de opinii și interese (în varianta cea mai simplă), care are forme diferite de manifestare pe un quantum care poate ajunge la extreme dacă nu este rezolvat în stadiile incipiente. Abuzul reprezintă exagerarea unui fapt reprobabil, care se repetă (apare frecvent în violența domestică).

Dincolo de multitudinea sensurilor cu care se asociază, violența este un abuz de putere, fiind legată, aproape întotdeauna, de o poziție de putere și de impunerea acestei puteri asupra celorlalți. Această caracterizare definește, cel mai bine, situația bărbatului în raport cu cea a femeii, copilului sau vârstnicului.

Totuși, în mod aparent paradoxal, adeseori, chiar lipsa de putere determină violența. Conștiința lipsei de putere, în multe cazuri, provoacă o nevoie de afirmare atât de puternică încât devine agresivitate distructivă, care, în ultimă instanță, conduce la violență. Aceasta poate explica, în mare măsură, frustrările care caracterizează numeroși bărbați agresori, dar și actele de violență comise de femeile agresoare<sup>85</sup>

---

<sup>85</sup> Sorin M. Rădulescu, *Sociologia violenței intrafamiliale*, Ed. Lumina Lex, București, 2001

## GLOSAR

În sensul prezentului curs universitar, se definesc următoarele noțiuni:

**copil** - persoană care nu a atins vârsta de 18 ani și care nu are capacitate deplină de exercițiu;

**copil - victimă** - copil, căruia, prin infracțiune/contravenție, i-au fost aduse daune morale, fizice sau materiale;

**revictimizare** – stare psihologică care apare ca rezultat al intervenției neadecvate din partea instituțiilor sau specialiștilor asupra copiilor victime ale abuzului, neglijării, exploatării, traficului;

**abuz față de copil** – forme de rele tratamente produse de către părinți/reprezentanți legali/îngrijitori sau de orice altă persoană aflată în poziție de răspundere, putere ori în relație de încredere cu copilul, care produc vătămare actuală sau potențială asupra sănătății acestuia și îi pun în pericol viața, dezvoltarea, demnitatea și moralitatea;

**abuz fizic** - vătămare intenționată a integrității corporale ori a sănătății copilului prin lovire, îmbrâncire, trântire, tragere de păr, înțepare, tăiere, ardere, strangulare, mușcare, în orice formă și de orice intensitate, prin otrăvire, intoxicare, alte acțiuni cu efect similar; orice pedeapsă corporală și oricare alte forme de tortură, tratament sau pedeapsă crudă, inumană sau degradantă; agresiune fizică și hărțuire fizică întreprinse de către adulți sau alți copii;

**abuz psihologic** - acționare psihică asupra copilului, unică sau repetată, atitudine neglijentă sau ostilă, alte comportamente ale adulților sau ale altor copii (ofense, luare în derîdere, înjurare, insultare, poreclire, șantaj, distrugere demonstrativă a obiectelor personale, amenințări verbale, izolare de prieteni, interzicerea frecventării instituției de învățământ, privarea accesului la informații), care provoacă copilului deformări ale autoaprecierii, pierderea încrederii în sine și care complică procesul de dezvoltare și socializare a copilului;

**abuz sexual** - incitarea sau constrângerea unui copil de a se implica în orice fel de activitate sexuală ilegală sau psihologic dăunătoare. Abuzul sexual include:

**a. incest** - orice relație sexuală între rude unite prin legături de sînge sau prin alianță;

**b. viol** - raportul sexual săvârșit prin constrângere fizică sau psihică a copilului sau profitînd de imposibilitatea acestuia de a se apăra ori de a-și exprima voința;

**c. hărțuire sexuală** - orice formă de comportament fizic, verbal sau nonverbal, de natură sexuală, care lezează demnitatea copilului ori creează o atmosferă neplăcută, ostilă, degradantă, umilitoare sau insultătoare;

**d. prostituție infantilă** - folosirea copilului pentru activități sexuale, contra cost sau contra oricăror altor avantaje materiale;

**e. pornografie infantilă** - producerea, distribuirea, difuzarea, importarea, exportarea, oferirea, vinderea, schimbarea, folosirea sau deținerea de imagini sau alte reprezentări ale unuia sau ale mai multor copii implicați în activități sexuale explicite, reale sau simulate, ori de imagini sau alte reprezentări ale organelor sexuale ale unui copil, reprezentate de manieră lascivă sau obscenă, inclusiv în formă electronică;

**f. molestare** - mîngîierea zonelor intime, sărutarea copilului, obligarea copilului de a atinge părțile intime ale abuzatorului;

**g. căsătoria timpurie sau logodna copiilor care implică relații sexuale** - căsătorie în care una sau ambele părți sunt căsătorite fără acceptul ei sau al lui sau împotriva voinței ei sau a lui, sau cînd acceptul nu este valid;

**trafic de copii** - recrutarea, transportarea, transferul, adăpostirea sau primirea unui copil, precum și darea sau primirea unor plăți ori beneficii pentru obținerea consimțămîntului unei persoane aflate în poziție de răspundere, putere ori în relație de încredere cu copilul, în scopul:

**a.** exploatării sexuale, comerciale și necomerciale, în prostituție sau în industria pornografică;

**b.** exploatării prin muncă sau prin servicii forțate;

**c.** practicării cerșetoriei sau în alte scopuri josnice;

- d. exploatării în sclavie sau în condiții similare sclaviei, inclusiv în cazul adopției ilegale;
- e. folosirii în conflicte armate;
- f. folosirii în activități criminale;
- g. prelevării organelor sau țesuturilor umane;
- h. abandonării în străinătate;
- i. vânzării sau cumpărării;

**neglijarea copilului** – omisiunea, voluntară sau involuntară, a unei persoane care are responsabilitatea creșterii, îngrijirii sau educării copilului, de a lua orice măsură subordonată acestei responsabilități, fapt care pune în pericol viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului. Neglijarea se poate prezenta sub mai multe forme:

**a. neglijare alimentară** - privarea de hrană, absența din meniul copilului a mai multor alimente esențiale pentru dezvoltare, mese neregulate, alimente nepotrivite sau administrate necorespunzător vârstei copilului;

**b. neglijare vestimentară** - haine nepotrivite pentru anotimp, haine nepotrivite mărimei copilului, haine murdare, lipsa hainelor;

**c. neglijarea igienei** - igienă corporală necorespunzătoare, mirosuri respingătoare, prezența paraziților;

**d. neglijare medicală** - absența îngrijirilor necesare, omiterea vizitelor de control, neaplicarea tratamentelor prescrise de medic, nesolicitarea serviciului de urgență la necesitate;

**e. neglijarea educațională** - neșcolarizarea copilului, interzicerea de a frecventa activitățile/instituțiile extrașcolare, neimplicarea în procesul de monitorizare a progreselor școlare;

**f. neglijarea emoțională** - lipsa atenției, a contactelor fizice, a semnelor de afecțiune și a cuvintelor de apreciere;

**g. lăsarea copilului fără supraveghere** - acțiune prin care un copil este părăsit, lăsat fără îngrijire de către părinții săi sau de către persoanele care au obligații legale de întreținere față de copil;

**exploatarea prin muncă copilului** - munca ce prin natura sa sau prin condițiile în care se exercită este susceptibilă de a dăuna sănătății, securității sau moralității copilului;

**pericol iminent** - circumstanțe care indică la elemente constitutive ale infracțiunii/contravenției și au/pot avea impact grav asupra sănătății fizice și/sau psihice ale copilului (vătămări intenționate ale integrității corporale și sănătății grave și medii);

**ordonanță de protecție** - act legal prin care instanța de judecată aplică măsuri de protecție a victimei;

**interviu de protecție** - prima discuție cu copilul în scopul stabilirii gradului de securitate a copilului și informării acestuia despre drepturile sale, serviciile de asistență, măsurile de protecție;

**persoană de încredere** - persoană din anturajul copilului (membru al familiei biologice/extinse, pedagog, asistent social, psiholog, medic, preot, etc.) în care copilul are încredere, căreia îi poate destăinui o situație în care se simte amenințat sau în pericol;

**proceduri prietenoase copiilor** - proceduri, prin care se asigură respectarea principiului interesului superior al copilului și realizarea, drepturilor fiecărui copil, inclusiv dreptul la protecție și participare;

**prevenirea primară a abuzului față de copii** - acțiuni de sensibilizare cu privire la reducerea toleranței la abuz, neglijare, exploatare, trafic, adresate publicului larg;

**prevenirea secundară a abuzului față de copii** - acțiuni care se adresează grupurilor cu risc crescut de a manifesta comportament violent sau grupurilor cu risc de victimizare cum ar fi: copii și adolescenți care trăiesc în familii cu violență, copii cu risc de abandon școlar, cu absenteism din cauze familiale;

***prevenirea terțiară a abuzului față de copii*** - acțiuni care se adresează grupurilor afectate deja de abuz, neglijare, exploatare, trafic, în scopul prevenirii recidivelor, sancționarea sau recuperarea agresorilor, securitatea victimelor, recuperarea sau tratarea efectelor și consecințelor;

***echipă multidisciplinară*** - este un grup de profesioniști din diferite domenii la nivel local cu atribuții în domeniul protecției copilului, care colaborează la prevenirea și soluționarea cazurilor de abuz, neglijare, exploatare și trafic.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Abuzul și neglijarea copilului. Studiul realizat de Organizația Salvați Copiii. București, 2000.
2. Asistența Socială în contextul transformărilor din Republica Moldova / Maria Bulgaru, Nicolae Sali, Tatiana Gribincea (et.al). – Ch.: „Cu drag” S.R.L., 2008. – pag. 256-283.
3. Abraham P. Legislația în asistența socială. România, Editura Național, 2000.
4. Baban A., David H. Voci ale femeilor din România. București, UNICEF, 1994.
5. Baieș S., Iorga N. Drept civil. Chișinău, 2001.
6. Bocancea C., Neamțu G. Elemente de asistență socială. Iași, Polirom, 1999.
7. Bulgaru M. Asistența socială în contextul globalizării / Maria Bulgaru; Universitatea de Stat din Moldova, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială. – Ch.: CEP USM, 2012. – 461 p.
8. Bulgaru M., Dilion M. Concepte fundamentale ale asistenței sociale. Chișinău, 2000.
9. Bujor V., Miron I., Violența sexuală: aspecte juridico-penale și criminologice, Chișinău, 2001.
10. Buzducea D. Aspecte contemporane în asistența socială. -Iași: Polirom, 2005.
11. Buzducea D. (coord). Asistența socială a grupurilor de risc. -Iași: Polirom, 2010
12. Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice, întocmită la Istanbul la 11 mai 2011.  
<https://rm.coe.int/168046253e>
13. Coomaraswamy V., „Lupta împotriva violenței domestice: obligațiile statului”, în Raportul special al Națiunilor Unite pe problema violenței împotriva femeilor pentru perioada 1994-2003.
14. Dragomirescu T. V., Determinism și reactivitate umană, București, Edit. Științifică, 1990.
15. Druță F. Psihologia familiei. București, Editura Didactică și pedagogică R.A., 1998
16. Exploatarea și abuzul sexual al copiilor străzii – Raport al Organizației Salvați Copiii, 1996.
17. Exploatarea sexuală și abuzul sexual față de copii Implementarea Convenției de la Lanzarote de către Republica Moldova. Chișinău, 2017, pag 57  
[http://lastrada.md/files/resources/3/raport\\_RO.pdf](http://lastrada.md/files/resources/3/raport_RO.pdf).
18. Finkelhor D. Child Sexual Abuse: New Theory and Research. NY: Free Press, 1984.
19. Ghidul asistentului social comunitar. Căușeni, 2012. P.12-17
20. Ghid de intervenție în cazurile de violență în familie. Agenția Națională pentru Protecția Familiei (A.N.P.F.) -'', 2007, p.13-15
21. Jora O. De la viziune la valoare, prezentare la Conferința Femeilor din 1999, organizată de USAID și World Learning, București
22. Kari Killen Copilul maltratat, 1998, Editura RUROBIT 456 p..  
<https://ru.scribd.com/doc/50776739/Copilul-Maltratat-Kari-Killen>
23. Larousse. Marele dicționar al psihologiei, 2006.  
<https://www.slideshare.net/rodica18/14872044-dictionardepsihologielarousse>
24. Legea nr. 45, din 01.03.2007 Cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie, aprobată de Parlamentul RM, publicată: 18.03.2008 în Monitorul Oficial Nr. 55-56.
25. Manual de psihologie socială. Coord. Adrian Niculau. Ed 2. Polirom, 2004. 350 p. P. 171-172
26. Muntean Ana. Violența domestică și maltratarea copilului. Editura Eurostampa, Timișoara, 1989. 320 p.
27. Națiunile Unite (Departamentul de Informare Publică), a patra Conferință Mondială asupra problemelor femeilor, Beijing, China, 15,09,1995, Platforma de acțiune și Declarația de la Beijing publicată în 1996.
28. Neamțiu Gheorghe (coord.) Tratat de asistență socială. Editura Polirom, Iași, 2003.
29. Radulescu Sorin M., Sociologia varstelor: societatea și ciclul uman de viață. București : Hyperion, 1994.

