



Programul

**DE REABILITARE ȘI
REINTEGRARE
A COPIILOR
SUPUȘI EXPLOATĂRII
SEXUALE**



Prezenta publicație a fost elaborată în cadrul Proiectului „Includerea vocii copiilor victime ale exploatării sexuale în programele și politicile naționale”, în parteneriat cu Rețeaua Organizațiilor Naționale din domeniul Protecției Copilului și Prevenirii Exploatării Sexuale și Traficului de Copii din Republica Moldova, și susținut de Secretariatul Internațional ECPAT în cadrul programului Participarea Copiilor și a Tinerilor (CYP), susținut de Agenția Suedeză pentru Dezvoltare și Cooperare *Internațională Sida/Asdi*.

Informația prezentată în contextul Programului de Reabilitare și Reintegrare a copiilor abuzați/supuși exploatării sexuale a fost compilată de specialiștii recomandați de către membrii Rețelei Organizațiilor Naționale din domeniul Protecției Copilului și Prevenirii Exploatării Sexuale și Traficului de Copii.

Editor: Centrul Internațional pentru Protecția și Promovarea Drepturilor Femeii „La Strada”

Coordonator de ediție:

Tatiana Buianina, psiholog, Centrul Internațional pentru Protecția și Promovarea Drepturilor Femeii „La Strada”

Responsabili pentru elaborarea modulelor:

Valentina PRIȚCAN, dr. conf. univ., Universitatea de Stat „Alecu Russo” din Bălți

Veronica DONCIU, asistent social, Asociația Obștească „CCF Moldova-copil, comunitate, familie”

Oxana ȘEVCENCO, psiholog, Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii

Unele materiale din această publicație pot fi xerocopiate și reproduse fără acordul prealabil al autorilor numai în scopuri instructive, științifice, ce nu urmăresc obținerea de profit, cu condiția indicării autorului și sursei.

Pentru informații suplimentare privind prezenta publicație ne puteți contacta:

Centrul Internațional pentru Protecția și Promovarea Drepturilor Femeii „La Strada”

MD-12, Chișinău, Moldova, CP 259

Tel: (+373) 22 234906,

Fax: (+373) 22 234907

e-mail: office@lastrada.md

Web Site: <http://www.lastrada.md>

2016

CUPRINS

Modulul I. Eficiența personală în lucrul cu cazurile de abuz/exploatare sexuală.....	5
Modulul II. Delimitări conceptuale	10
II.1. Statutul definițiilor.....	10
II.1.1. Definiții din domeniul protecției sociale a copiilor (civil).....	10
II.1.2. Definiții din domeniul sistemului legal (penal)	10
II.1.3. Definiții clinice	11
Modulul III. Incidența cazurilor de abuz/exploatare sexuală comercială a copiilor în Republica Moldova.....	15
Modulul IV. Reacțiile copiilor la situațiile abuziv-exploatative	16
IV.1. Filosofia din spatele preocupării pentru relațiile sexuale dintre adulți și copii.....	16
IV.2. Impactul abuzului/exploatării sexuale.....	16
Modulul V. Indicatori ai abuzului/exploatării sexuale.....	18
V.1. Indicatori medicali ai abuzului sexual.....	18
V.2. Indicatori psihosociali ai abuzului sexual.....	19
V.2.1. Indicatori sexuali.....	19
V.3. Indicatori comportamentali non-sexuali la toți copiii.....	21
V.3.1. Indicatori comportamentali non-sexuali la copiii mici.....	21
V.3.2. Indicatori comportamentali non-sexuali la copiii maturi.....	21
Modulul VI. Investigarea legală a cazurilor de abuz/exploatare sexuală comercială.....	22
VI.1. Procedura specială de audiere a copiilor cu vârsta sub 14 ani	22
VI.2. Tehnici de interviuare și metodologia cumulării informației pe caz	23
VI.2.1. Metodologia interviuării copilului victimă/martor a abuzului/exploatării sexuale. Pregătirea pentru audierea legală	23
VI.2.2. Introducerea subiectului examinat și susținerea narațiunii libere	24
VI.2.3. Încheierea interviului	25
Modulul VII. Evaluarea și elaborarea raportului de evaluare psihologică a copilului abuzat/supus exploatării exploatat sexuale comerciale (la solicitare)	27
VII.1. Structura recomandată a raportului de evaluare psihologică.....	29
Modulul VIII. Evaluarea și intervenția psihologului în cazurile de abuz/exploatare sexualăcomercială a copiilor	31
VIII.1. Lucrul cu familia copilului.....	34
VIII.2. Reabilitarea psihologică a copiilor victime ale abuzului/exploatării sexuale	35

VIII.2.1. Model de intervenție în criză în 7 pași	36
VIII.2.2. Psihoterapia posttraumatică	39
VIII.3. Suportul social	49
Modulul IX. Abordarea conceptuală a familiei în practica asistenței sociale.....	51
IX.1. Implicația profesională a asistentului social în depășirea riscurilor și satisfacerea nevoilor familiei și copilului	53
IX.1.1. Sarcini ale asistentului social în lucrul cu familia aflată în situație de risc și/sau dificultate	56
IX.2. Intervenția la nivelul familiei cu copii abuzați/exploați sexual: lucrul cu sistemele.....	59
IX. 3. Evaluarea și intervenția în cazurile de abuz/exploatare sexuală comercială a copiilor	63
IX.4. Servicii de protecție a copiilor abuzați/exploați sexual.....	71
ANEXE	73

PREAMBUL

Abuzul și exploatarea sexuală comercială a copiilor este una dintre cele mai grave forme de violare a drepturilor copilului, una dintre formele moderne de sclavie.

Analiza cazurilor asistate sugerează că din momentul abuzului până în momentul identificării copilului în situația exploativă trec în medie 428 zile, perioadă în care copiii singuri sau sub influența abuzatorilor normalizează modelul comportamental sexualizat. Tabloul comportamental confuz, care maschează drama copiilor abuzați/exploatați sexual înaintea frecvent o serie de provocări specialiștilor implicați în procesul de reabilitare și reintegrare.

Provocările apărute drept urmare a evoluției fenomenului exploatare sexuală a copiilor, precum și nevoile constatate în răspunsul instituțiilor responsabile pentru protecția copilului au servit motiv pentru lansarea Proiectului „Includerea vocii copiilor victime ale exploatării sexuale în programele și politicile naționale” în parteneriat cu Rețeaua Organizațiilor Naționale din domeniul Protecției Copilului și Prevenirii Exploatării Sexuale și Traficului de Copii din Republica Moldova¹ și susținut de Secretariatul Internațional ECPAT² în cadrul programului Participarea Copiilor și a Tinerilor (CYP), sprijinit de Agenția Suedeză pentru *Dezvoltare și Cooperare Internațională Sida/Asdi*.

În cadrul Proiectului, Centrul Internațional „La Strada”, în parteneriat cu Rețeaua ECPAT Moldova a elaborat și pilotat Programul de Reabilitare și Reintegrare a copiilor supuși exploatării sexuale (PRR) spre atenția specialiștilor, organizațiilor de profil și instituțiilor responsabile în domeniul protecției drepturilor copilului, precum și mediilor academice.

În *primul modul* al programului am considerat că este util de a ne referi la factorul personal, mecanismele ce asigură reziliența specialiștilor în lucrul cu cazurile dificile, precum este abuzul/exploatarea sexuală a copiilor. Felul în care specialiștii fac față atât stresului emoțional al beneficiarilor, cât și stresului personal vor juca un rol important în judecata profesională, atitudinea senzitivă și deciziile elocvente ale specialiștilor.

Cel de *-al doilea modul* introduce definițiile pertinente pentru înțelegerea fenomenului de abuz/ exploatare sexuală a copiilor. Chiar dacă majoritatea profesioniștilor înțeleg ce este abuzul sexual, am considerat important să explicăm aceste definiții, deoarece în cadrul diferitelor discipline această definiție variază. Înțelegerea definițiilor cu care se operează atât din perspectivă legală, cât și din perspectiva clinică este importantă, deoarece favorizează intervenția eficientă.

Cel de *-al treilea modul* prezintă pe scurt incidența cazurilor de exploatare sexuală pe teritoriul Republicii Moldova.

Modulul patru tratează detaliat efectele pe care abuzul/exploatarea o au asupra victimei.

Indicatorii abuzului/exploatării sexuale care sunt cruciali în identificarea copiilor victime sunt sumarizați în *Modulul cinci*. Deoarece abuzurile sexuale, exploatarea sexuală au loc după ușile închise, în locuri izolate, acestea fie sunt frecvent trecute cu vederea de către îngrijitorii copiilor sau chiar grupurile

1 Rețeaua ECPAT din Moldova este formată din organizațiile naționale implicate în combaterea exploatării copiilor în sfera sexuală, trafic. Rețeaua națională a fost formată în septembrie 2006 și a devenit afiliată Rețelei ECPAT în martie, 2007. Rețeaua națională consistă din 7 organizații a căror scop primar este promovarea și protecția drepturilor precum și protecția copiilor de exploatarea sexuală.

2 ECPAT Internațional este o rețea globală constituită din organizații ne-guvernamentale care colaborează între ele în vederea eliminării exploatării sexuale a copiilor prin prostituție, pornografie, trafic.

profesionale, fie cunoașterea manifestărilor fizice și comportamentale are potențialul de a facilita identificarea copiilor victime și intervenția în timp util.

În *modulul șase* sunt prezentate particularitățile și necesitățile care apar în procesul de investigare a cazurilor de abuz și exploatare sexuală a copiilor, ținându-se cont de faptul că de fapt copilul este o categorie specială de victimă martor, care reclamă și o abordare specială.

Cel de-al șaptelea modul prezintă schema generală de elaborare a raportului de evaluare psihologică a copilului abuzat/supus exploatării sexuale comerciale. Evaluarea copiilor este o componentă importantă în cadrul procesului de luare a deciziilor în cazurile de abuz/exploatare sexuală a copiilor, în special, atunci când se pune problema oferirii unui raport de evaluare psihologică drept material probatoriu în examinarea cazului.

Modulul opt introduce principiile de evaluare și intervenție psihologică în cazurile de abuz/exploatare sexuală comercială a copiilor. Tratatamentul copiilor exploatați/abuzati sexual este un proces complex și provocator pentru specialiști. Modele de intervenție în criză, precum și modele explicative a mecanismelor de menținere a stresului post-traumatic sunt prezentate în vederea susținerii eforturilor specialiștilor în procesul de reabilitare și reintegrare a copiilor victime ale abuzului/exploatării sexuale.

În *modulului nouă* este descris conceptul de familie din perspectiva sociologică și psiho-socială. Formarea unei viziuni clare și coerente asupra familiei este esențială în înțelegerea intervenției asistenților sociali și a psihologilor în vederea asigurării eficienței în procesul de reabilitare și reintegrare a copiilor victime.

Tematica și modelele explicative propuse în prezentul Program de Reabilitare și Reintegrare a copiilor abuzati/supuși exploatării sexuale comerciale nu sunt nici pe departe definitive, mai degrabă incluzând setul minim de cunoștințe și strategii necesare în acoperirea nevoilor de reabilitare și reintegrare a copiilor victime, martori ai abuzurilor și exploatării sexuale.

În pofida eforturilor depuse în vederea protecției copilului o serie de acțiuni încă mai necesită a fi întreprinse, printre care cele mai imperioase sunt:

- dezvoltarea sistemului de servicii sociale destinate copiilor victime ale traficului/ exploatării sexuale (programe/servicii de prevenire și reabilitare pentru copiii cu comportament deviant în rezultatul expunerii la abuz/ exploatare);
- ajustarea serviciilor regionale specializate de asistență astfel încât să fie posibilă plasarea de urgență a copiilor în situații de risc 24/24;
- dezvoltarea unui cadru legal care ar reglementa activitatea și calitatea serviciului psihologic;
- asigurarea instruirii inițiale și continue a specialiștilor abilitați cu protecția copilului, implicați în reabilitarea și reintegrarea copiilor exploatați sexual și familiile acestora.

„Nu este vorba doar despre a investi mai mult, mai degrabă este vorba despre a investi mai bine”
(Prof. Llorens, UNCRC Comitetul pentru drepturile copilului)

MODULUL I.

EFICIENȚA PERSONALĂ ÎN LUCRUL CU CAZURILE DE ABUZ/EXPLOATARE SEXUALĂ

RESPONSABILI DE MODUL: Oxana ȘEVČENCO, Tatiana BUIANINA

Specialiștii implicați în asistența cazurilor de abuz și exploatare sexuală sunt puși în situația de a face față atât stresului emoțional al beneficiarilor, cât și stresului personal. Este firesc să reacționăm emoțional față de tragedia umană, în pofida educației și rolurilor profesionale pe care le avem. Fiecare dintre noi avem reacții personale față de problemele cu care ne confruntăm. Aceste reacții în nici un caz nu trebuie abordate ca manifestare inadecvată a rolurilor profesionale. Din contra, ar fi inadecvat să ne lipsească reacția emoțională față de un copil traficat în scopul exploatării sexuale sau față de un copil abuzat sexual de propriul părinte. În același timp este important ca, odată conștientizată reacția emoțională a specialistului, să nu permitem emoției să afecteze judecata și performanța profesională.

Mai jos vom prezenta o serie de reacții posibile și soluțiile în cazul acestor reacții.

Emoții umane universale

Informația despre un posibil abuz sexual săvârșit asupra unui copil poate stârni două reacții: (a) neîncredere, (b) dorința de a pedepsi vinovatul. Aceste reacții pot ascunde în ceață aspectul cel mai important - grija pentru copil și securitatea acestuia. Într-adevăr există riscul ca acuzarea unui abuz sexual să fie falsă (oricum, conform cercetărilor riscurile pentru acuzări false sunt rare)¹, dar credibilitatea copiilor și competențele specialiștilor să fie provocate. Reacția de neîncredere de obicei vine de la specialiștii bine intenționați, care în repertoriul lor personal au dificultatea de a înțelege cum ar putea cineva abuza un copil. Pe de altă parte, printre specialiștii care acceptă probabilitatea abuzului sexual există o tendință accentuată de a minimaliza impactul traumatic pe care abuzul/ exploatarea sexuală o poate avea asupra victimei.

Dincolo de tendința de a nu crede sunt reacțiile emoționale pe care persoana bine intenționată ar putea avea dificultăți în a le gestiona, cum ar fi mânia, furia față de abuzator.

Frica de a discuta subiecte traumatizante

Un studiu publicat în Journal of the American Medical Association (1992) indică asupra faptului că medicii tind să nu depășească limita specializării lor când asistă persoane cu semne ale violenței, tratând doar rănilor fizice, tulburările organice și evitând o discuție deschisă despre sursa acestora.

Teama specialiștilor de a nu se implica personal și a nu se „infecța” de toate relele omenești se explică² prin:

- dificultatea de a ieși din zona de confort, de a interacționa cu teme neplăcute, amenințătoare, stresante;
- teama de a ofensa prin încălcarea spațiului „privat”;

1 D. Jones & E. M. McGraw, „Reliable and Fictitious Accounts of Sexual Abuse to Children”, Journal of Interpersonal Violence 2 (1987):27-45.

2 Sugg & Inui, 1992, Primary care physicians response to domestic violence, Opening Pandoras Box, Journal of American Medical Association, 267, 3157-3160

- sentimentul de neputință în a face ceva pentru acești copii și impresia că, indiferent de ce-ar fi făcut, rezultatul nu ar depinde de ei;
- presiunea timpului (implicarea în viața acestor copii ar solicita mai mult, decât o examinare obișnuită de douăzeci de minute).

Lipsa resurselor, capacității de a ajuta copiii pot conduce de asemenea la evitarea temelor care ar putea trezi emoții puternice atât la copil, cât și la specialist.

Soluții: Specialistul care asistă cazurile de abuz/exploatare sexuală nu este singurul responsabil, acesta face parte dintr-o echipă de specialiști împuterniciți prin lege de a interveni!

Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 270 din 08.04.2014 a aprobat mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului. În acest document sunt stipulate procedurile ce trebuie să fie cunoscute și realizate de reprezentanții instituțiilor de învățământ, medico-sanitare și asistență socială, culturale, ordine publică, ai Inspectoratului de stat al muncii în cazurile copiilor victime sau potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării sau traficului.

Sentimentul ineficienței

Există situații în care copiii abuzați/exploați sexual nu trezesc compasiune față de sine, ci mai degrabă iritare, dezaprobare, învinuire și alte trăiri concurente cu intenția de a-i ajuta. Specialistului îi este complicat să înțeleagă de ce investiția (de resurse financiare, de timp și atitudine umană) pe care a avut-o nu dă rezultate rapide și vizibile, de ce copilul abuzat/exploatat se întoarce în mediul în care este maltratat în continuare.

