

Universitatea „Ștefan cel Mare” din Suceava
Facultatea de Istorie și Geografie
Programul de studiu: Asistență Socială

ABUZ ȘI VIOLENȚĂ DOMESTICĂ. SERVICII DE SUPORT
SUPOORT DE CURS
ANUL III

Lect. univ. dr. Oana Lăcrămioara Bădărău

2022

Cuprins

Capitolul 1	3
Aspecte generale privind abuzul și neglijarea copilului.....	3
1.1 Definierea conceptelor de abuz, neglijare, maltratare	3
1.2 Teorii explicative privind abuzul și neglijarea copilului	4
Capitolul 2	9
Abuzul emoțional	9
2.1 Elemente pentru definirea abuzului emoțional/psihologic	9
2.2 Principalele forme ale abuzului emoțional	10
2.3 Forme particulare de abuz emoțional	12
Capitolul 3	15
Abuzul fizic al copilului	15
3.1 Definiții ale abuzului fizic	15
3.2 Principalele forme de abuz fizic a copilului	17
Capitolul 4	20
Abuzul sexual al copilului.....	20
4.1 Definiții.....	20
4.2 Forme ale abuzului sexual	21
4.3 Incestul – formă particulară de abuz sexual intrafamiliar.....	23
Capitolul 5	28
Neglijarea copilului	28
5.1 Definiții ale neglijării copilului	28
5.2 Principalele forme ale neglijării	28
5.3 Abandonul – cea mai gravă formă de neglijare a copilului.....	30
Capitolul 6	34
Evaluarea situației de abuz și/sau neglijare a copilului.....	34
6.1 Noțiunea de risc în procesul evaluării	34
6.2 Procesul și metodele evaluării	35
Capitolul 7	44
Intervenția.....	44
7.1 Tipuri de intervenție	44
7.2 Etapele intervenției.....	45
7.3 Sentimente și conflicte ale intervenientului.....	48

Capitolul 8.....	49
Prevenirea maltratării copilului.....	49
8.1 Prevenirea primară.....	49
8.2 Prevenirea secundară.....	50
8.3 Prevenire terțiară.....	50
Capitolul 9.....	54
Violența domestică.....	54
9.1 Definiții și teorii explicative.....	54
9.2 Formele violenței domestice.....	56
9.3 Cauze și mituri explicative ale violenței domestice.....	57
9.4 Caracteristici ale victimelor și agresorilor.....	60
9.5 Efectele violenței domestice asupra vieții de familie (copil, femeie).....	62
9.6 Specificul investigației și intervenției în cazurile de violență domestică.....	64
9.7 Servicii sociale de suport pentru victimele violenței domestice.....	68
9.8 Prevenirea violenței domestice.....	74
Bibliografie.....	76
Anexa nr. 1 Roata puterii și a controlului.....	79

Capitolul 1

Aspecte generale privind abuzul și neglijarea copilului

1.1 Definirea conceptelor de abuz, neglijare, maltratare

În art. 19 din Convenția ONU cu privire la Drepturile Copilului, **maltratarea** este definită astfel: „orice formă de violență, de tentativă sau de brutalizare fizică sau mentală sau de neglijare, de rele tratamente sau de exploatare, inclusiv violența sexuală în timpul în care copilul se află în îngrijirea părinților sau a unuia dintre aceștia sau a reprezentanților legali ai acestora, sau în grija oricărei alte persoane căreia i-a fost încredințat”.

Maltratarea, termen apărut pentru prima dată în 1987 în dicționarul limbii franceze poate fi de două tipuri¹:

- *Maltratarea de criză*, care apare în mod normal în familiile cu o funcționare bună, dar al căror ciclu de viață trece prin momente de adaptare care le pun în pericol echilibrul intern, copiii devenind atunci țapii ispășitori ai crizei;

- *Maltratarea transgenerațională*, este întâlnită în familiile al căror mod de viață este haotic, ale căror relații sunt dezorganizate și în care carențele, confundarea rolurilor, se repetă de-a lungul mai multor generații.

Aceste componente pot fi regăsite în contexte diferite. În funcție de autorul maltratării se poate vorbi de maltratare intrafamilială sau de maltratare extrafamilială (când autorul maltratării nu face parte din familia copilului).

În literatura de specialitate există o diferențiere uzuală între 4 tipuri de maltratare²:

1. copiii expuși abuzului fizic
2. copiii expuși abuzului emoțional
3. copiii expuși abuzului sexual
4. copiii neglijați

Abuzul este varianta activă a maltratării copilului, prin comitere de acte, **neglijarea** reprezintă varianta pasivă a maltratării prin omitere de acte de îngrijire a copilului. Amândouă pot fi: emoțional, fizic și sexual (Lynch, 1985)³. Formele se pot include reciproc într-un continuum care deși nu este obligatoriu este des întâlnit în realitate. Așadar abuzul sexual în

¹ Gabel, 1999 *apud* Ionescu, S. (2001). *Copilul maltrat. Evaluare, prevenire, intervenție*, București, Fundația Internațională pentru Copil și Familie, p. 16; Irimescu, G. (2006). *Protecția copilului abuzat*, Iași: Editura Universității „Al. I. Cuza” p. 42

² Killen K. (1998). *Copilul maltrat*, Timișoara, Eurobit, p. 26

³ *apud* Muntean A. 2001, *Familii și copii în dificultate*, Timișoara, Ed. Mirton, p. 57

conține de cele mai multe ori, pe cel fizic și pe cel emoțional. Regula se aplică și în cazul neglijării.

La modul general, *abuzul* poate fi definit „ca fiind acel comportament inadecvat care cauzează în mod intenționat vătămare fizică, psihică, financiară sau de alt tip unui individ sau grup (trebuie ținut cont de modelul cultural, factorii sociali, situația copiilor în fiecare țară, prosperitatea, distribuția veniturilor). Particularizând, prin abuzarea unui copil, se înțelege „orice act săvârșit de un adult, care dăunează dezvoltării acestuia, care este distructiv fizic sau emoțional pentru el”⁴.

Alți autori, când definesc *abuzul asupra copilului*, se referă la „profitarea de pe urma diferenței de putere dintre un adult și un copil prin desconsiderarea personalității celui de-al doilea”⁵.

Definirea abuzului sau neglijării copilului poate fi influențată și de atitudinea membrilor unei societăți față de violență, de reprezentările sociale specifice unei anumite culturi, într-o anumită perioadă de timp. Ceea ce într-o anumită comunitate poate fi considerat comportament abuziv asupra copilului, într-o altă comunitate poate fi considerat comportament normal.

În legislația românească, conceptul de abuz asupra copilului este definit drept „orice acțiune voluntară a unei persoane care se află într-o relație de răspundere, încredere sau de autoritate față de acesta, prin care este periclitată viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului”⁶.

1.2 Teorii explicative privind abuzul și neglijarea copilului

Pentru a înțelege contextul rețelor tratamente aplicate minorului, specialiștii au elaborat o serie de modele explicative precum:⁷

a) Concepția medicală

b) Teoria transmiterii multigeneraționale a abuzului

c) Perspectiva feministă

⁴ Holt România (2002). *Ghiduri de bună practică în asistența socială a familiei și copilului*, Iași: Editura Lumen. p. 358

⁵ Roth - Szomoskozi M. (1999). *Protecția copilului - Dileme, concepții și metode*, Cluj- Napoca, Presa Universitară Clujeană, p. 45; Constantin, M. (2004). *Maltratarea copilului între cunoaștere și intervenție*. Iași: Editura Lumen. p. 28

⁶ Legea nr. 272/2004, privind protecția și promovarea drepturilor copilului, art. 94

⁷ Roth, M. (2005). *Copii și femei victime ale violenței*, Cluj- Napoca, Presa Universitară Clujeană, pp.169-217; Roth - Szomoskozi M. (1999). *Protecția copilului - Dileme, concepții și metode*, Cluj- Napoca, Presa Universitară Clujeană, pp. 131-176

d) Teoria atașamentului

e) Concepții de natură sociologică

a) Concepția medicală

Cel mai cunoscut reprezentant al acestei teorii este H. Kempe, care prin cercetările și publicațiile sale de la începutul anilor '60 asupra sugariilor cu membre rupte neaccidental, adesea în mod repetat, a inițiat sindromul copilului bătut.

În interpretările din cadrul modelului medical, din punct de vedere etiologic, factorul primar este considerat a fi defectul de personalitate al adultului, care în prezența unui stres supraadăugat, determină manifestări agresive, fizice și verbale față de copil.

După unii cercetători, caracteristicile celor care agresează copiii prezintă un larg evantai de simptome, fără ca acestea să se constituie în categorii psihiatrice bine delimitate, diferite de cele deja cunoscute în literatura psihopatologică. Totuși, în cazul unor boli psihice ca tulburările de personalitate, un grad crescut de depresie precum și în cazul nivelului intelectual scăzut, părinții prezintă un risc sporit de a nu recunoaște nevoile copilului lor și de a recurge la tratamente inadecvate, periclitând astfel dezvoltarea și sănătatea lor mentală.

Pe de altă parte, s-au identificat anumite caracteristici ale copiilor, care, din cauza stresului indus părinților, sporesc riscul comportamentului abuziv: greutate scăzută la naștere, prematuritatea, handicap sau boală cronică a copilului, temperament irascibil al acestuia etc.

b) Teoria transmiterii multigeneraționale a abuzului

Susținătorii acestei concepții scot în evidență transmiterea familială a anumitor modele culturale de creștere a copiilor, modele în care autoritatea parentală, agresivitatea verbală sau fizică, ignorarea sentimentelor copiilor (sau opusul acestora) sunt caracteristice.

În urma unor cercetări s-a subliniat faptul că în evitarea repetării relelor tratamente, un rol important îl joacă modul în care părinții prelucrează traumele prin care au trecut ei înșiși. De asemenea, există șanse mai mari de a evita ciclul abuzului la părinții care, la rândul lor, au avut în preajma lor o persoană în care să poată avea încredere sau care, în prezent, au parteneri apropiați, afectuoși și înțelegători.

Analizând transmiterea multigenerațională a relelor tratamente adresate copiilor, unii cercetători trag concluzia că nu se poate neglija pericolul repetării abuzului care este aproximativ de șase ori mai mare decât la populația neselecționată.

c) Perspectiva feministă

Concepția feministă ia atitudine foarte vehementă împotriva libertinismului în privința sexualității. Dacă libertinismul consideră sexualitatea copiilor ca fiind un dat natural și nu condamnă relațiile sexuale între un adult și un copil, concepția feministă respinge orice formă a relațiilor sexuale dintre un adult și un copil, chiar și în cazul în care se invocă consimțământul copilului în astfel de relații. Libertinismul neagă efectele de lungă durată ale unei relații sexuale cu un copil, iar concepția feministă subliniază efectul traumatic prelungit asupra victimei incestului și pedofiliei. Concepția feministă se opune și modelului care explică incestul prin disfuncțiile vieții familiale.

Responsabilitatea abuzului revenind esențialmente celui care a comis fapta și nu victimei, în intervenția feministă idealul este îndepărtarea din familie a celui care abuzează copilul. Totuși, dacă legile și practicile muncii sociale nu permit îndepărtarea suficient de rapidă a abuzatorului din familie, un principiu de bază al practicii constă în asigurarea securității victimei și împiedicarea comiterii în continuare a abuzului.

Punctul de vedere feminist refuză înțelegerea abuzului sexual ca fiind o activitate instinctivă, incontrollabilă conștient (incest). Reminiscente ale complexului Oedip, frica de castrare, furia inconștientă față de propria mamă, traumele copilăriei nu justifică manifestările de comportament sexual abuziv.

d) Teoria atașamentului

Formarea legăturilor de atașament este o caracteristică importantă a relațiilor de familie. Pornind de la teoria psihanalitică privind importanța traumelor din copilărie pentru viața adultă și de la datele privind comportamentul puilor de animale după naștere, Bowlby a descris nevoia imperioasă pentru sugar și copilul mic a existenței unei persoane stabile care să-i ofere dragoste și îngrijire.

Nou-născuții umani prezintă o serie de comportamente prin care își demonstrează competențele în construirea de relații cu mamele lor:

- preferă să privească fața propriilor mame decât fața oricărei alte persoane;
- recunosc vocea mamei lor din alte voci;
- disting gustul laptelui propriei mame de laptele altei femei.

Datele clinice privind comportamentul uman mamă-copil arată că este posibil ca un copil să prezinte o relație de atașament față de părinte, chiar dacă acesta nu răspunde copilului.

David Howe consideră că „părinții și copilul sunt programați biologic să devină atașați unul de celălalt”, ajutându-l pe acesta din urmă:

- a) să atingă întregul său potențial;
- b) să gândească logic;
- c) să-și dezvolte o conștiință;
- d) să dezvolte interesul de cooperare cu ceilalți oameni;
- e) să devină încrezător în sine;
- f) să facă față stresului și frustrării;
- g) să biruie teama și neliniștea;
- h) să dezvolte relații viitoare etc.

Un copil cu o dezvoltare normală într-o familie cu funcționalitate normală ajunge deja la sfârșitul primului an de viață la asigurarea unui atașament puternic față de părinți, adică a unei baze sigure și prin aceasta, la reducerea maximă a stărilor de nesiguranță și anxietate. Între aceste două stări ambivalente atașament - anxietate există un raport invers proporțional.

În lipsa unui atașament adecvat, sigur, dezvoltarea copilului este periclitată. Stabilitatea și forța personalității adulte își au originea în stabilitatea și profunzimea sentimentelor de atașament afectiv în timpul copilăriei.

e) Concepții de natură sociologică

Explicațiile de acest tip pun în evidență importanța factorilor sociali pentru producerea relelor tratamente. Factorul social cel mai des întâlnit în literatura de specialitate este sărăcia. Familiile sărace reprezintă un risc crescut de abuz împotriva copiilor din cauza numeroaselor stresuri asociate cu sărăcia: nivel scăzut de școlarizare al părinților, șomajul, venit insuficient, dificultăți de comunicare între soți etc.

Alături de nivelul socio-economic scăzut se constată adesea ponderea crescută a relelor tratamente în familiile cu mulți copii. Un alt factor social relevant pentru expunerea copiilor la riscul maltratării este gradul de izolare socială a familiei, măsura în care familia poate mobiliza un suport social adecvat în favoarea ei, în cazul în care singură nu face față presiunii sociale. Riscul de rele tratamente crește în familiile nucleare față de cele tradiționale în care conviețuiesc mai multe generații.

Un alt factor societal important este apartenența la un grup minoritar. Mecanismul de acțiune al acestui factor ține, de asemenea, de stresul social mai ridicat pe care trebuie să-l confrunte individul aparținând unui grup minoritar. În aprecierea relelor tratamente împotriva copiilor în funcție de apartenența la un grup minoritar, raportarea cazurilor de abuz și ne-

glijare către serviciile sociale se face în funcție de standardele culturale ale populației majoritare. Aceasta ridică anumite probleme deontologice care pun problema că, dincolo de înțelegerea condiționării culturale a valorilor și a comportamentelor, trebuie să existe o limită a gradului de toleranță în privința atitudinii parentale. Toleranța față de normele culturale trebuie să fie păstrată în limitele asigurării nevoilor și a respectării drepturilor copiilor, iar decizia privind intervenția trebuie să aibă în vedere evitarea vătămării copilului.

Capitolul 2

Abuzul emoțional

2.1 Elemente pentru definirea abuzului emoțional/psihologic

Termenul de „abuz emoțional” (*engl.* emotional abuse) este mai frecvent folosit în literatura de specialitate din Marea Britanie, Australia, Canada, în timp ce termenul de „abuz psihologic” (*engl.* psychological abuse) este mai frecvent utilizat în literatura de specialitate americană. Însă, există studii în care termenul de „abuz emoțional” este utilizat interschimbabil cu cel de „abuz psihologic” dar și cu alți termeni precum „cruzime mentală” (*engl.* mental cruelty), „prejudiciu mental” sau „distrugere psihologică” (*engl.* psychological battering)

Toate formele de abuz și neglijare a copilului au componente și consecințe psihologice. Anumite forme de maltratare au însă, ca instrument, tocmai mijloace de natură psihologică, de aceea cercetători ca Garbarino, Germain și Hart, Guttman au propus definirea abuzului emoțional (psihologic), ca fiind o formă distinctă de rele tratamente. Garbarino și colegii săi considerau în 1986 că maltratarea psihologică nu trebuie considerată ca fiind o consecință a celorlalte forme de rele tratamente, subordonată față de ele, ci, dimpotrivă, ar trebui să fie luată ca pilon central al eforturilor de înțelegere a disfuncționalității familiei, precum și a nevoii de protecție a copilului. Autorul mai sus menționat⁸ și colaboratorii săi definesc **abuzul psihologic** comis împotriva unui copil ca fiind „atacul concertat al unui adult asupra dezvoltării conștiinței de sine și a competenței sociale a copilului” (1986).

Abuzul emoțional este cel mai greu de definit dintre toate formele de abuz și poate să apară în situații foarte diferite de viață. Poate fi definit ca o „atitudine sau acțiune cronică a părinților sau a altor persoane de îngrijire, care dăunează sau împiedică dezvoltarea unei imagini de sine pozitive a copilului.”⁹.

Abuzul emoțional a fost definit în România drept „expunerea repetată a copilului la situații al căror impact emoțional depășește capacitatea sa de integrare psihologică”. Totodată, s-a precizat că „abuzul emoțional vine din partea unui adult care se află în relație de încredere, răspundere sau putere cu copilul. În mod concret, aceste acte pot fi umiliri verbale și nonverbale, intimidări, amenințări, terorizări, restrângeri ale libertății de acțiune, denigrări,

⁸ Apud Roth - Szomoskozi M. 1999, *Protecția copilului - Dileme, concepții și metode*, Cluj- Napoca, Presa Universitară Clujeană, p. 49

⁹ Killen K. (1998). *Copilul maltratat*, Timișoara, Eurobit, p. 32

acuzării nedrepte, discriminări, ridiculizări și alte atitudini ostile sau de respingere față de copil”¹⁰

2.2 Principalele forme ale abuzului emoțional

Formele de abuz psihologic mai des întâlnite sunt cele la care recurg părinții sub forma diverselor pedepse: izolarea copilului (legarea, încuierea lui în diferite spații închise), neacordarea răspunsurilor emoționale, refuzul de a-l ajuta la solicitarea acestuia, exploatarea lui, folosirea lui ca servitor, coruperea minorului prin învățarea cu, sau recompensarea unor comportamente neadecvate, antisociale, agresive, imorale, rasiste sau criminale.

Mich Whitman (1998), a identificat următoarele forme de abuz emoțional¹¹:

- a) respingerea
- b) izolarea
- c) terorizarea
- d) ignorarea
- e) coruperea

a) Atitudinea de **respingere** intenționată, repetată a copilului manifestată prin nerecunoașterea consecventă a nevoilor și meritelor sale constituie o formă specifică de abuz psihologic. Copilul se simte inferior, dependent față de adult, lipsit de speranța de a fi acceptat.

Whitman enumeră 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 în manipularea unor obiecte)
- transformarea copilului în „țap ispășitor al familiei”
- refuzul cronic al gesturilor de afecțiune
- afișarea unei preferințe evidente pentru unul din copiii din familie, în defavoarea altora
- refuzul permanent al părinților de a recunoaște sau de a remarca realizările copilului

¹⁰H.G. nr. 49/2011 pentru aprobarea Metodologiei-cadru privind prevenirea și intervenția în echipă multidisciplinară și în rețea în situațiile de violență asupra copilului și de violență în familie și a Metodologiei de intervenție multidisciplinară și interinstituțională privind copiii exploatați și aflați în situații de risc de exploatare prin muncă, copiii victime ale traficului de persoane, precum și copiii români migranți victime ale altor forme de violență pe teritoriul altor state, cap. II.2.1., lit. A

¹¹ apud Muntean A. (2001). *Familia și copiii în dificultate*, Timișoara, Ed. Mirton, pp. 57-58

- tratarea unui copil mai mare ca unul de vârstă mai mică (infantilizarea unui adolescent)
- etichetarea negativă a comportamentului unui copil în mod permanent.

b) **Izolarea** copilului de experiențele sociale firești 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 aderării copilului sau adolescentului la activități de club, antrenamente sportive, serbări, sau retragerea acestuia de la grădiniță sau școală au ca efect sentimentul de neputință și lipsă de încredere în sine și în ceilalți. Copilul se simte 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 se întâmplă în toate familiile, cu toți copiii. De cele mai multe ori, izolarea copilului, în formele sale grave, se asociază cu forme de abuz fizic sau sexual. Încercarea copilului de a depăși izolarea este considerată de părintele abuziv ca trădare și este pedepsită.

c) **Terorizarea** copilului pe cale verbală, pentru inocularea fricii de consecințe grave, creează acestuia imaginea unei lumi terifiante, ostile. Amenințările adultului se pot referi la pedepse neprecizate, dar înfricoșătoare care pot pune în pericol pe copil sau pe o persoană iubită de el, un animal sau un obiect îndrăgit („dacă mai plângi te dau la lup” sau „o să te spun lui tata și o să vezi tu...”).

Efectul traumatizant al terorizării se datorează în parte, caracterului său imprevizibil: descărcările frecvente de mânie ale adultului pot alterna cu perioade în care acesta dă dovezi de atașament față de copil. Prin specificul ei, terorizarea afectează bazele încrederii copilului în adulți, în lumea înconjurătoare.

d) **Ignorarea** nevoilor copilului constituie un abuz în măsura în care adultul privează copilul de stimulii esențiali ai dezvoltării sale psihice și cognitive (Pegora et al, 1992).