30. Recomandarea nr. R(85) cu privire la violența în familie a Consiliului Europei adoptată la 26.03.1985.
31. Roth Szamoskozi Maria. Protecția copilului ( dileme , concepții și metode ) – Cluj-Napoca, 1999
32. Rotariu Traian (coord.): Expunerea minorilor la abuz și neglijare, Complex, Cluj, 1996.
33. Rădulescu Sorin M., Sociologia violenței intrafamiliale, Ed. Lumina Lex, București, 2001
34. Studiul realizat de Organizația Salvați Copii. Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale: Păunescu Georgeta. Copilul abuzat, neglijat / București: Ars Docendi, 2000. Pag. 5-13.
35. Turliuc Maria Nicoleta, Adina Karner Huțuleac, Oana Dănilă, Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2009, pag. (ISBN 978-973-703-4366).
36. Violența domestică în Republica Moldova. Raportul avocaților din Minnesota, Chișinău, 2000.
37. Vraști Radu Evaluarea și intervenția în crizele date de violență familială. Ghid Practic de Intervenție asistențială, 2012, 468p. <http://www.vrasti.org/8.%20Evaluarea%20si%20interventia%20in%20criza%20data%20de%20violență%20domestica.pdf>
38. Vozian Roman. Noțiunea, esența și caracteristicile definitorii ale conceptului de violență în familie// Analele științifice ale Academiei „Ștefan cel Mare” a MAI al Republicii Moldova/ Științe socioumane, ediția a XII-a, nr.1. p/191-192  
. [https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag\\_file/Notiunea%20esenta%20si%20caracteristicile%20definitorii%20ale%20conceptului%20de%20violenta%20in%20familie.pdf](https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/Notiunea%20esenta%20si%20caracteristicile%20definitorii%20ale%20conceptului%20de%20violenta%20in%20familie.pdf)
39. Vraști Radu Ghid Practic de Intervenție în Criză, Canada, ,2012,
40. Vraști Radu Evaluarea și intervenția în criza determinată de abuzul față de bătrân. <http://www.vrasti.org/9.%20Evaluarea%20si%20interventia%20in%20criza%20data%20de%20batranul%20abuzat.pdf>
41. Vraști Radu Ghid practic de intervenție în criza.  
<https://www.slideshare.net/daisykalt/ghid-practic-de-interventie-in-criza>
42. Anetzberger G J (2000): Caregiving: Primary cause of elder abuse? Generations, 26(2): 46–51. Anetzberger GJ (2001): Elder abuse identification and referral: The importance of screening tools and referral protocols, Journal of Elder Abuse and Neglect, 13(2): 3-22.
43. Bachman R, Saltzman L (1995): Violence against Women: Estimates from the redesigned survey, Washington, D.C. Bureau of Justice Statistics.
44. Bennett G, Levin SL, Straka S (2002): Missing voices: Views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization.
45. Brandl B (2004): Assessing for abuse in later life, National Clearinghouse on Abuse in Later Life (NCALL): A Project of the Wisconsin Coalition Against Domestic Violence, Madison, Wisconsin
46. Bomba P (2006): Use of a single page elder abuse assessment and management tool: A practical clinician's approach to identifying elder mistreatment. Journal of Gerontologic Social Work, 46(3/4): 103-122.
47. Bonnie RJ, Wallace RB (Eds.) (2003): Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America, Washington, DC: The National Academies Press.
48. Bugental DB, Hehman JA (2007): Ageism: A review of research and policy implications, Social Issues and Policy Review, 1(1): 173—216.
49. Burnight K, Mosqueda L (2011): Theoretical model development in elder mistreatment: Technical Report, Award Number: 2005-IJ-CX-0048, The Regents of the University of California, UC, Irvine, School of Medicine, Program in Geriatrics
50. Campbell JC (1995): Adult response to violence, in JC Campbell (Ed.): Violence: A plague in our land, Washington, DC: American Academy of Nursing.
51. Chalk R, King PA (1998): Violence in Families: Assessing Prevention and Treatment Programs, Washington, DC: National. Academic Press

52. Cohen M, Halevi-Levin S, Gaglin R, Friedman G (2006): Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers, *Journal of Aging and Health*, 18(5): 660-685.
53. Conrad KJ, Iris, M, Ridings JW, Rosen A, Fairman KP, Anetzberger GJ (2011): Conceptual model and map of psychological abuse of older adults, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 23:147-168
54. Domestic Abuse Prevention Program, Home of Duluth Model (1982), (<http://www.theduluthmodel.org>.)
55. Dutton DG, Kropp PR (2000): A review of domestic violence risk instruments, *Trauma, Violence & Abuse*, 1(2): 171-181.
56. Fitzpatrick MJ, Hamill SB (2011): Elder abuse: Factors related to perceptions of severity and likelihood of reporting, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 23:1-16.
57. Hague G, Malos E (2005): *Domestic violence: Action for change* (3rd ed.). Cheltenham: New Clarion Press.
58. Lachs M, Williams C, O'Brien S, Pillemer K, Charlson M (1998): The mortality of elder mistreatment, *Journal of the American Medical Association*, 280(5): 428-432.
59. Loue SJD (2001): Elder abuse and neglect in medicine and law, *The Journal of Legal Medicine*, 22:159-209.
60. McDonald L (2011): Elder abuse and neglect in Canada: The glass is still half full, *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 30(3): 437-465.
61. Murray A. Straus, Richard J. Gelles *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families* Published by: Canadian Journal of Sociology . [https://www.jstor.org/stable/3340687?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/3340687?seq=1#page_scan_tab_contents)
62. Pritchard J (2001): *Male victims of elder abuse*. London: Jessica Kingsley.
63. Palmore E (2003): *Ageism: Negative or Positive*. 2nd Edition, New York: Springer Publishers.
64. Reis M, Nahmiash D (1995): Validation of the caregiver abuse screen (CASE). *Canadian Journal on Aging*, 14: 45-60.
65. Straus A.M., „Family violence against children: a challenge for society”, in *Journal of the University of Minnesota School of Social Work and the Domestic Abuse Project*.
66. Wolf RS (2000): Introduction: The nature and scope of elder abuse, *Generations*, 24(2): 6-12
67. <https://www.slideshare.net/daisykalt/ghid-practic-de-interventie-in-criza>
68. <http://www.qreferat.com/referate/asistenta-sociala/CAUZE-SOCIALE-SI-CONSECINTE-AL449.php>
69. [https://drepturilecopilului.md/files/publications/CDC\\_2005\\_final.pdf](https://drepturilecopilului.md/files/publications/CDC_2005_final.pdf)
70. <sup>1</sup> <https://www.agerpres.ro/social/2018/01/31/asociatia-telefonul-copilului-statistica-2017-principala-forma-de-abuz-asupra-copiilor-abuzul-emotional--46879>
71. <https://www.clickpentrufemei.ro/sectiune/oameni-si-destine/articol/violenta-domestica-un-fenomen-cu-bataie-lunga>
72. <https://www.womensaid.ie/ro/whatisdomesticv4.html>
73. [https://ro.wikipedia.org/wiki/Violen%C8%9B%C4%83\\_%C3%AEn\\_familie](https://ro.wikipedia.org/wiki/Violen%C8%9B%C4%83_%C3%AEn_familie)
74. <http://cdf.md/rom/12ce-este-violenta-in-familie>
75. <https://www.hotnews.ro/stiri-esential-22274955-masuri-cazurile-violenta-domestica-printr-proiect-lege-fost-introdus-ordinul-protectie-provizoriu-prin-care-politistii-pot-inlatura-imediat-agresorul-din-domiciliu-agresorii-vor-purta-bratara-electron.htm>
76. <https://www.osce.org/moldova/121602?download=true>
77. <https://violentaipotrivafemeilor.ro/wp-content/uploads/2017/08/ghid-pentru-victimele-violentei-in-familie-ANAIS.pdf>

**Instrucțiunile  
privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea,  
evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și  
potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului**

Aprobat  
prin Hotărîrea Guvernului nr. 270  
din 8 aprilie 2014

Publicat : 18.04.2014 în Monitorul Oficial Nr. 92-98 art Nr : 297

**Capitolul I  
DISPOZIȚII GENERALE**

1. Prezentele Instrucțiuni stabilesc mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului (în continuare – mecanism intersectorial de cooperare). Instrucțiunile sînt elaborate în conformitate cu legislația familiei, civilă, muncii și protecției sociale, penale și contravenționale.

2. Prevederile prezentelor Instrucțiuni vizează angajații autorităților publice centrale și locale, ai structurilor, instituțiilor și serviciilor din cadrul sau subordonate acestora, care activează în domeniile asistenței sociale, educației, ocrotirii sănătății, organelor de drept, care trebuie să coopereze în vederea prevenirii violenței, neglijării, exploatării, traficului de copii, precum și combaterii acestora prin intermediul serviciilor de asistență socială, educaționale, de ordine publică și medicale.

3. Autoritățile, structurile, instituțiile și specialiștii cu competențe în domeniul protecției copilului sînt obligați să aplice prezenta Instrucțiune, utilizînd Ghidul de aplicare practică a mecanismului de cooperare intersectorială, aprobat de autoritățile centrale de resort.

4. Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Ministerul Educației, Ministerul Sănătății și Ministerul Afacerilor Interne vor elabora și aproba, în baza ordinului interministerial, Fișa de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului.

5. În sensul prezentelor Instrucțiuni, noțiunile principale utilizate au următoarele semnificații:

1) *copil* – persoană care nu a împlinit vîrsta de 18 ani și nu are capacitatea de exercițiu deplină;  
2) *copil aflat în situație de risc* – copil în privința căruia, ca urmare a evaluării, se constată una sau mai multe din situațiile prevăzute la art. 8 al Legii nr.140 din 14 iunie 2013 privind protecția specială a copiilor în situație de risc și a copiilor separați de părinți;

3) *interesul superior al copilului* – asigurarea condițiilor adecvate pentru creșterea și dezvoltarea armonioasă a copilului, ținînd cont de particularitățile individuale ale personalității lui și de situația concretă în care acesta se află;

4) *copil-victimă* – copil, căruia, prin acțiuni sau inacțiuni i-au fost aduse daune morale, fizice sau materiale ca rezultat al violenței, neglijării, exploatării, inclusiv prin intermediul tehnologiilor informaționale, traficului;

5) *revictimizare* – proces repetat de victimizare, care apare ca rezultat al intervenției neadecvate din partea instituțiilor sau specialiștilor în privința copiilor victime ale violenței, neglijării, exploatării, traficului;

6) *violență împotriva copilului* – forme de rele tratamente aplicate de către părinți/reprezentanții legali/persoana în grija căreia se află copilul sau de către orice altă persoană, care produc vătămare actuală sau potențială asupra sănătății acestuia și îi pun în pericol viața, dezvoltarea, demnitatea sau moralitatea, care includ următoarele tipuri de violență:

a) *violență fizică* – vătămare intenționată a integrității corporale ori a sănătății prin lovire, îmbrîncire, trîntire, tragere de păr, înțepare, tăiere, ardere, strangulare, mușcare, în orice formă și de orice intensitate, prin otrăvire, intoxicare, alte acțiuni cu efect similar;

b) *violență sexuală* – orice violență cu caracter sexual sau orice conduită sexuală ilegală, hărțuirea sexuală; orice conduită sexuală nedorită, impusă; obligarea practicării prostituției; orice comportament sexual ilegal în raport cu copilul, inclusiv prin mângâieri, sărutări, pozare a copilului și prin alte atingeri nedorite cu tentă sexuală; alte acțiuni cu efect similar;

c) *violență psihologică* – impunere a voinței sau a controlului personal, provocare a stărilor de tensiune și de suferință psihică prin ofense, luare în derîdere, înjurare, insultare, poreclire, șantajare, distrugere demonstrativă a obiectelor, prin amenințări verbale, prin afișare ostentativă a armelor sau prin lovire a animalelor domestice; impunere a izolării prin detenție, inclusiv în locuința familială; izolare de familie, de comunitate, de prieteni; interzicere a realizării profesionale, interzicere a frecventării instituției de învățământ; deposedare de acte de identitate; privare intenționată de acces la informație; alte acțiuni cu efect similar;

d) *violență spirituală* – subestimare sau diminuare a importanței satisfacerii necesităților moral-spirituale prin interzicere, limitare, ridiculizare, penalizare a aspirațiilor membrilor de familie, prin interzicere, limitare, luare în derîdere sau pedepsire a accesului la valorile culturale, etnice, lingvistice sau religioase; impunere a unui sistem de valori personal inacceptabile, alte acțiuni cu efect similar sau cu repercusiuni similare;

e) *violență economică* – privare de mijloace economice, inclusiv lipsire de mijloace de existență primară, cum ar fi hrană, medicamente, obiecte de primă necesitate; abuz de variate situații de superioritate pentru a sustrage bunurile copilului; interzicere a dreptului de a poseda, folosi și dispune de bunurile comune; refuz de a susține material copilul; impunere la munci grele și nocive în detrimentul sănătății, alte acțiuni cu efect similar;

7) *trafic de copii* – recrutarea, transportarea, transferul, adăpostirea sau primirea unui copil în scop de exploatare, chiar dacă aceste acțiuni nu se realizează cu aplicarea vreunui din mijloacele de constrângere, prin răpire, fraudă, înșelăciune, abuz de putere sau de situație de vulnerabilitate ori prin darea sau primirea de bani ori de beneficii de orice gen pentru a obține consimțământul unei persoane care deține controlul asupra unei alte persoane, în scopul exploatării acesteia;