Asistentul social din comunitate despre Ana, 13 ani:

„Nu merită ajutată, căci cum a fugit de acasă la „băieți răi”, așa și va face mereu”

Comportamentul copiilor în situația dată este explicat de Fairbairn (1958)³, care susține că acest model este cultivat în familie și se realizează în copilăria timpurie, când copilul este absolut dependent de îngrijitor, iar acesta nu-i satisface nevoile de bază (hrană, îngrijire, afecțiune, comunicare etc.). Practica spune că un copil respins ar trebui să fie mai puțin atașat de părintele neglijent, abuziv. Dar, spre deosebire de adulții experimentați, copiii nu au capacitatea de a evalua modelul parental, respectiv ei îl percep ca un dat, parte din normalitate. În timp, copiii care provin din medii deficitare, se simt mai confortabil în mediile cu care ei se fac familiari, acestea oferindu-le scenarii predictibile. Un astfel de copil va căuta cât mai mult să aibă nevoie de susținere, cu atât mai mare va fi probabilitatea lui de a evada în mediile deficitare care îi oferă predictibilitate. Astfel, acest scenariu deficitar ajunge să se perpetueze cu toate persoanele semnificative: iubiți abuzatori, proxeneți care oferă „grijă” și predictibilitate în schimbul banilor.

Soluții: Cunoscând cauzele acestui model comportamental, ar fi păcat să nu folosim nevoia de atașament a copilului în abordarea cazurilor date. Copilul se poate atașa de oricare specialist care îi va oferi timp, atenție, preocupare și bunăvoință. Experiența altor state în acest sens, cum ar fi, de exemplu, Israelul, ne vorbește despre continuitatea proiectelor sociale în care fiecare copil exploatat sexual își găsește printre membrii organizațiilor specializate în acest domeniu o persoană de referință, un mentor care să fie accesibil și disponibil la orice oră, în funcție de necesitatea copilului. Astfel, copiii dobândesc încredere în specialist și acceptă schimbarea treptată a modului de viață.

³ Fairbairn, W. R. D. (1958). On the nature and aims of psychoanalytic treatment, International Journal of Psychoanalysis, 39:374-385.

Atitudinea moralistă

În orice intervenție axată pe învățarea noilor comportamente, pe activarea responsabilității față de modul de viață și alegerile făcute, specialistul poate întâmpina atât rezistență față de schimbare din partea copilului, cât și recăderi spre vechile modele comportamentale după ce s-a obținut un rezultat scontat. În astfel de context, specialiștii antrenați în acest proces riscă să se contamineze de nemulțumire, dezamăgire, dezinteres, să devină critici, rigizi și moralizatori. De altfel, își induc convingerea că nu are rost să-și investească energia, deoarece modul de viață al copilului asistat (vagabondaj, prostituție, furt, consum de droguri etc.) nu se va mai schimba.

Soluții: Există anumite legități conform cărora modelele comportamentale vechi dispar și se instaurează altele noi:

- schimbarea are nevoie de timp, de menținerea unui nivel optim și constant de dorință de schimbare (constanta motivațională); în acest sens este nevoie de maximum răbdare și minimum blamare;
- schimbarea se produce treptat, prin trecerea de la o etapă la alta (fazele schimbării), fiecare având specificul său, ignorarea cărora poate duce la aplicarea unor metode greșite cu șanse de eșec în rezolvarea problemelor comportamentale sau chiar la agravarea situației deja existente;
- fiecare persoană are ritmul propriu de creștere sau schimbare; orice forțare sau încetinire a acestui ritm poate avea efecte negative în procesul schimbării.

În procesul de schimbare este nevoie de complice – o persoană de încredere aleasă, cu care se stabilește din timp înțelegerea să intervină obligatoriu într-un mod anumit (să sune, să se intereseze, să iasă împreună etc.) în faza de recădere, care va interveni neapărat.

Impactul experienței personale

Experiențele personale colorează practica profesională și invers. Trei dintre experiențele personale care pot afecta în mod tacit eficiența profesională sunt expuse mai jos.

Victimizarea sexuală

Specialistul care în antecedente singur a trecut prin situații de viol/abuz sexual sau face parte din familie în care a produs abuzul sexual este pus în situația de a face față acestor traume din trecut asociate cu activitatea de a asista victimele abuzului/exploatării sexuale. Pe de o parte se estimează că 1/3 dintre femei au fost abuzate sexual în copilărie⁴. Evaluările curente cu privire la abuzul sexual a copiilor indică o cifră mai mică, aproximativ 10%⁵. Oricum, majoritatea lucrătorilor în sfera protecției drepturilor copiilor sunt femei. Se consideră că persoanele care sunt foste victime ale abuzului sexual aduc în abordarea profesională mai multă experiență și sensibilitate în lucrul cu copiii abuzați/exploați sexual.

Semnele la care specialistul este bine să fie atent sunt: sentimentul de frică, anxietate, dezgust sau furie, dorința puternică de răzbunare, decizia de a pedepsi vinovatul cu orice preț, reapariția imaginilor din trecut în timpul desfășurării serviciului, agresivitate în raport cu îngrijitorii abuzivi sau non-abuzivi ai copilului.

Soluții: Pentru specialiștii care recunosc prezența unei traume nesoluționate legate de abuzul sexual în copilărie se recomandă să abordeze aspectele problematice în cadrul unui curs de terapie, să fie conștienți de probabilitatea contra-transferului și de necesitatea de a avea grijă de sănătatea sa mentală. Ar putea fi utilă supervizarea din partea unui coleg.

4 DEH Russell, „The Incidence and Prevalence of Intrafamilial and Extrafamilial Sexual Abuse and Female Children”, Child Abuse and neglect 7 (1983); 133-146.

5 D. Finkelhor, Sexually Victimized children (New York: The Free Press, 1979).

Rolul de părinte

Faptul de a fi părinte poate afecta reacția specialistului față de un caz de abuz/exploatare sexuală, și invers, lucrul cu copiii victime ale exploatării sexuale poate afecta stilul parental. Rolul de părinte îl poate face pe specialist să fie mai sensibil față de riscuri și mai șocat față de comportamentele abuzive în raport cu copiii. În același timp, părintele care interacționează în sfera profesională cu copii victime ale exploatării sexuale s-ar putea să devină exagerat de suspicios cu îngrijitorii copiilor săi (bona, antrenori, profesori, vecini etc.). Părinții pot deveni de asemenea hiperalertați la semne comportamentale precum enureza, infecțiile urinare, masturbarea, tulburări ale somnului.

Soluții: În general un grad optim al vigilenței față de contactul copiilor cu alții și grija față de simptomatologie este un răspuns pozitiv al părintelui, dar este bine de investigat orice simptomatologie înainte de a trage concluzii dramatice.

Sexualitatea

A te simți confortabil discutând subiecte care țin de sexualitate este esențial în lucrul cu copiii care au suferit de abuz/exploatare sexuală. Implicarea profesională pe cazuri ce țin de infracțiuni în sfera sexuală își pune frecvent amprenta asupra sferei personale. Acest lucru se manifestă în cel puțin trei feluri.

1. Amintirea cazurilor asupra cărora se lucrează pot avea efecte inhibitorii în sfera intimă a specialistului, diminuându-se apetitul sexual. O reacție mai problematică poate apărea atunci, când aceste amintiri/imagini ale cazului asistat au un efect stimulatoriu asupra specialistului. În cazul dat se recomandă ca specialistul să se adreseze unui psiholog pentru a diminua inferențele cazului asistat în propria sferă sexuală.
2. Specialiștii implicați pe cazurile de abuz/exploatare sexuală s-ar putea să înceapă să se întrebe cu privire la propria practică sexuală. De exemplu, bărbații s-ar putea întreba dacă nu cumva își constrâng inconștient și subtil partenerile. Femeile s-ar putea să devină preocupate că participă mai puțin voluntar în activitățile sexuale sau că folosesc sexualitatea ca favoare pentru a-și controla partenerii.
3. Specialiștii s-ar putea să simtă reacții față de beneficiarii săi. Reacția poate fi de atracție sau dezgust.

Soluții: Conștientizarea și gestionarea propriilor emoții. Acordarea timpului sieși pentru a reflecta asupra emoțiilor care interferează cu performanța profesională. Pentru mulți specialiști o metodă eficientă este de „a vorbi cu sine”.

Arderea profesională

Lucrul în sfera protecției sociale poate pune specialistul în situații extrem de stresante, care duc la arderea profesională. Sunt patru caracteristici ale cazurilor care fac munca potențial debilitantă:

- acțiuni care în sine sunt foarte negative, periculoase; abuzul/exploatarea sexuală a copiilor violează normele sociale, lăsând urme devastatoare asupra viitorului copiilor victime;
- cazurile abundă în incertitudini; în multe cazuri este dificil de a determina dacă abuzul a avut loc și în care formă s-a consumat; de asemenea, este dificil de a estima riscurile pentru următoarelor abuzuri potențiale;
- frecvent specialiștii pot deteriora situația/starea în încercarea de a face bine; victimele uneori sunt re-traumatizate prin interviurile repetate, examinările medicale intruzive, depunerea mărturiilor în fața instanței de judecată, separarea de familie;
- frecvent eșecul constă în sistemul de protecție a drepturilor copiilor subdezvoltat, când victimelor nu li se oferă servicii de reabilitare și reintegrare de facto; victimele nu sunt protejate, rudele abuzatorilor sau chiar abuzatorii ori comunitatea continuă să prezinte amenințări pentru copil.

Sentimentele legate de neputința de a ajuta copilul, frustrările, furia, neajutorarea și abandonul cazurilor sunt surse serioase pentru instalarea sindromului de ardere profesională. Efectul arderii profesionale conduce la abordarea insensibilă a cazurilor, neangajarea în relația de ghidare și suport. Sindromul arderii este dăunător atât pentru beneficiari, cât și pentru specialiști.

Soluții: Pentru prevenția sindromului arderii se recomandă abordarea cazurilor în colaborare cu specialiștii echipelor interdisciplinare. Astfel responsabilitatea care cade pe umerii fiecărui specialist este mai moderată și utilitatea intervenției pentru copil este mai mare, rezultând sentimentul lucrului bine făcut.

Este contrar oricăror principii profesionale de a discuta despre cazurile de abuzul sexual al unui copil cu membri din comunitate. Aceste concesii au potențial sporit de a pune indirect în pericol bunăstarea copilului. În același timp, nediscutarea cazurilor dificile duce la instalarea sentimentului de izolare și copleșire de responsabilități. Identificarea unui coleg cu experiență care poate să își asume rolul de supervisor sau vizitele la un psiholog ar facilita restabilirea echilibrului emoțional, bunăstarea mentală a specialistului.

Lucrul în echipă are potențialul de a minimaliza efectele arderii profesionale prin împărțirea de responsabilități, discutarea stresorilor, proiectarea soluțiilor.

MODULUL II.

DELIMITĂRI CONCEPTUALE

RESPONSABIL DE MODUL: Tatiana BUIANINA

Majoritatea profesioniștilor înțeleg ce este abuzul sexual. Oricum, în pofida înțelegerii comune, este important să explicăm aceste definiții, deoarece în cadrul diferitelor discipline această definiție variază.

Abuzul sexual a copilului poate fi definit din perspectiva legală și clinică. Ambele sunt importante, deoarece favorizează intervenția eficientă. Există o suprapunere semnificativă între cele două tipuri de intervenții.

II.1. Statutul definițiilor

Definițiile abuzului sexual se regăsesc în actele oficiale a două sectoare – protecția copilului (civil) și organele de drept (criminal).

Scopul acestor definiții diferă. În sfera protecției sociale scopul este de a proteja copilul de orice formă de abuz, inclusiv cel sexual. Astfel, legea descrie retele tratamente care urmează a fi raportate de specialiștii vizati și investigate de organizațiile de protecție a copiilor. În general, statutul de copil protejat se atribuie predominant copiilor a căror îngrijitori sunt abuzivi.

Sistemul justițiar prevede interzicerea raporturilor sexuale cu minorii și prevede o serie de penalități specifice pentru încălcarea legii. În general, din punct de vedere legal abuzul sexual este una dintre crimele cu caracter sexual. Sistemul legal interzice întreținerea relațiilor cu minorii, indiferent de relația adultului în raport cu copilul.

Definițiile în sfera protecției drepturilor copiilor sunt relativ laconice și frecvent se fac referiri la definițiile legale pentru definiții mai elaborate. În contrast, definițiile legale sunt suficient de detaliate și voluminoase.

II.1.1. Definiții din domeniul protecției sociale a copiilor (civil)

Legile cu privire la protecția socială nu definesc termenul exact de abuz sau exploatare sexuală. Oricum, legea 45⁶ oferă definiția violenței sexuale. Astfel, **violența sexuală** este definită ca orice conduită sexuală nedorită, impusă; obligarea practicării prostituției; orice comportament sexual ilegal în raport cu un minor, inclusiv prin mângâieri, sărutări, pozare a copilului și prin alte atingeri nedorite cu tentă sexuală; alte acțiuni cu efect similar.

Legea 140⁷ enumeră mai multe categorii de copii aflați în situații de risc, printre care și copiii care practică prostituția (art. 8c)⁸.

II.1.2. Definiții din domeniul sistemului legal (penal)

În general definițiile regăsite în cadrul penal sunt foarte detaliate. Penalitățile fiind determinate de:

6 Legea nr. 45 din 01.03.2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie.

7 Legea nr. 140 din 14.06.2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți.

8 Niciuna dintre legi nu oferă definirea conceptului de prostituție în cazul minorilor.

- vârsta copilului, abuzul copiilor sub 14 ani implicând o pedeapsă mai mare;
- severitatea agresivității la care a fost expus copilul;
- relația dintre copil și abuzator, în general rolul îngrijitorilor abuzatori, în raport cu un copil, se consideră factor agravant.

Conform **Convenției de la Lanzarote**⁹, **Abuzul sexual** este orice acțiune care urmărește

(a) angajarea în activități sexuale cu un copil, care, potrivit prevederilor legale naționale, nu a atins vârsta legală pentru activități sexuale;

(b) angajarea în activități sexuale cu un copil, unde se face uz de constrângere, forță, amenințări sau abuzul se face de pe poziția recunoscută de încredere, autoritate sau influență asupra copilului, inclusiv în cadrul familiei; sau se abuzează de o situație vulnerabilă a copilului, notabil datorită dizabilității fizice sau psihice ori a situației de dependență.

II.1.3. Definiții clinice

Definițiile clinice ale abuzului sexual sunt asociate definițiilor legale, accentul fiind deplasat pe impactul traumatic asupra copiilor. Nu toate experiențele copiilor vor avea impact traumatizant. Impactul traumatic cel mai frecvent va fi determinat de sensul pe care copilul îl va deriva din interacțiunea sexuală. Sensul experienței se va schimba în funcție de nivelul (stadiul) de dezvoltare a copilului. Abuzul sexual poate fi deloc „traumatic”, în același timp lăsând copilul cu distorsiuni cognitive, convingeri problematice de genul că „este în regulă să fii atins de străini, deoarece senzația este plăcută”.

II.1.3.1. Diferența dintre acțiunile sexuale abuzive și cele non-abuzive

Sunt trei factori de luat în considerare atunci când diferențiem clinic acțiunile abuzive de non-abuzive (K. Coulborn Faller, 1993).

- Dezechilibrul de putere** – existența diferenței în capacități (fizice, emoționale, cognitive, sociale, economice) presupune că una dintre părți (abuzatorul) are instrumente de control asupra celuilalt (victima), respectiv activitatea sexuală nu poate fi una reciproc consimțită. Puterea poate fi derivată din natura relației dintre victimă și abuzator. De exemplu, dacă abuzatorul este antrenor care favorizează plecarea victimei la competițiile internaționale, victima se va simți frecvent obligată să dea curs cerințelor abuzatorului. În raport de putere față de copil de asemenea se vor găsi adulții cu statut de părinte, preot, profesor, medic, îngrijitor și alți adulți prestigioși pentru copil. Astfel, acțiunile cu caracter sexual între indivizi aflați în dezechilibru de putere se consideră a fi abuzive. Puterea de asemenea se poate referi la diferența în putere și înălțime, caz în care copilul este intimidat fizic. Puterea de asemenea poate deriva din capacitatea cognitivă a adultului, care, mintal, are capacitatea mai mare de a manipula un copil evident inferior la capitolul capacități cognitive. Abuzatorul poate corupe, minți, flata, îmbuna copilul pentru a-l convinge să coopereze.
- Diferență de cunoștințe.** Acțiunea se consideră abuzivă când una dintre părți (abuzatorul) are o înțelegere mai sofisticată a semnificației și implicației raportului sexual. Cunoștințele superioare implică fie că abuzatorul este mai înaintat în vârstă, ca nivel de dezvoltare sau mult mai inteligent decât victima. În general, clinicienii vor considera acțiunea drept abuzivă de pe poziția capacități și cunoștințe atunci când abuzatorul este cu cel puțin 5 ani mai mare decât victima. În cazul adolescenților, unele autorități în domeniu vor categorisi interacțiunea drept abuzivă dacă adultul este cu cel puțin 10 ani mai mare¹⁰.