Forme pe care le poate lua ignorarea:

- refuzul consecvent al comunicării cu copilul;
- neobservarea intenționată a dorințelor exprimate de acesta;
- lipsa de interes a familiei sau colectivității în dezvoltarea abilităților copilului sau a performanțelor acestuia;
- neprotejarea copilului de agresiunea unor frați sau a altor copii;
- refuzul de a răspunde la durerea unui copil, de a-l ajuta.

e) **Coruperea** minorului înseamnă atragerea lui în activități și comportamente antisociale (în domeniul delincvenței, a consumului de alcool sau droguri etc.). Caracteristic

pentru acest tip de abuz este antrenarea copilului în activități ale căror consecințe îi depășesc capacitatea de înțelegere și îi pervertesc judecățile morale.

Deprivarea copilului de demnitate poate fi analizată separat înțelegând prin aceasta recurgerea de către adult la exprimări sau la atitudini depreciatoare la adresa copilului, fapt ce afectează demnitatea acestuia.

În acest cadru se include folosirea cu regularitate a unor expresii jignitoare la adresa capacității intelectuale sau practice ale copilului, exprimarea neîncrederii în viitorul lui, învinovățirea lui pentru eșecurile sale din diferite domenii, folosirea lui în activități degradante.

2.3 Forme particulare de abuz emoțional

1. Abuz emoțional legat de copiii care sunt percepuți în mod negativ de părinții lor, uneori chiar de la naștere.

„**Sindromul Cenușăresei**”¹² se referă la situația în care copilul este expus nu numai unui abuz al părinților ci și al fraților. Aceștia, simțindu-se deja în nesiguranță și suferind de o anxietate cronică datorită atitudinii părinților, aleg ca o ușurare posibilitatea de a se alia cu părinți puternici și periculoși. Ei vorbesc despre fratele sau sora lor ca fiind „imposibilă”, „stupidă”, ca fiind cineva care este vinovat de tot ce e mai rău în familie. De cele mai multe ori abuzul emoțional în aceste situații este corelat cu abuzul fizic.

Abuzul emoțional include terorizarea copilului prin amenințări cu pedeapsa, cu părăsirea sau alungarea ceea ce duce la instalarea unei stări de anxietate căreia copilului îi va fi greu să-i facă față. Unii specialiști consideră că amenințările cu separarea sunt probabil mai dăunătoare decât adevărata separare.

Abuzul emoțional este diferit de abuzul fizic prin faptul că cel abuzat nu este în mod necesar conștient că a fost abuzat iar nici cel ce abuzează nu este în mod necesar conștient de abuzul său.

Unii autori folosesc termenul de „respingere parentală” și „abuz emoțional” în același sens. Ei vorbesc despre respingere parentală prin indiferență și prin neglijare.

2. Un alt grup de copii care sunt expuși abuzului emoțional sunt cei ai căror părinți sunt violenți unii cu alții sau ai căror părinți consumă substanțe psihoactive. Acești copii prezintă probleme de identitate: conștientizarea propriei valori și a identității sexuale.

¹² Killen, K. 1999, *Copilul maltratat*, Editura Eurobit, Timișoara, pp. 32-37

Părinții folosesc adesea negarea și proiecția ca sisteme de apărare, minimalizând abuzul pe care îl săvârșesc, uneori realizând proiecția asupra copilului care se poate simți răspunzător, vinovat, consumul de droguri putând distorsiona percepția copilului asupra realității, el putând fi folosit pentru a minimaliza efectele problemelor care apar.

3. Copii ai căror părinți divorțează.

Copilul plasat în mijlocul unui conflict cronic în care unul dintre părinți îl acuză pe celălalt, iar copilul poate fi forțat să ia partea unuia dintre ei.

Clonski (1993), notează patru aspecte legate de separare și divorț ce pot fi identificate ca abuz emoțional :

- a) când copilul dezvoltă o anxietate cronică de separare și sentimentul de vină datorită faptului că „a ținut partea “ unuia dintre părinți”;
- b) când copilul a fost folosit în mod conștient sau inconștient spre a ajuta la „funcționarea” unuia dintre părinți (spionare, trimetere de mesaje etc.);
- c) cazul răpirii copilului sau a separării ilegale a acestuia față de părinți;
- d) cazul în care părinții se bat în prezența copilului.

Alături aceste forme de abuz emoțional, unii Kari Killen și alți autori vorbesc despre următoarele două sindroame :

Sindromul „Munchausen prin intermediar” descris de Meadow (1997)¹³, desemnează un tip de maltratare în care părinții fabrică o boală de care pretind că suferă copilul. Aceștia fabrică simptomele unei boli și adesea istoria acesteia. 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. Rezultatele de investigare a sănătății copilului pot duce la refuzul diagnosticului din partea părinților, creșterea agresivității acestora ce se poate finaliza, uneori, cu strangularea copilului (Meadow, 1990).

Copilul devine anxios, având adesea sentimente confuze. El trece printr-un proces care îi poate afecta legătura cu cei apropiați, într-un mod negativ pe o perioadă lungă de timp.

„Eșecul non-organic de dezvoltare” (ENOD)- copiii primesc o îngrijire fizică adecvată dar sunt neglijați din punct de vedere emoțional.

¹³ apud Killen, K. 1998, *Copilul maltratat*, Editura Eurobit, Timișoara, pp. 37-38

Ayonb și Miller (1985)¹⁴, au definit ENOD: „eșecul de dezvoltare datorat mediului nu poate primi un diagnostic organic. Etiologia sa este centrată pe omiterea sau dereglarea unor aspecte din cadrul relației părinte-copil. Problemele existente în cadrul diadei pot varia de la simpla lipsă de cunoștințe sau deprinderi până la complicate paternuri de hrănire greșite față de satisfacerea nevoii de hrană.

ENOD poate fi întâlnită într-o mare varietate de situații caracterizate prin lipsă de competență sau nesiguranță în îndeplinirea rolului de părinte și până la situații ce definesc simptomele rejecției copilului de către părinți. Perpetuarea în timp a ENOD poate duce la o perturbare iremediabilă a dezvoltării fizice și a altor aspecte din dezvoltarea copilului.

¹⁴ apud Killen, K. 1998, *Copilul maltratat*, Editura Eurobit, Timișoara, pp.38-39

Capitolul 3

Abuzul fizic al copilului

3.1 Definiții ale abuzului fizic

Abuzul fizic a fost prima formă de abuz recunoscută de specialiști și definită de H. Kempe, inițiatorul domeniului prevenirii abuzului și a neglijării copilului ca fiind: „atacuri neaccidentale sau injurii fizice, mergând de la forme minime până la injurii fatale, provocate copilului de către persoana care îl îngrijește”.¹⁵

Abuzul fizic constă în „vătămarea corporală a copilului în cadrul interacțiunii, singulară sau repetată, cu o persoană aflată în poziție de răspundere, putere ori în relație de încredere cu acesta, fiind un rezultat al unor acte intenționate care produc suferință copilului în prezent sau în viitor”¹⁶.

Spunem că este abuz fizic atunci când ne referim la pedepse corporale care duc la alterarea gravă a stării de sănătate și a dezvoltării fizice a copilului. Pedepsele corporale acceptabile din punct de vedere cultural (bătăi la fund, palme) sunt cu risc când sunt frecvente.

Există două tipuri de părinți abuzivi și prin combinare apare și cel de al treilea tip:

1. părinți abuzivi din dorința de a disciplina copilul;
2. părinți abuzivi din dorința, conștientă sau nu, de a distruge copilul;
3. părinți abuzivi care afirmă că doresc disciplinarea copilului, negând intenția distructivă.

Tabel nr. 1 Diferența între disciplinare și abuz

Nr. crt.	Disciplină	Abuz
1.	Măsurile luate de adult sunt relaționate în mod logic cu comportamentul „indisciplinat” al copilului	Măsurile sunt lipsite de logică, legătura între faptă și pedeapsă este arbitrară.
2.	Nu se face un „proces” al copilului; copilul nu	Copilul și comportamentul lui sunt judecate și

¹⁵ Muntean, A. (2003). „Violența în familie și maltratarea copilului”. În Neamțu, G. (coord.). *Tratat de asistență socială*. Iași: Editura Polirom, p. 698

¹⁶ HG 49/2011 pentru aprobarea Metodologiei-cadru privind prevenirea și intervenția în echipă multidisciplinară și în rețea în situațiile de violență asupra copilului și de violență în familie și a Metodologiei de intervenție multidisciplinară și interinstituțională privind copiii exploatați și aflați în situații de risc de exploatare prin muncă, copiii victime ale traficului de persoane, precum și copiii români migranți victime ale altor forme de violență pe teritoriul altor state, cap. II.2.1., lit. A

	este „judecat”	etichetate : „ești un copil rău, prost...” etc.
3.	Pedeapsa se referă doar la situația prezentă	Se referă la greșelile din trecut și la alte greșeli care se acumulează
4.	Are ca și consecință dezvoltarea motivației intrinseci a copilului (copilul face lucrurile cum trebuie din proprie inițiativă și nu impuse de controlul din afară)	Dezvoltă motivația extrinsecă a copilului (a face cum trebuie pentru a scăpa de pedeapsă)
5.	Copilul nu este umilit și supus	Copilul este umilit de adult și supus cu forța
6.	Există o oarecare libertate (între anumite limite știute de copil) de alegere a pedepsei	Nu permite alternative și nici nu implică gândirea copilului asupra situației
7.	Copilul învață să-și asume responsabilitatea pentru faptele sale	Adultul are responsabilitatea reacțiilor și a comportamentelor copilului
8.	Are la bază conceptul de respect și egalitate între copil și adult	Se bazează pe o relație inferior - superior, dominantă și control al adultului asupra copilului
9.	Dezvoltă capacitatea copilului de a rezolva probleme	Dezvoltă în copil sentimentul că doar adulții pot rezolva problemele copiilor
10.	Demonstrează copilului dragostea și afecțiunea adultului	Demonstrează copilului ostilitatea adultului față de el.

Sursa: preluat după Mitchell, Whitman, 1994, apud Muntean A. (2001, p. 65)

Totodată, pentru diferențierea abuzului de accident, trebuie cunoscute câteva caracteristici ale abuzului¹⁷:

- ✓ existența unei perioade inexplicabil de lungi de la incident până la prezentarea la medic (în cazul unui accident, părinții se adresează medicului într-o perioadă scurtă de timp – o oră, maxim două);
- ✓ existența unor rapoarte medicale anterioare, răniri, accidentări;
- ✓ diagnosticul pus de medicul care a examinat confirmă abuzul;
- ✓ părinții nu oferă o explicație coerentă, clară și concisă în legătură cu leziunile copilului;
- ✓ părinții devin iritabili iritați dacă sunt întrebați despre împrejurările care au condus la producerea accidentului, manifestă ostilitate;
- ✓ comportamentul non-verbal al copilului: manifestă teamă, plânge când se apropie cel care l-a abuzat, devine neliniștit la despărțirea de celălalt părinte. De asemenea, nu are curaj să exploreze restul lumii și trăiește sentimentul că îi lipsește dragostea și sprijinul.

¹⁷ Irimescu, G. (2006). *Protecția copilului abuzat*, Iași: Editura Universității „Al. I. Cuza”, p. 57

3.2 Principalele forme de abuz fizic a copilului

Specialiști în identificarea semnelor caracteristice maltratării fizice a copilului (pediatri, medici legiști, asistenți sociali) utilizează în evaluările lor următoarele clasificări¹⁸:

1. Lovituri (între 40% și 90% din loviturile intra-craniene severe din primul an de viață rezultă din maltratări). Copilul care a fost trântit de nenumărate ori cu capul de masă pentru că „nu se mai oprește din plâns“ poate înregistra mai târziu întârzieri în dezvoltare, stări epileptice sau se poate instala paralizia, sechelele loviturilor nefiind asociate, de multe ori, cu abuzul. Scuturări puternice provocate copilului mic, poate duce la un efect de biciuire a capului, vătămare care ar putea apărea în alte circumstanțe cum ar fi accidentul de mașină, ciocnire frontală.

2. Vânățai: singulare sau multiple, pe față, pe spate, pe fese, asociate cu zgârieturi sau fracturi;

3. Fracturi: singulare, multiple în diferite stadii de vindecare, fractura coastelor, fractura punctelor de creștere a oaselor, fractura unor oase moi, fractura cutiei craniene

4. Arsuri și opăreli. Arsurile provocate în mod deliberat se întâmplă pentru 10% dintre copii maltratați fizic, 5% dintre copiii maltratați sexual. Arsurile pot fi accidentale (îndeosebi pentru copiii sub 3 ani), dar și deliberate. Există mai multe tipuri de arsuri:

- arsuri uscate de contact, cauzate de obiecte fierbinți de obicei metalice și electrice. Arsura arată ca și cum un fier înroșit marchează locul de atingere, este uscată și are, de obicei, o adâncime uniformă

- arsura de țigară – lasă o urmă circulară și un gen de coadă dacă țigara a fost frecată de piele. În maltratarea fizică, aceasta tinde să formeze o adâncitură și o cicatrice

- arsuri cauzate de fire electrice - sunt mici dar adânci, cu puncte de intrare și ieșire

- arsuri datorate fricțiunii, de exemplu când copilul este târât pe podea

- arsuri datorate substanțelor chimice

- arsuri radiante, cauzate de energia radiantă- arsura este, de obicei, întinsă și afectează aspectul unui antebraț, al piciorului sau al întregului corp. Pielea este înroșită și bășicată.

5. Otrăvirea. Cea accidentală are ca vârstă de risc copilul între doi și patru ani și cea deliberată între doi și cinci ani.

¹⁸ Spânu, M. (1998). *Introducere în asistența socială a familiei și protecția copilului*, Ed. Tehnică Chișinău, pp. 79-80

6. Sufocare. Aceasta se produce, de regulă, sub un an și este asociată cu asfixierea și sindromul de deces al sugarului.

Tabel nr. 2 Semne ale abuzului fizic ¹⁹

Semne fizice	Semne afectiv-comportamentale
<ul style="list-style-type: none"> • întârzierea dezvoltării staturo-ponderale și mentale, • deficit al limbajului; • rahitism, carențe alimentare; • insomnie precoce, tulburări de somn; • enurezis, encompresis; • echimoze, escoriații (urme de zgârieturi), dermatoze (pete pe piele); • nanism psihosocial; • anorexie mentală; • hematoame în locuri neobișnuite; • zgârieturi, tăieturi inexplicabile în zona genitală, pe față, cap, arsuri, păr smuls; • fracturi osoase, dislocări, deformări ale membrelor; • leziuni la nivelul sistemului nervos central (dizabilități motorii, deficite senzoriale, paralizii oculare, convulsii, hemiplegii, coma); • hemoragii cerebrale sau retiniene, • leziuni ale organelor interne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestări comportamentale, polarizate fie spre ascultare necondiționată, fie spre instabilitate: <ul style="list-style-type: none"> - nu vrea să se așeze; - motivează ciudat urmele de pe corp /nu-și amintește cauza lor; - evită orice confruntare cu părintele; - pare excesiv de docil; - împietrit ori bizar; - hipervigilent, cu reacții de apărare fizică nemotivate; - manifestând teribilism și violență în relațiile interpersonale; - atitudini provocatoare, din nevoia disperată de a atrage atenția; - hiperactivitate generată de frustrările repetate; - comportamente dezordonate. • Trăiri emoționale: <ul style="list-style-type: none"> - neîncredere; teamă; - curiozitate scăzută sau absentă; - vigilență anxioasă; - copil „meduzat” (înlemnit) față de anturaj; - dificultăți de contact interpersonal; - frica de separare; - vulnerabilitate la situații stresante; - dificultăți de autocontrol; - dificultăți de înțelegere; - dificultăți de învățare; - somnolență, vise, coșmar; - comportament retractil sau instabilitate motorie; - mânie, atitudini revendicative, lipsa de control; - motivație săracă.

¹⁹ Benga, O., Mighiu, C., Muntean, D. (2009). *1, 2, 3... Pași în reabilitarea copilului care a suferit o traumă – ghid pentru terapeuți*, Asociația Salvați Copiii, Iași, p. 25

Sindromul copilului scuturat - este o formă particulară a abuzului fizic care apare la copilul cu vârsta sub un an și se datorează scuturărilor bruște și brutale, voluntare sau datorate unor comportamente inadecvate ale părinților/altor persoane, unele dintre acestea fiind considerate o formă de joacă cu copilul. Aceste scuturări conduc la apariția hemoragiilor intracraniene (cu precădere hematom subdural și hemoragii retiniene)²⁰.

²⁰ HG 49/2011 pentru aprobarea Metodologiei-cadru privind prevenirea și intervenția în echipă multidisciplinară și în rețea în situațiile de violență asupra copilului și de violență în familie și a Metodologiei de intervenție multidisciplinară și interinstituțională privind copiii exploatați și aflați în situații de risc de exploatare prin muncă, copiii victime ale traficului de persoane, precum și copiii români migranți victime ale altor forme de violență pe teritoriul altor state,, cap. II.2.1., lit. E

Capitolul 4

Abuzul sexual al copilului

4.1 Definiții

Abuzul sexual este un fenomen care a început să fie recunoscut și studiat doar în ultimii ani. Definiția lui ar putea fi aceea formulată de Scherter și Roberge (1985): „implicarea unor copii sau adolescenți imaturi dependenți din punct de vedere al dezvoltării, în activității sexuale pe care ei nu le înțeleg pe deplin și de aceea sunt incapabili să-și dea un consimțământ adevărat, acte care violează tabuurile sociale ale rolurilor familiei”²¹.

Chiar și atunci când relațiile sexuale nu au o componentă de recurgere la forță, când relațiile par să fie consimțite, se folosește totuși noțiunea de abuz sexual, pentru a caracteriza relații sexuale 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 relație de tip abuziv este de cinci ani.

Abuzul sexual cuprinde: atragerea, convingerea, folosirea, coruperea, forțarea, obligarea minorului să participe la activități de natură sexuală sau asistarea unei alte persoane în timpul unor activități care servesc obținerea de către adult a plăcerii.

Abuzul sexual înseamnă „implicarea unor copii sau adolescenți imaturi dependenți din punct de vedere al dezvoltării, în activității sexuale pe care ei nu le înțeleg pe deplin și de aceea sunt incapabili să-și dea un consimțământ adevărat, acte care violează tabuurile sociale ale rolurilor familiei”²².

„Contactul de natură sexuală a unui minor cu vârsta mai mică de 13 ani cu o persoană cu cel puțin 5 ani mai în vârstă sau contactul sexual al unui minor cu vârsta cuprinsă între 13-16 ani cu o persoană cu cel puțin 10 ani mai în vârstă (Finkelhor, 1984)”²³

²¹ Apud Muntean A. (2001). *Familia și copiii în dificultate*, Timișoara, Ed. Mirton, p. 58

²² Scherter și Roberge apud Rădulescu, S., Pătrioara, M. (2003). *Abuzul sexual asupra copiilor*. București: Editura Lumina Lex, p. 33

²³ Apud Rădulescu, S., Pătrioară, M. (2003). *Abuzul sexual asupra copiilor*, Ed. Lumina Lex, București, p. 31

4.2 Forme ale abuzului sexual

Dintre formele de abuz sexual mai importante menționăm²⁴:

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

Aprecierea gravității faptelor se realizează în funcție de²⁵:

- ✓ vârsta copilului, cu cât acesta este mai mic, 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 abuzator și victimă, fapta fiind cu atât mai gravă, cu cât relația abuzatorului cu victima este mai restrânsă (abuzul intrafamiliar este mai dăunător decât cel extrafamiliar)
- ✓ durata abuzului, frecvența abuzului
- ✓ numărul persoanelor care au abuzat copilul
- ✓ tipul abuzului sexual, gravitatea faptelor fiind mai mare dacă a avut loc penetrarea.

Premizele abuzului sexual asupra copiilor

Pentru a înțelege problema abuzului cercetătorii au încercat să identifice în afară de tipurile de abuz sexual și cauzele comportamentului abuziv. Perspectiva sociologică privind abuzatorul propusă de Finkelhor (1984) prezintă pe larg premisele care creează contextul personal și social pentru manifestarea comportamentului sexual abuziv. Finkelhor propune un model numit Modelul celor Patru Premize ale Abuzului Sexual. Autorul a ajuns în urma studierii literaturii de specialitate la concluzia că toți factorii care contribuie la abuzul sexual pot fi grupați în cadrul a patru premise care trebuie îndeplinite pentru ca abuzul sexual să apară:

²⁴ Roth, M. (2005). Copii și femei victime ale violenței, Cluj- Napoca, Presa Universitară Clujeană, p. 76;

1) **Motivația.** Această primă premiză are următoarele trei componente:

- ✓ congruența emoțională (abuzatorul se relaționează într-un mod sexual pentru a-si satisface anumite nevoi afective importante)
- ✓ excitarea sexuală (copilul devine sursa potențială a satisfacerii sexuale)
- ✓ blocajul (sursele alternative de satisfacere sexuală nu sunt suficiente sau nu există).

Aceste trei componente nu sunt izolate, în multe cazuri motivația putând prezenta toate cele trei componente. Câteva din explicațiile individuale ale acestei premize ar putea fi stoparea dezvoltării afective, nevoia de a exercita putere și controlul, reactivarea inconștientă a unei traume suferite în copilărie, identificarea narcisică cu sinele în copilărie, anomaliile biologice. Printre explicațiile sociologice se numără pornografia cu copii, reclamele erotice cu copii, tendința persoanelor de sex masculin de a sexualiza nevoile afective și interdicțiile privind masturbarea și relațiile sexuale extraconjugale.