8) *neglijarea copilului* – omisiunea sau ignorarea voluntară sau involuntară a responsabilităților privind creșterea și educarea copilului, fapt care pune în pericol dezvoltarea lui fizică, mintală, spirituală, morală sau socială, integritatea lui corporală, sănătatea lui fizică sau psihică. Neglijarea poate lua următoarele forme:

a) *neglijare alimentară* – privarea copilului de hrană sau malnutriția acestuia;

b) *neglijare vestimentară* – lipsa de îmbrăcăminte și/sau de încălțăminte, în special a celor necesare pentru perioada rece a anului;

c) *neglijare a igienei* – nerespectarea normelor generale de igienă personală, condiții de locuit insalubre, care amenință viața sau sănătatea copilului;

d) *neglijare medicală* – lipsa ori refuzul îngrijirilor medicale necesare pentru protecția vieții, integrității corporale și a sănătății copilului, neadresarea la medici în cazuri de urgență;

e) *neglijare educațională* – refuzul încadrării copilului într-o instituție școlară, neșcolarizarea copilului;

f) *neglijare emoțională* – ignorarea problemelor psihoemoționale ale copilului;

g) *neglijare în supraveghere* – punerea sau lăsarea copilului în condiții ori circumstanțe în care lipsa de supraveghere poate conduce la îmbolnăvirea copilului, traumatismul copilului, exploatarea copilului sau decesul acestuia;

9) *exploatarea prin muncă a copilului* – munca ce prin natura sa sau prin condițiile în care se exercită este susceptibilă de a dăuna sănătății, securității sau moralității copilului;

10) *pericol iminent* – circumstanțe care indică în mod cert asupra existenței elementelor constitutive ale unei infracțiuni contra vieții și/sau sănătății copilului și care au sau pot avea impact grav asupra integrității fizice și/sau psihice a acestuia;

11) *luarea copilului de la părinți* – procedură prin care copilul este separat de părinți sau de persoanele în grija cărora acesta se află, efectuată în conformitate cu prevederile Legii nr.140 din 14 iunie 2013 privind protecția specială a copiilor în situație de risc și a copiilor separați de

părinți și prezentei Instrucțiuni;

12) *ordonanță de protecție* – act legal prin care instanța de judecată aplică măsuri de protecție a victimei;

13) *interviu de protecție* – prima discuție cu copilul realizată de către managerul de caz sau de către un alt specialist prezent la locul aflării copilului în procesul evaluării inițiale, în cazul în care realizarea interviului de protecție de către specialistul respectiv corespunde necesităților specifice și interesului superior al copilului, în scopul stabilirii gradului de securitate a copilului și informării acestuia despre drepturile sale, serviciile de asistență, măsurile de protecție;

14) *raport de evaluare psihologică* – rezultatul final al activității psihologului orientată spre descrierea și evaluarea particularităților individual-psihologice ale personalității copilului realizat cu scopul aprecierii stărilor actuale, a pronosticului dezvoltării ulterioare și elaborării de recomandări, care sînt determinate de scopul evaluării;

15) *persoană de încredere* – persoană adultă din anturajul copilului în care copilul manifestă încredere, cu care este dispus să comunice și căreia îi poate destăinui o situație în care se simte amenințat sau în pericol;

16) *prevenirea primară a violenței, neglijării, exploatării și traficului de copii* – acțiuni de sensibilizare cu privire la reducerea toleranței la violență, neglijare, exploatare, trafic, adresate publicului larg;

17) *prevenirea secundară a violenței, neglijării, exploatării și traficului de copii* – acțiuni care se adresează grupurilor cu risc crescut de a manifesta comportament violent sau grupurilor cu risc de victimizare cum ar fi: copii și adolescenți care trăiesc în familii cu violență, copii cu risc de abandon școlar, cu absenteism din cauze familiale;

18) *prevenirea terțiară a violenței, neglijării, exploatării și traficului de copii* – acțiuni care se adresează grupurilor afectate deja de violență, neglijare, exploatare, trafic, în scopul prevenirii recidivelor, sancționarea sau recuperarea agresorilor, securitatea victimelor, recuperarea sau tratarea efectelor și consecințelor;

19) *autoritate tutelară locală* – primarii de sate (comune) și orașe;

20) *autoritate tutelară teritorială* – secțiile/direcțiile asistență socială și protecție a familiei/Direcția municipală pentru protecția copilului Chișinău. În municipiile Bălți și Chișinău autoritățile tutelare teritoriale exercită și atribuțiile de autoritate tutelară locală, cu excepția unităților administrativ-teritoriale autonome din componența acestora, în cadrul cărora atribuțiile de autoritate tutelară locală sînt exercitate de primarii unităților administrativ-teritoriale respective;

21) *echipă multidisciplinară* – grup convocat de specialistul în protecția drepturilor copilului sau, în lipsa acestuia, de către asistentul social comunitar, compus din profesioniști din diferite domenii, cu atribuții în protecția copilului, care colaborează la prevenirea și soluționarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic;

22) *plan individual de asistență* – document prin care se realizează planificarea serviciilor, a prestațiilor și a măsurilor de protecție a copilului în baza evaluării complexe a acestuia și a familiei sale;

23) *plasament* – măsură de protecție a copilului separat de părinți prin care se asigură condiții pentru creșterea și îngrijirea acestuia în servicii sociale de plasament;

24) *plasament de urgență* – plasamentul copilului a cărui viață sau sănătate sînt în pericol iminent, indiferent de mediul în care acesta se află, pentru o perioadă de pînă la 72 de ore;

25) *plasament planificat* – plasamentul copilului într-un serviciu social, pentru o perioadă determinată de timp, conform prevederilor planului individual de asistență;

26) *managerul de caz* – specialistul în protecția drepturilor copilului din cadrul primăriei, iar în lipsa acestuia asistentul social comunitar.

**Capitolul II**  
**PROCEDURILE INTERSECTORIALE**  
**Secțiunea 1**

**Procedura de identificare, înregistrare și evaluare inițială a cazurilor suspecte de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului**

6. Reprezentanții instituțiilor de învățământ, medico-sanitare și de asistență socială, indiferent de forma juridică de organizare a acestora, culturale, ordine publică, Inspectoratul de stat al muncii, altor autorități și instituții publice cu atribuții în domeniul protecției copilului, sînt obligați:

1) să înregistreze sesizările persoanelor referitor la cazurile suspecte de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului și/sau să se autosesizeze în situațiile în care au identificat cazuri suspecte de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului (în continuare – caz suspect), aplicînd procedurile sectoriale;

2) să informeze imediat prin telefon autoritatea tutelară locală, iar în decurs de 24 ore să-i expedieze fișa de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului (în continuare – fișa de sesizare). Fișa de sesizare se completează cu datele deținute în momentul identificării cazului suspect, în special, în baza informațiilor obținute de la sursa raportării cazului suspect. Informațiile lipsă vor fi acumulate de către managerul de caz în cadrul evaluării inițiale a cazului;

3) să informeze imediat suplimentar:

a) inspectoratul teritorial de poliție / procuratura – în cazul în care cunosc ori suspectă că un copil este victimă a unei infracțiuni/contravenții;

b) serviciul de asistență medicală de urgență – în cazul în care sesizarea conține informații privind existența pericolului iminent pentru viața sau sănătatea copilului, a tentativelor de suicid din partea copiilor;

c) Inspectoratul de stat al muncii – în cazul în care sesizarea cazului suspect conține informații privind utilizarea muncii copilului la lucrările cu condiții de muncă grele, vătămătoare și/sau periculoase, precum și la lucrări care pot să aducă prejudicii sănătății sau integrității morale a copiilor.

7. După primirea sesizării telefonice privind cazul suspect autoritatea tutelară locală dispune imediat efectuarea evaluării inițiale a situației copilului de către managerul de caz, indicînd, după necesitate, în dispoziție specialiștii din domeniul ocrotirii sănătății, educației, organelor de ocrotire a normelor de drept, care urmează să participe în procesul de evaluare inițială.

8. Managerul de caz, efectuează evaluarea inițială a cazului în scopul examinării sesizării:

1) imediat – în cazul în care în sesizare se conțin informații despre existența unui pericol iminent pentru copil;

2) în decurs de 24 ore în celelalte cazuri.

9. În cadrul evaluării inițiale, se realizează interviul de protecție cu copilul, ținînd cont de vârsta și gradul lui de maturitate, pentru a constata, soluționa nevoile imediate ale acestuia, implicînd, după caz, alți specialiști pentru soluționarea problemelor de sănătate, emoționale, altor probleme de relevanță majoră, inclusiv, în caz de necesitate, limitarea accesului presupusului abuzator la alți copii. Interviul de protecție este realizat de către unul dintre specialiștii care este desemnat de către membrii echipei multidisciplinare care inspiră copilului mai multă încredere.

10. În cazul recepționării de către lucrătorul medical sau angajatul poliției din localitatea în care se află copilul a unei sesizări în care se conțin informații despre existența unui pericol iminent pentru copil, în lipsa temporară a autorității tutelare locale și a managerului de caz, evaluarea inițială, inclusiv interviul de protecție sînt realizate de către specialistul care a recepționat sesizarea în termenele prevăzute în pct. 8 al prezentelor Instrucțiuni. Informația acumulată în procesul de realizare a evaluării inițiale se transmite managerului de caz, în decurs de cel mult 48 ore.

11. Dacă în urma evaluării inițiale a situației copilului se confirmă că copilul este supus violenței, neglijării, exploatării, traficului, autoritatea tutelară locală dispune imediat luarea în

evidență a copilului, deschiderea dosarului copilului și realizarea managementului de caz, conform procedurii aprobate de Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, indicînd, în caz de necesitate, specialiștii din domeniul ocrotirii sănătății, învățămîntului, organelor de ocrotire a normelor de drept, care urmează să participe în procesul de evaluare complexă.

12. Dacă informațiile comunicate nu s-au confirmat în procesul evaluării inițiale, însă s-au constatat alte probleme de ordin social, asistentul social comunitar va instrumenta cazul, conform problemei identificate.

13. Dacă informațiile comunicate nu s-au confirmat și nu au fost identificate alte probleme de ordin social, sesizarea se clasează, cu înregistrarea rezultatelor evaluării inițiale în baza de date a beneficiarilor.

## **Secțiunea a 2-a**

### **Procedura de asigurare a măsurilor urgente de protecție a copilului în cazul existenței pericolului iminent pentru viața și sănătatea acestuia**

14. Dacă în urma evaluării inițiale se constată pericol iminent pentru viața sau sănătatea copilului, autoritatea tutelară locală întreprinde următoarele măsuri urgente de protecție a copilului:

1) solicită serviciul de asistență medicală urgentă și/sau consultația, în cel mult 24 ore, a medicului de familie, care ulterior vor acționa în conformitate cu procedura de intervenție a lucrătorilor instituțiilor medicale în cazurile de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului;

2) informează Dispeceratul Inspectoratului teritorial de poliție în vederea organizării deplasării la fața locului a grupului operativ de urmărire penală, după caz și a polițistului de sector, pentru documentarea cazului, asigurarea securității copilului și altor specialiști implicați, în cazul luării forțate a copilului de la părinți sau persoanele în grija cărora se află copilul.

15. Dacă pericolul iminent pentru viața și sănătatea copilului este provocat din partea părinților sau persoanelor în grija cărora se află copilul, autoritatea tutelară locală, întreprinde următoarele măsuri de protecție:

1) În cazul constatării acțiunilor din partea ambilor părinți/unicului părinte sau persoanei în grija căreia se află copilul care pun în pericol iminent viața și sănătatea copilului:

a) dispune luarea copilului de la părinți/persoana în grija căreia acesta se află, comunicînd acest fapt procurorului în decurs de 24 ore;

b) dispune plasamentul de urgență a copilului în familia rudelor sau a altor persoane cu care a stabilit relații apropiate (vecini, prieteni de familie) și care doresc să primească/să țină copilul pentru a-l crește și educa în familia lor, în baza cererii scrise a acestora, pornind de la necesitatea asigurării stabilității și continuității în îngrijirea, creșterea și educația copilului, ținînd cont de identitatea sa etnică, religioasă, culturală și lingvistică, precum și servicii de plasament de tip familial sau servicii de plasament de tip rezidențial. Plasamentul de urgență se aplică pe o perioadă de 72 de ore, cu posibilitatea prelungirii termenului pînă la 45 zile, timp în care se va efectua evaluarea complexă a cazului;

c) înaintează, în termen de 3 zile lucrătoare, în instanța de judecată o cerere privind luarea copilului de la părinți fără decăderea din drepturi părintești sau privind decăderea acestora din drepturi.

2) Dacă s-a constatat că doar unul dintre părinți manifestă comportament abuziv care prezintă pericol iminent pentru viața și sănătatea copilului, există alți membri adulți ai familiei care manifestă comportament protector, autoritatea tutelară locală va depune o cerere în instanța de judecată prin care solicită emiterea, în decurs de 24 ore a ordonanței de protecție a copilului victimă. Acordul părintelui care manifestă comportament protector nu este o condiție obligatorie pentru depunerea cererii de aplicare a acestei măsuri de protecție. Cererea privind emiterea ordonanței de protecție se depune la instanța de judecată de la domiciliul/locul de aflare a copilului sau a agresorului, de la locul unde reprezentanții legali ai copilului au solicitat asistență sau de la locul unde a avut loc actul de violență față de copil.