⁹ Convenția privind protecția copiilor împotriva exploatării sexuale și a abuzurilor sexuale (Convenția de la Lanzarote), art. 18.

¹⁰ Finkelhor, Sexually Victimized Children (New York: the Free Press, 1979).

- c) **Diferență de satisfacție.** În majoritatea cazurilor de victimizare sexuală abuzatorul urmărește propria satisfacție sexuală. Scopul acțiunii nu este satisfacția sexuală reciprocă, chiar dacă abuzatorul s-ar putea să depună efort pentru excitarea victimei - deoarece procesul îi produce excitație. Alternativ abuzatorul poate fi convins (irațional) că scopul acțiunilor sexuale este satisfacerea sexuală a victimei. În final scopul primar al abuzatorilor este de a obține satisfacție sexuală.

Acești factori frecvent sunt intercorelați, dar, prezența cel puțin al unui dintre acești factori ar trebui să trezească preocupări față de caracterul abuziv al experienței.

II.1.3.2. Acțiuni cu caracter sexual

Mai jos vor fi descrise acțiunile care din punct de vedere clinic se consideră abuzive.¹¹ Acțiunile sunt prezentate de la mai puțin intruzive spre grav intruzive.

Acțiuni fără contact direct

Abuzatorul se exprimă sexual față de sau despre copil.

- De exemplu, abuzatorul îi trimite victimei mesaj prin rețelele de socializare, spunându-i că are corp frumos și ar dori să îl exploreze, că a mai făcut-o cu alți copii și că acestora le-a plăcut.

Abuzatorul își expune părțile intime în fața copilului, uneori recurge la masturbare.

- De exemplu, abuzatorul abordează copilul de 12 ani prin rețelele de socializare, îl întreabă dacă acesta a masturbat vreodată, îi spune că deja are vârsta la care ar fi timpul ca un băiețel să știe cum să se masturbeze. Ulterior, cu titlul de lecții despre „bărbați”, îl invită să vizualizeze cum el (abuzatorul) masturbează în timp real.

Voyeurism.

- Abuzatorul îl contactează pe copilul de 12 ani prin skype și îl încurajează/roagă să-i arate prin camera web cum îl masturbează pe fratele său de 5 ani în timp ce acesta doarme.

Abuzatorul arată copilului materiale pornografice (imagini, cărți, filme).

- Adultul pune filmulețe video care reflectă acțiuni sexuale între minori și le arată copilului care este în vizită la domiciliul adultului.

Adultul încurajează copilul să se dezbrace și să se masturbeze.

- Adultul roagă fiica vitregă, care face baie cu prietena sa cea mai bună, să se atingă reciproc, să se mângâie, în timp ce el le filmează.

Acțiuni cu contact sexual

Abuzatorul atinge părțile intime ale copilului (genitalele, sânii, fundul).

- Adultul invită copilul, aflat în plasament în instituție rezidențială, să petreacă o zi cu el acasă. La orele prânzului copilul se culcă să se odihnească. Copilul se trezește din somn deoarece adultul abuzator îl mângâie în zonele intime.

Abuzatorul convinge copilul să-i mângâie părțile intime (ale adultului).

- De exemplu, mătușa convinge nepotul său de 10 ani, cu care dorm în același pat, să îi mângâie sânii.

Frotaj (frecarea genitalilor de corpul sau hainele victimei).

11 Kathleen Coulborn Faller (1993), Child Sexual Abuse: Intervention and Treatment Issues, US Department of Health and Human Services Administration for Children and Families.

- De exemplu, tatăl culcat în pat, pune copilul îmbrăcat să stea peste el și se joacă de-a „călărețul”.

Penetrare cu degete sau obiecte

Abuzatorul plasează degete în vagin sau anus.

- De exemplu, tatăl vitreg penetrează cu degetele fiica vitregă pentru a o „învăța” despre sex.
- Abuzatorul ademenește un copil de 14 ani, provenit din mediu vulnerabil, la el acasă. În schimbul unui câștig abuzatorul penetrează anusul unui copil de 12 ani cu mâna/pumnul.

Sex oral

Sărutări cu limba.

- Unchiul își învață nepoata să sărute franțuzește.

Sărutatul, mușcatul, linsul sânilor.

- De exemplu, mătușa îl „seduce” pe nepotul de 10 ani, rugându-l să-i sărute sâni (în timp ce se mângâie reciproc genital).

Cunilingus (lins, mușcat, supt, sărutat vagin sau plasarea limbii în zona vaginală).

- De exemplu, tatăl vitreg îi explică copilului că adulții care se iubesc își fac plăcut unul altuia și stimulează genitalele copilului prin sărut, linsul vulvei.

Felație (lins, supt, sărutat penisul).

- De exemplu, adultul, după o scurtă comunicare prin rețelele de socializare, se întâlnește cu copilul îi face felație, după care îl constrânge să-i facă lui (adultului) felație.

Penetrare cu penisul

Actul sexual vaginal.

- De exemplu, unchiul (îngrijitor) îi explică nepoatei orfane că tații și ficele în mod obișnuit întrețin relații sexuale și, deoarece el este ca un tată, are sarcina de a o instrui. Examenle medicale au confirmat existența urmelor penetrării vaginale.

Actul sexual anal.

- De exemplu, tatăl îi explică fiicei că pentru a nu rămâne însărcinată vor face sex anal și penetrează anal copila.

II.1.3.3. Circumstanțele abuzului sexual

Este bine ca specialiștii să fie conștienți că abuzurile sexuale se întâmplă în diferite contexte. Mai jos prezentăm contextele în care abuzurile pot apărea. Aceste circumstanțe nu sunt neapărat fenomene separate, în practică poate fi o combinație de circumstanțe.

- Abuz diadic.* Este o circumstanță cel mai frecvent întâlnită, când sunt implicați copilul (victimă) și abuzatorul.
- Sex în grup.* Acest tip de circumstanțe este de asemenea întâlnit destul de frecvent, implică de obicei mai multe victime și un singur abuzator sau mai multe victime și mai mulți abuzatori. Victimizarea în grup poate fi suspectă pentru situațiile copiilor instituționalizați, plasați în tabere, programe prelungite etc.
- Sex în rețele.* Copiii pot fi abuzați sexual prin rețelele de semeni. Frecvent sexualizarea prematură în rețelele de semeni este un substitut sărac și trist pentru absența grijii emoționale a părinților. În această circumstanță ambii copii încearcă să dea și să primească o formă distorsionată de satisfacție reciprocă, confort și atenție, care reprezintă un mod pervers și confuz a grijii emoționale pe care și-o poartă. Indiferent de sexul copiilor, ca urmare a dependenței reciproce

învață că, pe termen lung, relaționarea emoțională este identică cu relaționarea sexuală. Această confuzie emoțional-sexuală, depravarea emoțională și abuzul fizic conduc la scăderea stimei de sine și la mecanismul de coping nesănătos, respectiv singura modalitate de a simți plăcere și de a degaja tensiunile acumulate este stimularea sexuală individuală sau reciprocă. Aceste rețele frecvent sunt organizate de pedofili, persoane care sunt atrași sexual predominant de copii, astfel încât să aibă acces constant la copii, în unele circumstanțe pentru profit. Victimele sunt seduse sau racolate în rețea prin promisiunea unor bunuri, profituri. Racolarea o fac atât de pedofili, cât și alți copii folosiți pe post de racolatori. Aceste rețele variază în gradul de sofisticare a organizării – poate fi un singur abuzator motivat de satisfacerea necesităților sale sexuale sau/și pot fi rețele foarte complexe, cu implicarea mai multor abuzatori și copii, producerea materialelor pornografice, implicare în prostituție.

- C) *Exploatare sexuală a copiilor.* Utilizarea copiilor în producerea materialelor pornografice sau implicarea lor în prostituție este o altă modalitate prin care copiii pot fi abuzați sexual.
- D) *Implicarea copiilor în producerea materialelor pornografice.* Materialele pornografice pot fi produse fie de un membru al familiei, fie de o cunoștință a copilului sau chiar un profesionist. Materialele pot fi pentru uz personal sau comercial, distribuite la nivel național sau internațional, pot fi utilizate pentru a instrui alți copii (noi victime) sau pentru a șantaja copilul din imagine. Datorită ușurinței cu care astăzi oricine poate face o poză și plasa în spațiul virtual, materialul pornografic este ușor de produs și de distribuit. Materialul pornografic poate implica doar imaginile unui copil într-o ipostază mai lascivă sau implicat în comportament specific adulților (masturbare sau mângâierea sinelui); poate include mai mulți copii angajați în comportament sexual cu semenii sau adulții. Este important de realizat că imaginile care nu par a fi obscene sau ilegale de asemenea pot excita un pedofil. De exemplu, o imagine aparent inocentă a unui copil la piscină sau în băiță poate de asemenea înfierbânta imaginația unui pedofil.
- E) *Atragerea copiilor în prostituție.* Această acțiune poate fi organizată atât de către părinții copiilor, cât și de către persoane cunoscute, „prieteni” care își asigură viața în baza exploatării copiilor. Copiii mai mari, frecvent fugari de acasă, sau copiii care au fost în trecut abuzați se pot afla în situația în care se prostituează singuri. Prostituirea adolescenților este mult mai probabil să fie inițiată în cadrul rețelelor sexuale, sub îndemnul unui proxenet, seamăn, „iubit”.

MODULUL III.

INCIDENȚA CAZURILOR DE ABUZ/EXPLOATARE SEXUALĂ COMERCIALĂ A COPIILOR ÎN REPUBLICA MOLDOVA

RESPONSABIL DE MODUL: Tatiana BUIANINA

Incidența cazurilor de abuz/exploatare sexuală comercială a copiilor este definită ca număr al cazurilor raportate pentru o anumită durată de timp.

Este dificil a estima incidența cazurilor de abuz/exploatare sexuală a copiilor în absența unei baze de date naționale, care ar permite, centralizat, analiza situației reale pe țară (prezumția abuzului sexual, abuzuri sexuale confirmate, tipuri de abuzuri, profil victimă versus profil abuzator etc.). Un alt moment deloc neglijabil este că reacțiile copilului la abuz/exploatare sexuală trec frecvent neobservate/neînțelese de către adulții responsabili, respectiv, presupunem că o mare parte dintre copiii abuzați/exploați sexual este neglijată.

UNICEF Moldova, în colaborare cu ministerele Educației, Tineretului și Sportului, al Protecției Sociale, Familiei și Copilului, a desfășurat în anul 2007 studiul „Violența față de copii în Republica Moldova”. În studiul dat măsurarea abuzului sexual a cuprins aspectele ce țin de implicarea copiilor în vizionarea de filme pornografice și abuzul sexual fizic. Conform acestui studiu, 1 din 10 copii (11%) au recunoscut că au avut parte de o astfel de experiență. În situația de a fi molestată s-au simțit 9% dintre copii.

În ceea ce privește exploatarea sexuală prin Internet în anul 2011 Centrul Internațional pentru Protecția și Promovarea Drepturilor Femeii „La Strada” a desfășurat „Studiul privind siguranța copiilor online”. Conform acestui studiu, 7,4% dintre copiii de 15-16 ani au indicat că li s-au făcut propuneri indecente de către persoane străine cu care comunicau pe Internet. Copiii de 12 ani au raportat, în proporție de 13,4% din numărul total de cazuri, că li s-au făcut propuneri indecente, pe când cei de 16 ani au indicat același lucru în proporție de 29,3%. Vârstele de 15-16 ani sunt supuse riscului mai mult de a deveni victime ale abuzului/exploatării sexuale pe net (pornografie pe net).

Conform unui Raport din 2012,¹² se atesta o creștere a numărului de infracțiuni cu caracter sexual comise împotriva copiilor de la 126 în anul 2008 la 219 în primele 10 luni ale anului 2012.

Conform datelor prezentate pe pagina oficială a MAI, în 2013 au fost înregistrate 20 cazuri de trafic de copii (inclusiv în scopul exploatării prin muncă, sexuale, în cerșit); în 2014 sunt înregistrate 24 cazuri, iar în primele 7 luni ale anului 2015 au fost înregistrate 24 cazuri de trafic de copii.

Centrul Internațional „La Strada” a efectuat o analiză a cazurilor copiilor asistați în calitate de victime ale traficului în scopul exploatării sexuale în perioada 2010-2014¹³. Conform cercetării, în perioada de referință au fost asistați 58 copii. Durata tăcerii copiilor din momentul primului incident abuziv până la identificarea copilului exploatat este în medie de **428** de zile (minimum - 1 zi; maximum - 3650 zile). Acest lucru probabil ar fi bine să ne atragă atenția asupra capacității specialiștilor de a recunoaște copiii victimizați.

12 Anastasia Oceretnii. Cartografierea situației cu privire la victimizarea copilului prin abuz și exploatare sexuală în Republica Moldova. Raport. Chișinău, 2012.

13 In press: Copiii, victime-martori ale abuzului/exploatării sexuale: între necesități și realități Din perspectiva cazurilor de copii, victime ale abuzului/exploatării sexuale, asistate de specialiștii Centrului Internațional „La Strada”.

MODULUL IV.

REAȚIILE COPILOR LA SITUAȚIILE ABUZIV-EXPLOATATIVE

RESPONSABILI MODUL: Oxana ȘEVCENCO, Tatiana BUIANINA

Preocuparea pentru abuzul sexual și/sau exploatarea sexuală a copiilor vine predominant din faptul că acest fenomen violează mai mult decât tabuurile și statutul. Preocuparea vine mai degrabă din aprecierea efectelor pe care abuzul/exploatarea o au asupra victimei. Mai jos vom discuta aspecte ce țin de filosofia societății în ceea ce privește abuzul/exploatarea sexuală.

IV.1. Filosofia din spatele preocupării pentru relațiile sexuale dintre adulți și copii

Pentru specialiștii care se dedică lucrului cu copiii abuzați/exploatați sexual este important să se distanțeze de reacțiile lor viscerale a dezgustului, furiei și să analizeze rațional de ce sexul între copii și adulți este atât de inacceptabil.

Este adevărat că multe dintre efectele abuzului sexual derivă din felul în care societatea privește fenomenul (*copilul singur a căutat-o, a făcut-o benevol pentru bani, surcica nu sare departe de trunchi etc.*). Dar să ne amintim de cele expuse mai sus că acțiunile abuzive se deosebesc de cele non-abuzive prin putere, cunoștințe și gradul de satisfacție. Adultul are mai multă putere, capacitate de a induce comportamentul sexualizat, care poate fi dureros, intruziv sau copleșitor datorită noutății și naturii sexuale. Această putere se poate manifesta de asemenea prin manipulări, astfel încât copilul să aibă impresia că el singur dorește, că așa e firesc să se comporte. Copilul are puține cunoștințe despre implicațiile sociale și personale ale întreținerii relațiilor sexuale cu un adult, pe când adulții au cunoștințe sofisticate cu privire la semnificația acțiunilor sexuale. Lipsa de cunoștințe și putere a copilului presupune că acordul său nu este și nici nu poate fi unul informat. În fine, chiar dacă în unele cazuri adultul poate avea impresia că oferă plăcere copilului, beneficiarul final al satisfacției rămâne a fi tot el, adultul.

IV.2. Impactul abuzului/exploatării sexuale

Cea mai răspândită abordare a efectelor traumatizante ale abuzului sexual este oferită de către Finkelhor.¹⁴ Autorul distinge 4 categorii care implică o serie de efecte comportamentale și psihologice ale abuzului sexual în copilărie.

Sexualizarea traumatizantă. Efectele psihologice ale sexualizării traumatizante se pot manifesta prin emoții contradictorii cu privire la sexualitate, supraaprecierea sexualității, tulburări de identități sexuale. La nivel comportamental sexualizarea traumatizantă se manifestă prin comportament hipersexualizat, precum și evitarea experienței sexuale negative.