2) **Rezistența la inhibitorii interni.** Această premiză presupune faptul că abusatorul trebuie să reziste inhibitorilor pentru a putea abuza un copil. Printre explicațiile individuale ale acestei premize se numără alcoolul, psihozele, probleme de autocontrol. Câteva din explicațiile sociologice ar fi toleranța socială față de interesul sexual manifestat de unii indivizi față de copii, pedepsele blânde aplicate abusatorului, toleranța socială față de comportamentul deviant manifestat în stare de ebrietate.

3) **Factori care predispun la rezistența față de inhibitorii externi.** Această premiză ia în considerare factorii sociali de interacționare. Din acest punct de vedere un factor de maximă importanță este îngrijirea pe care o primește copilul. Explicații individuale: mama absentă sau bolnavă, care nu oferă copilului afecțiune și protecție, dominată sau abuzată de către tată, condiții neobișnuite de dormit sau de locuit, ocazii neobișnuite de a fi singur în prezența copilului. Explicații sociologice: deteriorarea rețelelor sociale, piedici în calea egalității femeilor, lipsa unei ideologii privind sacralitatea familiei.

4) **Factori care predispun la ignorarea rezistenței opuse de către copil.** Această premiză se referă la capacitatea copilului de a se împotrivi abuzului. Explicații individuale: copilul nu are cunoștințe despre abuzul sexual în general, copilul este privat de afecțiune sau este nesigur din punct de vedere afectiv, există o încredere neobișnuită între copil și abusator. Explicații sociologice: lipsa educației sexuale a copilului, neputința sexuală a copilului.

²⁵ Roth - Szomoskozi M. (1999). *Protecția copilului - Dileme, concepții și metode*, Cluj- Napoca, Presa

4.3 Incestul – formă particulară de abuz sexual intrafamiliar

Definiții și caracteristici generale

Incestul „este un mod particular de atentat sexual, care corespunde depășirii unui tabu întâlnit aproape în toate societățile. Acest tabu a fost considerat de unii antroposociologi ca un mod de apărare originar al degradării biologice, de alții ca o manifestare a complexului Oedip, iar Levi-Strauss susține că prohibiția incestului este demersul fundamental prin care se face trecerea de la natură la cultură”²⁶.

Factori implicați în incestul tată-fiică

Printre principalii factori de risc identificați în literatura de specialitate, putem menționa²⁷:

- ✓ alcoolismul tatălui și incapacitatea fizică sau mentală a mamei, care determină asumarea rolului de soție surrogat de către fiica cea mai vârstnică sau de cea mai mică;
- ✓ tulburările de comportament și de personalitate care caracterizează pe unii tați, dominați de tendințe pedofile și care nu mai manifestă niciun interes sexual sau afectiv față de propriile soții;
- ✓ lipsa din cămin a mamei, care determină asumarea rolurilor acesteia de către fiică;
- ✓ incapacitatea unor bărbați de a-și găsi parteneri adecvați de sex;
- ✓ alți factori: izolarea și autonomia familiei față de factorii de control social, aglomerarea existentă în căminul familial (spațiu insuficient) etc.

Tipuri de tați incestuoși

Conform studiilor realizate de D. Finkelhor și W. Meyer (1997), putem distinge următoarele categorii de tați incestuoși²⁸:

1. Tați cu preocupări sexuale excesive (26%)

Acești tați au interes clar, adesea conștient și chiar obsesiv, orientat spre ficele 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. Tați imaturi sau de tipul adolescentului regresiv (33%)

Universitară Clujeană, p. 54

²⁶ Păunescu, C. (1994). *Agresivitatea și condiția umană*, Editura Tehnică, București, p. 60

²⁷ Rădulescu, M. S. (2001). *Sociologia violenței intra(familiale): victime și agresori*, Ed. Lumina Lex, București, pp. 57-58

²⁸ Apud Roth - Szomoskozi M. (1999). *Protecția copilului - Dileme, concepții și metode*, Cluj- Napoca, Presa Universitară Clujeană, pp. 57-58

Acești tați se simt din nou la vârsta adolescenței în prezența fiicei 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. Tați 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 este perceput doar ca un recipient pentru a-și trăi propriile fantezii sexuale, nu ca obiect al atracției sexuale. Acești tați au adesea sentimente de vinovăție pentru actele pe care le-au comis.

4. Tați 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 o includ și pe cea sexuală. Relația incestuoasă de acest tip poate începe la vârste foarte fragede, sau mai târziu, la pubertate.

5. Tați agresivi, furioși (10%)

Abuzul sexual e comis în momente de furie, negându-se atracția pentru copil. Ei consideră că mama copilului este vinovată, fiindcă s-au simțit neglijați de ea. „Ceea ce am făcut a fost o posibilitate de a mă răzbuna pe copil, pentru că devenise centrul vieții nevastei mele”.

Printre sentimentele identificate la copiii abuzați sexual, putem menționa:²⁹

- ✓ *frica* de agresor, de a cauza probleme, de a pierde afecțiunea adulților; de a fi excluși din familie; de a fi „diferiți”;
- ✓ *furia* față de agresor, de adulții care nu l-au protejat și față de propria persoană;
- ✓ *confuzia* - pentru ca ei pot iubi în continuare agresorul și pentru că sentimentele lor se schimbă mereu;
- ✓ *vinovăția* - pentru că nu pot opri abuzul; deoarece cred că au consimțit abuzul; deoarece au sentimentul că se maturizează prea repede; deoarece au fost trădați de cineva în care au avut încredere;
- ✓ *izolarea* - pentru că „ceva este în neregulă cu mine”; deoarece se simt singuri în experiența trăită; deoarece nu pot vorbi despre abuz.

²⁹ Benga, O., Mighiu, C., Muntean, D. (2009). *1, 2, 3... Pași în reabilitarea copilului care a suferit o traumă – ghid pentru terapeuți*, Asociația Salvați Copiii, Iași, pp. 29 -30

Posibile semnificații ale incestului pentru copil

- ✓ Îmi place, dar nu este bine
- ✓ Îmi place și este permis
- ✓ Nu-mi place și nu este bine
- ✓ Nu-mi place dar este necesar
- ✓ Știu că nu e bine, dar mă face deosebit
- ✓ Îl iubesc pe tata, dar îl urăsc pentru asta
- ✓ Sunt mândru că sunt tratat ca un adult
- ✓ Îmi place și îi fac geloși pe frații mei
- ✓ Sunt rău și din cauza mea greșesc părinții mei
- ✓ Acum îi am cu ceva la mână pe părinții mei
- ✓ Mama ar pleca dacă nu aș face asta cu tata
- ✓ De ce se simte bine corpul meu când face lucruri rele?
- ✓ Singurul mod de a supraviețui este să fac asta
- ✓ Tata cred că mă iubește foarte mult dacă riscă atâta.

Condiții ce confirmă comiterea unui abuz:

- ✓ Consistența în descrierea faptelor de bază care circumscriu destăinuirea privind abuzul
- ✓ Copilul a mai făcut o descriere validă a abuzului în prealabil, eventual în fața unei alte persoane
- ✓ Destăinuirea a fost făcută de copil fără ca el să fi fost îndelung îndemnat
- ✓ Emoțiile, afectele copilului se potrivesc celor cunoscute ca fiind consecințe ale maltratării copilului
- ✓ Comportamentul copilului în timpul interviului este în concordanță cu modul de comportare al unui copil care a suferit abuzuri (regresie, evitare, hiperactivitate situațională, sexualizare necorespunzătoare vârstei etc)
- ✓ Manifestări comportamentale care indică sindromul stresului posttraumatic: coșmaruri, insomnie, tulburări psihosomatice etc.
- ✓ Cunoștințele copilului în sfera sexuală depășesc nivelul vârstei și nu corespund descrierii date de părinți privind expunerea copilului lor la materiale de tip sexual.

Sindromul Hansel și Gretel³⁰

Abuzul sexual între frați, de vârstă asemănătoare este adeseori o expresie a sindromului Hansel și Gretel. Abuzul între copii de vârste asemănătoare nu are caracteristicile abuzului real în care apare o diferență de maturizare între agresor și victimă și unde apare dependența și o relație de autoritate care nu apare în cazul copiilor de o imaturitate egală.

În sindromul Hansel și Gretel, utilizarea termenilor de agresor și victimă este inutilă. Abuzul sexual între copii de aceeași vârstă este în general o parte a unui sindrom mai larg de deprivare emoțională și abuz fizic și poate și sexual din partea părinților. Este o relație sexuală de la egal la egal, în care ambii copii încearcă să dea și să primească o formă distorsionată de satisfacere reciprocă, confort și grijă. Abuzul sexual în aceste cazuri reprezintă o formă pervertită și confuză a grijii emoționale în care stimularea și excitația sexuală reprezintă un substitut sărac și trist pentru absența grijii emoționale a părinților.

Sindromul acomodării copiilor cu abuzul sexual³¹

Acest sindrom a fost descris de către Summit (1983) și delimitează astfel câteva stadii ale abuzului sexual luând în considerare în principal copilul. Acest model oferă posibilitatea înțelegerii modului de adaptare, de obișnuire al copilului cu abuzul sexual.

Stadiul 1 – Păstrarea secretului – nici un copil nu este pregătit să facă față abuzului sexual. Copilului i se poate spune direct “ acesta este unicul nostru secret” sau acest lucru poate fi lăsat să se înțeleagă. Șantajul, amenințarea, mituirea sunt folosite pentru a menține copilului frica de a dezvălui. Copilul se simte lipsit de ajutor.

Stadiul 2 – Sentimentul neajutorării – există un dezechilibru al puterii între un adult și un copil, copilul este lipsit de ajutor și prins într-o capcană, acesta trebuie să se supună adultului și nu poate să spună NU.

Stadiul 3 - Imposibilitatea de reacție și de obișnuință – în ciuda sentimentului de vinovăție pe care îl are, agresorul se simte încurajat de faptul că nu există o reacție promptă, agresivă din partea copilului, ceea ce conduce la repetarea abuzului. Copiii folosesc disocierea ca mecanism de apărare pentru a face față realității dureroase – singura persoană care poate opri abuzul este cel care abuzează, deci copilul se va comporta bine dacă vrea ca abuzul să fie

³⁰ Furniss, T. (2005). *Manual multiprofesional pentru abuzul sexual al copilului. Management integrat, terapie și intervenție legală*, Ed. Waldpress, Timișoara pp 371-373

³¹ Benga, O., Mighiu, C., Muntean, D. (2009). *1, 2, 3... Pași în reabilitarea copilului care a suferit o traumă — ghid pentru terapeuți*, Asociația Salvați Copiii, Iași, p. 30

oprit, ceea ce înseamnă că trebuie să accepte solicitările sexuale. Copilul începe să se simtă vinovat de a fi provocat într-un anumit fel abuzul.

Stadiul 4 – *Dezvăluirea abuzului sexual* - poate avea loc imediat după abuz sau mai târziu.

Stadiul 5 – *Implicarea anumitor servicii de specialitate*, în funcție de reacția părinților.

Nevoile copiilor abuzați sexual după agresare sau dezvăluire

✓ Consultă medicul indicat cu privire la nevoia examenului medical și/sau a tratamentului

✓ Continuă să crezi copilul și nu-l acuza pentru cele întâmplate

✓ Instruiește copilul să-ți spună imediat dacă agresorul încearcă din nou contactul sexual sau îl deranjează în vreun fel

✓ Asigură în mod repetat copilul că este în siguranță

✓ Răspunde calm și firesc întrebărilor și sentimentelor pe care copilul le exprimă în legătură cu molestarea, dar nu insistă să vorbească despre asta.

✓ Respectă dreptul copilului la viața privată nediscutând cu alte persoane despre cele întâmplate și nepermițând altor persoane să-l chestioneze.

✓ Părinții sau alte persoane care îngrijesc copilul trebuie să-l încurajeze pe acesta să respecte regulile casei (ora mesei, ora de culcare etc).

✓ Părinții trebuie să informeze pe frații/surorile copilului că acestuia i s-a întâmplat ceva, dar că este în siguranță și că totul va fi bine. Nu este indicat să se discute detaliile agresiunii cu frații și surorile copilului. Asigurați-vă că toți copiii din familie au primit suficientă informație pentru a se feri de agresor.

✓ Părinții trebuie să-și facă timp să discute situația cu o persoană de încredere (membru de familie, preot, consilier) dar nu de față cu copilul.

Capitolul 5

Neglijarea copilului

5.1 Definiții ale neglijării copilului

Neglijarea poate fi puțin evidentă și nu neapărat continuă. Copilul poate primi hrană, dar nu neapărat suficientă sau adecvată. Poate primi afecțiuni și îngrijire din partea părinților însă prea puține sau pentru o scurtă perioadă de timp ca apoi să fie lăsat de unul singur.

Conform legislației românești, „prin neglijarea copilului se înțelege 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”³².

5.2 Principalele forme ale neglijării

În legislația din România sunt enumerate următoarele forme ale neglijării³³:

- ✓ *neglijarea alimentară* - privarea de hrană, absența mai multor alimente esențiale pentru creștere, mese neregulate, alimente nepotrivite sau administrate necorespunzător vârstei copilului;
- ✓ *neglijarea vestimentară* - haine nepotrivite pentru anotimp, haine prea mici, haine murdare, lipsa hainelor;
- ✓ *neglijarea igienei* - lipsa igienei corporale, mirosuri respingătoare, paraziți;
- ✓ *neglijarea medicală* - absența îngrijirilor necesare, omiterea vaccinărilor și a vizitelor de control, neaplicarea tratamentelor prescrise de medic, neprezentarea la programe de recuperare;
- ✓ *neglijarea educațională* - substimulare, instabilitatea sistemului de pedepse și recompense, lipsa de urmărire a progreselor școlare;
- ✓ *neglijarea emoțională* - lipsa atenției, a contactelor fizice, a semnelor de afecțiune, a cuvintelor de apreciere;

³² Legea 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, art.94

³³ H.G. nr. 49/2011 pentru aprobarea Metodologiei-cadru privind prevenirea și intervenția în echipă multidisciplinară și în rețea în situațiile de violență asupra copilului și de violență în familie și a Metodologiei de intervenție multidisciplinară și interinstituțională privind copiii exploatați și aflați în situații de risc de exploatare prin muncă, copiii victime ale traficului de persoane, precum și copiii români migranți victime ale altor forme de violență pe teritoriul altor state, cap. II.2.1., lit. B

- ✓ *părăsirea copilului/abandonul de familie*, care reprezintă cea mai gravă formă de neglijare.

Neglijarea fizică se referă la copilul urât mirositor, cu haine nepotrivite și murdare, prost hrănit, lipsit de îngrijiri medicale atunci când se îmbolnăvește, lipsit de supraveghere, neprotejat de accidente, începând de la cele casnice până la cele rutiere.

Tot neglijat este considerat de C. Ciofu (1998)³⁴ și copilul căruia i se îngăduie practici contrare interesului său, ca de exemplu privitul îndelungat la televizor (6-8 ore/zi), acceptarea frecventă a scuzelor copilului pentru nefrecventarea școlii sau permiterea unei ali-mentații nesănătoase, bazate preponderent pe dulciuri, consumul băuturilor alcoolice sau al tutunului.

Neglijarea emoțională creează ceea ce numim „copilul ne-iubit”, lipsit de dragoste. Deși nu sunt semne fizice concrete, lipsa dragostei va împiedica dezvoltarea normală a copilului.

Neglijarea sexuală pune copilul în situație de risc de a fi abuzat sexual. Acest copil nu este educat și protejat de către cei care îl îngrijesc. El poate fi expus unor materiale pornografice sau poate fi expus într-un mediu promiscuu.

Neglijarea copilului poate fi privită ca un fenomen eterogen care variază în funcție de tip, severitate și cronicitate. Astfel, „neglijarea episodică sau contextuală este mai puțin gravă pentru că dispare atunci când factorii de risc care au dus la apariția ei dispar. Neglijarea cronică este mai dramatică pentru că afectează familiile defavorizate care duc lipsă de resurse (afective, intelectuale, financiare, educaționale etc)”³⁵

În literatura de specialitate, formele severe de neglijare sunt de fapt considerate abuzuri, fiind forme de omisiuni ale unor acțiuni care pot avea consecințe foarte grave asupra dezvoltării personalității copilului.

În tabelul de mai jos sunt enumerate principalele semne fizice și afectiv-comportamentale ale neglijării copilului care pot necesita intervenție de specialitate³⁶.

Tabel nr. 2 Semne ale neglijării

Semnele fizice ale neglijării	Semnele afectiv-comportamentale ale neglijării
<ul style="list-style-type: none"> • copil înfometat ori alimentat nepotrivit; • neigienizat; • cu aspect vestimentar neadecvat; 	<ul style="list-style-type: none"> • un comportament variind de la polul inhibiției până la agitație; • neatașat;

³⁴ Ciofu, C. (1998). *Interacțiunea părinți-copii*, Editura Medicală Amaltea, București, p. 145

³⁵ Ionescu, Ș., Jourdan-Ionescu, C. (2001). „Maltratarea: forme, epidemiologie și consecințe”. În Ionescu, Ș. (coord.) *Copilul maltratat. Evaluare, prevenire, intervenție*. București: Fundația Internațională pentru Copil și Familie p. 19

³⁶ Benga, O., Mighiu, C., Muntean, D. (2009), *1, 2, 3... Pași în reabilitarea copilului care a suferit o traumă – ghid pentru terapeuți*, Asociația Salvați Copiii, Iași, p. 24

<ul style="list-style-type: none"> • pedepsit să nu mănânce sau să nu doarmă; • care nu-și cunoaște ziua nașterii ori primește în dar obiecte nepotrivite; • care nu are cu cine vorbi despre problemele sale ori nu are un program de viață adecvat vârstei sale, rămânând mult timp nesupravegheat. • hipo- sau hiperponderal; • bolnăvicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • introvert; • cu vocabular sumar; • incapabil să comunice, să se joace sau cu o „foame de stimuli” (extrem de instabil); • cu retard școlar, în ciuda unui intelect bun (pseudoretard mental); • slab motivat pentru efort cognitiv; • insuficient de matur ca dezvoltare volitivă; • incapabil de a stabili relații interpersonale durabile
--	---

5.3 Abandonul – cea mai gravă formă de neglijare a copilului

Abandonul copilului de către cei care i-au dat viață, separarea lui definitivă de părinți, constituie poate cea mai severă formă de maltratare a copilului.

„Abandonul copilului trebuie văzut ca o formă de maltratare a cărei responsabilitate nu este limitată la părinte, ci se răsfrânge asupra întregii societăți care, prin calitatea prevenirii și a protecției ce o oferă copilului abandonat și a măsurilor generale pe care le ia, poate revictimiza copilul traumatizat de abandon”³⁷.

Abandonul poate fi:

- fizic: atunci când copilul va fi lăsat undeva, separat de părinți și de restul familiei;
- emoțional: atunci când părinții nu vor avea niciun fel de disponibilitate emoțională pentru copil și nu-și vor asuma responsabilitatea creșterii lui, deși copilul rămâne în vecinătatea fizică a părinților³⁸.

Tipuri și circumstanțe ale abandonului

Există o multitudine de factori care pot indica riscul de abandon al copilului, încă din momentul nașterii sau într-un moment ulterior:

- ✓ mama se internează să nască fără acte;
- ✓ vârsta părinților (mamă minoră);
- ✓ starea civilă a mamei (necăsătorită, văduvă);
- ✓ nivelul scăzut de instruire al mamei;
- ✓ starea de sănătate precară a părinților;
- ✓ starea de sănătate sau handicapul copilului;

³⁷ Muntean A., Munteanu A. (2011). *Violență, traumă, reziliență*, Ed. Polirom, Iași, p. 142

³⁸ Muntean, A. (2013). *Adopția și atasamentul copiilor separați de părinții biologici*, Iași, Polirom, p. 22

- ✓ abandon temporar ca intenție, urmat de slăbirea legăturilor afective cu părinții care vin tot mai rar la el;
- ✓ internarea copilului sugar, pe perioade lungi în spital, fără a fi însoțit de mama sa;
- ✓ absența tatălui la maternitate la naștere și după nașterea copilului.

Abandonul prin neglijare care se poate petrece în familie este dramatic, pentru că nu permite substituirii. În mod frecvent, presa și televiziunea prezintă astfel de situații dramatice în care părinții demisionează tacit din rolul lor parental.

Toți factorii implicați în situația de abandon sunt marcați de situație:

- ✓ copilul abandonat, care, indiferent de vârstă sau de circumstanțele abandonului este o victimă;
- ✓ părintele (părinții) care comit abandonul, de regulă mama. Kari Killen spunea: „sunt diferențe de cultură, dar ca profesioniști, să nu blamăm niciodată mama care abandonează. Mama, în gestul ei de abandon al copilului, exprimă rejetarea copilului de către o familie, ea este simptomul disfuncțiilor unei familii”. Abandonul copilului are în spate cel puțin două persoane care refuză să-și asume responsabilități.
- ✓ comunitatea - nu există sentimentul apartenenței la comunitate și nici reciproca, preocuparea comunității pentru bunăstarea fiecărui cetățean. În momentul în care ar funcționa responsabilitatea comunității, s-ar putea căuta soluții eficiente, ieftine, exploatându-se resursele existente în comunitate.