3) În cazul în care părintele/tutorele/curatorul care manifestă comportament protector, nu are soluții pentru a asigura un spațiu sigur copilului pînă la aplicarea ordonanței de protecție,

autoritatea tutelară locală, în comun cu autoritatea tutelară teritorială, asigură plasamentul copilului împreună cu adultul.

4) În cazul în care copilul este identificat în stradă și nu se cunoaște locul aflării părinților/tutorei/curatorului acestuia, autoritatea tutelară locală dispune plasamentul de urgență al copilului.

16. Dacă în urma evaluării inițiale se constată existența unui pericol iminent pentru viața și sănătatea copilului din partea angajaților serviciilor de tip familial sau de tip rezidențial, instituțiilor medicale, autoritatea tutelară locală și teritorială iau, de comun acord, decizia privind aplicarea măsurilor de protecție pentru copil.

17. Autoritatea tutelară locală asigură măsuri urgente de protecție a copilului în cazul existenței pericolului iminent pentru viața și sănătatea acestuia, inclusiv în afara programului de lucru.

### **Secțiunea a 3-a**

#### **Procedura de solicitare a efectuării examinărilor specializate în cazurile de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului**

18. În scopul constatării și/sau aprecierii gravității vătămarilor și urmelor aplicării violenței fizice și/sau sexuale angajatul poliției sau reprezentantul legal al copilului solicită Centrului de medicină legală efectuarea examinării medico-legale a copilului.

19. La solicitarea organului de urmărire penală, autoritatea tutelară locală participă la procedura de efectuare a examinării medico-legale și la primele audieri ale copilului, în cazul în care copilul nu are reprezentant legal sau dacă acestuia i se retrage din start calitatea de reprezentant legal.

20. La solicitarea organului de urmărire penală de a audia copilul în regim de urgență în calitate de victimă sau martor privind circumstanțele violenței, autoritatea tutelară locală va contribui în măsura posibilităților la asigurarea condițiilor de desfășurare a audierii copilului, inclusiv pregătirea copilului pentru participarea la această acțiune procesuală, în vederea prevenirii revictimizării copilului.

21. În cazul în care copilul supus violenței, neglijării, exploatării și traficului a suferit traume psihice, angajatul poliției sau reprezentantul legal al copilului solicită instituțiilor medico-sanitare din sistemul Ministerului Sănătății efectuarea examinării psihiatricolegale.

22. În cazul în care se suspectă sau s-a confirmat că copilul este supus violenței, neglijării, exploatării și traficului, autoritatea tutelară locală, poate solicita efectuarea raportului de evaluare psihologică, în vederea constatării existenței semnelor/consecințelor violenței, neglijării, traficului și exploatării de către psihologi cu specializare și experiență în domeniu. Raportul este utilizat de către echipa multidisciplinară în calitate de suport pentru identificarea soluțiilor optime pentru copil. De asemenea, raportul poate fi prezentat la etapa de urmărire penală sau cercetare judecătorească.

23. Raportul de evaluare psihologică se realizează în baza Metodologiei de evaluare psihologică și elaborare a Raportului de evaluare psihologică a copiilor victime, aprobate de Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Ministerul Educației și Ministerul Sănătății.

24. Examinarea medico-legală și psihiatricolegală a copilului, efectuarea raportului de evaluare psihologică a copilului, la solicitarea autorităților tutelare, angajaților poliției și, după caz, a reprezentanților legali ai copilului sau a apărătorilor acestuia, se efectuează în limitele mijloacelor prevăzute anual în bugetele respective.

### **Secțiunea a 4-a**

#### **Procedura de evaluare complexă și asistență în cazurile de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului**

25. După deschiderea dosarului în condițiile pct. 11 al prezentelor Instrucțiuni, managerul de caz împreună cu echipa multidisciplinară efectuează, în termen de cel mult 10 zile, evaluarea complexă a cazului.

26. În urma evaluării complexe a cazului, managerul de caz, în comun cu specialiștii care participă la evaluare, întocmește planul individualizat de asistență, care conține:

- 1) determinarea și prioritizarea acțiunilor necesare de a fi întreprinse;

2) distribuirea sarcinilor între membrii echipei multidisciplinare și prestatorii de servicii sociale;

3) stabilirea intervalului de timp rezonabil pentru realizarea fiecărei acțiuni.

27. În urma evaluării complexe a cazului, autoritatea tutelară locală întreprinde următoarele acțiuni în vederea asigurării spațiului protector copilului:

1) menținerea copilului în familie;

2) reintegrarea copilului în familie;

3) plasamentul planificat al copilului, sau, după caz, menținerea copilului în plasamentul planificat.

28. Managerul de caz însoțește copilul la serviciul social în care urmează a fi plasat.

29. Prestatorul de serviciu social va primi actele personale și extrasul din dosarul copilului, care vor fi păstrate în strictă confidențialitate.

30. Managerul de caz coordonează și monitorizează intervențiile în baza planului individual de asistență, cu implicarea, după caz, a echipei multidisciplinare, a reprezentanților legali ai copilului și a autorității tutelare teritoriale.

31. Planul individual de asistență este revizuit în mod de necesitate, dar nu mai rar decât o dată la șase luni și, după caz, consultat cu copilul.

32. În cazul în care pe parcursul evaluării complexe/ implementării planului individual de asistență se constată pericol iminent pentru viața sau sănătatea copilului, autoritatea tutelară locală declanșează procedura de asigurare a măsurilor urgente de protecție a copilului, conform prevederilor prezentelor Instrucțiuni.

33. Dacă se înregistrează progrese durabile în dinamica cazului, managerul de caz închide cazul și scoate de la evidență copilul în baza dispoziției autorității tutelare locale.

#### **Secțiunea a 5-a**

#### **Procedura de documentare și evidență a cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului**

34. Cazurile suspecte de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului sînt înregistrate în fișa de sesizare de către specialiștii din cadrul instituțiilor de învățămînt, medico-sanitare, culturale, organelor de ocrotire a normelor de drept și de asistență socială, indiferent de forma juridică de organizare, inspectoratului de stat al muncii, altor autorități și instituții publice cu atribuții în domeniul protecției copilului.

35. Fiecare autoritate sau instituție menționată la pct. 34 al prezentelor Instrucțiuni ține evidența fișelor de sesizare, cu indicarea datei și orei înregistrării, datei și orei expedierii, specialistului care a expedit sesizarea și specialistului care a recepționat-o.

36. Autoritatea tutelară locală asigură înregistrarea în rubricile speciale din Registrul de evidență a copiilor aflați în situație de risc a sesizărilor cazurilor suspecte (recepționate telefonic), fișele de sesizare recepționate sau întocmite în urma autosesizării, precum și datele privind managementul de caz al copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului.

37. Dosarul copilului victimă a violenței, neglijării, exploatării și traficului este întocmit de managerul de caz și ținut la evidență de autoritatea tutelară locală.

38. Dosarul copilului conține:

1) fișa de sesizare;

2) ancheta socială de evaluare inițială;

3) ancheta de evaluare complexă;

4) planul individual de asistență;

5) dispozițiile și avizele autorității tutelare locale;

6) documentele referitoare la situația sociojuridică a copilului și familiei acestuia (acte medicale, hotărîri judecătorești, rapoarte de examinare medico-legale, rapoarte de evaluare psihologică, actele procesuale prin care s-au aplicat măsuri de constrîngere față de abuzator, declarații ale copilului, părinților acestuia, precum și ale altor persoane care pot oferi informații relevante, caracterizări școlare);

- 7) procesele - verbale ale ședințelor de revizuire a planului individual de asistență;
- 8) procesul-verbal de închidere a cazului;
- 9) fișa de închidere a cazului.

### **Secțiunea a 6-a**

#### **Procedura de organizare instituțională a activităților de prevenire a cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului**

39. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare, de educație, organelor de ocrotire a normelor de drept, protecție a drepturilor copilului și de asistență socială, indiferent de forma juridică de organizare, inspectoratul de stat al muncii, altor autorități și instituții publice cu atribuții în domeniul protecției copilului sînt obligați:

1) să stipuleze în regulamentele de activitate, contractele de muncă și în fișele de post ale angajaților, obligativitatea sesizării cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului;

2) să aducă la cunoștința angajaților, anual, prevederile prezentelor Instrucțiuni;

3) să pună la dispoziția angajaților formulare-tip, registre, precum și să asigure la nivelul fiecărei instituții implementarea prezentelor Instrucțiuni;

4) să acorde suport în organizarea activităților de informare a copiilor și părinților, persoanelor în grija cărora se află copiii, membrilor comunității privind modul de sesizare a cazurilor suspecte de violență, neglijare, exploatare și trafic al copiilor, precum și cadrul legal în domeniu;

5) să pună la dispoziția copiilor informații, mijloace și instrumente, inclusiv care asigură anonimatul, specifice vârstei și gradului de maturitate al acestora, pentru a raporta cazurile de violență, neglijare, exploatare și trafic din partea semenilor și adulților.

40. Autoritățile tutelare teritoriale și locale promovează activități de prevenire și identificare timpurie a copiilor expuși riscului de violență, neglijare, exploatare și trafic, prin:

1) organizarea activităților de prevenire primară a violenței, neglijării, exploatării și traficului în rîndul copiilor, ținîndu-se cont de particularitățile de vîrstă și de capacitățile de dezvoltare, precum și în rîndul părinților/persoanelor în grija cărora se află copiii;

2) organizarea activităților de prevenire secundară a violenței, neglijării, exploatării și traficului de copii, care se adresează grupurilor cu risc crescut de a manifesta comportament violent sau grupurilor cu risc de victimizare, cum ar fi: copii și adolescenți care trăiesc în familii cu violență, copii cu risc de abandon școlar, cu absenteism din cauze familiale;

3) organizarea activităților de prevenire terțiară a violenței, neglijării, exploatării și traficului adresate grupurilor afectate deja, în scopul prevenirii recidivelor, sancționării sau recuperării agresorilor, securității victimelor, recuperării sau tratării efectelor și consecințelor;

4) monitorizarea familiilor defavorizate, în care se produc conflicte familiale, pentru a putea sesiza evoluția relațiilor interpersonale și starea psihoemoțională din cadrul familiei;

5) monitorizarea copiilor plasați în diverse servicii sociale;

6) informarea copiilor în situație de risc și familiile acestora despre asistența socială de care pot beneficia.

41. Instituțiile medico-sanitare promovează activități de depistare timpurie a copiilor expuși riscului de violență, neglijare, exploatare și trafic, precum și de prevenire a riscurilor, prin:

1) organizarea activităților de prevenire primară a violenței, neglijării, exploatării și traficului în rîndul copiilor, ținîndu-se cont de particularitățile de vîrstă și de capacitățile de dezvoltare, precum și în rîndul părinților/persoanelor în grija cărora se află copiii;

2) monitorizarea și evaluarea de către medicii de familie/asistenții medicali de familie a copiilor în situație de risc, prin realizarea vizitelor la domiciliu;

3) consultarea părinților/ persoanelor în grija cărora se află copiii, viitorilor părinți în vederea identificării necesităților de îngrijire adecvată a copiilor, prevenirii violenței, neglijării, exploatării și traficului.

42. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare sînt responsabili pentru activitățile de prevenire, identificare, raportare, referire și asistență în cazurile de violență, neglijare, exploatare și trafic.

43. Instituțiile de învățămînt preșcolar, primar, secundar, artistic și sportiv, mediu de

specialitate, instituțiile rezidențiale de orice tip promovează activități de prevenire și de identificare timpurie a copiilor expuși riscului de violență, neglijare, exploatare și trafic, prin:

1) acordarea suportului în organizarea activităților de prevenire primară a violenței, neglijării, exploatarei și traficului în rândul copiilor, ținându-se cont de particularitățile de vîrstă și de capacitățile de dezvoltare, precum și în rândul părinților/persoanelor în grija cărora se află copiii;

2) asigurarea securității încăperilor, terenurilor și locurilor aferente instituției de învățămînt.

44. Directorii/managerii instituțiilor de învățămînt și a celor rezidențiale desemnează o persoană din rîndul membrilor administrației instituției în calitate de coordonator al activităților de prevenire, identificare, raportare, referire și asistență în cazurile de violență față de copii (în continuare – coordonator).

45. În vederea prevenirii și identificării timpurii a copiilor expuși riscului de violență, neglijare, exploatare și trafic, angajații poliției monitorizează, în cooperare cu membrii echipei multidisciplinare, familiile care prezintă diverse riscuri pentru copii și îi informează pe aceștia despre cadrul legal în domeniul protecției copilului.

### **Capitolul III PROCEDURI SECTORIALE**

#### **Secțiunea 1**

#### **Procedura de instrumentare de către angajații poliției a cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului**

46. Angajații poliției identifică și/sau se autosesizează despre cazurile suspecte de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului, în baza sesizărilor parvenite din partea părinților/persoanei în grija căreia se află copilul, specialiștilor care lucrează cu copiii (protecția drepturilor copilului, asistenți sociali, pedagogi, psihologi, medici/asistenți medicali, juriști, inspectori de muncă etc.), oricăror altor persoane din comunitate, parvenite prin telefon, fax, mass-media, rețeaua Internet, alte surse de informare.