Stigmatizarea. O manifestare comună în cazul stigmatizării este sentimentul de rușine și vină, responsabilitate pentru faptul că a fost abuzat sau pentru consecințele confesiunii despre abuz. Aceste sentimente se pot manifesta prin comportamente auto-distructive, precum sunt abuzul de substanțe, automutilare, gesturi și/sau acțiuni suicidale, comportament provocator care au drept scop atragerea atenției.

¹⁴ Finkelhor et al (1986), Sourcebook on Child Sexual Abuse.

Trădarea. Probabil are cel mai devastator impact, când persoana care se presupune să aibă grijă de copil, îl abuzează sexual pe acesta. La nivel psihologic impactul se manifestă prin furie sau funcționare la limită (borderline). Comportamentul care reflectă o astfel de traumă include evitarea investițiilor în alții (nu-mi pasă), re-inducerea traumei prin implicarea subsecventă în relații exploatare, dăunătoare și angajarea în comportamente demonstrative, agresive.

Neajutorarea. Impactul psihologic al traumei implică atât percepția vulnerabilității și victimizării, cât și dorința de a controla frecvent prin identificarea cu agresorul. La fel ca și în cazul traumei cu trădarea, manifestările comportamentale pot include agresivitate și exploatarea altora. Pe de altă parte, efectul vulnerabilității, neajutorării se poate manifesta prin comportamente evitative, precum este disocierea, fuga, anxietatea, apariția fobiilor, tulburări ale somnului, enureza, tulburări alimentare și revictimizarea.

În concluzie, merită de menționat că o serie de factori vor influența felul în care copilul va reacționa față de abuzul/exploatarea sexuală. Acești factori includ vârsta copilului (atât la momentul în care au început abuzurile, cât și la momentul în care copilul a fost identificat), genul victimei, genul abuzatorului, tipul de abuz la care a fost supus copilul, relația care o are cu abuzatorul, reacția celorlalți la cunoștințele despre abuzul copilului, experiența de viață a persoanelor semnificative din anturajul copilului, durata de timp trecută din momentul când abuzurile au început până în momentul când copilul a fost identificat.

Pentru specialiști este bine să cunoască efectele abuzului sexual asupra copiilor, pentru a recunoaște actualele/potențialele victime ale exploatareii sexuale și pentru a preveni optimismul excesiv când se evaluează impactul abuzului asupra copilului.

Teoria dezvoltării copiilor, dar și teoria traumei complexe¹⁵ oferă un cadru teoretic pentru înțelegerea modului prin care traficul și exploatarea sexuală îi afectează pe copii. Sunt patru domenii principale de dezvoltare ce pot fi afectate.

Educațional. Din cauza traumei emoționale dezvoltarea intelectuală a copilului stagnează fapt care va fi reflectat atât în capacitatea copilului de a se implica în sarcinile academice, cât și în motivația școlară diminuată.

Sănătate fizică. Abuzurile sexuale cu sau fără scop de obținere a veniturilor expun copilul la o sumedenie de riscuri pentru sănătate, în special riscuri pentru sănătatea reproductivă. Sporește riscul infecțiilor uro-genitale, diferite boli cu transmisie sexuală, inclusiv HIV/SIDA, complicații generate de sarcinile premature sau avorturi realizate artizanal etc.

Psiho-emoțional. Copiii abuzați/exploatați sexual pot manifesta semne de depresie, anxietate, sentimente de disperare, vinovăție, flash-bacuri, coșmaruri, pierderea încrederii și stimă de sine scăzută. În cazuri de abuz/exploatare sexuală în forme extreme copilul poate fi diagnosticat cu stres post-traumatic.

Probleme comportamentale. Ca urmare a tulburărilor de atașament, neîncrederii în adulți, expunerii la modele sociale dezadaptative, victimele abuzului/exploatareii sexuale vor da dovadă frecvent de comportamente dezadaptative, antisociale, sexualizate. Unii adolescenți se vor simți în siguranță doar în mediile exploatare, deoarece acestea sunt singurele circumstanțe în care ei percep controlul.

15 Cook A.; Ford J.; Spinazzola J. Complex Trauma in Children and Adolescents, in: Psychiatric Annals, 2005, pp. 390-398.

MODULUL V.

INDICATORI AI ABUZULUI/EXPLOATĂRII SEXUALE

RESPONSABILI DE MODUL: Tatiana BUIANINA

Petrecurt după uși închise, în locuri izolate, cu o încărcătură emoțională de intensitate ridicată, abuzul/exploatarea sexuală poate fi recunoscut/identificată în baza manifestărilor fizice și comportamentale. Este important ca specialiștii și publicul larg să cunoască cum să identifice aceste semne. Pentru a evita concluziile pripite, orice manifestări suspicioase necesită investigații laborioase. Analizând indicatorii, este bine să diferențiem manifestările fizice de cele psiho-sociale. Chiar dacă indicatorii fizici pot fi semnalati de mai multe persoane, concluzia finală oricum aparține unui cadru medical. Identic, chiar dacă multe persoane pot observa manifestările comportamentale a unui abuz, doar un specialist din domeniul sănătății mentale va fi responsabil pentru formarea opiniei, precum că simptomele sunt indicatori ai abuzului sexual.

De asemenea este bine de făcut diferența între indicatorii cu o probabilitate înaltă și indicatorii cu o probabilitate joasă a prezenței abuzului sexual.

În modulul curent vor fi prezentați indicatorii cu o probabilitate înaltă versus cea scăzută. Prima dată vor fi prezentați indicatorii fizici, după care cei de natură psihocomportamentală. Indicatorii prezenței abuzurilor/exploatării sexuale în mare parte sunt identici cu impactul abuzului/exploatării sexuale asupra copilului. Consecvent, acești indicatori ar fi bine să devină subiectul tratamentului acordat copilului în procesul de reabilitare și reintegrare, trecând dincolo de simpla descriere a indicatorilor la solicitarea procuraturii, în vederea asigurării probelor la dosarul de abuz-exploatare a copilului.

V.1. Indicatori medicali ai abuzului sexual

Indicatorii medicali cu cea mai înaltă probabilitate a prezenței unui abuz sexual sunt: sarcina și boala venerică. Cauza pentru care acești doi indicatori sunt de comun acord acceptați ca probe robuste este că prezența oricărui dintre acești doi indicatori nu trezește dubii că sunt de natură sexuală. Bolile cu transmitiune sexuală pot fi identificate în urma investigațiilor medicale (vaginal, anal, oral). În același timp, prezența sarcinii sau a bolilor venerice după vârsta de 14 ani nu va fi de fiecare dată indicator al unor raporturi sexuale abuzive, din care considerente este cazul să fie investigate cu grijă și discreție pentru a diminua impactul traumatic al experienței. Pe măsura maturizării copiilor (după 14 ani), este bine să fie luată în considerare probabilitatea rapoartelor sexuale consensuale. Adăugător, bolile venerice se pot manifesta peste 1-2 luni după nașterea infantului, în cazul în care BTS s-a transmis congenital de la mama infestată la făt. Este bine ca specialiștii să cunoască de asemenea că așa boli ca herpesul genital, condylomata acuminată, verucile venerice, tricomonaza, chlamidia urogenitală, pe lângă contaminarea în timpul activităților sexuale ale adulților, pot fi contactate și prin intermediul prosoapelor, cearșafurilor. Bolile precum sunt gonoreea și sifilisul se transmit doar pe cale sexuală. HIV, în cazul în care nu este transmis perinatal sau prin intermediul seringilor, de asemenea are mare probabilitate să fie transmis prin raport sexual. Printre indicatorii cu probabilitate crescută a abuzului sexual a copilului sunt:

Tabelul 1. Indicatorii medicali cu cea mai înaltă probabilitate a prezenței unui abuz sexual

Indicatori vaginali	Indicatori anali
Spermatozoizi în vaginul copilului	Distrușgerea sfincterului
Leziuni sau cicatrice ale vaginului	Leziuni sau cicatrice perianale
Leziuni sau lipsa himenului	Scurtarea sau proeminența externă a canalului anal
Deschiderea vaginului mai mare de 5 mm	Leziuni ale deschiderii anale, pierderea grăsimii care înconjoară fisura anală
Leziuni ale penisului sau scrotului	Dificultăți de control al sfincterului

Umflăturile, fisurile, iritațiile în zona genitală este bine să fie investigate fără a exclude probabilitatea abuzului sexual al copilului.

Indicatori cu un grad scăzut al probabilității sunt:

Tabelul 2. Indicatorii medicali cu probabilitate medie pentru prezenței unui abuz sexual

Indicatori vaginali	Indicatori anali
Roșeață vaginală	Eritem perianal
Adeziuni	Pigmentare perianală
Vulvovaginite	Congestie venoasă în zona perianală
Vascularizare sporită	Dilatate anală
Adeziuni labiale	
Infecții urinare	

Eritemele sau roșeața pot fi semne ale manipulării adultului cu genitalele copilului, dar de asemenea pot fi simptome ale unei igiene precare, ale utilizării pampers-ului sau chiar a masturbării copilului. Vascularizarea sporită, adeziunile pot fi de asemenea simptome ale abuzului sexual, dar acestea se regăsesc și în alte stări ale copiilor.

V.2. Indicatori psiho-sociali ai abuzului sexual

S-au întreprins eforturi semnificative de a cerceta indicatorii psiho-sociali ai abuzului sexual în copilărie. Astfel, în 1985 peste 100 experți în tematica abuzului sexual s-au întâlnit pentru a dezvolta criteriile pentru „Tulburări ale copiilor abuzați sexual” (TCAS) cu scopul de a le include în Manualul de Diagnoze și Statistici 3-Revizuit (DSMIII-R). Indicatorii nu au fost incluși în DSM III-R, dar oricum efortul rămâne semnificativ.

Criteriile pentru TCAS se împart pe trei niveluri ai certitudinii (înalt, mediu, scăzut) și variază în funcție de stadiul de dezvoltare a copilului. Criteriile sunt atât indicatori sexuali, cât și non-sexuali¹⁶.

V.2.1. Indicatori sexuali

Atunci când copiii povestesc că au fost molestați, abuzați, exploatați cel mai frecvent acest lucru este adevărat și necesită să fie investigat de specialiști cu cea mai mare seriozitate. Nu excludem situații când din anumite considerente copilul ar putea să spună lucruri neadevărate, însă aceste situații sunt semnificativ mai rare comparativ cu situațiile când spusele copilului se confirmă.

Indicatorii sexuali de asemenea depind de vârsta copilului. Discutarea acestor indicatori va fi structurată în indicatorii abuzului sexual la copiii cu vârsta ≤ 10 ani și indicatori pentru abuz sexual în copilărie, la copiii cu vârsta ≥ 10 ani.

16 D. Corwin „Earlz Diagnosis of Child Sexual Abuse: Diminishing the Lasting Effects”, din G. Wzatt & G. Powell, eds, The Lasting Effects of Child Sexual Abuse (Newbury Park, CA; Sage, 1990).

V.2.1.1. Indicatorii sexuali identificați la copiii cu vârsta ≤ 10 ani

Comportamentele de mai jos indică o probabilitate înaltă a prezenței abuzului deoarece reprezintă cunoștințe despre sexualitate improprii vârstei.

- Exprimările care denotă cunoștințe despre sexualitate precoce apar frecvent din neatenție.
 - Copilul poate observa un cuplu la TV sărutându-se și să comenteze ceva gen „acuș îi va băga degetele acolo pe unde face pipi”.
 - Copilul poate comenta că „din cocoșelul lui nenea X curg mucii”.
- Desene explicit sexuale.
 - Copilul desenează imagini cu felație.
- Interacțiuni sexuale cu alte persoane.
 - Agresiune sexuală îndreptată spre copiii mai mici sau mai naivi (implică faptul că și copilul se identifică cu abuzatorul).
 - Activități sexuale cu semenii (sugerează că din activitatea abuzivă copilul derivă careva satisfacție).
 - Invitații sau gesturi sexuale adresate persoanelor mai adulte (sugerează că un copil se așteaptă și acceptă activitatea sexuală ca modalitate de a relaționa cu adulții).
- Interacțiuni sexuale cu implicarea obiectelor sau animalelor.
 - Copilul poate fi observat imitând sexul oral cu păpușele.

Motivul pentru care cunoștințele sexuale la copiii sub 10 ani sunt indicatori ai abuzului cu probabilitate înaltă este că la vârste mai înaintate copiii au acces la mai multe surse informaționale despre sexualitate (educație sexuală în școli sau discuții cu alți copii) spre deosebire de cei sub 10 ani. Pentru cei cu vârsta mai mică de 10 ani este puțin probabil să învețe (înțeleagă) indirect despre experiențele intime cum ar fi gustul spermei, experiența penetrării.

Un alt indicator frecvent citat este masturbarea excesivă. Atenție, însă: masturbarea din punct de vedere dezvoltativ este parte a dezvoltării normale, este considerată drept indicator doar atunci când comportamentul este „excesiv”. Determinarea a ceea ce este excesiv este subiectivă. Masturbarea poate fi considerată ca simptom al unui posibil abuz atunci când:

- copilul masturbează până în punctul în care-și produce răni;
- copilul masturbează de mai multe ori pe zi;
- copilul își inserează obiecte în vagin sau anus;
- copilul emită sunete, imitând orgasmul în timp ce masturbează.

V.2.1.2. Indicatori sexuali identificați la copiii mai mari de 10 ani

Pe măsura maturizării copiilor, aceștia devin conștienți de reacția societății față de activitățile cu caracter sexual, respectiv interacțiunile sexuale explicite sunt mai puțin comune. Oricum, manifestarea unui anumit nivel al interesului față de activitățile sexuale se consideră normal în adolescență. Pentru puberi și adolescenți există trei indicatori care ar putea sugera posibilul abuz sexual:

- promiscuitate¹⁷ sexuală în rândurile fetelor;
- victimizarea sexuală de către semenii sau persoane din afara familiei;

¹⁷ PROMISCUITĂȚE s. f. Amestec de indivizi foarte diferiți pe care îi reunește un mod de viață dubios și contradictoriu și un comportament necuviincios. Conviețuire în condiții de mizerie sau de imoralitate a mai multor persoane de sex diferit.

- implicarea copilului în prostituție.

Din cei trei indicatori ultimul este cel mai convingător. Cercetările¹⁸ sugerează că 90% dintre adolescenții implicați în prostituție au fost anterior abuzați sexual.

V.3. Indicatori comportamentali non-sexuali la toți copiii

Trei tipuri de probleme comportamentale pot fi identificate la copii de toate vârstele:

- dificultăți de relaționare cu semenii;
- dificultăți de a face față solicitărilor școlii;
- modificări în comportament apărute brusc.

V.3.1. Indicatori comportamentali non-sexuali la copiii mici

Următoarele simptome pot fi observate la copiii cu vârste mici:

- tulburări ale somnului;
- enureza;
- encopreza;
- alte comportamente regresive (de exemplu, nevoia de a merge cu jucării la școală);
- comportamente autodistructive sau de risc;
- impulsivitate, distractibilitate, dificultăți de concentrare (în absența antecedentelor de etiologie abuzivă);
- refuzul de a fi lăsat singur;
- frica de presupusul abuzator;
- frica de persoane de o anumită vârstă sau gen;
- piromanie (predominant specific băieților victime ale abuzului);
- sadism în raport cu animalele (predominant specific băieților victime ale abuzului);
- preluarea rolurilor mature.

V.3.2. Indicatori comportamentali non-sexuali la copiii maturi

Cele mai frecvente simptome care pot fi observate la copiii cu vârste mare sunt:

- tulburări a comportamentului alimentar;
- fuga de acasă;
- abuz de substanțe;
- comportamente autodistructive (de exemplu, tentative sau gesturi suicidale, automutilare);
- incorigibilitate;
- activități infracționale;
- depresie sau comportament social evitativ.

¹⁸ Faller, Understanding Child Sexual Maltreatment.

MODULUL VI.

INVESTIGAREA LEGALĂ A CAZURILOR DE ABUZ/EXPLOATARE SEXUALĂ COMERCIALĂ

RESPONSABIL DE MODUL: Oxana ȘEVCENCO

Copiii sunt lipsiți aproape complet de posibilități fizice și psihice de apărare, au capacitate redusă de anticipare a unor acte comportamentale proprii sau ale altora, capacitate redusă de înțelegere a efectelor și consecințelor unor acțiuni proprii sau ale altor persoane, sunt creduli și sinceri. Particularități ce fac din ei victime ușoare, dar și o categorie specială de părți cu calitate procesuală.

În vederea organizării și desfășurării cât mai eficiente a procedurii de examinare legală a cazurilor de abuz/exploatare sexuală față de copii se impune recunoașterea faptului că de fapt copilul este o categorie specială de victimă-martor care reclamă și o abordare specială.