Experiența abandonului copilului din perspectiva părinților care abandonează cuprinde cinci etape³⁹:

1. *Mamele/părinții iau decizia de a-și abandona copilul care urmează să se nască fiind însărcinate cu un copil pe care nu-l așteptau, femeile se pot confrunta cu o mulțime de probleme cărora nu le pot face față:*

- ✓ ele pot fi părăsite de tatăl copilului și/sau nu se bucură de susținerea familiei;
- ✓ sentimentele față de copil sunt ambivalente: și-l doresc, dar în același timp îl resping;
- ✓ se simt vinovate pentru sarcină și speră că prin adopție copilul va avea părinți buni și o viață îndestulată și fericită;
- ✓ iau această decizie pe fondul unor puternice frământări sufletești și adeseori sub presiunea celor din jur.

2. *Pregătirea pentru abandonul copilului în vederea adopției*

³⁹ Muntean, A. (2013). *Adopția și atașamentul copiilor separați de părinții biologici*, Iași, Polirom, p.p. 39- 43

Decizia de a abandona fiind luată, mama (părinții) trebuie să hotărască asupra pașilor care trebuie urmați pentru găsirea unei familii adoptive și să stabilească ce tip de adopție doresc.

Există două categorii de mame care abandonează după naștere:

- ✓ cele care se bucură de copilul care se dezvoltă în lăuntrul lor, chiar dacă această bucurie e de scurtă durată,
- ✓ cele care nu-și permit să se atașeze, pentru a nu suferi emoțional atunci când vor renunța la el.

3. Abandonul copilului în favoarea adopției

Este faza în care are loc despărțirea fizică de copil și este foarte dureroasă pentru mamă sau ambii părinți care trec prin șase faze ale doliului:

a) procesul realizării, marcat de șoc și de negare. Realizarea separării este un proces dificil, subminat de visele mamei de a-și redobândi copilul;

b) reacția de alarmă; mama se simte vinovată față de copil, se condamnă, trăiește spaima pierderii definitive, speră că se va întâmpla ceva și ea-și va recupera copilul;

c) urgența de a căuta și găsi copilul pierdut formal; în adopția deschisă, mama poate planifica revederea copilului și se poate pregăti pentru acest moment. În cea închisă, ea nu vede copilul și se gândește adesea la el. Adeseori caută printre copiii de aceeași vârstă trăsăturile copilului abandonat. Când copilul ajunge la maturitate, speră că va fi căutată de acesta, ceea ce se și întâmplă adeseori.

d) Sentimente de furie și vinovăție; mamele caută un vinovat pentru separarea de copil, manifestă furie față de toată lumea, nu pot accepta responsabilitatea separării de copilul lor.

e) Sentimentul pierderii de sine; mamele au sentimentul că o parte din ele însele le-a fost furată. Și tații suferă pentru că ei consideră că nu și-au protejat copilul și pe mama acestuia;

f) Fenomenul identificării; mamele retrăiesc sarcina, nașterea, momentele petrecute cu copilul și au impresia că sunt ele însele copilul abandonat, tânjind după mama lui absentă;

4. Stadiul postabandon (anii de mijloc)

Mulți părinți se autopedeșesc pentru răul pe care l-au făcut abandonându-și copilul. Dacă au alți copii, se pot comporta excesiv de protectiv cu aceștia, încercând să suplinească ceea ce nu au oferit copilului abandonat.

5. Viața de mai târziu; sentimentul pierderii majore rămâne prezent pe tot parcursul vieții, influențându-le căsnicia și sentimentul maternității față de ceilalți copii.

Dintre copiii aflați în sistemul de protecție în noiembrie-decembrie 2014, peste 9.500 de copii au fost plasați în grija statului imediat după naștere. Alți 6.700 au ieșit din maternitate împreună cu mama lor, dar au fost părăsiți într-o unitate sanitară câteva luni mai târziu. Cele două categorii de copii diferă doar din punctul de vedere al vârstei la care au intrat în sistem. Probabilitate semnificativ mai mare de a fi părăsiți în unități sanitare și de a petrece în maternitate un timp mai îndelungat înainte de fi preluați într-un serviciu de protecție specială au copiii cu dizabilități și cei cu greutate mică la naștere. În rândul copiilor care au fost părăsiți într-o unitate sanitară și, mai ales între cei părăsiți în maternitate, predomină copiii din mediul urban, iar copiii romi sunt statistic supraprezențați (14% pentru copiii părăsiți în maternitate și respectiv 17% în altă unitate sanitară). Probabilitatea ca mamele copiilor părăsiți imediat după naștere să fie adolescente este de 52%. Sunt disponibile date referitoare la mame pentru majoritatea acestor copii⁴⁰.

Depresia copilului abandonat evoluează în trei stări succesive din punct de vedere cronologic precum și ca proces:

1. protest
2. disperare
3. renunțare

Gravitatea consecințelor abandonului depinde de:

- ✓ caracteristicile copilului (vârsta la care s-a produs abandonul, tipul de atașament de care a avut parte înainte de abandon, gradul de reziliență al copilului);
- ✓ tipul de acompaniere ulterioară a copilului (relații de sprijin, comunicare emoțională);
- ✓ măsurile reparatorii, de vindecare a traumei sau a doliului.

Consecințele abandonului se regăsesc în aspecte care țin de:

- ✓ dezvoltarea fizică a copilului (greutate și înălțime mică, scăderea imunității, îmbolnăviri etc.);
- ✓ dezvoltarea comportamentelor copilului;
- ✓ costuri la nivelul societății⁴¹.

⁴⁰ Stănculescu, M., S., Grigoraș, V., Teșliuc, E., Pop, V. (coord.) (2016), *Copiii din sistemul de protecție a copilului*, București: Banca Mondială, Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție și UNICEF, www.unicef.org, p. 78

Capitolul 6

Evaluarea situației de abuz și/sau neglijare a copilului

6.1 Noțiunea de risc în procesul evaluării

Evaluarea se raportează la noțiunea *de risc de maltratare*, respectiv la pericolul pe care îl reprezintă o situație dată pentru un copil. În acest context, scopul evaluării în serviciul de protecție a copilului este aprecierea existenței vreunui pericol pentru copil și a gradului de pericolozitate a factorilor care pun în pericol dezvoltarea fizică sau/și psihică sau chiar viața copilului.

Asistentul social are, prin mandatul său profesional, menirea de a evalua dacă standardele îngrijirii unui copil corespund sau nu criteriilor „îngrijirii suficient de bune” sau, cu alte cuvinte, dacă un anumit copil se află sau nu în primejdie. Standardele îngrijirii satisfăcătoare a copilului se referă la gradul de siguranță prezentat de mediul în care trăiește copilul.

Cooper și Ball (1993) consideră că *noțiunea de risc* este potrivită nu numai descrierii specificului cazurilor de abuz asupra copilului, dar și pentru caracterizarea muncii asistentului social. În fiecare situație în care se pune problema relilor tratamente aplicate copilului, asistentul social are mandatul deciziei în privința unor măsuri de intervenție.

Situația de risc este „orice situație, măsură sau inacțiune care afectează dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală ori socială a copilului, în familie sau în comunitate, pentru o perioadă determinată de timp. Situația de risc a copilului trebuie analizată cel puțin pe următoarele paliere: situația economică a familiei, situația socială a familiei, starea de sănătate a membrilor familiei, nivelul de educație al membrilor familiei, condițiile de locuit ale familiei, existența unor comportamente la risc identificate în cadrul familiei”⁴².

Asistentul social trebuie să fie capabil să evalueze întreaga situație a copilului și a familiei acestuia și să stabilească nivelul real de risc⁴³. Totodată, el trebuie să înțeleagă că riscul se poate amplifica. Toate acestea sunt necesare pentru a diferenția cazurile care au

⁴¹ Muntean A. (2001). *Familii și copiii în dificultate*, Timișoara, Ed. Mirton, pp. 266-267

⁴² H.G. nr. 691/2015 pentru aprobarea Procedurii de monitorizare a modului de creștere și îngrijire a copilului cu părinți plecați la muncă în străinătate și a serviciilor de care aceștia pot beneficia, precum și pentru aprobarea Metodologiei de lucru privind colaborarea dintre direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului și serviciile publice de asistență socială și a modelului standard al documentelor elaborate de către acestea, art. 4 și 5

⁴³ Fișa de identificare a riscurilor este Anexa 2 la HG 691/2015 și este documentul completat de reprezentanții serviciului public de asistență socială la domiciliul familiei pentru care există suspiciuni cu privire la existența unei situații de risc pentru copil.

nevoie de intervenții rapide față de cele planificate în timp. De asemenea, judecarea efectelor/potențialității factorilor de risc trebuie făcută avându-se în vedere prezența/absența factorilor protectivi specifici familiei/comunității care pot contribui la reducerea riscurilor (reziliența parentală, rețeaua socială de suport a familiei, capacitatea parentală de îngrijire a copilului, sprijin concret la necesitate, capacitatea părinților/altor reprezentanți legali de a dezvolta competențe sociale și emoționale, existența serviciilor/grupurilor de suport la nivelul comunității) și a căror evaluare trebuie realizată în etapa evaluării detaliate.

Principiile evaluării

După Popa, Ionescu, Forenstier (1997)⁴⁴ principiile generale ale evaluării situației copilului sunt:

- ✓ informațiile obținute în urma evaluării copilului sunt confidențiale și trebuie tratate ca atare;
- ✓ evaluarea este un proces care se desfășoară într-o perioadă dată de timp, în consecință ea nu are un caracter definitiv. Situația copilului aflat la un moment dat în dificultate trebuie evaluată în mod periodic;
- ✓ evaluarea privește ansamblul nevoilor copilului. Nevoile sale fizice, cele privind sănătatea sa, respectiv nevoile sociale de respect, de educație, de afecțiune etc. trebuie privite întotdeauna din punctul de vedere al nivelului de dezvoltare a copilului și a perspectivelor sale de progres;
- ✓ evaluarea este un proces complex, în care pot fi implicați diverși specialiști, în funcție de specificul situației în care se găsește copilul precum și de nevoile sale;
- ✓ evaluarea presupune un limbaj clar, folosirea unor termeni precis definiți ce vor servi drept suport persoanelor ce însoțesc copilul în traseul său evolutiv;
- ✓ în procesul evaluării se acordă o atenție specială analizei familiei copilului, nevoilor acesteia, în vederea transformării ei într-un mediu favorabil dezvoltării copilului.

6.2 Procesul și metodele evaluării

Principalele metode de culegere a informațiilor sunt:

A) Observarea

B) Intervievarea

A) Prin observare se vor obține date despre:

- ✓ cine ajută părinții în îngrijirea și supravegherea copilului;
- ✓ cât de izolată este locuința;
- ✓ condițiile de igienă în familie;
- ✓ hrana familiei, condițiile de păstrare și preparare;
- ✓ cât timp petrec părinții în familie;
- ✓ dacă și cum se marchează zilele aniversare și sărbătorile în familie;
- ✓ ce datorii are familia;
- ✓ modul cum se îmbracă membrii familiei;
- ✓ cu cine și unde se joacă copiii;
- ✓ accesul familiei la telefon, îngrijire medicală, școală, cumpărături;
- ✓ receptivitatea părintelui la nevoile copilului, exprimarea atenției față de el.

B) În urma interviuării părinților (persoanelor care îngrijesc copilul) se vor obține răspunsuri cu privire la:

- ✓ atitudinea copilului față de părinți sau față de persoana presupusă că ar maltrata copilul;
- ✓ așteptările părinților față de copil;
- ✓ problemele părinților în relațiile lor cu copilul sau cu alți membri ai familiei;
- ✓ problemele de sănătate ale membrilor familiei;
- ✓ modalitatea la care recurg părinții pentru a face față problemelor;
- ✓ relațiile cu prietenii, rudele, locul unde se află acestea, frecvența și durata contactelor cu ei;
- ✓ care sunt sursele majore de stres;
- ✓ care sunt sursele de bucurie, distracție;
- ✓ obiceiurile zilnice;
- ✓ regulile din familie, în special cele privind comportamentul copilului;
- ✓ care sunt metodele folosite pentru a-i face pe copii să respecte regulile.

Sinteza informațiilor se va referi la categoriile de diagnostic utilizate în protecția copilului:

- abuz și vătămare fizică, sexuală sau emoțională;
- neglijare fizică, educațională și emoțională;
- exploatarea copilului;

⁴⁴ Apud Roth - Szomoskozi M. (2001). „Evaluarea situației de maltratare a copilului”. În Ionescu, Ș. (coord.) *Copilul maltratat. Evaluare, prevenire, intervenție*. București: Fundația Internațională pentru Copil și Familie, p.59

- expunerea copilului la violență fizică sau psihică.

În ideea unei evaluări complexe, întrebările vor fi adresate în etape:

I. Investigarea inițială va cuprinde:

- descrierea tipului de maltratare care constituie motivul îngrijorării pentru serviciul de protecție de copilului;

- aprecierea gradului de vulnerabilitate a copilului în funcție de vârsta și gradul său de maturitate;

- informații despre persoana care presupunem că a comis abuzul asupra copilului;

- informații despre istoria de viață a părinților și atitudinea lor actuală privind copilul.

II. Investigarea detaliată va cuprinde:

- compoziția familiei și situația juridică;

- profilul individual al părinților: istoria relațiilor lor cu proprii lor părinți, evoluția școlară, date privind sănătatea lor fizică și psihică, problemele lor actuale de viață etc.;

- atitudinea părinților față de copil: atitudinea pre și postnatală, relaționarea cu copilul;

- relațiile de cuplu între părinți;

- rețeaua socială a familiei în care crește copilul;

- elemente ale situației materiale etc.

Ca urmare a evaluării se va întocmi **documentația**, ce va conține:

- date provenind din sesizare;

- informații despre copil;

- informații despre mediul de viață al copilului;

- informații care conțin mărturii privind abuzul;

- date anterioare sesizării care au semnificație pentru situația actuală;

- informații despre presupusul făptuitor al abuzului;

- rezultatele examenelor medicale;

- fotografii, înregistrări audio ale interviurilor;

- remarci, notițe ale profesioniștilor care au fost implicați în evaluarea cazului.

Evaluarea copilului – interviuarea copilului în caz de maltratare⁴⁵:

Ca metodologie, etapele unui interviu variază în funcție de scopul urmărit. Dacă întrebările nu servesc doar scopului documentării cazului, ci vizează construirea unei relații pe termen lung, eventual acordarea unui sprijin copilului, atunci etapele unui interviu ar fi:

- 1. Stabilirea contactului**
- 2. Cunoașterea caracteristicilor copilului**
- 3. Explorarea problemei și a contextului ei**
- 4. Însurarea celor exprimate**
- 5. Formularea diagnosticului multidimensional**
- 6. Oferirea de sprijin și negocierea continuării relației cu copilul**

1. Stabilirea contactului

Orice tip de relație de ajutor debutează printr-o fază introductivă, de prezentare reciprocă. Se va ține seama de factorii culturali și de vârstă, care vor permite adultului prima descifrare a modului de gândire și de înțelegere a copilului. Deosebit de important este ca practicianul să aibă în vedere factorii non-verbali: să țină seama de timpul copilului, să nu-l grăbească, să respecte copilul ca pe orice alt client, să arate respect față de suferința copilului.

2. Cunoașterea caracteristicilor copilului

În acest stadiu, copilului i se vor pune cu prioritate întrebări deschise, pentru ca el să se știe ascultat, încurajat să se exprime liber asupra temelor ridicate (descrierea școlii, condițiile de locuit și de viață de acasă, persoanele care stau în locuință etc.)

Totodată, în această fază, prin discuțiile sale cu copilul, profesionistul va evalua nivelul de dezvoltare mintală a copilului, nivelul exprimării sale, capacitatea sa de orientare, capacitatea sa de memorare, temperamentul, starea de spirit etc.

3. Explorarea problemei și a contextului ei

Faza de explorare se orientează asupra relevării faptelor care fac obiectul suspiciunii de abuz. Pentru ca informațiile obținute în această fază să poată fi validate în deciziile profesionale, întrebările puse vor evita elementele care pot influența judecata sau exprimarea copilului.

Adesea copiii nu dezvoltă spontan un abuz, ci trebuie ajutați prin folosirea de întrebări centrate (Coulburn Faller, 1999). O regulă folosită este de a nu asocia atât persoana, cât și comportamentul negativ în aceeași întrebare. De aceea, se vor folosi întrebări separate pentru

⁴⁵ Roth - Szomoskozi M. (1999). *Protecția copilului - Dileme, concepții și metode*, Cluj- Napoca, Presa

a aduna informații despre relațiile copilului cu diferite persoane din anturajul său, pe de o parte, și despre comportamentul acestora care poate fi asociat cu maltratarea, pe de altă parte.

Exemplu: Întrebări centrate pe persoane: „Cum te înțelegi cu tatăl tău?”

Întrebări centrate pe comportamente: „La tine acasă se întâmplă ca cineva să ia bătaie? Cine ia bătaie? Cât de des?”

Unele întrebări centrate pot porni de la sentimentele copilului.

Exemplu: „Am auzit că astăzi ți-a fost foarte frică să te duci acasă. Poți să-mi spui de ce?”

Discuția liberă despre sentimentele copilului poate ajuta la depășirea unor blocaje și înlesni destăinuirea unui abuz.

O altă categorie de întrebări sunt cele circumstanțiale, care cer copilului să descrie cu propriile sale cuvinte evenimentele trăite sau căroro le-a fost martor.

Exemplu: „Ce face mama ta când este foarte supărată pe tine?” „Ce se întâmplă când mama merge la serviciu și rămâi singură acasă cu tatăl tău?”

4. Însurarea celor exprimate

Reprezintă formularea unor idei cu caracter sintetic care pot servi atât celui care conduce investigația, în elaborarea ipotezelor de lucru, cât și copilului pentru a-și înțelege propriile atitudini.

5. Formularea diagnosticului multidimensional

Ipotezele formulate pe baza diagnosticului medical, a observării, a completării fișelor etc. au fost verificate pas cu pas pe parcursul interviului, proces ce se va extinde la aspecte diferite ale vieții copilului: relațiile sale cu părinții, stilul de comunicare, competențele sociale ale copilului, performanțele școlare etc. Diagnosticul orientat pe mai multe dimensiuni, pe informații obținute din mai multe surse de evaluare (datele anamnezice, diagnosticul medical, analiza faptelor cunoscute, date obținute de la lați profesioniști) este deosebit de util în cazul copiilor supuși unor abuzuri, traume, boli cronice, tulburări de comportament.

6. Oferirea de sprijin și negocierea continuării relației cu copilul

Elementele subiective care servesc pentru formularea unui diagnostic multidimensional, conduc și la formularea unor direcții de intervenție terapeutică. Orice încercări de a oferi copilului ajutor vor rămâne inefficiente, dacă nu vor lua în considerare cele exprimate de copil și nu vor rezona cu nevoile și așteptările copilului.

Cadrul de evaluare a familiei (după modelul McMaster)⁴⁶

Modelul se bazează pe un punct de vedere sistemic și este centrat pe modul în care familia funcționează în prezent, raportat la evaluarea anterioară a familiei. Competențele familiei sunt evaluate în următoarele cinci domenii:

1. Realizarea sarcinilor, rezolvarea problemelor:

- sarcina de bază: asigurarea hranei, a locuinței, protejarea de pericole fizice, educația
- sarcina de dezvoltare asociată cu creșterea copiilor și schimbări în componența sau situația familiei. Membrii familiei trebuie să se adapteze la schimbările survenite în relațiile de dependență: în urma nașterii copiilor, plecarea lor la școală, părăsirea căminului.
- sarcini legate de situații de criză: în cazul bolii, al emigrării într-o altă țară etc.

2. Comunicarea

În acest model, comunicarea se referă în principal la planul verbal, fără a se ignora comunicarea nonverbală. Se vor lua în considerare următoarele:

- este comunicarea în familie satisfăcătoare? Sunt dificultăți în transmiterea informațiilor? Se transmit complet mesajele?
- este comunicarea clară sau mascată? Este informația ambiguă, se dau mesaje contradictorii? Se contrazic mesajele verbale cu cele nonverbale?
- Comunicarea este directă sau indirectă (mesajul transmis prin intermediul altei persoane)?

3. Rolurile

Se vor evalua:

- Rolurile fiecărui membru al familiei și gradul în care prin acestea sunt satisfăcute nevoile familiei ca întreg;
- Modul cum sunt repartizate rolurile și în care membrii familiei sunt trași la răspundere pentru îndeplinirea sau neîndeplinirea sarcinilor;
- Cum și de ce sunt atribuite rolurile complementare (cine este „cel deștept”, cine este „cel care intră întotdeauna în belea”);
- Exista în familie un „șap ispășitor”? Dacă da, ce vini i se atribuie?

4. Exprimarea afectivității și implicarea:

Se pot utiliza cele 5 modalități de comunicare a sentimentelor indicate de Satir:

- cel care face compromisuri, fiind de acord cu ce spune o persoană, indiferent de situația dată;

⁴⁶ Roth - Szomoskozi M. (1999). *Protecția copilului - Dileme, concepții și metode*, Cluj- Napoca, Presa

- cel care învinovățește, critică și se postează într-un statut de superioritate;
- cel care raționează, calculează și răspunde la nivel cognitiv, negând relevanța sentimentelor;
- cel care distrage atenția de la problemă, ignoră conținutul de sentimente prin raportarea la lucruri irelevante;
- cel care împarte dreptatea cu privire la sentimente și cuvinte privind problema dată și ale cărui sentimente și comunicare nonverbală sunt consistente.