47. Sesizările, plîngerile, denunțurile, autodenunțurile și autosesizările privind cazurile de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului se înregistrează, conform prevederilor legale și actelor normative în domeniu. Totodată, informația este expediată conform pct. 6 subpct. 1) și 2) ale prezentelor Instrucțiuni.

48. Împreună cu alți membri ai echipei multidisciplinare, angajații poliției participă la evaluarea inițială a cazului prin examinarea circumstanțelor, întocmește procesul-verbal de cercetare la fața locului, iar în cazul:

1) Constatării pericolului iminent pentru viața și sănătatea copilului:

a) asigură securitatea victimelor prin eliminarea situației de pericol (reținerea agresorului, evacuarea victimei/lor);

b) raportează imediat informația serviciilor de gardă a Inspectoratului teritorial de poliție, care este înregistrată conform prevederilor legale și actelor normative în domeniu.

2) În cazul constatării unui caz de violență sau neglijare, care nu prezintă pericol iminent pentru viața și sănătatea copilului, iar situația este de risc și necesită investigație suplimentară, prezintă informația la dispecceratul teritorial de poliție, care este înregistrat conform prevederilor legale și actelor normative în domeniu.

49. Împreună cu alți membri ai echipei multidisciplinare, angajații poliției, conform competențelor stabilite de lege, participă la evaluarea complexă a cazului, acumulează materialele necesare și prezintă Inspectoratului teritorial de poliție / instanței de judecată procesul-verbal pentru aplicarea măsurilor de constrîngere față de bănuțiți abuzatori.

50. Angajații poliției, conform competențelor stabilite de lege, participă la întocmirea și realizarea planului individualizat de asistență, conform pct. 26 al prezentelor Instrucțiuni, asumîndu-și responsabilități, conform competenței, după cum urmează:

1) monitorizează, în cooperare cu membrii echipei multidisciplinare, situația copilului și familiei acestuia în vederea prevenirii situațiilor repetate de violență, neglijare, exploatare și trafic pînă la soluționarea definitivă a cazului;

2) monitorizează respectarea de către abuzator a prevederilor ordonanței de protecție și

respectarea măsurii preventive de arest la domiciliu;

3) asigură evidența nominală a abuzatorilor;

4) cooperează cu echipa multidisciplinară în vederea asigurării participării unui pedagog/psiholog/psihopedagog la procedurile legale de audiere, expertize în care este implicat copilul;

5) asigură protecția victimelor violenței în familie și supraveghează executarea ordonanței de protecție.

## **Secțiunea a 2-a**

### **Procedura de intervenție a lucrătorilor instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului**

51. Orice lucrător al instituțiilor medico-sanitare este obligat să comunice orice caz suspect sau confirmat de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului conducătorului instituției medico-sanitare în care activează.

52. Conducătorul instituției medico-sanitare:

1) raportează cazurile suspecte sau confirmate de violență sexuală, vătămări corporale, neglijare, forme grave de exploatare a copilului din partea lucrătorilor instituției, părinților și altor persoane, conform procedurilor stabilite în prezentele Instrucțiuni;

2) soluționează în cadrul instituției cazurile de violență fizică, psihologică, între copii;

3) în funcție de forma violenței, convoacă un grup de specialiști din cadrul instituției pentru examinarea/soluționarea cazului, care stabilește cine va comunica separat cu copilul, elaborând un plan de intervenție (fără prezența copilului) în cadrul instituției pentru toate părțile implicate în cazul de violență, inclusiv pentru părinții copilului/persoanele în grija cărora se află copilul, consultând acțiunile planificate cu copilul. La elaborarea și implementarea acțiunilor planificate, după caz, pot fi implicați și alți specialiști din afara instituției medico-sanitare, precum și alte servicii sociale primare sau specializate;

4) asigură efectuarea, în cel mult 24 ore, a consultării copilului victimă în scopul depistării simptomelor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului;

5) asigură asistență medicală de urgență copilului victimă a violenței în corespundere cu simptomele și patologia identificată, conform Protocoalelor Clinice Naționale și standardelor medicale, aprobate de Ministerul Sănătății;

6) delegă, la solicitarea autorității tutelare, un medic specialist din cadrul instituției pentru a participa la evaluarea sesizării, elaborarea și/sau implementarea planului individual de asistență;

7) permite comunicarea altor persoane cu copilul victimă spitalizat, doar cu acordul reprezentantului legal al acestuia;

8) asigură completarea documentației medicale.

53. În cazurile de violență față de copii comise de către personalul medical sau alți lucrători ai instituției medico-sanitare suplimentar acțiunilor întreprinse conform pct. 6 al prezentelor Instrucțiuni, conducătorul instituției informează Ministerul Sănătății. În cazul municipiului Chișinău se informează Direcția Sănătății a Consiliului Municipal, iar aceasta, la rândul său, informează Ministerul Sănătății.

54. Lucrătorii instituției medico-sanitare care cunosc că conducătorul instituției a sesizat instituțiile cu atribuții în protecția copilului privind cazul suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic nu vor divulga/comunica acest fapt părinților/persoanelor în grija cărora se află copilul, suspecți de comiterea acțiunilor de violență, neglijare, exploatare și trafic, pînă nu va fi garantată siguranța copilului.

55. Copiii în situație de risc care necesită îngrijiri/asistență medicală nu vor fi lăsați în supravegherea persoanei suspecte de săvîrșirea acțiunilor de violență, neglijare, exploatare și trafic. În acest scop:

1) dacă copilul necesită îngrijiri medicale complexe, acesta se spitalizează, iar medicul acționează conform pct. 6 al prezentelor Instrucțiuni;

2) dacă copilul nu necesită spitalizare, medicul sesizează imediat autoritatea tutelară.

56. Conducătorul instituției medico-sanitare informează părinții/persoana în grija căreia se află

copilul despre cazul de violență în care este implicat copilul și despre planul de management clinic în continuare.

57. Pentru evidența și monitorizarea cazului este îndeplinită documentația medicală, aprobată de Ministerul Sănătății. Documentația medicală în original este păstrată în instituția medico-sanitară și nu se eliberează părinților/persoanelor în grija cărora se află copilul.

58. Conducătorul instituției medico-sanitare monitorizează starea generală a sănătății copilului și procedura de preluare a cazului de către autoritatea tutelară și/sau asistentul social comunitar.

### **Secțiunea a 3-a**

#### **Procedura de intervenție a lucrătorilor instituțiilor de învățământ în cazurile de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului**

59. Orice lucrător al instituției de învățământ care deține informație despre un act de violență, neglijare, exploatare și trafic este obligat să intervină pentru a-l stopa sau să solicite ajutor în cazul în care nu poate interveni de sine stătător.

60. Orice lucrător al instituției de învățământ este obligat să completeze fișa de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic și să transmită informația directorului instituției sau coordonatorului.

61. Directorul instituției de învățământ sau coordonatorul:

1) raportează cazurile suspecte sau confirmate de violență sexuală, vătămări corporale, neglijare, forme grave de exploatare a copilului din partea angajaților instituției, părinților și altor persoane, conform procedurilor prezentelor Instrucțiuni;

2) soluționează în cadrul instituției cazurile de violență fizică, psihologică, între copii.

62. În cazurile de violență, exploatare, trafic al copilului, comise de cadrele didactice sau de alt personal al instituției de învățământ, suplimentar acțiunilor întreprinse conform pct. 61 subpct. 1) al prezentelor Instrucțiuni, directorul/coordonatorul informează Direcția generală învățământ, tineret și sport, care, la rîndul ei, informează Ministerul Educației.

63. În cazurile prevăzute la pct. 61 subpct. 1) al prezentelor Instrucțiuni directorul instituției:

1) desemnează, la solicitarea verbală sau scrisă a autorității tutelare, un angajat al instituției pentru a participa la evaluarea sesizării, elaborarea și/sau implementarea planului individualizat de asistență;

2) desemnează, la solicitarea organelor de urmărire penală și de drept, o persoană de încredere pentru copil care să-l asiste în cadrul procedurilor legale;

3) eliberează, la solicitarea autorității tutelare, documentele copilului pentru a fi transferat temporar în altă instituție de învățământ, în cazul aplicării unei forme de protecție/măsurilor urgente de protecție a copilului, în condițiile pct. 15 al prezentelor Instrucțiuni, ce implică schimbarea domiciliului copilului.

64. În cazurile prevăzute la pct. 61 subpct. 1) al prezentelor Instrucțiuni coordonatorul:

1) în funcție de forma de violență, convoacă un grup de specialiști din cadrul instituției, pentru examinarea cazului, membrii căruia stabilesc cine va comunica separat cu copilul (copiii), după care elaborează un plan de intervenție (fără prezența copilului) în cadrul instituției pentru toate părțile implicate în cazul de violență, inclusiv pentru părinții copilului, consultînd, după caz, planul de intervenție cu copilul. La elaborarea și implementarea planului de intervenție, după caz, pot fi implicați și alți specialiști din afara instituției de învățământ, precum și alte servicii sociale primare sau specializate;

2) informează părinții/persoana în grija căreia se află copilul despre cazul de violență în care este implicat copilul și despre planul de intervenție elaborat;

3) ține evidența cazurilor examinate în cadrul instituției în registre separate;

4) monitorizează, în baza planurilor de intervenție, efectele acțiunilor de prevenire și protecție, întreprinse atât de instituție, cât și de alte servicii.

65. Lucrătorii instituției de învățământ care cunosc că conducătorul/ coordonatorul a sesizat instituțiile cu atribuții în protecția copilului privind cazul suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic nu vor divulga/comunica acest fapt părinților/tutorilor/persoanei în grija căreia se află copilul, suspecți de comiterea acțiunilor de abuz, pînă nu va fi garantată siguranța copilului.

**Formular de Referire****Instituția Referentă**

Primăria: \_\_\_\_\_, r-nul \_\_\_\_\_, Tel/Fax: \_\_\_\_\_  
 Asistentul Social din cadrul primăriei: \_\_\_\_\_

**Instituția către care se face Referirea**

IP Centrul Maternal „Pro Familia”, str. Ana și Alexandru 18a, r-nul Căușeni Tel/Fax: 0(243) 26835, 0(243)25779

**Date despre Persoana Referită**

Nume \_\_\_\_\_ Prenume \_\_\_\_\_ Patronimicul \_\_\_\_\_  
 Data nașterii: ziua/luna/anul \_\_\_\_\_, Domiciliul \_\_\_\_\_  
 Copiii (N.P.P.; a. n) \_\_\_\_\_

**Descrierea problemei, necesităților identificate care au servit temei pentru referire, termenul de cazare solicitat și planul de reintegrare postintervenție.****Lista documentelor anexate**

Ancheta socială ;  Actul de examinare a condițiilor sociale și de trai;  Actele de identitate ale mamei și copilului;  Certificatul despre componența familiei;  Date despre situația tatălui copilului, confirmate prin documente oficiale (decedat, dispărut, divorțat, lipsit de drepturile părintești, aflat în detenție, inapt de a-și educa copilul etc.);  Certificatul despre primirea prestațiilor bănești în cazul în care acestea au fost stabilite;  Certificatul medical privind contactul copilului cu boli infecțioase;  Certificatul medical privind rezultatul examinării copilului la grupa bolilor intestinale;  Certificatul medical privind rezultatul examinării mamei la HIV/SIDA, TBC, BST, grupa bolilor intestinale;  altele, după caz.