VI.1. Procedura specială de audiere a copiilor cu vârsta sub 14 ani

Codul de procedură penală al Republicii Moldova (CPP) prevede posibilitatea audierii copilului în condiții speciale, deosebite de procedura generală, pentru a-l proteja de riscul revictimizării. Astfel, în cazul în care copilul victimă/martor al violenței cu vârsta de până la 14 ani urmează să fie audiat în cauze penale privind infracțiunile cu caracter sexual, privind traficul de copii sau violența în familie, precum și în alte cazuri în care interesele justiției sau ale copilului o cer, procurorul solicită audierea acestuia în condițiile art. 110¹ CPP. Condițiile speciale de audiere, prevăzute de articolul art. 110¹ CPP rezidă în audierea copilului de către judecătorul de instrucție în spații special amenajate, dotate cu mijloace de înregistrare audio-video, prin intermediul unui intervievator, care este o persoană instruită în domeniul interviuării copiilor victime-martori.

Utilizarea Camerei de audiere asigură evitarea retraumatizării copilului, și implicit colectarea unor probe calitative în procesul de investigare prin:

- evitarea contactului vizual și confruntării dintre copil și abuzator, respectându-se totodată dreptul la apărare a persoanei bănuite/învinuite;
- asigurarea unui mediu prietenos, potrivit pentru verbalizarea experienței traumatizante;
- reducerea audierilor multiple;
- evitarea prezenței fizice a copilului în instanța de judecată;
- asigurarea unui confort psiho-emoțional copilului și familiei acestuia pe întreaga durată a procesului penal.

Studiile din domeniul psihologiei judiciare¹⁹ au confirmat faptul că unul din factorii cei mai stresanți pentru copii o constituie confruntarea cu acuzatul, dovedind totodată că starea emoțională a copiilor a fost stabilizată prin folosirea mijloacelor de înregistrare audio-video cu circuit închis (fără prezența acuzatului). Audierea în condiții speciale este prevăzută în mod expres de lege pentru copiii de până la 14 ani.

¹⁹ Butoi T.; Butoi I.T. Tratat Universitar de Psihologie Judiciară - teorie și practică. București: Phobos, 2003, p. 112.

VI.2. Tehnici de interviuare și metodologia cumulării informației pe caz

Audierea legală a copilului victimă a violenței/exploatării sexuale trebuie să aibă loc într-un timp cât mai scurt posibil după sesizarea despre comiterea infracțiunii. Este binevenită desfășurarea audierii în cel mult 2 săptămâni de la momentul sesizării cazului, în situația copilului cu vârstă fragedă (4-5 ani) – cel târziu într-o săptămână. Important este de a determina momentul oportun pentru audiere – când „amintirea evenimentului este încă proaspătă, dar nu mai este apăsătoare pentru copil”, astfel încât copilul să poată să relateze cât mai multă informație despre caz.

Audierea legală a copilului victimă a infracțiunilor cu caracter sexual caută să răspundă la următoarele scopuri ale investigației judiciare:

- a. redarea detaliată a celor întâmplate – unde, când, cum, cât de des ș.a.;
- b. descrierea cât mai detaliată a agresorului în vederea identificării lui, a locului de aflare și a tipului de relație cu copilul;
- c. descrierea acțiunilor făptuitorului, îndreptate asupra copilului;
- d) determinarea felului în care infractorul l-a impus/manipulat pe copil de a efectua sau a se supune unor asemenea acte;
- e) stabilirea dacă au fost utilizate/prezente/înregistrate imagini cu caracter sexual sau pornografic. Dacă da, în ce mod;
- f) determinarea prezenței sau implicării altor copii și identificarea acestora;
- g) stabilirea dacă copilul cunoaște alte persoane, care au participat la sau cunosc despre aceste fapte, persoane care îl cunosc pe agresor;
- h) numele persoanelor, cărora copilul le-a spus despre cazul examinat;
- i) stabilirea dacă copilul a fost victimizat de mai multe persoane, numele sau descrierea acestora, constatarea dacă copilul știe despre alți copii, care au fost supuși acțiunilor violente, ș.a.

VI.2.1. Metodologia interviuării copilului victimă/martor al abuzului/exploatării sexuale. Pregătirea pentru audierea legală

Având în vedere că audierea legală este o procedură necunoscută pentru copil, există probabilitatea apariției unor reacții afective (anxietate, frică, tulburări psiho-fiziologice etc.) ce pot altera procesul de audiere propriu-zisă a copilului. Pentru a diminua/elimina aceste stări negative este necesară pregătirea prealabilă a copilului.

Pregătirea copilului pentru audiere presupune un dialog dintre copil și interviuator, ce se realizează cu 1-2 zile înainte de audierea copilului sau cel puțin cu o oră înainte de începerea audierii. La această etapă copilul este informat despre scopul audierii, modalitatea desfășurării audierii, despre importanța detaliilor în relatarea sa, despre participanții la audiere. Copilului i se va comunica că procesul audierii va fi înregistrat audiovideo și i se va explica necesitatea înregistrării mărturiilor sale. În acest fel începe stabilirea relațiilor de încredere cu copilul (contactul psihologic).

Comunicarea se face prietenos, ținându-se cont de particularitățile de vârstă ale copilului, dar și de trauma suferită de acesta. Copilului trebuie să i se creeze convingerea că prezența sa este utilă, că nu este persecutat, că oricând va găsi susținere și sprijin. Interviuatorul trebuie să fie sincer, natural în comportament și limbaj, astfel încât copilului să-i fie confortabil să discute.

În dialog cu copilul interviuatorul va evalua concomitent nivelul de dezvoltare, capacitățile cognitive și lingvistice ale copilului.

Pentru a asigura un climat psihologic favorabil și a spori eficiența procedurii de audiere a copilului victimă/martor al infracțiunii, este importantă participarea aceluiași specialist atât la pregătirea copilului pentru audiere, cât și la audierea propriu-zisă a acestuia.

La etapa de stabilire a contactului cu copilul intervievatorul cunoaște capacitatea acestuia de a face diferența dintre adevăr și minciună, cum se comportă copilul atunci, când nu spune adevărul și să obțină angajamentul din partea copilului de a spune adevărul pe parcursul audierii.

La fel, copilului i se lămurește, în special, că dacă în timpul interviului nu înțelege vreo întrebare va putea oricând să comunice despre aceasta și să ceară clarificări; că nu este nimic grav dacă nu-și amintește unele evenimente și nu poate să răspundă la unele întrebări; că poate cere mai mult timp pentru unele răspunsuri sau poate cere o pauză ori de câte ori simte nevoia; că are dreptul să nu răspundă la unele întrebări, dar că este mai bine să facă tot posibilul și să povestească tot ce cunoaște și își aduce aminte, fără să ascundă nimic.

VI.2.2. Introducerea subiectului examinat și susținerea narațiunii libere

Intervievatorul trebuie să introducă subiectul presupusului abuz într-un mod cât se poate de deschis și nesugestiv. Acesta trebuie să înceapă cu o replică cum ar fi: *„Spune-mi de ce ești aici?”*

Atunci când copilul refuză să răspundă, replica de mai jos ar putea încuraja copilul să dea totuși un răspuns. *„Pentru mine este foarte important să știu de ce ai venit azi aici să vorbești cu mine”*.

În cazul în care copilul nu furnizează informații legate de subiectul investigat, intervievatorul poate folosi fraze/întrebări deschise nesugestive: *„Am auzit că ai pățit ceva – spune-mi ce s-a întâmplat?; Ce ți-a spus [nume] înainte de a veni să vorbești aici cu mine?; Pentru ce crezi că [nume] te-a adus azi aici să vorbești cu mine?”*

Din momentul în care copilul începe să furnizeze informații focusate pe subiectul infracțiunii examinate, demarează **faza narațiunii libere** – proces de reproducere a evenimentelor trăite care i se propune copilului cu fraza: *„Povestește tot ce-ți aduci aminte”*.

Copilul descrie într-o formă liberă, neîntreruptă tot ceea ce i s-a întâmplat, iar intervievatorul în acest timp păstrează tăcerea și face unele notițe (nume de persoane, locuri, cuvinte specifice copilului etc.).

La etapa narațiunii libere, intervievatorul trebuie să încurajeze copilul să vorbească cu propriile cuvinte, prin utilizarea solicitărilor de genul: *„S-a mai întâmplat și altceva?”*, *„Poți să-mi spui mai multe despre aceasta pentru a mă ajuta să înțeleg mai bine”*.

Solicitările utilizate la această etapă nu ar trebui să includă informații cunoscute de intervievator cu privire la evenimentele relevante care nu au fost încă comunicate de copil. Atunci când evocă evenimente negative și emoționale, mulți copii se pot simți inițial mai confortabil cu relatarea unor probleme periferice, lăsând problemele centrale pentru momentele când le vor considera relevante. Prin urmare, intervievatorii ar trebui să reziste tentației de a „ajunge la miezul problemei” prematur.

De asemenea, intervievatorii trebuie să reziste tentației de a vorbi de îndată ce copilul se oprește de vorbit și trebuie să fie tolerant față de pauze, inclusiv cele lungi, și tăceri. Intervievatorul ar trebui să fie tolerant și față de informații repetitive sau irelevante. Mai presus de toate, intervievatorul trebuie să încerce să reducă dorința de a opri copilul când crede că acesta vorbește despre lucruri „nesemnificative” pentru cazul examinat. Este necesară o formă de ascultare activă, care să permită copilului să știe că ceea ce a comunicat a fost primit de intervievator.

Nu se acceptă ca intervievatorul să ia inițiativa și să inițieze un dialog bazat pe întrebări de concretizare în locuri de intensitate emoțională susținute de pauze.

Atenție! Până nu se epuizează discursul copilului astfel încât acesta să remarce: *„Gata, asta-i tot”*, intervievatorul nu are voie să intervină cu întrebări de concretizare. Comportamentul non-verbal adecvat în timpul interviului este la fel de important ca și instrucțiunile verbale.

VI.2.2.1. Explorarea contextului oferit de copil în narațiunea sa liberă

În timpul fazei de narațiune liberă majoritatea copiilor nu vor fi în măsură să își amintească tot ce este relevant, păstrat în memoria lor. Prin urmare, narațiunea lor ar putea beneficia foarte mult de adresarea

de către intervievator a unor întrebări potrivite care să stimuleze amintirea unor date suplimentare. Intervievatorii trebuie să aprecieze pe deplin că există diferite tipuri de întrebări care variază în dependență de cât de ghidate sunt. Faza de adresare de întrebări trebuie, ori de câte ori este posibil, să înceapă cu întrebări deschise și să continue, dacă este necesar, cu întrebări specifice, închise.

Scopul acestei etape a interviului este de a colecta cât mai multe detalii veridice cu putință, în vederea generării unei descrieri clare și convingătoare a ceea ce s-a întâmplat, evaluării posibilității producerii și altor evenimente în afară de abuz și, de asemenea, întocmirii unei baze de informații pe care să se fundamenteze măsurile de investigație ulterioare. Înainte de a adresa copilului întrebări, ar putea fi util să se descrie ce se așteaptă de la el în această fază a interviului. Este util de a-l informa că urmează câteva întrebări bazate pe ceea ce a fost deja comunicat în faza de narațiune liberă, pentru a extinde și clarifica ceea ce a fost spus.

De asemenea, este benefică reiterarea unor reguli de bază prezentate în etapa de formare a relației. De exemplu, intervievatorul ar putea să explice copilului ce detalii sunt necesare, să explice faptul că aceasta este o sarcină dificilă, care necesită un nivel înalt de concentrare și golire treptată a tuturor depozitelor din memorie. La fel, să se sublinieze faptul că este acceptabil să se răspundă „nu știu” sau „nu înțeleg”.

În cadrul fazei de adresare de întrebări intervievatorul trebuie să împartă narațiunea copilului în subiecte sau episoade gestionabile și să încerce să obțină mai multe informații pe fiecare subiect folosind **întrebări deschise**. Fiecare subiect sau episod ar trebui să fie tratat în mod sistematic, până la momentul când copilul nu mai are informații de oferit. Intervievatorul poate rezuma spusele copilului, folosind propriile lui cuvinte, în raport cu fiecare subiect sau episod. Trebuie evitată trecerea rapidă de la un episod la altul, deoarece acest lucru nu este propice pentru restabilirea maximă a informațiilor.

Cele mai reușite întrebări deschise puse în cadrul acestei faze încep cu cuvintele: povestește, descrie. *„Povestește-mi totul despre aceasta; Ce s-a întâmplat după aceasta? Descrie ce s-a întâmplat.”*

În cazurile de abuz sexual sau violență fizică, intervievatorul trebuie să încerce să clarifice dacă abuzul s-a produs o singură dată sau de mai multe ori. Pentru aceasta se recurge la **întrebări de separare a incidentelor**: *„Acest lucru s-a întâmplat o singură dată sau de mai multe ori?”*

În cazul în care copilul indică faptul că abuzul s-a produs de mai multe ori, intervievatorul trebuie să-și concentreze întrebările asupra celui mai recent incident („ultima dată”) și să continue cu întrebări deschise pentru a încuraja copilul să ofere cât mai multe informații și clarificări în acest sens.

Atunci când intervievatorul a aflat tot ce se putea de aflat de la copil în ceea ce privește cel mai recent eveniment, acesta poate aborda și alte incidente precedente.

După ce au fost date un șir de întrebări cu răspunsuri nesugerate, dar se presupune că lipsesc informații importante pentru continuarea anchetei se recurge la formularea **întrebărilor cu răspunsuri sugerate**. Este foarte important ca fiecare întrebare de acest gen să fie continuată cu întrebări deschise: *Când mi-ai povestit despre perioada petrecută în subsol, ai spus că el ți-a dat jos pantalonii. Ce s-a întâmplat cu hăinuțele tale?* [După ce copilul răspunde se continuă cu fraza]. *Povestește-mi despre asta.*

Sau: *Când mi-ai povestit despre ultimul incident, ai spus că el te-a pipăit. Te-a pipăit când erai îmbrăcat? Povestește-mi totul despre aceasta.*

În același context (pentru a obține informații importante suplimentare care nu au fost menționate de copil) se pot adresa și întrebări directe: *Unde te aflai atunci? Cum arată (numele suspectului menționat anterior de copil)? Unde erau hainele tale atunci? Ce ai spus atunci? Ce a spus el atunci?*

VI.2.3. Încheierea interviului

Înainte de a încheia interviul întrebarea „S-a mai întâmplat și altceva?” poate fi înlocuită cu „Mai ai ceva să-mi spui?”

Deseori este posibilă obținerea unor informații privitoare la gradul de rezistență a copilului și riscul de respingere a declarațiilor inițiale prin adresarea unor întrebări de tipul: *Ce simți după ce ai vorbit cu mine? Vrei să pleci cu (numele persoanei care a adus copilul la interviu)? Ce crezi că va spune (numele profesoarei, sau, posibil, a suspectului) știind că ai vorbit cu mine azi?*

Intervievatorul poate invita copilul să pună întrebări: *Vrei să mă întrebi ceva referitor la ceea ce am vorbit?*

Copilul ar putea avea întrebări despre ce se poate întâmpla după aceasta, iar intervievatorul i-ar putea descrie pe scurt următoarele etape, ținând cont de gradul de dezvoltare a copilului și având grijă să nu facă promisiuni care nu țin de competența sa. În unele cazuri (în special, când copilul nu a dezvăluit abuzul) intervievatorii pot lăsa copilului datele sale de contact (carte de vizită), sau să trimită copilul și familia acestuia la alți membri ai comisiei multidisciplinare pentru suport continuu.

Este important ca interviul să fie încheiat pe o notă pozitivă. Intervievatorul poate mulțumi copilul pentru efortul său de a participa la interviu. Spre exemplu: *„Îți mulțumesc pentru că ai vorbit cu mine”*. După care intervievatorul poate redirecționa discuția către un subiect neutru. Este important ca după interviu copilul să se liniștească și să plece simțindu-se cât mai bine posibil pentru că a participat la interviu.

MODULUL VII.

EVALUAREA ȘI ELABORAREA RAPORTULUI DE EVALUARE PSIHOLAGICĂ A COPILULUI ABUZAT/SUPUS EXPLOATĂRII SEXUALE COMERCIALE (LA SOLICITARE)

RESPONSABIL DE MODUL: Oana ȘEVCENCO

Evaluarea copiilor este o componentă importantă în cadrul procesului de luare a deciziilor în cazurile de abuz/exploatare sexuală a copiilor, în special, atunci când se pune problema oferirii unui raport de evaluare psihologică drept material probatoriu în examinarea cazului.