Niveluri de implicare ale membrilor familiei pentru interesele, nevoile și activitatea fiecăruia:

- lipsa de implicare
- implicarea lipsită de sentimente
- implicarea narcisică care satisface nevoia individului de autoapreciere
- implicarea empatică, bazată pe înțelegerea realistă a nevoilor din familie
- supraimplicarea

5. Controlul comportamentului

Viața familială este guvernată de o serie de reguli, unele explicite, altele implicite. Multe din regulile urmate în interacțiunile familiale nu sunt exprimate deschis. În lipsa unor reguli adecvate nevoilor familiei, vor exista probleme în funcționarea familiei. În cadrul familiei trebuie să existe, de asemenea, modalități de a controla respectarea regulilor. Modelul McMaster prezintă 4 stiluri de control comportamental:

- stilul rigid, cu standarde foarte stricte;
- stilul flexibil, cu un grad rezonabil de elasticitate a regulilor;
- stilul „laisser-faire” care lasă comportamentul la libera latitudine a membrilor familiei;
- stilul haotic, în care comportamentul este imprevizibil, schimbându-se adesea de la cel rigid la cel „laisser-faire”.

Alte metode de evaluare

Desenul - este un mijloc proiectiv nonverbal, utilizat adesea pentru diagnosticarea copiilor care au suferit traume.

Atât desenul liber cât și cel tematic pot servi profesioniștilor pregătiți să înțeleagă sensul imaginilor grafice ca mijloc privilegiat de cunoaștere a copiilor (Davido, 1998). Copiii

de diferite vârste recurg la desene ca la un cadru de proiecție a experiențelor și a sentimentelor lor, deoarece prin ele copilul poate povesti fără cuvinte, fără reguli, într-un mod în care el nu se simte controlat de către adult.

Când un copil desenează, nu trebuie intervenit, dar i se pot urmări reacțiile. El vorbește adesea în timpul desenului, dar întrebările îi vor fi adresate numai după terminarea lui.

Experiența de victimă a copilului poate fi decodată printr-o gamă largă de desene tematice. C. Faaler (1993) descrie:

- desenarea propriei persoane (se pot desprinde eventualele complexe de inferioritate ale copilului și eventual ascundere a unor părți ale corpului);
- desenarea unei persoane (a aceleia despre care bănuim că a comis abuzul);
- desenarea familiei (din așezarea în pagină a personajului putem desprinde relațiile, conflictele și alianțele membrilor familiei).

Evaluarea prin desen mai poate recurge la următoarele teme date copiilor:

- desenarea locuințelor reale sau posibile pentru copil, pentru a evalua care este căminul preferat de el (dintre mai multe locuințe posibile);
- desenarea celui mai rău lucru care i s-a întâmplat sau reprezentarea prin simboluri a relelor sale experiențe;
- reprezentarea a ceea ce este plăcut copilului, respectiv ceea ce îi este neplăcut la părinții lui (se folosesc foi separate pentru părinți, respectiv pentru aspectele pozitive și cele negative).

Metoda păpușilor anatomice (în special pentru copiii de 5-7 ani care au suferit abuzuri sexuale)

Cercetările lui Boat și Everson (1993) au arătat că folosirea păpușilor anatomice facilitează rememorarea evenimentelor petrecute în mod real pe parcursul vieții copilului și nu stimulează fantezia sexuală. Ele se recomandă a fi folosite după ce copilul a dezvoltat abuzul sexual, pentru a-l ajuta să reprezinte detalii dificile de exprimat verbal, ca de exemplu, poziția sa în timpul abuzului.

Jocul liber al copilului - este un mijloc de observare a preocupărilor acestuia. Evaluatorul se poate juca cu copilul, construind o serie de scenarii ce reproduc activități cotidiene, ca luarea mesei, baia, pregătirea pentru culcare etc. Copilul poate fi invitat să demonstreze prin jocul cu păpușile sau figurinele de animale cum sunt ele spălate de mama sau de tata, cum și unde sunt culcate etc.

Unii copii proiectează asupra figurinelor propriile experiențe: nu le lasă să doarmă, le amenință cu pedepse pe care le-au trăit și ei, le pedepsesc. Se va semnala anxietatea, agresivitatea, frica sau evitarea exprimată de copil dar jocul va demonstra experiența abuzului numai atunci când copilul va face efectiv demonstrația relelor tratamente la care este supus. (Hewitt, 1999).

Genograma - se bazează pe interviul sistematic cu membrii familiei și are ca obiectiv reprezentarea grafică a modelelor de relaționare și adaptarea din familia restrânsă și cea extinsă (Sherman și Fredman, 1989).

Pentru evaluarea atitudinilor de neglijare și maltratare a copilului, interviul va avea ca axă importantă depistarea stilului parental restrictiv și punitiv, respectiv a acelor atitudini dominante familiale care pot conduce la vătămarea copilului precum și la evaluarea resurselor energetice, emoționale, se suport intern și extern al familiei.

Capitolul 7

Intervenția

7.1 Tipuri de intervenție

„Ceea ce a apărut de multă vreme nu poate dispărea brusc... Intervenția implică să cunoști cât mai multe posibile soluții pentru a o alege pe cea mai pertinentă în situația dată.” (Ionescu, 1999)⁴⁷.

Tipurile de intervenție se referă la nivelurile sociale diferite pe care le țintește și le implică. Există trei mari tipuri de intervenții din a căror variată combinație poate rezulta succesul⁴⁸:

a) Modelul de lucru pe caz (unitatea de intervenție este copilul-victimă; adultul-agresor și familia sau instituția care constituie mediul maltratat).

b) Modelul intervenției sociale în rețea.

c) Modelul campaniilor de sensibilizare la nivelul politic și comunitar.

a) Când se adoptă **modelul lucrului pe caz**, intervenția trebuie să plece de la înțelegerea situației de maltratare a copilului ca situație de traumă. Aceasta impune recunoașterea și abordarea consecințelor specifice traumei dar și a strategiilor de ajustare la relația traumatizantă, dezvoltate de copil prin comportamente compensatorii care, așa cum arată Killen (1998) pot fi de tipul:

- comportamente de supra-adaptare: copii grijulii cu părinții (inversarea rolurilor), copii pierduți, apatici (cuminți);

- comportamente disturbante: agresive, hiperkinetism, clovnerii.

Cu privire la consecințele maltratării, Main și Goldwyn au arătat că nu experiențele copilăriei decid dezvoltarea și funcționarea noastră ca adult, ci capacitatea noastră de a face față acestor experiențe. Această capacitate de a depăși cu o oarecare ușurință o situație care, în cazul unui copil are consecințe grave, este denumită **reziliență**. Copilul rezilient răspunde situațiilor de disconfort mai degrabă prin mecanisme de adaptare decât prin mecanisme defensive. Altruismul, simțul umorului, amânarea reacțiilor imediate, prevederea disconfortului, sunt **reacții de adaptare** (coping) care fac suportabilă suferința.

⁴⁷ Apud Muntean, A. (2001). „Intervenția”. În Ionescu, Ș. (coord.) *Copilul maltratat. Evaluare, prevenire, intervenție*. București: Fundația Internațională pentru Copil și Familie, p. 125

⁴⁸ Killen K. (1993). *Copilul maltratat*, Timișoara, Eurobit

În intervenție, reziliența copilului va fi abordată în relație cu reziliența familiei sau a mediului de viață a copilului. În intenția de a sprijini și proteja copilul-victimă, intervenția va prevedea o serie de măsuri țintite spre a schimba mediul generator și tolerant al maltratării (familie, instituție, comunitate, societate).

b) În cazul **modelului de intervenție socială în rețea**, intervențiile trebuie să urmărească, sistematic inițierea și funcționarea rețelelor sociale în jurul celor implicați în situația de maltratare a copilului și în primul rând a copilului-victimă.

Rețelele se alcătuiesc din serviciile și profesioniștii implicați în intervenție, dar și din persoane exterioare sistemului de servicii. Aceste persoane pot aparține familiei extinse sau pot fi voluntari care se implică pentru sprijinirea copilului, familiei, instituției.

Rețelele și grupurile de suport social au un efect educativ și terapeutic incontestabil care, în anumite situații, poate fi mai adecvat decât o anumită formă de terapie, dar întotdeauna poate completa cu succes o formă de terapie individuală.

c) **Campaniile de sensibilizare la nivel comunitar și politic** influențează contextul socio-cultural al intervențiilor. Funcționarea rețelelor este condiționată de nivelul de educație al comunității. Educația determină sensibilitate și disponibilitatea comunității de a ajuta. Voluntariatul este facilitat de schimbarea reprezentării comune asupra fenomenului, în sensul de a nu tolera producerea lui și de a avea deschiderea necesară implicării reparatorii în situații abuzive.

Obiectivele unei astfel de campanii la nivel național sau local ar putea fi:

- multiplicarea serviciilor de caritate;
- inițiative în domeniul legislativ;
- recrutarea de voluntari;
- sensibilizarea comunității;
- crearea, funcționarea rețelelor sociale de sprijin.

7.2 Etapele intervenției

În procesul de intervenție se parcurg următoarele etape⁴⁹:

1. Semnalare
2. Evaluare inițială
3. Intervenție – Plan de intervenție
4. Evaluare continuă

1. Semnalare

Cunoașterea motivației explicite și implicite a persoanelor care semnalează cazul este esențială. Cel care semnalează comunică implicit despre rețeaua socială care există în jurul situației de maltratare, despre modul cum funcționează și motivația acestei rețele.

Modalitatea de semnalare este importantă pentru că incubă un grad diferit de angajare, față de situație, a celui care face cunoscut cazul copilului maltratat.

Serviciul unde se face semnalarea reprezintă un aspect important în intervenție, deoarece se constituie ca inițiator al echipei de intervenție și al rețelei de servicii și agenții care vor fi implicate.

2. **Evaluarea inițială** se realizează de către echipă (vezi cursul „Despre evaluare”)

3. Planul de intervenție

Prima măsură care se ia are ca scop asigurarea securității copilului. Apoi, este esențială stabilirea cauzelor pentru intervenție (nivel scăzut de educație, consum de droguri, nivel ridicat de stres etc.)

Alcătuirea și discutarea planului de intervenție necesită un moment de întâlnire a întregii echipe și un bilanț al evaluării inițiale. Se realizează distribuirea rolurilor, responsabilităților iar obiectivele planului de intervenție vor fi discutate și cu copilul abuzat și cu familia acestuia.

Intervenția va avea o latură juridică și de protecție socială, psihologică, educativă, o latură terapeutică de asistare socială. Toate aceste fațete ale intervenției vor fi armonizate într-o continuă comunicare a membrilor echipei în beneficiul copilului, a familiei, instituției, comunității.

Planul de intervenție se construiește pentru cele trei niveluri ale intervenției⁵⁰:

a) nivelul inter-instituțional

b) nivelul rețelei sociale

c) nivelul individual (părinte, copil, educator, interacțiunea părinte-copil sau educator-copil, familie sau instituție).

a) la nivelul instituției implicate, planul va preciza responsabilitatea în fiecare din pașii constituenți ai planului general de intervenție. De exemplu, dacă se consideră că este nevoie de scoaterea temporară a copilului din familie deoarece acesta necesită îngrijiri medicale, atunci planul va ține seama de următoarele momente, care se impun din perspectivă medicală:

- trimiterea copilului la spital pentru diagnosticare;

- separarea copilului de părinți și protejarea lui;
- planificarea unei întoarceri securizante acasă (terapia agresorului și a familiei);
- reinsertia progresivă a copilului în mediul familial sau în instituție.

Continuarea intervenției medicale depinde de armonizarea inter-instituțională pe care o face planul.

b) la nivelul rețelei sociale, planul va identifica și acorda responsabilități corespunzătoare unor persoane din mediul de viață al copilului, sau al unor voluntari apreciați de către echipa de intervenție ca fiind potriviți spre a se implica în rezolvarea situației de maltratare a copilului.

c) la nivelul individual intervenția terapeutică are ca scop restaurarea relațiilor umane prin recunoașterea și acceptarea persoanei considerate ca un întreg. Terapeutul nu își propune să rezolve problema pacientului său, ci să-l acompanieze în dezvoltarea propriei suferințe și în procesul de eliberare de această suferință. Scopul terapeutului este de a-l sprijini pe pacient să capete un plus de maturitate și să facă față astfel, într-un mod mai adecvat, problemelor pe care le întâmpină (Robert Ouvray, 2000).

Pentru elaborarea planului de intervenție⁵¹ se recomandă respectarea prevederilor pentru aprobarea Normelor metodologice privind întocmirea Planului de servicii și a Normelor metodologice privind întocmirea Planului individualizat de protecție aprobate prin Ordinul secretarului de stat al Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului nr. 286/2006.

4. **Evaluarea continuă** a situației se realizează prin înregistrarea rezultatelor intervențiilor și raportarea lor la obiective. Fiecare întâlnire a echipei de lucru este și o ocazie

⁵⁰ Killen K. (1998). *Copilul maltratat*, Timișoara, Eurobit

⁵¹ Planurile de intervenție utilizate în prezent în serviciile de protecție a copilului se întâlnesc sub următoarele denumiri:

- **Plan individualizat de protecție (PIP)** pentru copiii separați de familie, prevăzut de art. 57 alin. 1 din Legea nr. 272/2004 republicată privind protecția și promovarea drepturilor copilului și întocmit conform Ordinului 286/2006. PIP este dezvoltat în *programe de intervenție specifică (PIS)* pe diferite arii de intervenție (sănătate, educație, îngrijire și dezvoltare, socializare și timp liber, găzduire, dezvoltarea deprinderilor de viață independentă, menținerea legăturii cu familia, reintegrare în familie, etc.);

- **Plan de servicii (PS)** pentru cazurile de prevenire a separării copiilor de familie, reintegrarea copilului în familie după încetarea unei măsuri de protecție prevăzută la art. 39 alin. 2 din Legea 272/2004 republicată și întocmit conform Ordinului 286/2006;

- **Plan de abilitare și recuperare (PAR)** pentru copiii cu dizabilități din familie prevăzută în Ordinul nr. 1985/1305/5805/2016 privind aprobarea Metodologiei pentru evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale. Pentru copilul cu dizabilități cu măsură de protecție, certificatul de handicap este anexă a PIP-ului.

- **Plan de reabilitare și/sau reintegrare socială** pentru copiii abuzați, neglijați și/sau exploatați, inclusiv victime ale traficului, exploatații prin muncă, exploatații sexuale în scop comercial întocmit în baza art.92 din Legea nr.272//2004, precum și a prevederilor HG nr.1295/2004 privind aprobarea Planului național de acțiune pentru prevenirea și combaterea traficului de copii;

- **Plan (program) personalizat de intervenție (PPI)** prevăzută în Ordinul 24/2004 privind aprobarea SMO pentru centrele de zi - pentru copiii cu risc de abandon școlar și familiile lor aflate în dificultate.

de reevaluare a situației și procesului reparator. Elementele luate în evaluare sunt: starea psihică, socială, istoria personală a părinților.

Tipuri de psihoterapii utilizate cu copilul abuzat:

- psihoterapia cognitiv comportamentală: tehnici de desensibilizare, întărire pozitivă, restructurare cognitivă;
- psihoterapia sugestivă și hipnoterapie: tehnici de relaxare, tehnica fanteziei ghidate (povești);
- psihoterapia experiențială: tehnica scenării, jocuri de rol;
- psihoterapia de expresie: desen liber, modelajul plastilinei, jocul cu păpuși.

7.3 Sentimente și conflicte ale intervenientului

Eficiența intervenientului este condiționată de cunoștințe, filozofia de intervenție, experiență și atitudine.

„Cu toții recunoaștem faptul că intervenienții în maltratarea copilului lucrează într-un câmp supraîncărcat emoțional” (Killen, 1998).

S-au identificat 11 tipuri de sentimente sau conflicte care interferează constant în intervențiile în situații de maltratare a copilului⁵²:

- anxietate în legătură cu posibile agresiuni din partea părinților, mai ales în legătură cu decizia de a plasa copilul în afara familiei;
- negarea sau inhibarea furiei;
- nevoia de recompensare emoțională din partea clientului;
- lipsa suportului profesional;
- sentiment de incompetență;
- negarea;
- proiectarea responsabilității;
- sentiment de responsabilitate totală față de familie;
- sentiment de victimă;
- dificultăți în separarea responsabilităților profesionale de cele personale;
- sentimente ambivalente față de clienți, de rol profesional și de nevoia de a fi controlat.

⁵² Muntean, A. (2001). „Intervenția”. În Ionescu, Ș. (coord.) *Copilul maltratat. Evaluare, prevenire, intervenție*. București: Fundația Internațională pentru Copil și Familie, p. 150

Capitolul 8

Prevenirea maltratării copilului

8.1 Prevenirea primară

Prevenirea „se referă la un ansamblu de măsuri luate pentru a lupta împotriva apariției și dezvoltării unei probleme precum maltratarea. Să previi înseamnă să acționezi în așa fel încât probabilitatea apariției unui eveniment să se reducă, iar consecințele umane și sociale ale acestuia să se limiteze” (Selosse, 1991)⁵³.

Prevenirea primară oferă servicii populației în general și vizează diminuarea prevalenței sau prevenirea apariției maltratării. Prevenirea în sens strict (Frochlich, 1997) este cea care face posibilă evitarea unor situații de risc, prin informare, prin ridicarea nivelului de cunoștințe și prin sensibilizarea asupra problemei;

Această clasificare pe trei niveluri, în funcție de nevoi, este pusă în discuție de Bouvier (1999) care consideră că nivelul prevenirii terțiare este primul pe plan etic, din moment ce este vorba despre ușurarea suferinței și de reducerea consecințelor agresiunilor suferite.

Program de prevenire primară

Caseta *Forum despre prevenirea agresiunilor sexuale* (Asociația interprofesională specializată în prevenirea abuzurilor sexuale, AISPAS, 1997), are următoarele obiective:

1. creșterea stimei de sine la copilul de 6-12 ani, recunoașterea valorii sale personale, inițierea în privința drepturilor și obligațiilor personale;
2. copilul va învăța să evalueze situațiile potențial periculoase (într-o mașină, într-un parc, în baie etc) și va încerca să stabilească reguli de autoprotecție;
3. deculpabilizarea copilului și încurajarea exprimării, atunci când devine el însuși o victimă;
4. identificarea persoanelor-resursă (din jurul lui sau dintre profesioniști) pentru a pune capăt abuzului și a găsi sprijin și protecție.

Prin concepția sa dinamică (succesiunea de secvențe ale unor situații care se pot întâlni, întretăiate cu clipuri muzicale și intervale de discuții) și prin asocierea casetelor video și a benzilor desenate, acest program de prevenire permite animarea dezbaterilor,

⁵³ Apud Jourdan-Ionescu, C. (2001). „Prevenirea maltratării copilului”. În Ionescu, Ș. (coord.) Copilul maltratat. Evaluare, prevenire, intervenție. București: Fundația Internațională pentru Copil și Familie, pp. 96; pp.105-109

sensibilizând copiii la problema agresiunilor sexuale și dezvoltarea unui spirit critic în căutarea soluțiilor.

8.2 Prevenirea secundară

Prevenirea secundară creează servicii orientate spre grupurile care prezintă risc ridicat de a deveni victime ale maltratării sau agresori. Se încearcă prin depistare precoce și prin tratarea primelor semne să se evite dezvoltarea maltratării

Program de prevenire secundară⁵⁴

Programul *Jeunes mères - Tinere mame* (Guay și colab., 1998) a fost elaborat în Quebec. Scopul acestui program este limitarea izolării în care trăiesc tinerele mame cu vârsta mai mică de 21 de ani astfel încât să se reducă riscul de abuz și de neglijență față de copiii lor. Prin intermediul unor întâlniri de grup și al unui serviciu de supraveghere în timpul acestor întâlniri, se dorește crearea unei rețele de susținere și a unui loc de discuții pentru aceste tinere mame.

Modelul eco-behaviorist propus de Lutzker și colab. ia în considerare relația părinte-copii. Obiectivul programului de prevenire poate fi, de exemplu, siguranța în casă și se adresează familiilor cu risc de neglijență. Părinții sunt învățați să identifice și să elimine sursele de pericol existente în locuință. Autorii evaluează numărul de pericole potențiale în diferitele camere pe care le frecventează copilul cu ajutorul unei versiuni revizuite a „Inventarului pentru Prevenirea accidentelor domestice”. Sunt trecute în revistă diferitele surse de pericol: electrocutare, de sufocare, de otrăvire etc. Antrenamentul începe cu camera cea mai periculoasă și implică stabilirea unor consemne, utilizarea modelingului, a practicii și chiar folosirea de casete video.

Pentru familiile care au nevoie de a învăța să mențină curățenia este nevoie de o evaluare: fiecare cameră este împărțită în părți cotate în funcție de numărul de articole de spălat.

8.3 Prevenire terțiară

Prevenirea terțiară oferă servicii victimelor maltratării sau agresorilor în vederea diminuării recurenței maltratării sau a consecințelor acesteia. Se lucrează asupra mediului pentru a încerca înlăturarea condițiilor care favorizează sau chiar întrețin maltratarea.

⁵⁴ Ibidem, pp. 109-110

Program de prevenire terțiară - Familia de sprijin⁵⁵

Famiiliile de sprijin sunt constituite din neprofesioniști și în această calitate, famiiliile țintă le vor acorda mai ușor încredere. Părinții din familia de sprijin nu sunt profesioniști, dar sunt formați și supervizați. Ei urmează un program de formare înainte de a intra în acțiune precum și o formare continuă. Întâlnirile dintre toate famiiliile de sprijin organizate în vederea unei formări continue, le permit acestor famiilii să se poată identifica cu grupul famiiliilor de sprijin și să simtă că nu sunt singurele care se confruntă cu dificultăți în timpul intervenției pe lângă famiiliile țintă.