**Persoana de Contact/Responsabilă din comunitatea referent**

Nume, prenume \_\_\_\_\_, Funcția \_\_\_\_\_

Telefon de contact: \_\_\_\_\_

Primarul: \_\_\_\_\_ Ștampila Primăriei

ETAPELE MANAGEMENTULUI DE CAZ<sup>86</sup>

Managementul de caz este o metodă de a oferi servicii, prin care asistenții sociali profesioniști evaluează nevoile clientului și a familiei sale în colaborare cu el, coordonează, monitorizează și susține clientul pentru a accesa servicii sociale care să răspundă acestor nevoi. Este un proces care implică parcurgerea unor etape interdependente, care sunt aceleași în soluționarea fiecărui caz în parte

Metode și tehnici	Etape	Instrumente
<b>Data referirii</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Întrevedere;</li> <li>- Vizită la domiciliu;</li> <li>- Convorbirea telefonică;</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Sesizare</b></p> <p>(identificare, referire, onregistrarea cazului)</p> <p><i>(Referirea cazului spre alte servicii sociale se realizează la propunerea asistentului social comunitar prin intermediul asistentului social supervisor și Șeful Direcției Asistență și Protecție a Familiei)</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrul de evidență a cazurilor noi depistate;</li> <li>• Raport de vizită.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentarea;</li> <li>- Observația;</li> <li>- Ontrevederea;</li> <li>- Convorbirea telefonică;</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Evaluarea inițială</b></p> <p><i>(presupune o investigare sumară a situației beneficiarului pentru a decide dacă acesta se încadrează în criteriile de asistență socială)</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fișa inițială a cazului;</li> <li>• Ancheta socială; Raport de vizită;</li> <li>• Cererea beneficiarului;</li> <li>• Proces verbal de acceptare sau respingere a cererii beneficiarului;</li> </ul>
<b>Data deschiderii cazului</b>		
<i>este ziua în care asistentul social, cu acordul supervisorului, decide cu privire la deschiderea cazului în vederea colectării informației și întreprinderii acțiunilor pentru soluționarea acestuia.</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentarea;</li> <li>- Observația;</li> <li>- Convorbirea telefonică;</li> <li>- Vizită la domiciliu;</li> <li>- Interviul de explorare;</li> <li>- Genograma;</li> <li>- Ecomapa;</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Evaluarea complexă/detaliată</b></p> <p><i>(presupune o investigare și analiză amănunțită a tuturor elementelor care sunt implicate în cazul respectiv: beneficiarul și mediul său de viață, familia și sistemul de relații sociale, factorii care au generat situația de risc, resursele posibile pentru rezolvarea cazului etc.)</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decizie cu privire la aprobarea plasamentului beneficiarului;</li> <li>• Contractul de rezidență și servicii cu beneficiarul;</li> <li>• Contractul de confidențialitate,</li> <li>• Accept de utilizare a materialului fotografiat și filmat;</li> <li>• Fișa de observație (comportamentul beneficiarului);</li> <li>• Lista de repartizare a bunurilor materiale;</li> <li>• Raport de vizită;</li> <li>• Formular de evaluare a necesităților de dezvoltarea deprinderilor de viață independent;</li> <li>• Raportul de ontrevedere;</li> <li>• Genograma;</li> <li>• Ecomapa;</li> </ul>
<b>Data planului de intervenție</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convorbirea telefonică;</li> <li>- Ședința echipei multidisciplinare;</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Planificarea intervenției (PIS)</b></p> <p><i>(În funcție de datele obținute despre beneficiar, în rezultatul evaluării)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planul Individualizat de Servicii (cu caracter rezidențial/zi) ;</li> <li>• Ghidul de interviu;</li> </ul>

<sup>86</sup> Ghidul asistentului social comunitar, Căușeni 2012. P.7-8.

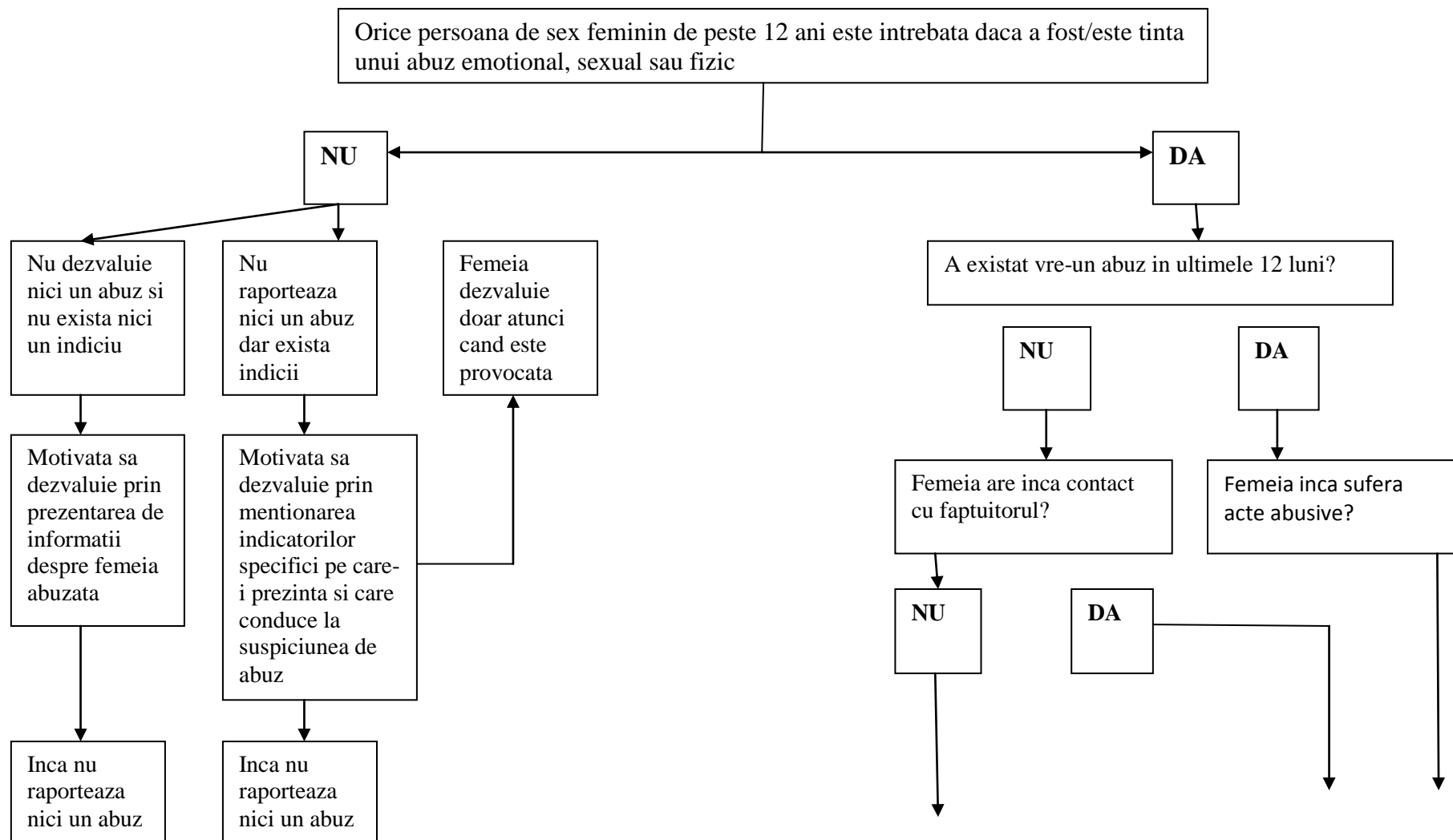
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observația;</li> <li>- Interviul diagnostic;</li> <li>- Interviul terapeutic;</li> <li>- Analiza compului de forțe;</li> <li>- Consilierea;</li> </ul>	<p><i>complexe, se vor recomanda acțiuni de intervenție, care vor fi stipulate în Planul individualizat de servicii. Echipa multidisciplinară împreună cu beneficiarul găsește resursele care pot fi folosite, din cele disponibile și partenerii de implementare a acțiunilor planificate).</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referatul de necesitate;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consiliere individuală;</li> <li>- Consiliere de grup;</li> <li>- Seminar; Training;</li> <li>- Consiliul familiei;</li> <li>- Grupul de suport;</li> <li>- Activitate de mediere;</li> </ul>	<p><b>Implementarea intervenției</b>  <i>(presupune acțiuni specifice de intervenție realizate de către asistentul social, care este și managerul de caz, precum și mobilizarea și implicarea tuturor resurselor umane, financiare, materiale, comunitare identificate de către acesta în vederea rezolvării cazului prin îndeplinirea obiectivelor planului individualizat de asistență)</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raport de activități individuale;</li> <li>• Raportul activităților de grup;</li> <li>• Planul lunar al activităților de grup cu beneficiarii;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consiliere individuală;</li> <li>- Observația-este urmărită calitatea integrării sociale a beneficiarului;</li> <li>- Analiza progreselor beneficiarului, elementele - cheie ale succesului;</li> <li>- Ședința echipei multidisciplinare;</li> </ul>	<p><b>Reevaluarea procesului atins al intervenției</b>  <i>(prevede evaluarea periodică a progreselor beneficiarului, precum și îmbunătățirea planului individualizat de asistență, aici se va decide dacă acțiunile din PIS continuă, vor fi modificate sau vor fi întrerupte)</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reevaluarea Planului Individualizat de Servicii;</li> <li>• Reevaluarea Planului Individualizat de Consiliere;</li> <li>• Decizie de prelungire a plasamentului beneficiarului;</li> </ul>
<b>Data închiderii cazului</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consiliere individuală;</li> <li>- Observația;</li> </ul>	<p><b>Închiderea cazului</b>  <i>(toate obiectivele planului individualizat de asistență au fost atinse și beneficiarul este integrat social, managerul de caz realizând și o monitorizare post servicii)</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cererea de sistare a serviciilor de la beneficiar; Referat de închidere a cazului;</li> <li>• Procesul verbal de examinare a cererii beneficiarului de sistare a serviciilor;</li> <li>• Decizia de sistare a serviciilor;</li> <li>• Fișa "Rețeaua de suport a beneficiarului";</li> <li>• Fișa "Spune ce crezi despre serviciile noastre";</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observația;</li> <li>- Ontrevederea;</li> <li>- Convorbirea telefonică</li> </ul>	<p><b>Monitorizarea postintervenție</b>  <i>(prevede urmărirea calității integrării sociale a beneficiarului, colaborarea cu membrii structurilor comunitare din comunitatea în care locuiește beneficiarul în vederea consolidării rezultatelor obținute în urma implementării PIS)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fișa de monitorizare;</li> <li>• Raport de monitorizare post intervenție.</li> </ul>

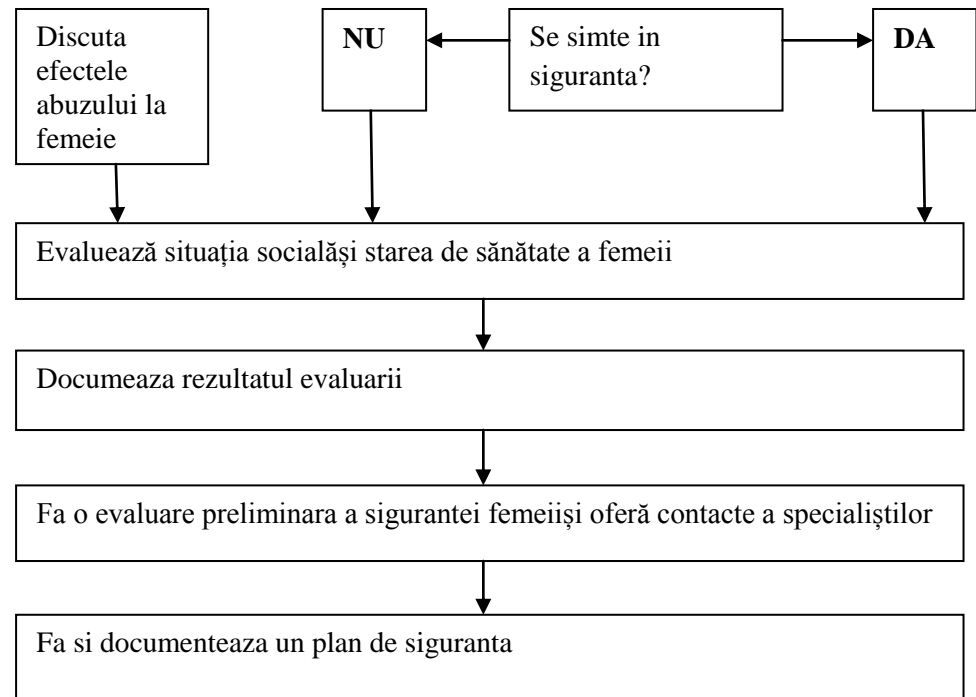
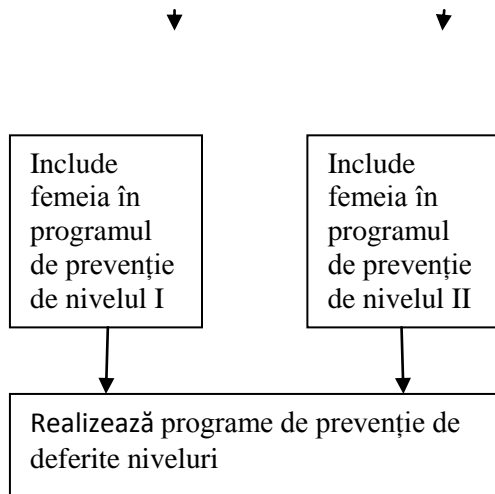
LISTA ORGANIZAȚIILOR DE STAT ȘI NEGUVERNAMENTALE PRESTATOARE DE SERVICII  
ÎN CAZURI DE ABUZ, NEGLIJARE, TRAFIC DE COPII  
**CENTRE ȘI ADĂPOSTURI PENTRU COPII**

Instituții /Servicii	Consiliere psihologică	Asistență medicală	Asistență juridică	Asistență socială	Resocializare	Adăpost temporar	Reintegrare în familie, comunitate	Reintegrare școlară	Repatriere	Informare	Sprijin familial	Planificare familială
<b>Organizații de stat</b>												
1.Centrul de plasament și reabilitare pentru copii de vârstă fragedă „Materna”, MSPS Tel: 73-70-27; 72-50-52 Beneficiari: cuplul mamă-copil, gravide, femei cu risc de abandon	x	x	x	x	x	x	x			x		
2. Casa Municipală Specializată a Copilului, DMPDC Tel: 76-66-88; 76-67-33 Beneficiari: copii până la vârsta de 7 ani, copii în dificultate		x		x	x	x	x					
3.Centrul de plasament temporar al minorilor, MAI Tel: 27-16-05; 27-40-18 Beneficiari: copii, copiii străzii de la 3-18 ani	x	x		x		x	x	x	x			
4.Centrul de reabilitare socială a copiilor „Casa Gavroche”, DMPDC Tel: 43-31-40 Beneficiari: copii: copiii străzii, copii în dificultate de la 3-18 ani	x	x		x	*	x	x	x				
<b>Organizații non-guvernamentale</b>												