O schemă generală trebuie avută în considerare atunci când se ia o decizie, urmărind mai multe aspecte: *protejarea copiilor, evaluarea impactului pe care trauma a produs-o asupra sa, recuperarea terapeutică și evitarea punerii în pericol ulterior sau retraumatizării.*

În vederea evaluării psihologice se recomandă prevederile **Metodologiei de evaluare psihologică și de elaborare a raportului de evaluare psihologică în cazurile de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului**, elaborate în baza Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr. 270 din 08.04.2014. Conform acestei Metodologii psihologul care va realiza procesul de evaluare psihologică a copilului victimă/ potențială victimă a violenței, neglijării, exploatării, traficului trebuie să dispună de pregătire profesională de bază (licență și masterat) în domeniul psihologiei, pregătire specializată (instruire continuă) în domeniul asistenței psihologice a copilului victimă a violenței și experiență de lucru cu această categorie de copii de cel puțin 2 ani.

Solicitarea de evaluare psihologică și de elaborare a raportului de evaluare psihologică trebuie să conțină:

1. date despre copil;
2. descrierea generală a situației suspecte de violență/ exploatare și aspectele/ întrebările care se cer a fi cercetate și descrise de către psiholog cu referire la:
 - nivelul general de dezvoltare intelectuală și de personalitate al copilului, nivelul de dezvoltare a competențelor în raport cu vârsta;
 - prezența sau lipsa în profilul psihologic al copilului a indicatorilor traumei psihice/ abuzului suportat;
 - nivelul de funcționalitate psihologică a copilului până la evenimentul traumatic, care sunt consecințele abuzului suportat asupra dezvoltării ulterioare a copilului;
 - sistemul de relații sociale al copilului și atitudinile acestuia față de apropiații/ maturii din mediul lui social, față de alți copii;
 - natura și gradul de influență a maturului, a anturajului social asupra copilului și a nivelului de sensibilitate a acestuia față de respectiva influență;
 - gradul de sugestibilitate, predispunere spre victimizare al copilului etc.

Procesul de evaluare are, în general, scopul de cercetare a particularităților psio-comportamentale ale copilului corelate cu tipul de violență suportat, dar nu și reabilitarea acestuia. Dacă este solicitată asistență psihologică pentru un copil victimă a violenței, neglijării, exploatării sau traficului, dar la momentul adresării nu a parvenit nici o solicitare de evaluare psihologică din partea instituțiilor

competente, psihologul va include în procesul de asistență câteva ședințe cu caracter psihodiagnostic, rezultatele cărora le va păstra și le va utiliza în cazul primirii solicitării de elaborare a raportului de evaluare psihologică.

Instituția, cadrul de reglementare al căreia conține prevederi ce țin de evaluarea psihologică a copiilor victime/ potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării, traficului își asumă responsabilitatea asigurării condițiilor pentru desfășurarea procesului prietenos de evaluare. În acest sens, se recomandă utilizarea unor încăperi destinate consilierii psihologice, conforme cerințelor pentru desfășurarea acestui tip de activitate.

Psihologul, în comun cu reprezentanții legali ai copilului, stabilește orarul ședințelor de evaluare. Durata și timpul acordat evaluării se stabilește în dependență de specificul cazului examinat. În vederea unei evaluări optime se recomandă examinarea copilului pe parcursul a 3-4 ședințe separate în timp. Nu se acceptă elaborarea rapoartelor de evaluare psihologică în baza unei singure ședințe. În caz de necesitate, înainte de a începe evaluarea, psihologul poate să apeleze la surse adăugătoare de informare, care să-i confere poziției sale de evaluator mai multă obiectivitate. Astfel de informație poate fi obținută din următoarele surse:

- a. documente de înregistrare a serviciilor psihologice oferite anterior (motivul oferirii, durata, diagnosticul, factorii ce au influențat (pozitiv sau negativ) schimbările în starea copilului);
- b. referințe medicale (informație despre starea de sănătate a copilului, traume, tratamente înscrise în cartela medicală, concluzii ale examinării/expertizei medico-legale);
- c. hotărâri/decizii ale autorității tutelare sau ale instanțelor judecătorești (dinamica familiei, precedente de maltratare în familie etc.);
- d. descrierea situației academice a copilului (frecvența, reușita, comunicarea în grupul de semeni, activismul școlar etc.).

La determinarea completului de metode psihodiagnostice care vor fi utilizate în studierea copilului se va lua în considerație relevanța acestora pentru oferirea răspunsurilor la întrebările incluse în solicitarea de evaluare psihologică. Este recomandată utilizarea următoarelor metode de cercetare: observarea indicatorilor specifici pentru copiii abuzați, neglijați, exploatați, traficați (în baza grilei de observație); interviu (interviul semi-structurat (clinic sau cognitiv)); chestionarea, aplicarea testelor standardizate și a celor proiective.

Cerințe față de comunicarea (verbală, nonverbală) psihologului cu copilul:

- acceptarea limbajului copilului, utilizarea aceluiași cuvinte, denumiri pe care le utilizează copilul;
- utilizarea în conversație doar a datelor/ informațiilor verbalizate de copil, fără a-i da de înțeles că psihologul cunoaște informații despre situația suspectă sau confirmată de violență la care a fost supus;
- evitarea erorilor de exprimare în formularea instrucțiunilor (două instrucțiuni în una sau două instrucțiuni care se exclud reciproc);
- nu se recomandă întreruperea copilului, corectarea expresiilor, adresarea întrebărilor care sugerează răspunsul;
- enunțurile, întrebările, reacțiile verbale și nonverbale ale psihologului trebuie să fie lipsite de orice apreciere emoțională;
- limbajul psihologului, tonalitatea vocii nu trebuie să fie foarte intime, ci mai degrabă serioase și orientate pe sarcină;
- nu se admite perseverarea în stabilirea contactului vizual cu copilul – insistența privirii îl poate speria;

- este important să se identifice distanța proximă între psiholog și copil, astfel încât copilul să se simtă confortabil; se recomandă să fie evitate atingerile și alte forme de contact corporal (mângâierea pe mâini, pe cap, cuprinderea), care pot fi binevenite în alte cazuri de comunicare cu copilul, dar nu în cadrul evaluării psihologice;
- copilul este informat despre confidențialitatea procesului de evaluare în măsura în care copilul înțelege sensul acestei noțiuni, dar se ține cont de faptul că nu se poate promite copilului respectarea confidențialității unor informații pe care specialistul este obligat să le aducă la cunoștința altor profesioniști, din perspectivă juridică sau etică.

La etapa finală psihologul va descrie și va interpreta rezultatele obținute, le va corela cu scopul și obiectivele evaluării, transpunându-le în documentul final – raportul de evaluare psihologică. În procesul de scriere a raportului de evaluare psihologică se va ține cont de următoarele aspecte:

- 1) interpretarea datelor evaluării psihologice necesită din partea psihologului, în primul rând, cunoașterea simptomatologiei generale a copiilor victime ale violenței, neglijării, exploatării, traficului (Sindromul Stresului Post Traumatic, stări de afect, tulburări de comportament, tulburări disociative, erori cognitive, tulburări emoționale, tulburări funcționale), precum și corelarea acestora cu specificul individual al copilului evaluat, cum ar fi: vârsta, sexul, potențialul de coping la stres, specificul familiei și a evenimentului traumatic suportat (victimizarea directă sau indirectă; locul în care s-a produs abuzul – în familie sau comunitate etc.);
- 2) pentru a determina cauzele unei sau altei manifestări psihice, psihologul trebuie să combine datele obținute în baza observației, a propriilor impresii, cu rezultatele obținute în baza aplicării testelor și a altor metode obiective de cercetare. La fel, trebuie să atragă atenția asupra comentariilor, exprimărilor verbale și non-verbale ale copilului înregistrate în momentul apariției instantanee a acestora în contextul explorării evenimentelor traumatice;
- 3) se recomandă oferirea raportului de evaluare psihologică în timp de 45 zile calendaristice de la inițierea procesului de evaluare, dar nu mai târziu de 60 zile;
- 4) rezultatele psihodiagnostice se păstrează în dosarul copilului, în conformitate cu cerințele de păstrare și arhivare a documentelor instituției care a efectuat evaluarea. Reieșind din faptul că în baza acestor rezultate se emite un document cu valoare probatorie în examinarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare, trafic al copiilor se recomandă păstrarea tuturor fișelor de răspuns (pe perioada prestabilită de instituția emitentă), astfel încât să existe disponibilitatea prezentării acestora la solicitarea autorităților competente.

În realizarea procesului de redactare a raportului psihologul trebuie să ia în considerare că aspectele legate de stilul, formatul și conținutul raportului necesită să fie concepute și prezentate într-un mod accesibil, astfel încât acesta să fie comprehensibil cititorului nespecializat în psihologie.

VII.1. Structura recomandată a raportului de evaluare psihologică

1. Indicarea organizației ce a solicitat efectuarea evaluării psihologice și elaborarea raportului de evaluare psihologică; indicarea psihologului ce a efectuat evaluarea și a organizației pe care o reprezintă.
2. Date personale ale copilului evaluat (numele, prenumele, vârsta, locul de trai).
3. Scopul evaluării.
4. Metodele de cercetare utilizate în procesul de evaluare, forma de lucru cu copilul, termenii de realizare (numărul de ședințe sau de ore).

5. Descrierea scurtă a problemei copilului (evenimentul sau evenimentele traumatice evocate de copil/ instituția solicitantă).
6. Descrierea particularităților psiho-individuale ale copilului relevante scopului evaluării (date despre istoria copilului, despre situația familială, despre atitudinea membrilor familiei față de copil și față de situația prin care a trecut acesta, dinamica stării psiho-emoționale a copilului, particularitățile de vârstă corelate cu vulnerabilitatea, sugestibilitatea, factorii de constrângere etc.).
7. Analiza, interpretarea și fundamentarea științifică a rezultatelor aplicării tehnicilor și procedurilor psihodiagnostice.
8. Concluzii și recomandări în baza rezultatelor evaluării.

Raportul finalizat și tehnoredactat este aprobat de conducătorul instituției emițătoare și semnat de psihologul-evaluator.

MODULUL VIII.

EVALUAREA ȘI INTERVENȚIA PSIHOLOGULUI ÎN CAZURILE DE ABUZ/EXPLOATARE SEXUALĂ COMERCIALĂ A COPIILOR

RESPONSABILI MODUL: Tatiana BUIANINA, Oana ȘEVCENCO

Tratamentul copiilor exploatați/abuzati sexual este un proces complex și provocator pentru specialiști. Neavând centre specializate în reabilitarea copiilor cu traume și/sau devianțe comportamentale apărute drept rezultat al traumelor, este dificil să identifici care este abordarea cea mai potrivită. În cele ce urmează vor fi discutate subiecte care țin de modalitățile de tratament, management al cazurilor.

Una dintre dificultățile tratamentului copiilor abuzati/exploatați sexual este contextul extins al intervențiilor. Respectiv, coordonarea intervențiilor este una dintre cele mai importante părți, ideal asigurată de echipa multidisciplinară. Componenta și funcționarea echipei va varia în funcție de nivelul administrației locale. Membrii permanenți ai echipelor multidisciplinare sunt:

A. reprezentanți ai autorităților tutelare locale:

- asigură înregistrarea cazurilor privind posibilul abuz-exploatare sexuală a copilului;
- se autosizează personal în cazul identificării copiilor în situație de risc;
- coordonează examinarea sesizărilor din partea comunității, ONG-urilor;
- întreprinde acțiunile necesare pentru re-integrarea copilului în familie/comunitate;
- efectuează evaluarea familiei copilului victimă-martor a abuzului/exploatării sexuale;
- asigură plasamentul de urgență a copilului abuzat/exploatat sexual în cazul în care există suspiciuni că unul dintre îngrijitori este/a fost abuziv sau acțiunile familiei nu sunt în interesul suprem al copilului;
- asigură luarea și scoaterea din evidență a familiilor cu copii în situație de risc;
- colaborează cu instituțiile, structurile, serviciile specializate în investigarea, asistarea și reabilitarea copiilor cu statut de victime martori a abuzului/ exploatării sexuale;
- coordonează procesul de monitorizare a situației familiilor cu copii în situație de risc.

B. Managerul de caz, specialist în protecția drepturilor copiilor din cadrul primăriei (în lipsa acestuia asistentul social comunitar):

- în baza autosesizării după o vizită la domiciliu, a informării în stradă sau prin mass media, managerul de caz completează Fișa de sesizare, informează Autoritatea Tutelară Locală (timp de 24 ore); dacă viața copilului este în pericol sesizează serviciile medicale de urgență;
- în caz de suspectii a abuzului/ exploatării sexuale informează Inspectoratul Teritorial de poliție;
- desfășoară evaluarea inițială a situației copilului;
- conduce interviul de protecție cu copilul și îngrijitorii acestuia;

- identifică modalitățile de soluționare imediată a nevoilor copilului;
- în cazul în care informația se confirmă, managerul de caz ia copilul la evidență sau clasează sesizarea; cazurile luate la evidență se examinează în termen de cel mult 10 zile;
- stabilește gradul de siguranță a copilului prin identificarea factorilor de risc și protectori, vulnerabilitatea copilului;
- recomandă soluții pentru satisfacerea nevoilor imediate, pe termen mediu și lung, identificate în procesul desfășurării evaluării complexe;
- propune Autorității Tutelare, după necesitate, să asigure efectuarea examinării specializate a copilului.

C. Ofițerul de poliție și/sau reprezentantul procuraturii teritoriale:

- în baza autosesizării (mass-media, Internet, vizite la domiciliu) sau sesizării de la membrii comunității informează Dispeceratul/Serviciul de Gardă al Inspectoratului Teritorial de Poliție pentru înregistrarea autosesizării;
- completează fișa de sesizare (în timp de 24 ore) și o expediază la Autoritatea Tutelară;
- informează Autoritatea Tutelară Locală; suplimentar informează serviciul medical de urgență dacă viața și sănătatea copilului este în pericol;
- efectuează cercetări la fața locului;
- examinează circumstanțele și acumulează materialul probatoriu;
- angajații poliției sau după caz, organul de urmărire penală, solicită efectuarea examinării medico-legale a copilului de către Centrul de medicină legală;
- informează procurorul despre caz, care va dispune ulterior efectuarea examinării psihiatrico-psihologice de către instituțiile medico-sanitare în scopul constatării sau aprecierii gravității problemei;
- solicită de la organizațiile specializate participarea psihologului sau psihopedagogului în cadrul proceselor legale de audiere, expertize în care este implicat copilul;
- efectuează interviul de protecție doar dacă are o relație de încredere cu copilul și este împuternicit de către membrii echipei multidisciplinare;
- informează copilul și familia despre procedurile, acțiunile ce urmează a fi întreprinse;
- informează copilul și reprezentantul legal cu privire la posibilitatea solicitării asistenței legale gratuite.

D. Lucrătorii instituțiilor educaționale:

- în baza sesizării de la copil/adult/specialist înregistrează cazul, completează fișa de sesizare, informează imediat autoritatea tutelară locală; suplimentar informează Inspectoratul teritorial de Poliție; dacă viața copilului este în pericol, telefonează serviciul de asistență medicală de urgență;
- imediat după identificarea cazului lucrătorul instituției de învățământ vor discuta cu copilul și îngrijitorii acestuia doar dacă este acceptat de către copil și delegat de către membrii echipei multidisciplinare;
- colaborează cu membrii echipei multidisciplinare în vederea evaluării cazului;
- referă cazul către instituțiile specializate;
- participă la solicitarea Autorității Tutelare în procesul de monitorizare, reabilitare și

- reintegrare a copilului;
- la solicitarea Autorității Tutelare eliberează documentele necesare pentru transferul copilului în altă instituție de învățământ;
- monitorizează activitățile de prevenire și protecție.

E. **Lucrătorii instituțiilor medico-sanitare:**

- în baza sesizării de la copil/adult/specialist sau în urma autosesizării cadrului medical are loc completarea fișei de sesizare și informarea imediată (în timp de 24 ore) a autorității tutelare locale;
- informarea suplimentară a Inspectoratului Teritorial de Poliție;
- colaborează cu membrii echipei multidisciplinare în vederea evaluării inițiale/complexe a cazului;
- referă cazul către specialiștii, serviciile sociale primare sau specializate;
- oferă asistență medicală conform protocoalelor clinice;
- monitorizează copiii în situație de risc prin vizite la domiciliu, efectuarea investigațiilor profilactice.