Persoanele care doresc să se constituie în famiiliile de sprijin trebuie să vrea să ofere ajutor, să știe să asculte, să știe să se poarte în societate, să fie disponibile în timpul serii și la sfârșit de săptămână dacă este nevoie. Motivația susținerii unei famiilii pe termen lung este foarte importantă. Este necesar ca membrii famiiliei de sprijin să aibă bune capacități de comunicare și să dovedească deschidere, respect față de diferențe și discreție.

Dacă este posibil „este bine să se recruteze famiilii care provin dintr-un mediu socio-economic și cultural apropiat de famiiliile ce trebuie ajutate, pentru a înțelege mai bine obiceiurile culturale din mediul de viață al acestora.”

Persoanele implicate în calitate de famiilii de sprijin trebuie să fie femei și bărbați voluntari care au experiență reușită în educarea copiilor lor. De asemenea, nu trebuie să aibă prea multe probleme personale.

Whitney și colab. (1980) menționează că este important să se recruteze persoane mai în vârstă decât părinții țintă care să-și poată asuma mai bine rolul de consilier. O diferență prea mare de vârstă riscă să ducă la apariția unor limite în activitățile la care pot participa împreună.

Sarcini ale famiiliei de sprijin:

1. Să viziteze familia țintă cu regularitate, la domiciliul acesteia (cel puțin de două ori pe săptămână la început și apoi cel puțin o jumătate de zi pe săptămână). La vizite se adaugă contacte telefonice.

2. Să fie disponibilă în așa fel încât să răspundă în orice moment la chemarea famiiliei țintă pentru a neutraliza situațiile de risc.

3. Să stabilească relații bune cu familia țintă începând prin a pune accentul pe problemele cu care se confruntă mama sau tatăl, mai puțin copilul. Să ofere sprijin afectiv părinților.

4. Să constituie un model și să demonstreze părinților din familia țintă cum să-și exerseze funcțiile parentale.

⁵⁵ Ibidem, pp. 110-123

5. Să învețe familia țintă să rezolve câteva probleme ale vieții cotidiene să-și îmbunătățească astfel calitatea vieții.

6. Să ajute familia țină să învețe să folosească resursele comunitare (magazinele second hand, asociațiile care distribuie hrana etc.).

7. Să favorizeze aplicarea și integrarea noilor cunoștințe însușite în activitățile de grup.

8. Să țină un jurnal în care să facă bilanțul acțiunilor realizate (numărul apelurilor telefonice pe săptămână, numărul și durata întâlnirilor pe săptămână, sarcini efectuate împreună, caracteristici și evenimente speciale observate în familia).

9. Să participe la întâlnirile regulate de supervizare pentru a face bilanțul pentru fiecare familie țintă și să controleze atitudinile contra-transferențiale puse în joc.

10. Să se întâlnească de cel puțin trei ori pe an cu celelalte familii de sprijin pentru a face schimb de idei în legătură cu dificultățile și satisfacțiile trăite în timpul solicitării acestei funcții.

Familia de sprijin observă numeroase schimbări concrete ale intervenției: alimentație mai bună, ritm de viață și în special de somn mai regulat, igienă mai bună, haine mai potrivite, interes mai mare față de copii și față de studiile acestora, atitudine mai constantă a părinților față de disciplina copiilor, împărtășirea unor momente agreabile cu copiii.

Cu condiția să se insereze întotdeauna într-un plan de intervenție și să facă obiectul unei supervizări, intervenția preventivă de tip familie de sprijin ar putea fi dezvoltată și pentru alte familii care au nevoie de ajutor:

- familii care au un copil cu handicap;
- familii al căror copil este bolnav (SIDA, cancer);
- familii ai căror copii au dificultăți școlare;
- familii ai căror copii prezintă tulburări de comportament etc.

Pentru părinții familiei țintă, consecințele acestui tip de prevenire terțiară sunt:

- sentimentul de control asupra educației propriilor copii;
- însușirea unui rol valorizant de părinte;
- reducerea crizelor familiale;
- folosirea unor strategii mai bune de rezolvare a problemelor;
- îmbunătățirea calității vieții familiale.

Pentru copiii din familiile țintă, prezența familiei de sprijin îi ajută:

- să trăiască într-un mediu familial mai sănătos;
- să capete stima de sine;
- să-și însușească strategii mai bune de adaptare;

- să dezvolte relații bune cu școala;
- să aibă o funcționare individuală și socială mai bună.

Capitolul 9

Violența domestică

9.1 Definiții și teorii explicative

Termenul de violență este definit în dicționarul explicativ al limbii române, ca „însușirea, caracterul a ceea ce este violent, putere mare, intensitate, tărie; lipsă de stăpânire în vorbe sau în fapte; impulsivitate, brutalitate, vehemență; faptul de a întrebuița forța brutală; constrângere, violentare; siluire; încălcare a ordinii legale; faptă violentă, impulsivă”.

Termenul de violență provine din mai multe limbi: din limba franceză de la cuvântul „violence”, din latinescul „violentia” și din italianescul „violenza”.

Conform Dicționarului de sociologie, coordonat de Gilles Ferreol, violența este definită ca fiind „recurgerea la forța fizică având drept scop prejudicierea integrității bunurilor sau persoanelor”⁵⁶;

Se consideră că abia în jurul anilor 1970, violența domestică a intrat în atenția cercetătorilor și profesioniștilor (un rol important l-a avut curentul feminist – indiferent de clasa socială, de educație sau de nivelul economic, „familia este un sistem caracterizat prin inegalitate, conflict și contradicție”;

Primul adăpost pentru victimele violenței domestice a fost deschis în Anglia, în 1972 de către o fostă victimă a violenței domestice. În anul 1974 a avut loc deschiderea unor adăposturi similare în SUA (Minnessota), Olanda (Amsterdam), Irlanda, Canada, Australia și alte țări ale Europei Vestice. Începând cu anii 1990, violența în familie a devenit o preocupare publică majoră în numeroase țări⁵⁷.

În legislația din România, violența în familie reprezintă „orice acțiune fizică sau verbală săvârșită cu intenție de către un membru de familie, împotriva altui membru al aceleiași familii, care provoacă o suferință fizică, psihică, sexuală sau un prejudiciu material” (Legea nr. 217/2003)

„Violența domestică va însemna toate acțiunile de violență fizică, sexuală, psihologică sau economică, care survin în familie sau în unitatea domestică sau între foștii sau actualii soți sau parteneri, indiferent dacă agresorul împarte sau a împărțit același domiciliu cu victima” (Legea de ratificare a Convenției de la Istanbul, 2016).

Convenția recunoaște fenomenul violenței împotriva femeilor drept o violare a drepturilor omului și o formă de discriminare. Ea este primul tratat internațional care conține o definiție a

⁵⁶ Ferréol, G. (1998). *Dicționar de sociologie*. Iași: Editura Polirom, p. 226

genului: genul este rolul pe care societatea îl acordă bărbaților și femeilor, cât și comportamentul, activitățile și atributele considerate drept potrivite pentru femei și pentru bărbați.

Din punct de vedere clinic, o definiție larg acceptată a violenței domestice este aceea formulată de Stark și Flitcraft în 1996⁵⁸: „violența domestică este o amenințare sau provocare, petrecută în prezent sau în trecut, a unei răniri fizice în cadrul relației dintre partenerii sociali, indiferent de statutul lor legal sau de domiciliu. Atacul fizic sau sexual poate fi însoțit de intimidări sau abuzuri verbale; distrugerea bunurilor care aparțin victimei; izolarea de prieteni, familie sau alte potențiale surse de sprijin; amenințări făcute la adresa altor persoane semnificative pentru victimă, inclusiv a copiilor; furturi; controlul asupra banilor, lucrurilor personale ale victimei, alimentelor, telefonului și a altor surse de îngrijire și protecție”

În context psihologic, violența desemnează comportamentul agresiv manifestat, cel mai adesea, ca urmare a unor frustrări, care nu pot fi defulate pe căi dezirabile social⁵⁹.

Teorii explicative ale violenței domestice

Teoria biologică despre agresiune și violență pune accentul pe factorii genetici și neuropatologici și ia în considerare schimbările în structura sau funcționarea creierului datorate traumelor sau factorilor endocrini.

Teoria psihologică se referă la maltratarea soției – masochismul feminin. Femeia este descrisă ca dorind să fie bătută asemenea unui copil neajutorat, dependent și rău. Paradigma implică ideea că femeia se subordonează din credința inconștientă că trebuie să sufere. Se mai susține că violența în familie este o deviere a comportamentului autodestructiv dinspre sine spre o altă persoană.

Teoria sociologică - rădăcinile comportamentului violent se află în mediul în care trăiește persoana, în special în comportamentul altora, individul învață care comportament este cel adecvat social și cum poate obține rezultatele dorite fără a fi sancționat.

Adesea, răspunsul la violență este neputința învăța!

⁵⁷ Muntean A., Munteanu A. (2011). *Violență, traumă, reziliență*, Ed. Polirom, Iași, p. 58

⁵⁸ apud Muntean, A. (2001). *Familii și copiii în dificultate*, Timișoara, Ed. Mirton, p. 33

⁵⁹ Sînzianu, S. G. (2006). *Violența în familie prezentată în presa din România*, Ed. Lumen, Iași

9.2 Formele violenței domestice

În legislația din România sunt enumerate următoarele forme de violență domestică:

- ✓ **Violența verbală** adresarea printr-un limbaj jignitor, brutal, precum utilizarea de insulte, amenințări, cuvinte și expresii degradante sau umilitoare;
- ✓ **Violența psihologică** - impunerea voinței sau a controlului personal, provocarea de stări de tensiune și de suferință psihică în orice mod și prin orice mijloace, prin amenințare verbală sau în orice altă modalitate, șantaj, violență demonstrativă asupra obiectelor și animalelor, constrângerile de orice fel, urmărirea fără drept, supravegherea locuinței;
- ✓ **Violența fizică** - vătămarea corporală ori a sănătății prin lovire, îmbrâncire, trântire, tragere de păr, înțepare, tăiere, ardere, strangulare, mușcare, în orice formă și de orice intensitate ;
- ✓ **Violența socială** - impunerea izolării persoanei de familie, de comunitate și de prieteni, interzicerea frecventării instituției de învățământ sau a locului de muncă;
- ✓ **Violența economică** - 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;
- ✓ **Violența sexuală** - brutalitate în vederea întreținerii unor relații sexuale forțate, viol conjugal;
- ✓ **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;
- ✓ **Violența cibernetică** - hărțuire online, mesaje online instigatoare la ură pe bază de gen, urmărire online, amenințări online, publicarea nonconsensuală de informații și conținut grafic intim.

9.3 Cauze și mituri explicative ale violenței domestice

Printre cauzele care conduc la violența domestică putem menționa: consumul de alcool sau de droguri; sărăcia; nivelul educațional scăzut; acceptarea violenței la nivel societal; toleranța femeii față de violență; existența unui trecut agresiv în familia de origine; stima de sine scăzută a femeii; existența unor afecțiuni psihice a partenerului; lipsa comunicării, gelozia, gândirea patriarhală.

Explicația reală a violenței domestice poate consta în funcționarea dominanței bărbatului asupra femeii, în societățile patriarhale. În virtutea tradiției care trece de la o generație la alta, se învață rolurile sexuale de dominator, bărbatul și supus, femeia. Aceste roluri se conturează la vârste foarte fragede, chiar între doi ani și jumătate și trei ani și jumătate și se confirmă și rafinează de-a lungul întregii vieți, în toate instanțele sociale.

Construcția explicativă a fenomenului violenței domestice ar putea avea drept piloni de sprijin: mecanismele mentalității; situația economică a societății; serviciile și legislația pe care le oferă societatea.

Legislația stipulează cadrul de funcționare al serviciilor. Există o relație biunivocă între mentalitate și legislație. Astfel, în măsura în care mentalitatea va reflecta ca pe o stare de urgență socială fenomenul violenței domestice, la nivelul legislației vor apărea reglementările necesare pentru crearea serviciilor adecvate. Pe de altă parte, o dată create aceste servicii, ele influențează mentalitatea impunându-i o reconsiderare, o mai profundă conștientizare a fenomenului.

Între mentalități, legislație, servicii și puterea economică a societății există un proces continuu de influențare reciprocă. Cei patru factori se află într-o evoluție sincronă chiar dacă sub influența unor informații venite din afară, legislația sau serviciile pot devansa la un moment dat starea mentalității sau a economiei societății.

Metafora icebergului

Violența în general și cea împotriva femeilor în particular poate fi analizată din mai multe puncte de vedere:

Violența directă (fizică, sexuală, socială, economică și psihologică) este forma cea mai ușor observabilă a violenței pentru că implică în general manifestări fizice și, în genere, măsurabile, cuantificabile;

Violența structurală – mai dificil de recunoscut și înțeles – este violența încastrată în sistemele sociale, politice și economice ale societății (alocarea diferită a bunurilor, oportunităților din perspectiva genului);

Violența culturală – acele aspecte ale culturii care fac ca violența să pară normă, o modalitate acceptabilă de a răspunde diferitelor probleme și conflicte, legitimând violența directă și structurală

Relațiile dintre aceste trei forme de violență pot fi reprezentate cu succes de **metafora icebergului** (Fig. nr. 1) în care vârful vizibil al acestuia, 1/10 din întreaga sa suprafață, reprezintă violența directă, cele 9/10 aflate sub apă violența structurală, în timp ce oceanul în care icebergul plutește semnifică violența culturală⁶⁰.

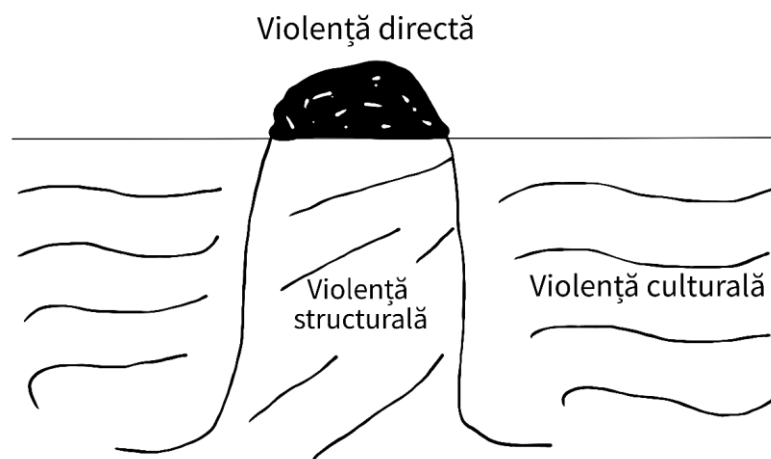


Fig. nr. 1 Metafora icebergului

Sursa: Curic, I., Văețiși, L. (2005). *Inegalitatea de gen: violența invizibilă*, Ed. Eikon, Cluj-Napoca, p. 16

Mituri explicative și cauze reale ale violenței domestice

Ca urmare a nevoii de explicații generalizatoare, la nivelul comunităților sociale ale fenomenului, au început să funcționeze miturile explicative (Scherter, Hart, Richie, 1989) astfel⁶¹:

- „Alcoolul și drogurile conduc la incidentele de violență”
- „Din cauza sărăciei”
- „Este o parte a dragostei dintre cei doi”
- „ei îi place”, „altminteri s-ar despărți”, „femeile bătute sunt masochiste”

⁶⁰ Curic, I., Văețiși, L. (2005). *Inegalitatea de gen: violența invizibilă*, Ed. Eikon, Cluj-Napoca, pp. 15-16

⁶¹ Muntean A., Munteanu A. (2011). *Violență, traumă, reziliență*, Ed. Polirom, Iași, pp. 61-62

- „violență există doar în cuplurile lipsite de educație”
- „chiar dacă își bate nevasta este un tată bun pentru copii și deci trebuie să rămână împreună ca să crească copiii”
- „Dacă vor sta împreună destul de mult timp, lucrurile se vor schimba în bine și el va înceta să o mai bată”
- „Ea îl cicălește într-una până îl scoate din minți și-l face să o bată”, „ea merită să fie bătută”
- „Tatăl lui era un om violent, își bătea soția și el a învățat acasă acest mod de comportament cu soția”.

Toate aceste afirmații conțin o parte de adevăr chiar dacă relația cauză-efect nu este cea proclamată de aserțiune și realitatea arată că mai degrabă o acompaniere reciprocă în cadrul evenimentelor de violență domestică. De exemplu, există parteneri violenți dar care nu sunt consumatori de alcool sau există situații în care familia nu are o viață nesigură, marcată de stresul cotidian al supraviețuirii.

Ciclul violenței domestice

Cercetările focalizate asupra dinamicii relațiilor abuzive au scos în evidență 6 etape ale ciclului violenței, după cum urmează⁶²:

- ✓ **Faza de așteptare sau a acumulării tensiunii** -victima se simte dominată de partener, pentru că acesta exercită controlul asupra ei și pentru că i-a slăbit încrederea în forțele ei;
- ✓ **Faza de acumulare a agresivității**- agresorul acumulează tensiune, acesta este motivat de diferiți factori: stres de la serviciu, stres din cauza familiei;
- ✓ **Faza exploziei sau etapa izbucnirii violenței** - are loc un acces de violență; ieșirile acestea își pot spori intensitatea de-a lungul timpului;
- ✓ **Faza de remușcare:** agresorul se simte rușinat sau vinovat pentru actul de violență. Promite că nu se va mai întâmpla;
- ✓ **Faza de urmărire** - bărbatul va încerca din răspuțeri să-i „cumpere” vigilența prin cadouri, comportament ireproșabil, atent, iubitor.
- ✓ **Faza lunii de miere** - dacă se împacă, nici unul nu mai vrea să-și amintească durerea.

⁶² Sînzianu, S. G. (2006). *Violența în familie prezentată în presa din România*, Ed. Lumen, Iași, pp. 29-30

9.4 Caracteristici ale victimelor și agresorilor

Roata de putere și control

Roata de putere și control a fost creată în cadrul Proiectului de intervenție în caz de abuzuri din Duluth, Minnesota. Ea sumarizează modelele comportamentale folosite de o persoană pentru a controla sau domina intenționat partenerul său intim: intimidarea; abuzul emoțional; izolarea; negarea și blamarea; folosirea copiilor; privilegiul masculin; abuzul economic; folosirea constrângerilor și amenințărilor (a se consulta Anexa nr. 1)⁶³.

Portrete ale partenerilor violenți (Darlene Thomas, 2000)⁶⁴:

În privința agresorului există câteva trăsături care sunt definitorii pentru personalitatea agresivă. Acestea trebuie recunoscute în vederea intervențiilor de reabilitare. Dintre caracteristicile mai importante sunt:

- istorie personală cu abuz în copilărie
- nemulțumiri la locul de muncă
- consum de alcool sau substanțe
- neîncredere în sine
- atracție după arme
- inabilitate de a-și identifica sentimentele
- imaturitate emoțională
- temperament violent
- ironic
- critic
- schimbă partenererele
- învinovățește pe alții pentru eșecurile personale
- supărat pe lume
- în conversații încearcă să domine
- gelos, posesiv
- nu consideră că partenera este egalul lui
- crede că puterea și controlul pot fi obținute prin violență
- abilități scăzute în viața intimă
- încredere în sine din ce în ce mai scăzută
- tradiționalist și rigid privind rolul bărbatului și al femeii

⁶³ Shepard, M. F., Pence, E. L. (2003). *Coordonarea reacțiilor comunitare față de violența domestică. Modelul Duluth*, Ed. Tehnica-Info, Chișinău;

- își vede partenera ca pe o mamă
- folosește sexul ca pe un act agresiv, de supunere a partenerii
- atitudine negativă față de femei

Tipologia persoanelor violente

În funcție de riscurile la care este supusă victima, în literatura de specialitate, avem următoarea clasificare a agresorilor⁶⁵:

- ✓ **agresorul cu risc scăzut** – este individul pentru care ofensa reprezintă primul incident violent (confirmat de victimă); nu a abuzat emoțional, nu a avut un comportament haotic sau disfuncțional;
- ✓ **agresorul cu risc mediu** – este o persoană la care se regăsesc concomitent mai mult de doi factori de risc: abuz asupra copiilor, prezența unor relații întâmplătoare multiple, plângeri la adresa sa din partea a mai multor persoane, amenzi sau arestări pe motiv de violență în familie, alte infracțiuni și antecedente similare, fără prieteni;
- ✓ **agresorul cu risc înalt** – este persoana care prezintă unul din următorii factori de risc: ofense comise în perioada separării de victimă, probleme medicale, arestări pe motive de violență domestică, prezența unor probe admise pe perioada arestării, tentative de suicid sau omor, abuz de substanțe sau diverse stări de intoxicație atunci când a fost comisă agresiunea, negarea oricărei agresiuni sau infracțiuni, refuzul de a-și elibera partenerul.

Caracteristici comune victimelor violenței în familie

Printre caracteristicile comune victimelor violenței în familie putem enumera⁶⁶:

- acuzarea unor dureri cronice, vizite frecvente la medic;
- respect de sine scăzut;
- experimentarea unor episoade de violență în timpul copilăriei;
- dependență emoțională față de partenerul agresor;
- nevoile partenerului agresor mai presus decât propriile nevoi;
- asumarea responsabilității pentru conduita partenerului agresor;
- folosirea tranchilizantelor și/sau abuzul de alcool;
- existența unor idei sau acte suicidare;
- prezența tulburărilor de somn: insomnii, coșmaruri violente;

⁶⁴ Apud Muntean A. (2001). *Familii și copiii în dificultate*, Timișoara, Ed. Mirton, p. 51

⁶⁵ Agenția Națională pentru Protecția Familiei (2007). *Ghid de intervenție în cazurile de violență în familie*, p. 11

⁶⁶ H.G. nr. 49/2011 pentru aprobarea Metodologiei-cadru privind prevenirea și intervenția în echipă multidisciplinară și în rețea în situațiile de violență asupra copilului și de violență în familie și a Metodologiei de intervenție multidisciplinară și interinstituțională privind copiii exploatați și aflați în situații de risc de exploatare prin muncă, copiii victime ale traficului de persoane, precum și copiii români migranți victime ale altor forme de violență pe teritoriul altor state

- agitație severă, anxietate, stare de nervozitate permanentă;
- gândire confuză, incapacitatea de a lua decizii, lipsă de concentrare;
- opinii rigide cu privire la rolul femeii și al bărbatului.