5. Centrul național de prevenire a abuzului față de copii, Centrul <i>AMICUL</i> Tel: 75-88-06; 75-67-87 Beneficiari: copiii-victime ale abuzului, neglijării, exploatării sexuale și ale traficului, familiile lor.	x		x	x	x		x	x		x	x	
6. Centrul de resocializare a copiilor „ <i>Casa Așchiuță</i> ”, <i>Salvați Copiii Moldova</i> Tel: 23-71-02; 23-25-82; 23-78-54 Beneficiari: copii (3-18 ani) lipsiți de îngrijire părintească	x	x		x	x	x	x	x	x			
7. Fundația „ <i>Agapedia</i> ” Tel: 22-41-18; 46-54-71 Beneficiari: copii în dificultate până la vârsta de 3 ani		x		x		x	x					
8. Centrul de plasament „ <i>Concordia</i> ” Tel: 23-49-91; 23-55-57 Beneficiari: copii în dificultate de la 3-18 ani		x		x	x	x		x		x		
9. Centrul de reabilitare al adolescenților Tel: 59-36-02 Beneficiari: copii ai străzii, copii în dificultate de vârsta 3-18 ani	x	x		x	x	x	x	x				
10. Casa <i>Mărioarei</i> Tel: 72-58-61 Beneficiari: femei victime ale violenței/abuzului, femei traficate, copiii lor	x		x	x	x	x		x		x	x	
11. Terre des Hommes Tel: 23-86-42 Beneficiari: copii /familii în situații de risc, copiii-victime ale traficului	x		x	x	x		x	x	x	x	x	
12. Centrul de reabilitare a victimelor traficului, inclusiv copii Tel: 55-84-41; 55-30-42	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
13. La Strada Linia fierbinte Beneficiari: copiii /femeile - victime ale traficului, Copiii victimelor traficului 080077777 (din Moldova) (+37322) 233309 (de peste hotare)				x			x		x	x		
14. Centrul Neovita Tel: 40-66-34 Beneficiari: adolescenți, tineri	x	x								x		x

**SCHEMA DE EVALUARE INIȚIALĂ ȘI ALGORITMUL DE ÎNGRIJIRE A FEMEII CU PROBLEME DE ABUZ DOMESTIC**  
 (modificat dupa Middlesex-London Health Unit, 2000. *Apud.* RaduVrasti, 2012).





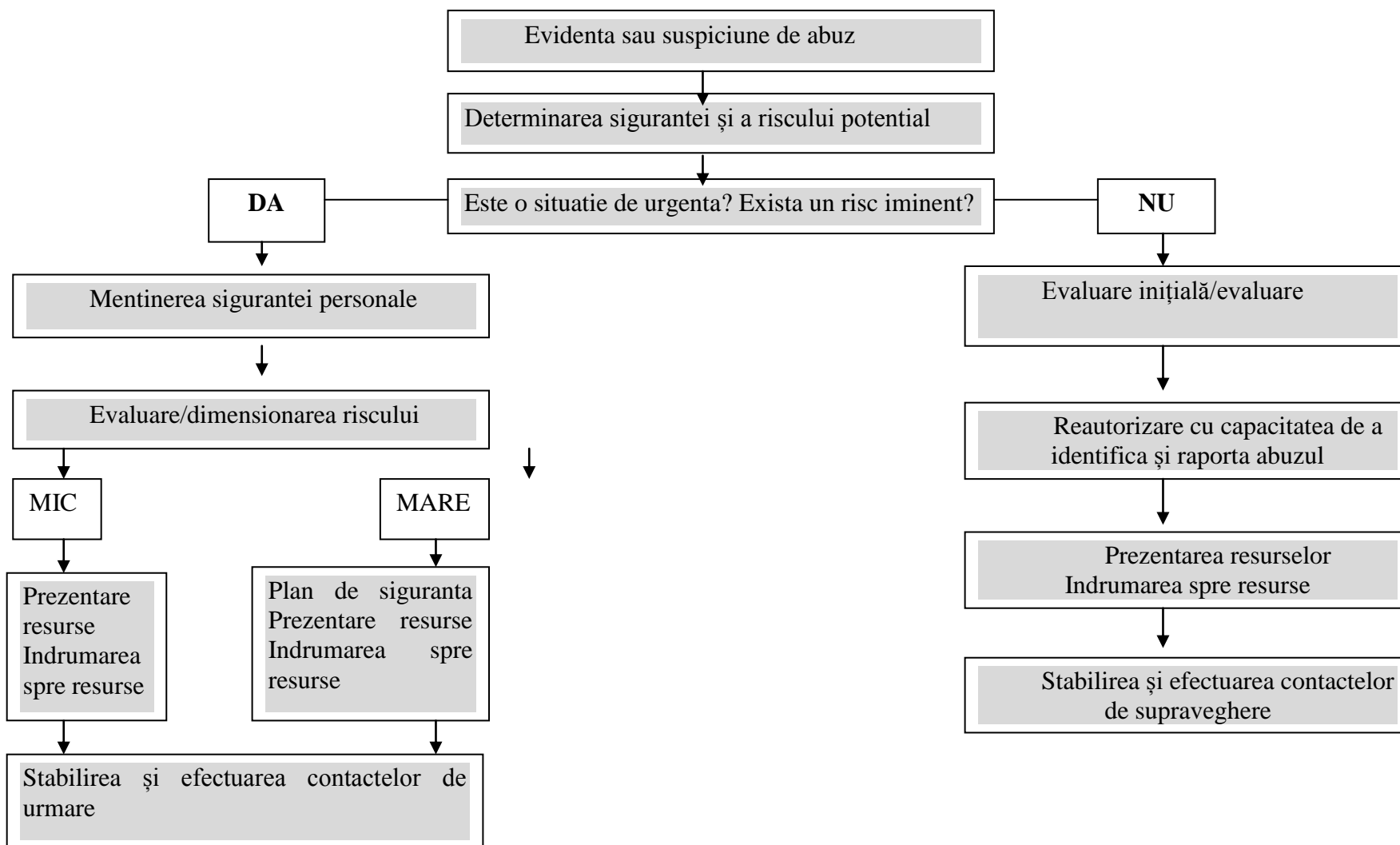
**INVENTAR**

cu actele de abuz față de bătrân în funcție de tipologia lor  
*Apud. Radu Vrsti Ghid Practic de Interventie în Criza*

<p><b>1. Abuzul fizic</b>          (folosirea forței cauzând discomfort, înjurie fizică, durere și/sau afectări somatice)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- speriere, amenințare cu recurgerea la forță;</li> <li>- lovire;</li> <li>- împingere;</li> <li>- scuturare;</li> <li>- pălmuire;</li> <li>- lovire cu piciorul;</li> <li>- lovire cu un obiect;</li> <li>- expunere deliberată la vreme nefavorabilă;</li> <li>- afectare fizică sau cu ajutorul medicamentelor;</li> <li>- provocarea de arsuri;</li> <li>- prinderea/apucarea de maini;</li> <li>- strangulare;</li> </ul>
<p><b>2. Abuzul psihologic /emoțional</b> (poate lua forma agresiunii verbale, umilire, izolare, intimidare, amenințare și control, conducând la diminuarea sau abolirea sensului identității, stimei de sine, valorii personale și provocând frica, anxietate și stres)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- insulte;</li> <li>- amenințări;</li> <li>- intimidări;</li> <li>- umilinte;</li> <li>- hărțuire;</li> <li>- șantaj;</li> <li>- tratarea ca pe un copil sau ca pe o persoană deficientă intelectual;</li> <li>- izolarea față de familie, prieteni sau activități uzuale;</li> <li>- decăderea din procesul de luare a deciziilor;</li> <li>- manipularea prin gradarea exprimării afecțiunii;</li> <li>- refuzul de a vorbi în nume propriu;</li> <li>- ruina stimei de sine;</li> <li>- refuzul/nerespectarea spațiului privat;</li> </ul>
<p><b>3. Abuzul financiar/material</b>          (folosirea incorectă a fondurilor și proprietăților bătrânului prin fraudă, înșelaciune, hoție sau forță)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lipsa de onestitate în gestionarea banilor și posesiunilor;</li> <li>- înșelaciune, minciuna;</li> <li>- furt de bani sau valori;</li> <li>- înșelaciune cu cărți de credit;</li> <li>- înșelaciune cu cecuri și conturi de banca;</li> <li>- falsificare de semnătură;</li> <li>- falsificare testament și/sau alte documente;</li> <li>- interferența în deciziile financiare;</li> <li>- solicitare de bani sub amenințarea forței;</li> <li>- presiuni pentru formarea de convingeri false privind banii;</li> </ul>
<p><b>4. Neglijarea</b>          (intenționată sau neintenționată de a împlini necesitățile de îngrijire și protecție)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nu furnizează apă și alimente;</li> <li>- nu furnizează locuință;</li> <li>- nu furnizează haine;</li> <li>- nu furnizează medicamente și asistență medicală;</li> <li>- nu furnizează asistență pentru nevoile de bază;</li> <li>- nu furnizează siguranță, căldură și confort;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- împiedecă contactele sociale;</li> <li>- lipsa de ajutor în igiena personală;</li> <li>- nu furnizează echipamente de ajutor (carucior cu roțile, proteze auditive, ochelari, baston, cârje, etc);</li> <li>- nu furnizează supraveghere atunci când este necesar;</li> <li>- nepăsare față de riscuri și prevenirea lor;</li> </ul>
5. <b>Abuzul sexual</b> (toate formele nedorite de activitate, comportament și hărțuirer sexuala)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- comportament sexual sugestiv sau verbal;</li> <li>- atingeri cu caracter sexual;</li> <li>- lipsa de pudoare/rușine/jenă;</li> <li>- constrângeri de a face acte degradante;</li> <li>- contact sexual nedorit;</li> <li>- ajutor nedorit/nesolicitat la îmbrăcare sau igienă intimă;</li> <li>- expunerea sau utilizarea de materiale pornografice sau acte indecente;</li> </ul>
6. <b>Abandonarea:</b> renunțarea și sustragerea de la obligațiile/responsabilitățile/morala de a furniza îngrijire sau protecție bătrânului față de care avea această obligație (formală sau informală, legală sau nelegală).	

**SECVENȚA ACTIVITĂȚILOR DE EVALUARE ȘI INTERVENȚIE ÎN CRIZA BĂTRÂNULUI ABUZAT**



## Scala indiciiilor abuzului („Indicators of Abuse screen” – IOA; Reis și Nahmiash, 1998)

Scala indiciiilor abuzului a fost dezvoltată să semnalizeze tratamentul abuziv la care este supus un bătrân. Ea este utilă unui asistent social pentru a recunoaște timpuriu semnele abuzului. Această scală este un sumar al semnelor de înalt risc pentru abuz și cuprinde 27 itemi.

### Scala se aplică atât îngrijitorului cât și bătrânului care primește îngrijirile acestuia.

Pentru diferențierea cazurilor de abuz de cele de neabuz indicatorii abuzului sunt trecuți pe două liste în ordinea importanței, una pentru îngrijitor și alta pentru bătrân. Mai mulți itemi sunt comuni pe cele două liste. După un interviu extensiv cu fiecare dintre protagoniști, bătrânul și îngrijitorul său, se cotează fiecare item de pe aceste două liste pe o scala de la 0 – 4 conform opiniei pe care ți-ai făcut-o după acest interviu.

Scorul total al scalei poate să se întinde de la 0 la 108.

### Scorul mai mare de 16 este sugestiv pentru abuz

#### Scala Likert de evaluare a fiecarui item:

0 = inexistent;  
1 = ușor;  
2 = moderat;  
3 = probabil/sever;  
4 = sever;  
00 = neaplicabil;  
000 = nu știu;

#### Scala îngrijitorului:

- Are probleme comportamentale
- Este dependent financiar
- Are dificultati mentale/emotionale
- Are probleme de abuz cu alcoolul și drogurile
- Are asteptari nerealiste
- Lipsa de intelegere a conditiei medicale
- Aversiune de a îngriji
- Prezinta conflicte maritale/familiale
- Are relatii proaste în prezent
- Lipsa de experienta în îngrijire
- Obisnuieste sa blameze pe altii
- A avute relatii proaste în trecut

#### Scala bătrânului:

- A fost abuzat în trecut
- Prezinta conflicte maritale/familiale
- Lipsa intelegerii conditiei medicale
- Este izolat social - Lipsa de suport social
- Are probleme comportamentale
- Este dependent financiar
- Are asteptari neraliste
- Are probleme cu alcoolul și drogurile
- Are relatii proaste în prezent
- Prezinta rani sau cazaturi suspicioase
- Are dificultati mentale/emotionale
- Obisnuieste sa blameze pe altii
- Este dependent emotional
- Nu are acelasi doctor în mod regulat

**Instrumentul de evaluare inițială**  
**pentru identificarea riscului de abuz făcut de îngrijitorii bătrânilor**  
*(Evaluare inițială Tool for Identifying Elderly People at Risk of Abuse by Their Caregivers*  
*– Cohen și colab. 2006)*

Cotează răspunsul la fiecare item în funcție de cât de certă este problema legată de abuzul îngrijitorului după cum urmează:

- 5 = cu cea mai mare certitudine este legat de abuz,
- 4 = cu mare certitudine este legat de abuz,
- 3 = cu ceva certitudine este legat de abuz,
- 2 = cu mică certitudine este legat de abuz,
- 1 = nici o certitudine că este legat de abuz sau informație nedisponibilă.