Tratamentul care urmează a fi întreprins de obicei va fi proiectat de echipă ca parte a intervenției generale. Echipa multidisciplinară și consultanții acesteia încep intervenția din momentul în care încep investigațiile. În cazurile abuzurilor intrafamiliale, membrii activi în etapa tratamentului vor fi: specialiștii din cadrul direcției de asistență socială și protecție a familiei și/sau lucrători din cadrul unui centru de plasament, medicul de familie care tratează/cunoaște toți membrii familiei, specialiștii care oferă servicii necesare familiei (consilier familial, psihoterapeut, psihopedagog, asistent parental), reprezentanți ai procuraturii, ai poliției. Frecvența întâlnirilor va depinde de necesitățile cazului și felul în care este structurată echipa.

Subiectele esențiale care urmează a fi discutate la nivel de echipă multidisciplinară sunt:

- utilitatea separării copilului de îngrijitori;
- organizarea audierii copilului în timp util;
- rolul participării copilului în procesul de urmărire penală;
- intervențiile necesare la nivelul familiei (consilierea familiei, acordarea pachetului minim de asistență);
- strategia de reintegrare a familiei.

Soluțiile oferite în cadrul managementului de caz frecvent sunt provizorii, au la bază ceea ce se cunoaște despre familie și resursele accesibile la moment; funcționează atâta timp cât sunt subvenționate (oferite). Tratamentul copilului depinde cel mai des de rezultatul procesului de diagnosticare. Răspunsul pozitiv sau negativ al familiei va determina strategia echipei multidisciplinare de mai târziu. Rezultatele procesului justițiar pot adesea amâna sau altera intervențiile managerului pe caz, deciziile care ar asigura încadrarea copilului în familie și acceptarea tratamentului.

Rezultatul dorit al intervențiilor pe cazurile de copii abuzați/exploatați sexual este de a diminua impactul traumei, în același timp asigurând un mediu familial suportiv pentru copil.

VIII.1. Lucrul cu familia copilului

Familia copilului exploatat sexual necesită o evaluare din perspectiva verificării existenței factorilor nocivi care au putut stimula predispoziția spre victimizare a copilului. În general, în momentul identificării, în cazul copiilor exploatați sexual, aceștia de obicei fie că sunt fugari de acasă, fie că provin din familii cu un grad sporit al neglijenței față de nevoile copilului, fie că părinții eșuează în a-și impune autoritatea sau, din contra, sunt excesiv de autoritari. În cazul când părinții dau dovadă de neglijență sau au atitudine agresivă față de copil, mulți specialiști sunt avocați ai soluției de a plasa copiii în centre de plasament. După o astfel de decizie este bine să se dezvolte un plan de durată pentru reintegrarea copilului în familie și comunitate.

În procesul de reintegrare a copilului în familie este bine de evaluat următoarele aspecte:

- prezența/absența abuzului de substanțe;
- prezența/absența comportamentului violent;
- prezența/absența tulburărilor sau retardărilor mentale;
- prezența/absența abuzurilor sexuale intrafamiliale.

De asemenea, în gestionarea cazului este bine de observat:

- reacția părintelui la informația despre abuzul sexual;
- calitatea relației între copilul victimă și îngrijitor;
- responsabilitatea financiară a părinților și dependența copilului de încurajările financiare care le obține în urma experienței exploatare;
- numărul și severitatea problemelor familiei;
- este sau nu copilul parte a unei rețele de semeni cu o subcultură sexualizată.

În cazul când copilul continuă să comunice cu persoanele din rețeaua exploativă, rudele abuzatorilor exercită presiuni asupra copilului sau familiei acestuia, pronosticul reabilitării poate fi compromis. Evaluarea negativă a cel puțin pe trei criterii din cele menționate mai sus va face dificilă reabilitarea și reintegrarea copilului în cadrul familiei. Atunci când îngrijitorul copilului este protectiv, reacționează sensibil la știrea despre abuz/exploatarea sexuală a copilului, financiar este independent, are o relație de încredere cu copilul – pronosticul pentru reabilitarea și reintegrarea de succes a copilului abuzat/exploatat sexual este pozitiv. Diferite combinații ale factorilor protectivi sau aversivi vor dicta condiții diferite de reabilitare.

Matricea decizională utilizată în strategia de tratament

Situția familiei copilului victimă a abuzului/exploatării sexuale	Constatați pozitive	Contactul copilului cu rețeaua de abuzatori	
		Criteriile sunt evaluate pozitiv	Criteriile sunt evaluate negativ
		<p>Cazuri tip 1 Copilul nu necesită plasament temporar. Intervenții de natură psihoterapeutică recomandate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapii de suport și-sau de criză pentru îngrijitori și copii. - Terapie diadică și a familiei. - Discuții/ plan de măsuri preventive pentru comunicarea copilului cu potențialii abuzatori. - Integrarea copilului în familie. 	<p>Cazuri tip 2 Nu se necesită separarea copilului de familie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratament individualizat pentru copil. - Tratament individualizat pentru familie. - Discuții/ plan de măsuri preventive pentru comunicarea copilului cu potențialii abuzatori. - Reintegrarea copilului în familie.
<p>Constatați negative</p> <p>Cazuri tip 3 Plasament temporar al copilului.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consiliere sau terapie de cuplu. - Reintegrarea graduală și monitorizată a copilului în familie. 	<p>Cazuri tip 4 Scoaterea permanentă a copilului din familie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discutarea capacității părinților de a-și exersa rolul de părinte. - Terapie pentru copil. - Consiliere pentru asistenții parentali. 		

Nu de puține ori aflăm că în familie este un mediu nefavorabil pentru creșterea și educarea copilului. Pentru a proteja copilul (în special în faza de criză) este nevoie de a-i găsi un mediu de trai provizoriu (familia extinsă, centre de plasament), iar părinților li se înaintează o serie de condiții – sugestii pentru îmbunătățiri care urmează să fie realizate pentru ca copilul să poată reveni acasă. Între timp părinții pot fi obligați să urmeze ședințe de consiliere psihologică individual și de grup.

Obiectivele comune ale acestor sesiuni sunt:

- informarea părinților despre diverse aspecte în dezvoltarea și educația copiilor de diferite vârste;
- informarea părinților despre specificul de funcționare a psihicului în contextul stresului posttraumatic, despre schimbările care au apărut în psihicul copiilor lor în urma evenimentelor violente suportate;
- informarea părinților despre abuz și neglijarea necesităților copilului, despre limita dintre disciplinare și abuz, despre măsurile de tragere la răspundere a părinților în cazurile de abuz sau neglijare a copilului;
- informarea părinților despre modelele alternative (non-violente) de educație, despre corectarea și stimularea comportamentului copilului, tehnici de comunicare eficientă cu un adolescent, rolul părinților în educația copilului, despre strategii de prevenire a situațiilor de conflict;
- părinților li se oferă posibilitatea de a găsi soluții la problemele de educație a copiilor astfel încât copilul să poată fi re-integrat în familia de origine.

VIII. 2. Reabilitarea psihologică a copiilor victime ale abuzului/exploatării sexuale

În reabilitarea psihologică a copiilor victime ale abuzului/exploatării sexuale se recurge la diferite activități (după scop, modul de desfășurare, conținut și metode), printre care cele menționate mai jos devin obligatorii:

- intervenția psihologică în situația de criză;
- psihoterapia posttraumatică;
- suportul social (persoanelor/grupurilor de referință).

VIII.2.1. Model de intervenție în criză în 7 pași

Literatura de specialitate sugerează că în cazurile de criză algoritmul de intervenție poate fi redus la 7 pași sistematici (vezi Figura 1). Modelul de intervenție în criză în 7 pași a fost propus de către A. R. Roberts (1991, 2000, 2005). Algoritmul poate fi aplicat persoanelor care se află în stare de criză apărută drept consecință în urma unor situații conflictuale (ceartă, fugă de acasă), eveniment stresant (viol, atac), sau problemă mentală care este în stare de acutizare. Datorită naturii abuzive infracțiunile cu caracter sexual, în cazul victimelor, sunt experiențe stresante care aruncă victima în criză.

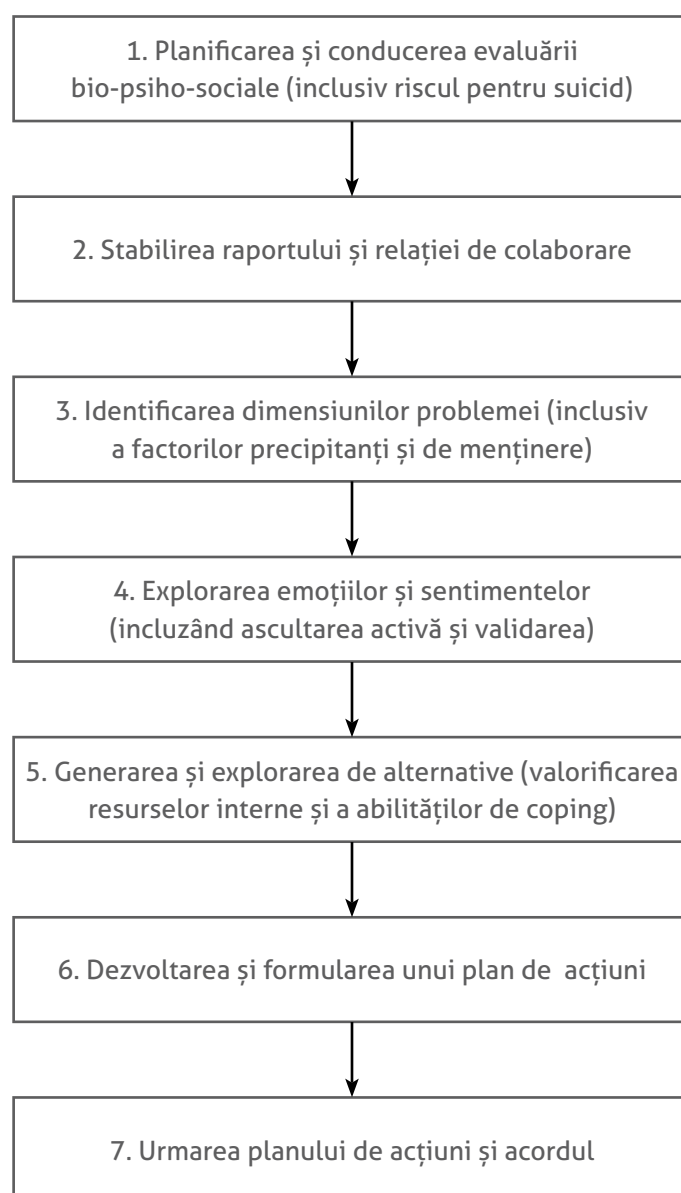


Figura 1. Modelul de intervenție în criză în 7 pași

Pentru început, să clarificăm ce presupune termenul de criză. Criza se referă la orice eveniment care perturbă acut homeostazia psihologică, iar mecanismele de coping ale individului eșuează să facă față stresorilor afectând funcționalitatea individuală. Cauza primară a crizei este un stresor²⁰ intensiv, traumatic, dar de asemenea alte două condiții sunt necesare: (1) percepția persoanei despre evenimentul considerat supărător/perturbator; (2) incapacitatea individuală de a soluționa situația perturbatoare, sau mecanismele de coping sunt inefficiente.

De notat că, beneficiarii cu statut de victime ale exploatării sexuale, frecvent vor trece cu tăcerea abuzurile premature la care au fost supuși²¹. Strategia de coping, frecvent adaptată de către acest tip de beneficiari, presupune modificarea percepției asupra evenimentului prin normalizare - de unde reiese și diminuarea răspunsului biologic (stres) față de evenimentul abuziv. Normalizarea în cazul dat este rezultatul eșecului în identificarea copiilor abuzați și intervenției în criză.

În situații de criză clinicienii, pedagogii, psihopedagogii și asistenții sociali au sarcina de a se mobiliza pentru a răspunde rapid solicitărilor. Decizii critice se iau din numele și în interesul beneficiarului. Membrii echipei multidisciplinare este bine să conștientizeze că în cazul beneficiarului în situație de criză, s-ar putea să fie vorba despre un ultim efort eroic de a căuta ajutor, înainte de a recurge la soluții alternative (oricare ar fi acestea începând cu normalizarea abuzului și terminând cu ideile suicidale). Pentru început, este important de a stabili cât mai rapid raportul de încredere în paralel efectuând evaluarea beneficiarului din perspectiva riscurilor, determinarea factorilor precipitanți ai crizei. După ce se efectuează evaluarea este important de identificat problemele primare și cu acordul beneficiarului de a trece la trasarea sarcinilor pe termen scurt. Prin natura sa, intervenția în criză presupune identificarea strategiilor de coping²² disfuncțional a beneficiarului cu ulterioara înlocuire a strategiilor disfuncționale cu strategii adaptative. Este un imperativ ca specialiștii echipei multidisciplinare să fie cunoscători a principiilor de bază în intervențiile de criză.

În cele ce urmează vom oferi explicația modelului de intervenție în criză.

1. Pasul 1. Planificarea și conducerea evaluării bio-psiho-sociale (inclusiv riscul pentru suicid). În această etapă personalul de intervenție în criză va face o evaluare rapidă a situației beneficiarului din perspectiva riscurilor pentru sănătatea (fizică și mentală) a copilului, riscuri sau factori de protecție în mediului familial. Minimum în urma acestei evaluări copilului i se va asigura un mediu de plasament în siguranță, asistența medicală și la necesitate medicamentoasă, și suport în elaborarea strategiilor de coping funcțional. Evaluarea potențialului suicidal se face în baza identificării antecedentelor autodistructive (de exemplu, consum preparate toxice, tăiat vene). Identificarea ideății suicidale se face prin:

- întrebare directă despre gândurile și emoțiile suicidale (de exemplu, *Atunci când spui că nu mai suportai, ce aveai de gând să faci? Să înțeleg că te gândeai să faci ceva cu viața ta?*);
- evaluarea rezilienței copilului față de strategiile autodistructive (de exemplu, persoanele care suferă de boli terminale sau care suferă dureri mari sunt mai motivate de a comite suicid);
- dimensiunea realistă a planului suicidal (de exemplu, persoana în criză are un plan suicidal? are în minte o modalitate prestabilită pentru săvârșirea suicidului? are acces la utilități care ar favoriza realizarea planului suicidal -- medicamente, obiecte strangulare?);
- interviu despre antecedente suicidale;

20 Stresor - factor stresant, care produce stres.

21 Din momentul primului abuz, până în momentul în care copilul este identificat drept victimă a exploatării sexuale, în medie trec 428 zile. Media zilelor a fost calculată în baza analizei cazurilor asistate de către echipa de intervenție a Centrului Internațional „La Strada”.

22 Strategii de coping – În psihologie, termenul desemnează efortul conștient de a soluționa problemele de natură personală sau interpersonală. Scopul strategiilor de coping este de a minimaliza impactul stresorilor în încercarea de a stăpâni circumstanțele. Eficiența strategiilor de ajustare/coping depinde de tipul stresorilor, particularitățile persoanei și circumstanțe. Unele mecanisme de coping sunt adaptative altele mai puțin adaptative (de exemplu, duc la sporirea nivelului de stres).

- evaluarea factorilor de risc (de exemplu, izolarea socială a beneficiarului, experiența unei pierderi recente).

Informația despre ideăție sau tentative suicidale se obține prin interviu sensibilă și iscusită care ar permite beneficiarului să-și expună istoria personală. Intervenția reușită depinde în mare măsură de iscusința echipei de intervenție în criză de a face o evaluare corectă, pătrunzătoare lăsând beneficiarului sentimentul că a fost auzit și înțeles.

2. **Pasul 2. Stabilirea raportului și a relației de colaborare.** Raportul de încredere este favorizat de prezența atitudinii de interes autentic și respect față de beneficiar precum și acceptarea necondiționată a acestuia (Roberts, 2005). În această etapă un rol semnificativ în sugerarea încrederii beneficiarului față de specialist îl au calitățile personale și comportamentele lucrătorului care intervine în situația de criză. Printre comportamentele care însușesc încredere se regăsesc contactul vizual, atitudinea deschisă fără a judeca, creativitatea, flexibilitatea, atitudinea mentală pozitivă și reziliența.
3. **Pasul 3. Identificarea dimensiunilor problemei (inclusiv a factorilor precipitanți).** Intervenția de criză se bazează pe lucrul asupra problemelor curente ale beneficiarului. Precum menționa Ewing (1978), specialistul care intervine în criză are drept scop identificarea factorilor din viața beneficiarului care au produs și/sau mențin necesitatea ajutorului în prezent. Astfel, întrebarea la care specialistul are sarcina de a răspunde pentru a articula strategia de intervenție este *De ce acum?*

Roberts (2005) sugerează că specialiștii ar fi bine să se concentreze nu doar asupra factorilor precipitatori (proverbiala „ultima picătură”), ci să și prioritizeze problemele în termeni de necesități la care să se intervină prima dată, concept numit de Egan (2002) „căutarea butoanelor”. În procesul de investigare despre cum evenimentul a precipitat criza, clinicianul va obține suficientă informație pentru a conceptualiza „stilul de coping” a beneficiarului – dimensiune care va solicita probabil intervenții pentru diminuarea stresului curent și prevenirea crizelor ulterioare.