9.5 Efectele violenței domestice asupra vieții de familie (copil, femeie)

Ana Muntean (2001) face o comparație plastică a efectelor violenței domestice cu efectele pietrei aruncate în apa liniștită: ea cade antrenând mișcări concentrice ale apei, tulburând liniștea.

În primul cerc desenat pe pânza transparentă a apei, cerc denumit de A. Muntean „cerc al suferinței” sunt cei doi implicați: actorii dramei, de regulă femeia și agresorul, de regulă bărbatul. În al doilea cerc al suferinței: copiii lor. Statisticile arată că într-o proporție de aproximativ 75% copiii care trăiesc în familii dominate de violență suferă și dezvoltă tulburări psihice consecutive acestei suferințe. Copiii martori dezvoltă anumite manifestări care țin de sindromul posttraumatic. Ei nu percep experiența traumatică ca pe o identitate dramatică ci ca pe o succesiune de evenimente de necontrolat față de care au comportamente de fugă/luptă cu puternice încărcături emoționale.

Cooper (1992) susține că pentru a reintra într-o funcționare normală, copiii martori ai scenelor de violență dintre părinți au nevoie de un timp pentru a putea înțelege și tolera evenimentul dramatic trăit. Însă acolo unde incidentele apar cu o frecvență mare, de exemplu, de două ori pe săptămână, copilul nu are posibilitatea de a-și reveni după un episod înainte de a intra în altul și acest lucru dă grave tulburări ale echilibrului psihic al acestor copii.

Desigur, în familiile devastate de violență între părinți, copilul se află într-o permanentă situație de risc de a deveni co-victimă în momentele de violență fizică asupra mamei iar consecințele psihice ale participării sunt foarte grave.

Bărbații abuzivi cu partenerile lor sunt de asemenea și autorii formelor mai grave de abuz a copilului. Date statistice rezultate în urma unor cercetări realizate în cadrul serviciilor medicale de urgență arată că două treimi din mamele copiilor abuzați sunt femei victime ale violenței partenerilor.

În cel de-al treilea cerc descris de A. Muntean se află familia lărgită care suferă, vecinii, colegii de muncă iar mai departe întreaga comunitate. E o suferință provocată de pierderea confortului psihic, a sănătății mentale și fizice, a încrederii în sine și în propriile capacități etc.

Influențe asupra dezvoltării copilului

Cercetările arată că „trauma copiilor care cresc într-o atmosferă violentă, chiar dacă nu ei sunt victimele directe, este mai intensă și cu consecințe mai profunde și mai de durată decât în cazul copiilor care sunt victime directe ale abuzurilor și a neglijării din partea părinților”⁶⁷.

Într-o familie bântuită de violență, copiii cresc într-o atmosferă în care nevoile lor de bază: nevoia de siguranță, de viață predictibilă, de dragoste sunt profund neglijate. Funcțiile parentale nu mai pot fi îndeplinite. O mamă victimă a violenței soțului este mai puțin capabilă să-l protejeze de răniri, accidente, pericole fizice sau sociale.

În atmosfera unui cămin plin de violență nici unul dintre părinți nu mai pot să se preocupe de stimularea copilului pe planul cunoașterii și al experiențelor sociale. Ei își pierd în ochii copilului autoritatea de care ar trebui să se bucure în calitatea lor de părinți. În locul autorității se instalează teroarea, care nu educă, nu formează și care poate frâna dezvoltarea mentală sau afectivă a copilului. Copilul va învăța o singură regulă: să se ferească cu orice preț de agresiune. De asemenea va învăța: cel mai tare din punct de vedere fizic – învinge, iar cel mai slab trebuie să se supună. Copilul va înțelege că relațiile sociale se bazează pe raporturi de forță, de supunere a celui mai slab de către cel mai tare, iar mintea lui va fi tot mai preocupată de găsirea unor soluții de a scăpa de aceste situații. Copilul nu va avea ocazia să cunoască și să deprindă abilitățile necesare pentru o viață socială normală: abilități de comunicare, toleranță, afecțiune, negociere și compromis. Propriile relații cu ceilalți, cu familia, cu colegii, le va baza pe strategii care au ca scop dominarea agresivă sau fuga de situație.

Odată învățat în copilărie, acest model de relaționare capătă forța unui tipar care se aplică tuturor relațiilor sociale în care va intra ca adult. Se constată că în 74% din cazuri (Killen, 1998) se petrece această repetare de la o generație la alta a modelului de comportament violent în familie.

Reacția și dezvoltarea personalității copilului care crește într-o atmosferă violentă nu este uniformă pentru toți indivizii. Intervine aici fenomenul de reziliență (adaptare reușită după expunerea la factori de risc biologici și/sau psihosociali sau la evenimente de reacții stresante) a copilului care va face pe unii dintre ei să facă față forței distructive a violenței domestice și să scape mai puțin marcați.

Influențe asupra femeilor, victime abuzului partenerilor

Se constată că femeile prinse într-o relație violentă încearcă să ia o măsură de protecție abia în momentul în care simt că pericolul se răsfrânge și asupra copilului. Propria lor situație nu le determină la un gest de autoprotecție și ele rămân în relația violentă, alterându-și progresiv imaginea lor de sine.

Asupra femeii victime amprentele violenței suportate apar în câteva trăsături mai mult sau mai puțin persistente în funcție de durata relației și în același timp de fragilitate psihică pe care a dobândit-o în propria copilărie: stima de sine scăzută; comportament auto-abuziv; dificultăți în formarea și menținerea de relații armonioase; parenting disfuncțional; anxietate; episoade frecvente de plâns; inadecvare a sensului identității și spațiului privat; oprire sau regresare în dezvoltarea persoanei, imaturitate; disfuncții sexuale/frică de relații sexuale; fobii; tulburări de memorie; tulburări de concentrare și atenție⁶⁸.

Sindromul Stockholm

Victimele dezvoltă sentimente pozitive și se atașează emoțional de agresorii lor, chiar până la punctul de a le ține partea. Termenul vine de la un incident privind jefuirea unei bănci din Stockholm, Suedia, în august 1973.

Sindromul este caracterizat de patru condiții:

- 1) oamenii cred că le este amenințată supraviețuirea;
- 2) li se arată mici semne de bunătate din partea atacatorilor;
- 3) sunt izolați de alte opinii;
- 4) sunt convingși că nu au scăpare.

În cazul femeilor agresate, acestea sunt recunoscătoare pentru orice act de bunătate manifestat de agresor, neagă abuzul, sunt excesiv de vigilențe față de nevoile agresorului și bănuitoare cu cei care încearcă s-o ajute.

9.6 Specificul investigației și intervenției în cazurile de violență domestică

Semnalarea – presupune colectarea informațiilor complete și relevante de la cel care raportează abuzul și din surse colaterale, analiza datelor în vederea preluării cazului;

⁶⁷ Catheline, Marcelli, 1999 apud Muntean, A. (2001). *Familii și copiii în dificultate*, Timișoara, Ed. Mirton pp. 46-47

⁶⁸ Vraști, R. (2012). *Ghid practic de intervenție în criză*, disponibil la <http://www.vrasti.org/Ghid%20Practic%20de%20Interventie%20in%20Criza.pdf>

Evaluarea inițială – identificarea persoanelor ce vor fi intervievate, formarea echipei interdisciplinare, identificarea factorilor de risc, elaborarea unui plan de siguranță, înregistrarea cazului sau închiderea lui;

Evaluarea familiei – identificarea cauzelor agresiunii, a schimbărilor necesare pentru a reduce sau elimina factorii de risc, a nevoilor familiei, redactarea raportului de evaluare a cazului;

Intervenția – identificarea scopurilor, a sarcinilor și a serviciilor; stabilirea limitelor de timp și a responsabilităților; implementarea planului de servicii;

Monitorizarea și evaluarea intervenției – reevaluare – continuarea sau modificarea planului sau închiderea cazului.

Echipe mobile pentru intervenție și echipe multidisciplinare⁶⁹

Intervenția de urgență se realizează din perspectiva acordării serviciilor sociale prin intermediul unei echipe mobile formate din reprezentanți ai Serviciului Public de Asistență Socială, denumit în continuare SPAS.

Echipele mobile au rol de verificare a semnalărilor, de evaluare inițială și de realizare a demersurilor necesare pentru depășirea riscului imediat, constând în: transport la unitatea sanitară cea mai apropiată în situațiile în care victima necesită îngrijiri medicale, sesizarea organelor de cercetare penală, sesizarea organelor competente pentru emiterea unui ordin de protecție provizoriu, orientarea către Direcția generală de asistență socială și protecția copilului, denumită în continuare DGASPC, sau, după caz, la SPAS, în vederea găzduirii în centre rezidențiale adecvate nevoilor și aplicării managementului de caz pentru victime și agresori.

Semnalarea situațiilor urgente de violență domestică pentru care este necesar sprijinul din partea serviciilor sociale se realizează prin intermediul liniilor telefonice ale instituțiilor publice abilitate să intervină în cazurile de violență domestică, inclusiv al liniilor telefonice de urgență.

Personalul din cadrul SPAS realizează evaluarea gradului de risc, din perspectiva acordării serviciilor sociale, pe baza unui instrument specific, care se aprobă, împreună cu

⁶⁹ Bragă, A. (2019). *Violența domestică și violența de gen - prevenire și reducerea riscurilor*, disponibil la: https://decideseurope.net/wp-content/uploads/2020/08/Consul-de-formare_Violenta-domestica-si-violenta-de-gen-prevenire-si-reducerea-riscurilor_RU_New.pdf

procedura pentru intervenția de urgență în cazurile de violență domestică, prin ordin emis de către ministrul muncii și justiției sociale.

Pentru verificarea semnalărilor privind violența domestică, reprezentanții SPAS au drept de acces în sediile sau punctele de lucru ale persoanelor juridice, precum și la domiciliul persoanelor fizice. Managementul de caz se asigură de către compartimentul violență domestică din cadrul DGASPC. În scopul de a asigura accesul neîngrădit la găzduire în situațiile de urgență, precum și la restul serviciilor sociale existente pentru victimele violenței domestice, precum și pentru agresori, DGASPC depune diligențele necesare pe lângă SPAS și furnizorii privați de servicii sociale de pe raza teritorială a județului. Victimele pot fi găzduite în orice serviciu social cu această destinație, indiferent de domiciliul acestora, unde există un loc disponibil.

Echipele multidisciplinare au fost înființate prin Hotărârea de Guvern nr. 49/2011 pentru aprobarea Metodologiei-cadru privind prevenirea și intervenția în echipă multidisciplinară și în rețea în situațiile de violență asupra copilului și de violență în familie și a Metodologiei de intervenție multidisciplinară și interinstituțională privind copiii exploatați și aflați în situații de risc de exploatare prin muncă, copiii victime ale traficului de persoane, precum și copiii români migranți victime ale altor forme de violență pe teritoriul altor state. Prin HG nr. 49/2011 au fost stabilite responsabilitățile reprezentanților instituțiilor cu atribuții în domeniul prevenirii și combaterii violenței domestice și metodologia de lucru în cadrul acestor echipe de intervenție.

Din echipa multidisciplinară fac parte minim asistentul social (de regulă este și managerul de caz), psihologul, medicul, polițistul, juristul. După caz, în echipa multidisciplinară poate fi invitat cadrul didactic al copilului și/sau consilierul școlar (obligatoriu pentru cazurile de exploatare prin muncă, trafic de copii și repatrierea copiilor români migranți victime ale altor forme de violență pe teritoriul altor state).

Pe lângă membrii unei echipe minim constituite pot fi implicați și alți profesioniști care, prin pregătirea profesională sau prin vocație, pot aduce un plus de calitate serviciilor oferite de echipa multidisciplinară (medici legiști, terapeuți specializați, consilieri de probațiune, avocați, preoți, persoana de îngrijire, persoana de referință a copilului).

Asistentul social are o serie de responsabilități atunci când ia cunoștință despre existența unui caz de violență domestică, după cum urmează⁷⁰:

⁷⁰ Dima, G., Beldianu, I. F. (2015) (coord.) „Violența domestică: intervenția coordonată a echipei multidisciplinare. Manual pentru specialiști”, Timișoara: Editura de Vest, disponibil la:

1. Identificarea situațiilor de violență – Asistenții sociali din cadrul SPAS (Serviciilor Publice de Asistență Socială) identifică aceste situații prin colectarea și verificarea informațiilor primite de la actorii locali – cadrele didactice, directorii unităților de învățământ, consilierii școlari, mediatorii școlari, cadrele medico-sanitare (medici, asistente, mediatorul sanitar, asistentul comunitar), polițiști, polițiști locali, preoți, reprezentanți ai ONG-urilor și grupurilor civice sau cetățeni etc.

2. Sesizarea situațiilor de violență – Odată identificate, cazurile de violență vor fi semnalate către DGASPC (Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului). Atunci când sunt implicați copii, asistentul social are obligația să semnaleze DGASPC cu privire la situațiile de violență. În cazul victimelor adulte, asistentul social are posibilitatea să semnaleze DGASPC cu acordul victimei, dacă aceasta dorește să beneficieze de serviciile disponibile la nivelul direcției.

3. Evaluarea cazurilor de violență – Pentru a înțelege complexitatea cazului de violență identificat este bine să existe o echipă multidisciplinară și interinstituțională, din a cărei componență nu ar trebui să lipsească -asistentul social, psihologul, medicul, polițistul, juristul. Asistentul social este responsabil de evaluarea socială a victimei violenței domestice (conform HG 49/2011, cap. IV 2.4), informații ce vor fi înscrise în ancheta socială. Scopul evaluării sociale este de a putea decide care sunt cele mai bune modalități de intervenție în funcție de fiecare caz în parte și nu pornind de la prejudecăți sau generalizări.

Întocmirea planului de reabilitare și/sau de reintegrare socială – Asistentul social care este manager de caz realizează planul de reabilitare și/sau reintegrare social, pe baza raportului de evaluare detaliată al echipei multidisciplinare și cu participarea adultului. Prestațiile și serviciile prevăzute în plan se adresează atât victimei, cât și familiei acesteia și agresorului.

5. Furnizarea serviciilor - Asistentul social- manager de caz trebuie să faciliteze accesul adultului victimă și familiei acestuia la serviciile menționate în plan și să acompanieze, după caz, sau să comunice cu restul membrilor echipei multidisciplinare.

6. Monitorizarea cazului – Asistentul social – manager de caz are responsabilitatea să urmărească îndeplinirea aspectelor trecute în planul de reintegrare, să evalueze riscurile și să adapteze planul în funcție de ele, să organizeze întâlniri cu echipa multidisciplinară pentru reevaluarea cazului, reevaluarea situației adultului victim și a familiei acestuia, documentarea cazului.

7. Închiderea cazului – Cazul este închis după o perioadă de 6 luni de monitorizare postservicii. Asistentul social - manager de caz are responsabilitatea monitorizării cazului postservicii.

8. Supervizarea – Asistenții sociali care lucrează direct cu victimele trebuie să respecte confidențialitatea datelor, însă sunt încărcăți emoțional și mental cu mărturiile și traumele victimelor. Pentru a putea gestiona cazul cu respectarea principiilor etice este bine să existe supervizarea din partea altui asistent social.

9.7 Servicii sociale de suport pentru victimele violenței domestice

Serviciile sociale pentru prevenirea și combaterea violenței domestice pot fi organizate în regim rezidențial, în regim de zi sau cu program continuu, cu sau fără personalitate juridică, de interes local sau județean.

(1) Serviciile sociale pentru prevenirea și combaterea violenței domestice organizate în regim rezidențial, destinate victimelor violenței domestice, cu găzduire pe perioadă determinată, sunt:

- centre de primire în regim de urgență;
- centre de recuperare;
- locuințe protejate;

(2) Serviciile sociale pentru prevenirea și combaterea violenței domestice organizate în regim de zi sunt:

- centre pentru prevenirea și combaterea violenței domestice;
- centre pentru servicii de informare și sensibilizare a populației;
- centre de asistență destinate agresorilor.

(3) Serviciile sociale pentru prevenirea și combaterea violenței domestice cu program continuu sunt:

- a) servicii de informare și consiliere pentru victimele violenței domestice de tip linie telefonică de urgență - help-line;
- b) servicii integrate de urgență destinate victimelor violenței sexuale.

Serviciile sociale destinate agresorilor sunt organizate în regim de zi și au ca obiectiv reabilitarea și reinsertia socială a acestora.

Serviciile sociale specializate pentru prevenirea și combaterea violenței domestice sunt oferite în mod gratuit victimelor.

Conform Art. 16, alineatul 4, „Finanțarea serviciilor sociale pentru prevenirea și combaterea violenței domestice, organizate în sistem public sau, după caz, în parteneriat public sau public-privat, se asigură din bugetele locale, din finanțări de la bugetul de stat prin programe de interes național, precum și din diferite tipuri de finanțări nerambursabile sau rambursabile sau, după caz, din bugetul de stat. În scopul finanțării serviciilor sociale pentru prevenirea și combaterea violenței domestice pot fi utilizate resurse financiare provenite din donații, sponsorizări și din alte surse prevăzute de lege.”⁷¹

Tipurile de centre pe care le poate accesa o victimă a violenței conform legislației în vigoare sunt:

Centre de primire în regim de urgență – denumite în continuare adăposturi, sunt unități de asistență socială, cu sau fără personalitate juridică, de tip rezidențial, care asigură protecție, găzduire, îngrijire și consiliere victimelor violenței în familie.

Adăposturile asigură gratuit, pe o perioadă determinată, asistență familială atât victimei, cât și minorilor aflați în îngrijirea acesteia, protecție împotriva agresorului, asistență medicală și îngrijire, hrană, cazare, consiliere psihologică și consiliere juridică, potrivit instrucțiunilor de organizare și funcționare elaborate de autoritate.

„Locuințele protejate sunt unități de asistență socială organizate în regim rezidențial pe durată determinată cu sau fără personalitate juridică, care asigură găzduire în regim de urgență, îngrijirea, asistența socială, consilierea juridică și psihologică și orientarea victimelor violenței domestice. Adresa locuințelor protejate este secretă publicului larg”⁷².

Situațiile care impun găzduirea victimei într-un adăpost:

- victima a fost nevoită să părăsească domiciliul, singură sau împreună cu copii.
- victima a fost alungată de acasă de către agresor, de cele mai multe ori fiind privată de haine, acte de indentitate sau bani.
- victima nu are alternativă de a locui la rude, prieteni, etc.
- victima a plecat de acasa de mai mult timp, ca urmare a violenței, locuind o perioadă la rude, prieteni, în chirie, iar acum nu mai poate locui din motive obiective.
- victima hotărăște să se întoarcă la domiciliu, după o perioadă de absență din motive de violență, iar partenerul nu o primește în casă sau este în continuare violent.

⁷¹ Legea nr. 174/2018 privind modificarea și completarea Legii nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie

⁷² Idem, art. 21

- victima violenței nu este localnică și provine din localități limitrofe sau chiar din alt județ .

Adresa centrului este secretă, atât angajații centrului, cât și ceilalți specialiști care intră în contact cu victimele având obligația de păstrare a confidențialității cu privire la adresa centrului și la datele de identificare ale victimelor și copiilor acestora.

Centrul de primire în regim de urgență pentru victimele violenței domestice colaborează în soluționarea cazului de violență cu instituții, autorități și organisme cu competențe în domeniu (poliție, serviciile specializate de asistență socială, care funcționează în subordinea autorităților locale, serviciul de medicină legală, unitate sanitară și/sau organizații neguvernamentale).

Condițiile de acces în centru sunt următoarele:

a) acte necesare:

- acord de prelucrare a datelor cu caracter personal a beneficiarului;
- copii după cartea de identitate, certificatul de naștere, certificatul de căsătorie dacă este cazul;
- copii după certificatele de naștere ale copiilor minori;
- ancheta socială întocmită de serviciul SPAS de la domiciliul sau reședința victimei;
- cerere de admitere, semnată de beneficiar, în original;
- raport psiho-social întocmit de managerul de caz prin care se propune ac-cesul la serviciile oferite de centru;
- dispoziția de admitere aprobată sau după caz avizată de Directorul Executiv al Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului a Județului respectiv, în original;
- contractul de furnizare servicii sociale semnat de părți, în original;
- fișa de deschidere a cazului;
- fișa inițială a cazului;
- fișa de evaluare inițială/reevaluare a beneficiarului;
- planul de intervenție;
- istoricul social;
- fișă monitorizare servicii;
- regulamentul de ordine interioară a centrului semnat de beneficiar;
- documentele completate de organizațiile/instituțiile care au constatat cazul de violență domestică și au identificat victima, dacă există;
- orice document prin care s-a constatat o formă de violență domestică definită de lege.

b) criterii de eligibilitate

- adulți victime ale violenței domestice- în sensul Legii nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței domestice, cu modificările și completările ulterioare;
- cupluri părinte/reprezentant legal copii;
- au domiciliul/reședința pe raza județului respectiv.

c) admiterea în centru se face pe baza dispoziției directorului executiv al Direcției Generale de Asistență Socială și Protecției Copilului a Județului respectiv.