**Abuz fizic:**

- Traumatisme inexplicabile sau explicație nesatisfăcătoare de cum au fost dobândite;
- Hemoragie internă/ traumatisme interne;
- Cicatrici vechi și noi;
- Cicatrici pe ambele mâini și brațe;
- Arsuri în locuri neobișnuite ale corpului;
- Arsuri neuzuale ca formă sau sediu (arsuri de țigară, cu fierul de călcat, etc.);
- Divulgarea de episoade de abuz fizic.

**Abuz material:**

- Neinformată sau parțial neinformată sau confuză despre situația lui financiară (fără deteriorare cognitivă);
- Incapacitate bruscă de a plăti sau de a cumpăra alimente sau alte bunuri;
- Există o diferență între venitul bătrânului și stilul de viață;
- Când se discută despre bani bătrânul devine neliniștit și temător;
- Se transferă banii de la bătrân la alta persoană (membru de familie sau îngrijitor);
- Refuzul bătrânului sau a altei persoane (din familie sau nu) de a primi asistență în managementul banilor;
- Transfer de proprietate sau bunuri de la bătrân la alta persoană (din familie sau nu);
- Interes exagerat al membrilor de familie asupra situației materiale a bătrânului;
- Un membru de familie forțează sau presează bătrânul să-i dea bani;
- Un membru de familie a preluat conducerea finanțelor bătrânului când se pare că nu aceasta a fost voința sau dorința lui;
- Divulgarea de exploatare financiară.

**Neglijare:**

- Deshidratare;
- Stare de nutriție deficitară;
- Hipo/hipertermie;
- Imbrăcăminte nepotrivită;
- Dinți lipsa, ochelari nepotriviti, lipsa de aparat auditiv;
- Deteriorare bruscă și inexplicabilă a stării de sănătate;
- Lipsa de medicamente sau exagerata nevoie de medicamente neuzuale;
- Divulgarea neglijării.

**Abuz sexual:**

- Pete sau deteriorări ale lenjeriei intime;

- Dificultate de a merge sau a sta jos fără rațiuni evidente;
- Dureri, arsuri sau sângerări ale organelor genitale;
- Divulgarea de abuz sexual.

**Abuz psihologic:**

- Confuzie (fără deteriorare cognitivă)
- Frica exagerată;
- Lipsa de interes față de sine și activități sociale;
- Ambivalența față de membrii de familie;
- Apatie;
- Insulte, înjosiri, ignorarea nevoilor și solicitărilor bătrânului;
- Simptome de stres;
- Divulgarea de rele tratamente, înjurături, amenințări etc.

**Instrumentul de evaluare a bătrânului**  
(*Elder Assessment Instrument – EAI*)

**Instrucțiuni:** Asistentul social cotează fiecare item din acest tabel conform informațiilor obținute de la persoana în vârstă aflată în evaluare în urma unui interviu diagnostic detaliat.

<b>1.</b>	<b>Evaluare generala</b>	<b>Foarte bună</b>	<b>Bună</b>	<b>Proastă</b>	<b>Foarte proastă</b>	<b>Nu se poate evalua</b>
a.	Îmbrăcămintă					
b.	Igienă					
c.	Nutritie					
d.	Integritatea pielii					
Comentarii adiționale:						
<b>2.</b>	<b>Indicatori posibili de abuz</b>					
a.	Echimoze					
b.	Răni					
c.	Fracturi					
d.	Echimoze sau fracturi în diferite stadii de vindecare					
e.	Evidența de abuz sexual					
f.	Divulgarea abuzului de către bătrân					
Comentarii adiționale:						
<b>3.</b>	<b>Indicatori de posibilă neglijare</b>	<b>Nici o evidență</b>	<b>Evidență posibilă</b>	<b>Evidență probabilă</b>	<b>Evidență certă</b>	<b>Nu se poate evalua</b>
a.	Contracturi					
b.	Escare					
c.	Deshidratare					
d.	Diaree					
e.	Depresie					
f.	Probleme cu dantura					
g.	Malnutriție					
h.	Tulburări de urinare					
i.	Proasta igienă					
j.	Lipsa de răspuns față de tulburările evidente					
k.	Medicație neadecvată					
l.	Internări repetate în spital datorită lipsei de supraveghere și îngrijire a sănătății					
m.	Divulgarea neglijării de către bătrân					
Comentarii adiționale:						
<b>4.</b>	<b>Indicatori de posibilă exploatare</b>	<b>Nici o</b>	<b>Evidență</b>	<b>Evidență</b>	<b>Evidență</b>	<b>Nu se</b>

		evidență	posibilă	probabilă	certă	poate evalua
a.	Folosire incorectă a banilor					
b.	Evidența de exploatare					
c.	Cereri de bunuri în schimbul serviciilor					
d.	Incapacitate de a da socoteală pentru bani/bunuri					
e.	Divulgarea exploatării de către bătrân					
Comentarii aditionale:						
5.	Indicatori posibili de abandonare	Nici o evidență	Evidență posibilă	Evidență probabilă	Evidență certă	Nu se poate evalua
a.	Evidența că îngrijitorul a plecat în mod precipitat fără să se asigure de aranjamente alternative de îngrijire					
b.	Evidența că bătrânul este lasat singur într-o condiție periculoasă pentru perioade lungi de timp fără suport adecvat					
c.	Divulgarea abandonării de către bătrân					
Comentarii aditionale:						
	Concluzii	Nici o evidență	Evidență posibilă	Evidență probabilă	Evidență certă	Nu se poate evalua
	Evidența de abuz					
	Evidența de neglijare					
	Evidența de exploatare					
	Evidența de abandonare					
Comentarii adiționale:						

**Planul de siguranță personalizat pentru bătrânii care au suferit abuz**  
(adaptat după „*Personalized Safety Plan for Older Survivors of Abuse*” - *National Clearinghouse on Abuse in Later Life (NCALL) A Project of Wisconsin Coalition Against Domestic Violence, Madison: Wisconsin*)

**PASUL 1: SIGURANȚA DIN TIMPUL INCIDENTULUI VIOLENT**

Eu voi folosi una sau toate din următoarele tactici/strategii:

**A. Dacă voi decide să plec eu voi face** \_\_\_\_\_.

(Cum voi pleca în siguranță? Pe ce ușă? Voi folosi scările, ascensorul? (Trebuie să iau în considerare capacitatea mea fizică și abilitățile de a mă deplasa rapid).

**B. Eu îmi păstrez geanta/valiza cu lucrurile mele personale într-un loc sigur** \_\_\_\_\_ ca să pot să le iau repede cu mine și să nu uit lucruri importante.

**C. Eu pot să vorbesc cu** \_\_\_\_\_ despre situația mea, că la rândul ei această persoană să fie atentă la ce se întâmplă cu mine și să ceară ajutor dacă nu răspund la telefon sau nu deschid ușa.

**D. Eu voi folosi cuvântul/expresia** \_\_\_\_\_ ca un cod că sunt abuzat și am nevoie de ajutor.

**E. Dacă mă hotărâsc să plec, eu voi pleca** \_\_\_\_\_ (locul) (Decide chiar dacă aceasta nu se va întâmpla imediat) și am anunțat despre aceasta prietenii și rudele mele în care am încredere.

**F. O să comunic aceasta strategie celor în care am încredere.**

**G. Când cred că sunt pe cale să am o ceartă voi încerca să mă duc în altă cameră** ca să evit cearta (de ex. la baie, la bucătărie, în dormitor).

**H. Voi încerca să folosesc judecata și intuiția mea.** Dacă confruntarea este foarte serioasă voi ceda ca astfel să mă pun la adăpost de violențe sau alte abuzuri și apoi voi hotărâ ce este de făcut.

**PASUL 2: SIGURANȚA CÂND MA PREGĂTESC SĂ PLEC**

Dacă am hotărât să plec voi folosi unele din aceste strategii de siguranță:

**A. Eu voi lăsa din timp niște bani și un rând de chei** lui \_\_\_\_\_ ca astfel să pot pleca repede.

**B. Voi păstra copii după documente importante sau chei** în locul \_\_\_\_\_

**C. Voi deschide un cont bancar/voi da bani** lui \_\_\_\_\_, pentru a fi independent financiar.

**D. Voi face ca pensia să-mi vină** în altă parte \_\_\_\_\_ ca să evit ca alții să o folosească.

**E. Numarul de la linia de criză** este \_\_\_\_\_ și ei îmi vor găsi loc la un refugiu pentru bătrâni (am întrebat în prealabil). Pot contacta agenția locală de combatere a violenței domestice \_\_\_\_\_ și ei pot să-mi facă rost de adăpost de urgență.

**F. Eu am în permanență monede pentru telefonul public și/sau minute la telefonul celular** ca să fiu oricând gata să dau un telefon dacă am nevoie și să pot vorbi lucruri confidențiale.

**G. Voi întreba pe** \_\_\_\_\_ și pe \_\_\_\_\_ **dacă pot sta la ei 1-2 zile și să-mi împrumute ceva bani** în caz de forță majoră.

**H. Am lasat ceva haine de-ale mele la** \_\_\_\_\_.

**I. Eu voi revizui în liniște planul meu de siguranță** la fiecare \_\_\_\_\_ (data).

**PASUL 3: SIGURANȚA UNDE LOCUIESC**

Eu o să iau următoarele măsuri ca să sporesc siguranța mea acasa:

**A. Eu o să schimb cheile de la ușa mea.** O sa iau contact cu \_\_\_\_\_ să mă ajută să cumpăr o nouă broască și să o montez.

**B. Eu o să instalez un lanț de siguranță la ușa** ca să pot doar întredeschide ușa.

**C. O să instruiesc rudele mele/prieteni de-ai mei cum să folosească telefonul** ca să știe dacă sunt în siguranță.

**D. O să mă asigur că telefonul fix și/sau cel mobil funcționează bine** pentru a lua contact cu cei ce mă ajută în caz de abuz.

**E. O să vorbesc cu vecinul** \_\_\_\_\_ **că dacă aude zgomote sau strigăte de la mine acasă să anunțe pe** \_\_\_\_\_ **și să dea telefon la Politie.**

#### **PASUL 4: DIVULGAREA PROBLEMELOR DE SIGURANȚĂ**

Nu voi ține ascuns nici un act de abuz drept pentru care:

**A. Eu am hotărât să divulg abuzurile** la care am fost sau voi fi supus la urmatoarele persoane \_\_\_\_\_

**B. Am să împărtășesc problemele de abuz la urmatoarele instituții/servicii:**  
Poliție \_\_\_\_\_ Serviciul de criză \_\_\_\_\_ Medicul de familie \_\_\_\_\_  
Asociația de protecție a bătrânilor \_\_\_\_\_ Procuratura \_\_\_\_\_.

#### **PASUL 5: SIGURANTA MEA EMOTIONALA**

Voi căuta să fiu stabil emoțional și să-mi controlez sentimentele:

**A. Dacă voi fi necajit și gata să mă reintorc la situația potențial abuziva eu voi** \_\_\_\_\_

**B. Când voi vorbi cu persoana abuziva eu voi face** \_\_\_\_\_

**C. Voi încerca să-mi apar punctual de vedere și să pot spune nu când e cazul.**

**D. Îmi voi spune mie insumi " \_\_\_\_\_ " când alți vor încerca să mă controleze sau abuzeze.**

**E. Alte lucruri care mă ajută să mă simt mai puternic sunt** \_\_\_\_\_

**F. O să mă duc la un consilier** \_\_\_\_\_ **să mă învețe cum să depășesc problemele emoționale cu care mă confrunt într-o situație abuzivă.**

#### **PASUL 6: DACĂ PLEC, CE TREBUIE SĂ IAU CU MINE**

Actele de identitate;

Actele de stare civila;

Actele de pensie;

Actele depozitelor mele bancare;

Actele de proprietate;

Carnetul de sofer;

Acte medicale, rețete, medicamente;

Ochelarii, aparatul auditiv, Cheile de rezerva;

Carnetul cu adrese;

Fotografii;

Obiecte cu valoare sentimentală (bijuterii, etc.);

**Numerele de telefon pe care trebuie să le știu:**

Membrii de familie \_\_\_\_\_

Prieteni și persoane de încredere \_\_\_\_\_

Poliție \_\_\_\_\_

Linia de criza \_\_\_\_\_

Doctorul de familie \_\_\_\_\_  
Serviciul de urgență \_\_\_\_\_  
Asociația de protecție a bătrânilor \_\_\_\_\_  
Casa de pensie \_\_\_\_\_  
Procuratura \_\_\_\_\_  
Serviciul social de la Primărie \_\_\_\_\_  
Avocatul meu \_\_\_\_\_  
ONG-ul pentru abuzul domestic \_\_\_\_\_