Admiterea se realizează prin încheierea unui contract de acordare de servicii sociale, între Direcția Generală de Asistență Socială și Protecției Copilului a Județului respectiv – Centrul Multifuncțional Destinat Victimelor Violenței în Familie și persoana beneficiară.

Perioada de găzduire este determinată, *până la maxim 180 de zile*, în funcție de situația particulară a fiecărui beneficiar și în raport cu nevoile individuale ale acestuia.

Centre de recuperare pentru victimele violenței în familie - sunt unități de asistență socială de tip rezidențial, cu sau fără personalitate juridică, care asigură găzduirea, îngrijirea, consilierea juridică și psihologică, sprijin în vederea adaptării la o viață activă, inserția profesională a victimelor violenței în familie, precum și reabilitarea și reinserta socială a acestora.

Centre pentru prevenirea și combaterea violenței în familie – sunt unități de asistență socială în regim de zi, cu sau fără personalitate juridică, care asigură asistență socială, consiliere psihologică, juridică, precum și informarea și orientarea victimelor violenței în familie.

Centre pentru servicii de informare și sensibilizare a populației -sunt unități de asistență socială, cu sau fără personalitate juridică, care oferă servicii de informare și educare, asistență socială și un serviciu telefonic de urgență pentru informare și consiliere.

Pe teritoriul României victimele au la dispoziție **41 de centre**, distribuite teritorial neuniform, în care pot primi găzduire pe termen scurt sau lung.

Agenția Națională pentru Egalitate de Șanse între Bărbați și Femei a pus la dispoziția victimelor violenței domestice o linie telefonică gratuită, cu un număr unic de contact, 0800.500.333, în vederea semnalării situațiilor de violență domestică. Acest serviciu este asigurat 24/24 ore, 7/7 zile. Numărul este apelabil gratuit din orice rețea cu acoperire națională.

Apelul la linia telefonică poate fi făcut de către victimă, un părinte sau alt membru al familiei, o persoană din cadrul rudelor/prietenilor, un vecin sau un martor.

Serviciile liniei telefonice gratuite au la bază următoarele principii:

- Asigurarea și menținerea confidențialității asupra aspectelor ce țin de siguranța și viața privată a victimelor, protejarea intimității beneficiarilor și respectul pentru demnitatea umană, în toate activitățile întreprinse
- Promovarea bunăstării, siguranței fizice și psihologice a victimei pentru depășirea situației de criză și reluarea unei vieți independente
- Abordarea coprehensivă a violenței domestice și violenței împotriva femeilor, inclusiv prin promovarea unei abordări sensibile de gen, în serviciile sociale destinate victimelor violenței domestice
- Creșterea gradului de dezvoltare personală (autodeterminarea) și împuternicirea victimelor violenței domestice
- Acces nediscriminatoriu, gratuit și debirocratizat (facil) la servicii adecvate victimelor violenței domestice .

Consilierii liniei gratuite vor oferi recomandări pentru soluționarea situațiilor care au dus la apelarea serviciilor și implicit demersurile pe care victima le poate iniția:

- Apel la 112 în situații de urgență
- Recomandarea unui adăpost aflat în proximitate
- Îndrumarea către DGASPC, ONG-uri, servicii medicale de urgență
- Informații concrete cu privire la obținerea ordinului de protecție, care au ca scop protejarea persoanei a cărei viață, integritate fizică sau psihică ori libertate este pusă în pericol printr-un act de violență din partea unui membru al familiei.

Scopurile serviciilor specializate pentru munca cu victime

Creșterea siguranței fizice pentru femeile victimizate și copiii lor.

Îmbunătățirea sănătății fizice și emoționale, a bunăstării generale a femeilor.

Furnizarea de mesaje clare pentru înțelegerea violenței la care au fost supuse.

Promovarea unor așteptări realiste despre serviciile existente.

Suținere pentru procesul de restabilire emoțională și funcțională de întărire a abilităților și resurselor personale, pentru a găsi și aplica soluții adecvate în organizarea independentă, autonomă și liberă a vieții în continuare.

Principiile de lucru în serviciile specializate pentru femei victimizate în relația de cuplu

Asigurarea protecției și securității fizice a victimelor/supraviețuitoarelor

Confidențialitate

Complexitate și specificitate

Tratarea diferențiată a violenței domestice față de alte acte de violență

Promovarea relațiilor pozitive, sănătoase între persoane

Responsabilitate socială, munca în rețea.

Planul de securizare fizică constă în:

1. Evaluarea pericolului

Istoria abuzului;

Frecvența actelor de violență și severitatea efectelor (răni, handicap);

Folosirea de arme;

Pericolul pentru viața victimei(lor) pe care îl prezintă violența;

Consumul de alcool și/sau alte substanțe;

Comportamentul agresorului în afara familiei/relației - dacă este sau a fost violent în cu alți membri ai familiei, în alte relații, la locul de muncă, alte contexte;

Tendința de a o controla și modalitățile în care o controlează

Dacă exercită abuz împotriva copiilor;

Antecedente contravenționale și/sau penale;

Gelozie și comportament de control;

Dacă au existat tentative de divorț sau perioade de separare;

Suicidalitate;

Strategiile de rezistență ale victimei – în ce fel ripostează în apărare.

2. Reducerea vulnerabilității față de violență

să înțeleagă și să se convingă că a fost prinsă într-un proces de victimizare;

să primească informație despre ce este violența în relație, despre tacticile abuzatorilor și să înțeleagă efectele și

strategiile ei de supraviețuire;

să-și reconstruiască încrederea în sine, în percepțiile și observațiile proprii.

3. Prelucrarea de strategii care ajută la prevenirea, minimizarea sau evitarea violenței:

se discută ce a mers până acum, ce nu, ce ar putea să facă atunci când simte că se aproprie o descărcare violentă

4. Creșterea autonomiei femeii vizează reducerea dependenței față de alții.

5. Găsirea unui spațiu în care femeia să fie în siguranță

6. Pregătiri pentru plecare. Măsurile de securizare necesare: unde va pleca, cum va pleca, ce să ia cu ea (chei, bani, numere de telefon, documente, haine pentru ea și pentru copii), cum să-i pregătească pe copii, cum să se protejeze în continuare.

7. Protecția legală

8. Dezvoltarea unei rețele de sprijin.

Aplicație: Realizați un plan de securizare pentru următoarea situație: femeia locuiește încă cu partenerul, s-a întors în relație, la locuința comună

9.8 Prevenirea violenței domestice

Prevenirea primară are ca scop împiedicarea apariției problemelor. Se adresează populației generale, de regulă sub formă de măsuri de informare, educare și comunicare, urmărind sensibilizarea unor anumite grupuri țintă precum grupuri școlare, grupuri familiale, cu privire la riscurile pe care le presupune violența domestică întâlnită în familie.

Exemple de activități de prevenire primară:

- campanii de sensibilizare a opiniei publice
- programe de vizite la domiciliul familiilor
- dezvoltarea eficientă a autonomiei economice a adulților și suport pentru obținerea unei independențe financiare

Prevenirea secundară presupune identificarea timpurie a factorilor de risc pentru prevenirea dezvoltării ulterioare a problemelor, dar mai ales a familiilor cu risc de apariție și menținere a acestui tip de violență. Acest tip de prevenire are ca țintă grupurile vulnerabile, aflate în dificultate sau unde se identifică factori de risc.

Exemplu: grupurile de sprijin pentru familiile la risc.

Prevenirea terțiară reprezintă reducerea posibilităților de repetare a situației de violență în familie, precum și a consecințelor acestora prin diminuarea frecvenței și intensității.

Exemple de activități de prevenire terțiară:

- serviciile de reabilitare a victimei
- serviciile de reabilitare ale autorului actului violent
- monitorizarea reintegrării victimei în familie

Date statistice

Conform datelor publicate de Poliția Română pentru primele șapte luni ale anului 2020, au fost identificați 4882 de bărbați și 147 de femei care s-au comportat violent în familie. Numărul victimelor este de aproape 5500 de persoane și au fost emise peste 4800 de ordine de protecție provizorii din care circa jumătate au primit confirmarea procurorilor. Pe fondul măsurilor sanitare luate în România, conform Agenției Naționale pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați au fost înregistrate cu 2,3% mai multe sesizări, față de anul 2019, din partea femeilor agresate de partenerii de viață.

Bibliografie

- ✓ Agenția Națională pentru Protecția Familiei (2007). *Ghid de intervenție în cazurile de violență în familie*, disponibil online <http://femei.europroject.org.ro/uploads/GHID%20Violenta%20domestica.pdf>
- ✓ Bădărău, O. L. (2017). „Aspecte practice în lucrul cu mamele și copiii victime ale violenței domestice”. În Irimescu, G., Rădoi, M. (coord.) *Violența asupra femeii. Ipostaze. Explicații. Intervenții*, Iași: Ed. Universității „Alexandru Ioan Cuza” Iași;
- ✓ Bădărău, O. L., Stărică, E.C. (2016). „Perspective teoretice în elaborarea programelor de prevenire a abuzului și neglijării copilului”. În *Anuarul Universității „Petre Andrei” din Iași*, Fascicula Asistență Socială, Sociologie, Psihologie, Tomul 15, Ed. Lumen;
- ✓ Bădărău, O. L. (2013). „Mecanismul recurenței cazurilor de maltratare a copilului în sistemul de protecție socială din România”, *Revista de Asistență Socială* nr. 2 / 2013, Ed. Polirom, Iași;
- ✓ Benga, O., Mighiu, C., Muntean, D. (2009). *1, 2, 3... Pași în reabilitarea copilului care a suferit o traumă – ghid pentru terapeuți*, Asociația Salvați Copiii, Iași
- ✓ Bonea, V. G. (2012). *Violența în relația de cuplu: victime și agresori. Teorie și aplicații*, București, Ed. Sigma
- ✓ Bragă, A. (2019). *Violența domestică și violența de gen - prevenire și reducerea riscurilor*, disponibil la: https://decideseurope.net/wp-content/uploads/2020/08/Consulde-formare-Violenta-domestica-si-violenta-de-gen-prevenire-si-reducerea-riscurilor_RU_New.pdf
- ✓ Ciofu, C. (1998). *Interacțiunea părinți-copii*, Editura Medicală Amaltea, București, p. 145
- ✓ Constantin, M. (2004). *Maltratarea copilului între cunoaștere și intervenție*. Iași: Editura Lumen.
- ✓ Cooper D., Ball D. (1993). *Abuzul asupra copilului*, București, Ed. Alternative
- ✓ Curic, I., Văetiși, L. (2005). *Inegalitatea de gen: violența invizibilă*, Ed. Eikon, Cluj-Napoca;
- ✓ Dima, G., Beldianu, I. F. (2015) (coord.) „Violența domestică: intervenția coordonată a echipei multidisciplinare. Manual pentru specialiști”, Timișoara: Editura de Vest, disponibil la: <https://violentaimpotriva femeilor.ro/wp-content/uploads/2016/09/CONNECT-UNITBV-manual-pentru-specialisti-interventia-co.pdf>

- ✓ Ferréol, G. (1998). *Dicționar de sociologie*. Iași: Editura Polirom
- ✓ Furniss, T. (2005). *Manual multiprofesional pentru abuzul sexual al copilului. Management integrat, terapie și intervenție legală*, Ed. Waldpress, Timișoara
- ✓ Holt România (2002). *Ghiduri de bună practică în asistența socială a familiei și copilului*, Iași: Editura Lumen.
- ✓ Ionescu, Ș., Jourdan-Ionescu, C. (2001). „Maltratarea: forme, epidemiologie și consecințe”. În Ionescu, Ș. (coord.) *Copilul maltratat. Evaluare, prevenire, intervenție*. București: Fundația Internațională pentru Copil și Familie, pp. 13-28
- ✓ Irimescu, G. (2006). *Protecția copilului abuzat*, Iași: Editura Universității „Al. I. Cuza”
- ✓ Irimescu, G. (2005). „Violența în familie și metodologia intervenției”. În G. Neamțu, D. Stan (coord) *Asistența socială. Studii și aplicații*. Ed. Polirom, Iași
- ✓ Killen K. (1998). *Copilul maltratat*, Timișoara, Eurobit
- ✓ Ionescu S. (2001). *Copilul maltratat. Evaluare, prevenire, intervenție*, București, Fundația Internațională pentru Copil și Familie
- ✓ Jourdan-Ionescu, C. (2001). „Prevenirea maltratării copilului”. În Ionescu, Ș. (coord.) *Copilul maltratat. Evaluare, prevenire, intervenție*. București: Fundația Internațională pentru Copil și Familie, pp. 96-123
- ✓ Muntean A., Munteanu A. (2011). *Violență, traumă, reziliență*, Ed. Polirom, Iași
- ✓ Muntean, A. (2013). *Adopția și atasamentul copiilor separați de părinții biologici*, Iași, Polirom
- ✓ Muntean A. (2001). *Familii și copiii în dificultate*, Timișoara, Ed. Mirton
- ✓ Muntean, A. (2001). „Intervenția”. În Ionescu, Ș. (coord.) *Copilul maltratat. Evaluare, prevenire, intervenție*. București: Fundația Internațională pentru Copil și Familie, pp. 125
- ✓ Muntean, A. (2003). „Violența în familie și maltratarea copilului”. În Neamțu, G. (coord.). *Tratat de asistență socială*. Iași: Editura Polirom, 667–720
- ✓ Păunescu, C. (1994). *Agresivitatea și condiția umană*, Editura Tehnică, București
- ✓ Rădulescu, S., Pătrioara, M. (2003). *Abuzul sexual asupra copiilor*. București: Editura Lumina Lex.
- ✓ Rădulescu, M. S. (2001). *Sociologia violenței intra(familiale): victime și agresori*, Ed. Lumina Lex, București
- ✓ Robert - Ouvray S. (2001). *Copil abuzat, copil meduzat*, Timișoara, Eurostampa
- ✓ Roth - Szomoskozi M. (1999). *Protecția copilului - Dileme, concepții și metode*, Cluj-Napoca, Presa Universitară Clujeană;

- ✓ Roth, M. (2005). *Copii și femei victime ale violenței*, Cluj- Napoca, Presa Universitară Clujeană;
- ✓ Roth - Szomoskozi M. (2001). „Evaluarea situației de maltratare a copilului”. În Ionescu, Ș. (coord.) *Copilul maltratat. Evaluare, prevenire, intervenție*. București: Fundația Internațională pentru Copil și Familie, pp. 51-96
- ✓ Shepard, M. F., Pence, E. L. (2003). *Coordonarea reacțiilor comunitare față de violența domestică*. Modelul Duluth, Ed. Tehnica-Info, Chișinău;
- ✓ Sînzianu, S. G. (2006). *Violența în familie prezentată în presa din România*, Ed. Lumen, Iași
- ✓ Spânu, M. (1998). *Introducere în asistența socială a familiei și protecția copilului*, Ed. Tehnică Chișinău
- ✓ Stănculescu, M., S., Grigoraș, V., Teșliuc, E., Pop, V. (coord.) (2016). *Copiii din sistemul de protecție a copilului*, București: Banca Mondială, Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție și UNICEF, www.unicef.org.
- ✓ Turliuc, M. N., Huțuleac, A. K., Dănilă, O. (2009). *Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice*, Ed. Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași.
- ✓ Vrasti, R. (2012). Ghid practic de intervenție în criză, disponibil la <http://www.vrasti.org/Ghid%20Practic%20de%20Interventie%20in%20Criza.pdf>

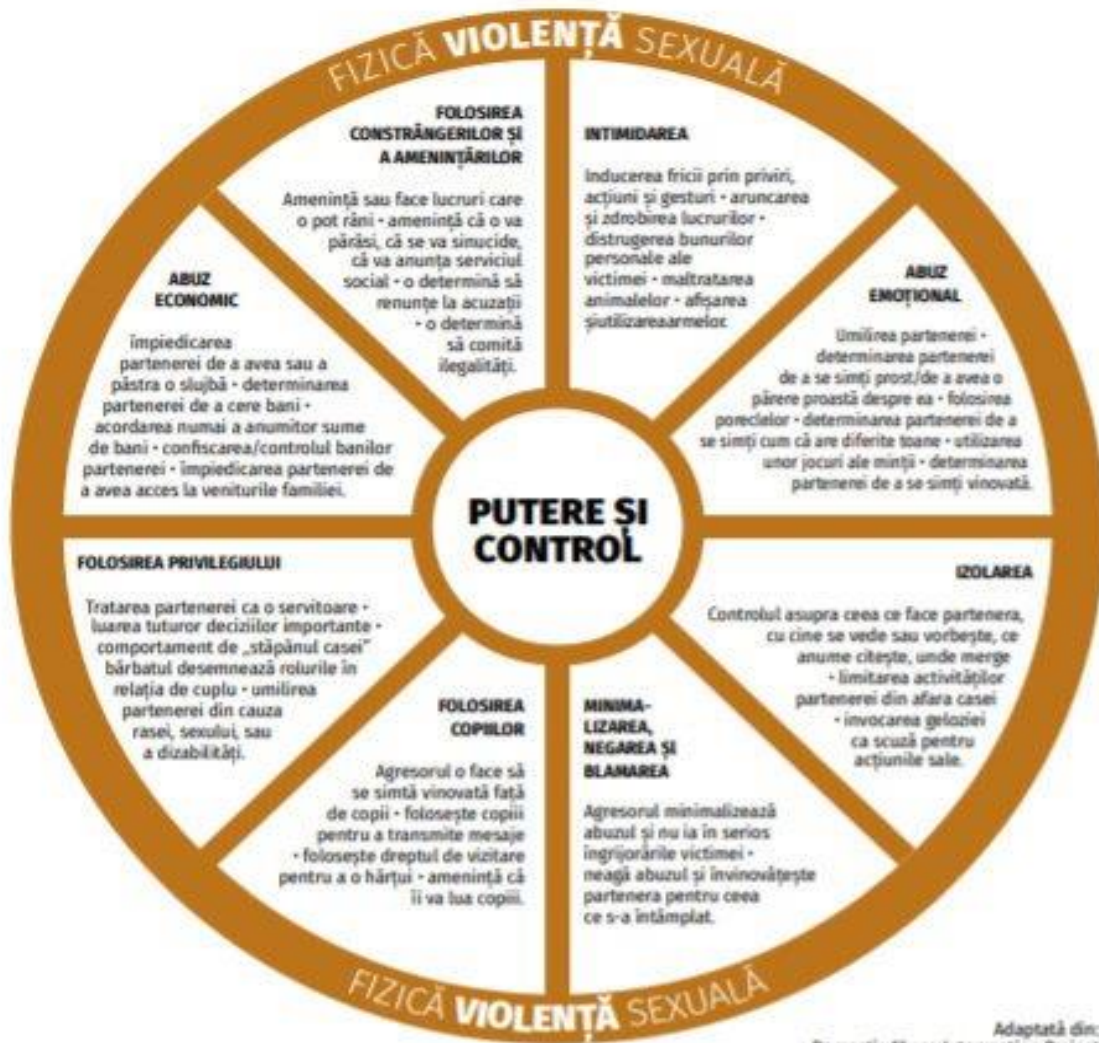
Legislație

- ✓ H.G. nr. 867/2015 pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale
- ✓ H.G. nr. 691/2015 pentru aprobarea Procedurii de monitorizare a modului de creștere și îngrijire a copilului cu părinți plecați la muncă în străinătate și a serviciilor de care aceștia pot beneficia, precum și pentru aprobarea Metodologiei de lucru privind colaborarea dintre direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului și serviciile publice de asistență socială și a modelului standard al documentelor elaborate de către acestea.
- ✓ H.G. nr. 49/2011 pentru aprobarea Metodologiei-cadru privind prevenirea și intervenția în echipă multidisciplinară și în rețea în situațiile de violență asupra copilului și de violență în familie și a Metodologiei de intervenție multidisciplinară și interinstituțională privind copiii exploatați și aflați în situații de risc de exploatare prin muncă, copiii victime ale traficului de persoane, precum și copiii români migranți victime ale altor forme de violență pe teritoriul altor state

- ✓ Legea nr. 174/2018 privind modificarea și completarea Legii nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie
- ✓ Legea nr. 272/2004, privind protecția și promovarea drepturilor copilului
- ✓ Legea nr. 30/2016 pentru ratificarea Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice, adoptată la Istanbul la 11 mai 2011.
- ✓ ORDIN Nr. 28/2019 din 3 ianuarie 2019 privind aprobarea standardelor minime de calitate pentru acreditarea serviciilor sociale destinate prevenirii și combaterii violenței domestice PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 90 bis din 5 februarie 2019
- ✓ ORDIN Nr. 2525/2018 privind aprobarea Procedurii pentru intervenția de urgență în cazurile de violență domestică
- ✓ H.G. nr. 365/2018 pentru aprobarea Strategia națională privind promovarea egalității de șanse între femei și bărbați și prevenirea și combaterea violenței domestice pentru perioada 2018-2021 și a Planului operațional pentru implementarea Strategia națională privind promovarea egalității de șanse între femei și bărbați și prevenirea și combaterea violenței domestice pentru perioada 2018-2021

Anexa nr. 1 Roata puterii și a controlului

DIAGRAMA 2: ROATA PUTERII ȘI CONTROLULUI



Adaptată din:
 Domestic Abuse Intervention Project
 Duluth, MN 218/722-2781