4. **Pasul 4. Explorarea emoțiilor și sentimentelor.** Specialistul care intervine în situații de criză este bine să permită beneficiarului să-și exprime emoțiile, pentru a se deschide și diminua intensitatea acestora și pentru a explica situația sa curentă. Pentru facilitarea exprimării emoțiilor specialistul se bazează pe abilitățile sale de a „asculta activ” ceea ce se manifestă prin încurajări (verbale și non-verbale), parafrazăre și reflectare a emoțiilor (Egan, 2002).

Trăirile emoționale complexe de frică, furie, dezgust, dispreț, neîncredere etc. sunt frecvent acompaniate de o serie de disfuncții somatice, care la rândul lor destabilizează starea psihologică prin puseuri de durere, disconfort fizic. Această stare poate perturba orice proces de interacțiune, comunicare. Majoritatea tehnicilor de prim ajutor sunt orientate pe re-conectarea copilului cu propriul corp, cu realitatea înconjurătoare. Copilul este rugat să execute anumite acțiuni, cum ar fi: să miște, să scuture din mâini, să lovească cu picioarele în podea, imitând mersul tropăit, să respire și să urmărească procesul de inspirație, expirație etc. În general, tehnicile de lucru în stările de criză necesită o abordare directivă din partea psihologului, transmițând copilului instrucțiuni simple și clare, astfel încât acesta din urmă să înțeleagă că trebuie să execute întocmai ceea ce i se cere.

În unele cazuri, specialistul într-un mod precaut va depune efort pentru a provoca răspunsul beneficiarului într-un dialog de consiliere în criză. A provoca răspunsul beneficiarului presupune oferire de informații, reformularea/reinterpretarea situației-problemă, asumarea rolului de „avocatul diavolului”. Provocarea răspunsului, în cazul în care este utilizat corect poate diminua din convingerile dezadaptative a beneficiarului și reconsiderarea altor opțiuni comportamentale. De exemplu, în cazul minorei de 13 ani a cărei tată a denunțat „iubitul” său de 27 ani, acuzându-l de abuz sexual a minorei, consilierul în etapa a IV-a i-a permis să-și exprime emoțiile de frică, rușine, supărare și furie povestind despre trădarea tatălui. Consilierul, la momentul potrivit, se va

întreba cu voce tare dacă supradoza de paracetamol este metoda potrivită de a-și susține punctul de vedere.

5. **Pasul 5. Generarea și explorarea alternativelor.** Acest stadiu în situații de este cel mai dificil de realizat. Persoanelor aflate în stare de criză, prin definiție, le lipsește capacitatea de a vedea imaginea în întregime, ei fiind fixați pe modalitățile familiare de coping, chiar dacă acestea sunt ineficiente. Oricum, în cazul în care beneficiarul a trecut prin stadiul IV, beneficiarul în criză probabil a trecut prin suficiente emoții pentru a obține un minim de echilibru emoțional. În această etapă beneficiarul, împreună cu clinicianul vor începe generarea opțiunilor alternative, cum ar fi contractul non-suicidal sau negocierea unei scurte spitalizări pentru asigurarea securității beneficiarului; sau discutarea mai multor pro- și contra- pentru a se implica în diferite programe de tratament a dependenței de substanțe; sau necesitatea plasării temporare într-un centru de plasament. Este important de reținut că aceste alternative au probabilitate mai mare de implementare dacă sunt generate în colaborare cu beneficiarul și când alternativele selectate aparțin beneficiarului. În această etapă pot fi utilizate tehnici de terapie focusată pe soluții precum este „Discutarea amplificată a soluției” (DeJong & Berg, 1998).
6. **Pasul 6. Planul de implementare a acțiunilor.** În această etapă strategiile de abilitare a beneficiarului devin parte integrată a planului sau a intervenției ghidate. În această etapă beneficiarul este ghidat pentru asistența oferită de serviciile comunitare, medicale, sunt utilizate resursele comunitare și a familiei pentru suport și încurajare. O parte importantă în această etapă este componenta cognitivă. Beneficiarul va căuta să ofere sens experienței trăite: de ce i s-a întâmplat anume lui/ei? ce înseamnă acea experiență? care puteau fi acțiunile alternative? cine a fost implicat? ce anume din propriul comportament/decizii au înrăutățit situația? A lucra cu beneficiarul pentru a oferi sens experienței este important pentru a ne asigura că pe viitor beneficiarul va fi înarmat cu strategii de coping mai eficiente.
7. **Pasul 7. Urmarea planului de acțiuni.** Specialiștii care intervin în situații de criză este necesar să se asigure că există o modalitate de a ține legătura cu beneficiarul, după intervenția inițială de criză, pentru a se asigura că criza este depășită și pentru a evalua statutul post-intervenție a beneficiarului. Evaluarea post-criză a beneficiarului poate include:
 - starea fizică a beneficiarului (de exemplu, doarme, nu suferă de insomnii/coșmaruri, se alimentează, are grijă de igienă);
 - stăpânește ideea recurentă despre evenimentul precipitant (are beneficiarul o bună înțelegere despre ce și de ce i s-a întâmplat?);
 - evaluarea generală a gradului de funcționare a beneficiarului, inclusiv social, spiritual, academic;
 - gradul de satisfacție și progresele tratamentului curent (exemplu: orientarea vocațională);
 - prezența unor stresori curenți și cum aceștia sunt gestionați;
 - necesitatea unor noi referiri (de ordin legal, medical, de plasament).

La această etapă de asemenea putem stabili întâlniri pentru sesiuni de încurajare, cam la o lună după ce intervenția în criză s-a finalizat. Realizările intervențiilor și potențialele probleme pot fi discutate în cadrul sesiunii de încurajare. Pentru consilierii care supervizează beneficiari a căror persoane apropiate au decedat, se recomandă să organizeze sesiunea de încurajare în preajma zilelor de „pomenire” (40 zile, jumătate de an, un an etc.). Similar pentru cei care vor lucra cu victimele infracțiunilor violente, sesiunile de încurajare să fie planificate pentru datele semnificative 1 lună și un an de la victimizare.

VIII.2.2. Psihoterapia posttraumatică

Pentru a înțelege mai bine ce se întâmplă în procesul terapeutic al copilului victimă a violenței și exploatării sexuale vom face referință la modelul elaborat de Claudia Blackburn denumit „ciclul traumei”. Implicarea în acest ciclu este un semn că copilul „este în proces” și că tratamentul funcționează.

Hipervigilența. Prezența unei traume frecvent va fi trădată de starea de hipervigilență. Unele dintre caracteristicile hipervigilenței sunt tulburările somnului, neliniștea, dificultatea de a adormi, coșmarurile, iritabilitatea, furia, izbucnirile, dificultăți de concentrare. Orice re-amintire/aluzie la evenimentul traumatizant, are potențialul de a declanșa emoțiile asociate traumei originale. De obicei această retrăire ia forma unei proiecții și victima traumei nu va fi conștientă de unde vin sentimentele.

Rușinea. Un copil traumatizat frecvent va resimți sentimentul de vină, rușine, datorită egocentrismului specific copiilor aceștia vor interpreta evenimentele blamându-se pentru cele întâmplate. Când apar în terapie sentimentele asociate cu evenimente traumatice sau dureroase, vechea rușine apare și acaparează clientul. În încercarea de a scăpa de rușine clientul poate acționa compulsiv sau impulsiv. Poate deveni furios, acuzator sau violent și își poate proiecta sentimentele de durere asupra altcuiva. Poate impulsiv să bea sau să aibă un comportament sexual pentru a opri durerea și sentimentele de disconfort. Poate să recurgă la „tratamente” compulsive care au reușit în trecut să liniștească durerea - automutilarea. Într-un asemenea moment pentru un copil - victimă poate fi dificil să urmeze procesul terapeutic.

Evitarea. Următorul stadiu al ciclului este evitarea. Evitarea poate lua forma retragerii emoționale din situații sau față de alte persoane, într-un efort de a se simți în siguranță. Rațional: „Dacă mă doare, pot să mă protejiez prin a nu mai ajunge acolo.” „Acolo” poate fi orice situație de viață sau atașament emoțional care suscită vechea durere. În acest stadiu copilul – victimă poate dori să abandoneze terapia, sau poate părăsi o relație sau orice îi este teamă că îi poate provoca sentimente neplăcute.

Lipsa de emoții poate lua forma neimplicării. Este de obicei însoțită de un fel de zâmbet. Avantajul împietririi emoționale constă în îndepărtarea (eliminarea) sentimentelor dureroase permițând între timp să continue să funcționeze. Dezavantajul este că, în același mod ca novocaina, care este atât de eficientă în îndepărtarea durerii, îndepărtează de asemenea și toate celelalte senzații. Persoana va continua să trăiască având puțin acces la sentimentele sale reale. În mod paradoxal, va fi delicat la atingere, deoarece protejează o rană, în același timp fiind insensibil la ceea ce se întâmplă în jurul său, deoarece nu mai este în contact cu atmosfera emoțională. Ca și client, poate fi dificil deoarece este atât hipersensibil, cât și greu de pătruns.

Disperarea. Apoi urmează disperarea. Este disperarea pe care a simțit-o copilul într-o casă plină cu durere când toate tentativele de a face față, de a repara și a fi drăguț nu făceau ca lucrurile să se îmbunătățească – când nici un efort de voință sau dorință nu îndepărtează sentimentul profund de durere și frică de pedeapsă care planează ca un nor de asupra copilului. Este disperarea care vine cu sentimentul că viața, până la urmă, nu era menită să meargă. Este disperarea pe care o simțea trăind într-o casă pe care nu o putea face mai bună, într-un sistem care nu-i putea împlini nevoile și cu niște părinți care nu erau capabili să fie niște părinți adecvați. El poartă acest sentiment de mâhnire și osândă ca o tristețe tăcută pe care nimic nu o poate îmbunătăți. În tratamentul traumei, această disperare este atât un semn de angajare în contactul cu trauma, cât și partea necesară a vindecării.

Pierderea Sinelui. După senzația de disperare și neajutorare, ca și sentimentul de lipsă de putere, exista o profundă pierdere a sinelui. Această noțiune a sinelui ca funcție mediatore mai degrabă decât o colecție de atribute sugerează că senzația de conștientizare a sinelui apare din procesare, din selectarea experiențelor. În acest sens, sinele nu este un obiect obișnuit al conștiinței, ci mai degrabă un subiect al ei. O parte importantă a sentimentului nostru de sine este construită pe un sentiment de control asupra propriilor vieți, sentimentul de a fi în scaunul șoferului, de a avea de făcut alegeri și puterea și abilitatea cu care să le exersăm. Când, în anumite circumstanțe, acesta dispare, pierdem sentimentul puterii personale și legătura dintre natura noastră volițională și abilitatea de a juca sau de a ne exercisa competențele. David Spiegel spune: „De exemplu, în timpul și după o traumă, conștiința de sine devine extrem de dureroasă. Victima unui viol care a fost tratată ca un obiect și umilită în timpul asaltului resimte noțiunea de sine contaminată de frică și durere. Aceasta, împreună cu multele mecanisme de apărare pe care ea le-a adoptat pentru a se simți în siguranță, erodează și *înjosește* un sentiment de bază al sinelui. De aceea supraviețuitorul începe să caute în afara sinelui resurse pentru susținere interioară. Este o tentativă eșuată de a localiza sinele acolo unde sinele în fapt nici nu există – în alți oameni, locuri și obiecte”.

Deoarece tulburarea de stres posttraumatic (PTSD) are simptome atât de variate, o combinație de psihoterapie și medicație este adesea necesară. Programele psihoterapeutice cu cea mai mare eficiență demonstrată includ psihoterapia cognitiv comportamentală (variante ale terapiei prin expunere), EMDR (desensibilizarea și reprocesarea prin mișcarea ochilor), terapia catatim – imaginativă (simboldrama), terapia prin identificarea actelor ratate și realizarea acestora cu mijloace psihodrama-terapeutice, etc.

VIII.2.2.1. Modelul cognitiv al SPT

Din perspectiva modelelor cognitive, SPT este clasificat ca tulburare de anxietate. În cadrul modelelor cognitive tulburările anxioase sunt rezultatul evaluării unei potențiale amenințări. Ori, în cazul SPT problema constă în prezența unei amintiri/eveniment care deja s-a întâmplat. Concilierea acestui puzzle a dus la definirea SPT ca tulburare care se instalează doar dacă individul procesează evenimentul traumatic sau sechelele acestuia într-o manieră care produce percepția unui pericol eminent curent. În cadrul modelului cognitiv se sugerează existența a două tipuri de procesări cheier care duc la percepția unor amenințări curente:

- diferențe individuale în interpretarea traumei și a sechelelor acesteia;
- diferențe individuale în natura amintirilor despre evenimentul traumatizant și legătura dintre aceste amintiri și memoria autobiografică.

Odată activate, percepția amenințărilor curente este acompaniată de gânduri, senzații, trăiri intruzive și alte simptome ale retrării evenimentului stresant – excitație (SNC), anxietate, reacții emoționale. Percepția amenințării de asemenea motivează o serie de răspunsuri comportamentale sau cognitive, care au drept scop reducerea amenințărilor percepute și a dis-stresului pe termen scurt. Dar pe termen lung aceste mecanisme vor împiedica producerea modificărilor, astfel menținând tulburarea SPT. Figura 2 sumarizează elementele cheie a modelului cognitiv a tulburărilor SPT.

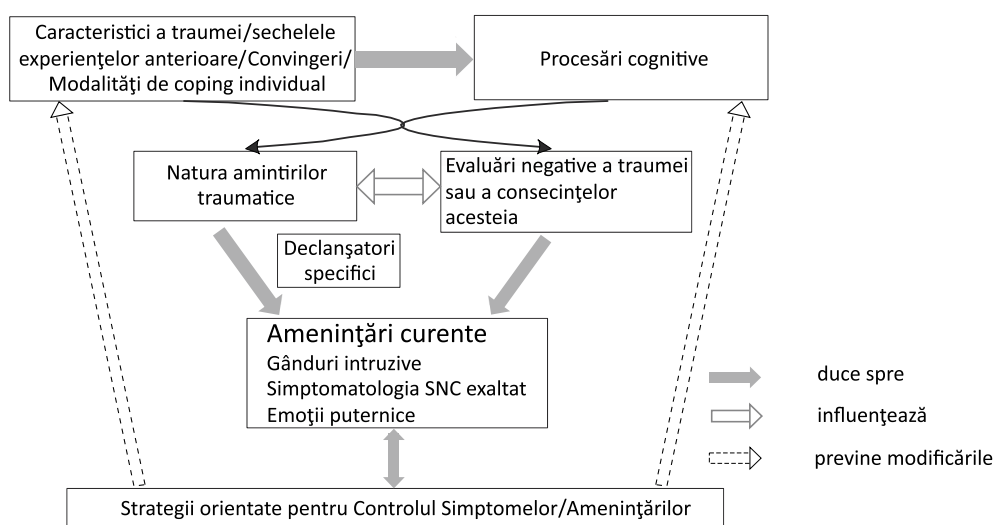


Figura 2. Modelul cognitiv al SPT

Evaluarea traumelor și/sau a consecințelor în cadrul acestui model implică faptul că indivizii cu tulburările SPT sunt caracterizați de evaluări ideosincratice negative a evenimentului traumatic sau ale sechelelor acestuia. Evaluările negative la rândul său mențin activ sentimentul de amenințare prezentă. Percepția unor amenințări curente poate să se refere atât la factori externi (de exemplu, toată lumea va afla, părinții îl/o vor respinge), cât și la factori interni (amenințări la imaginea de sine ca persoană murdară, nedemnă de dragoste și acceptare, incapabilă de a-și urma visurile/scopurile).

Evaluarea sechelelor evenimentului traumatic poate induce percepția amenințărilor eminente ceea ce asigură persistența tulburării de tip SPT. Evaluările pot include: interpretarea simptomatologiei

inițiale a tulburării SPT, interpretarea reacției celorlalți la manifestările tulburării SPT și/sau evaluarea consecințelor pe care trauma le-a produs asupra altor domenii ale vieții (de exemplu, școala, orientarea vocațională, relațiile interpersonale). Simptome precum amintiri intruzive, flash-back-urile, iritabilitatea și schimbările bruște de dispoziție, lipsa concentrării sau amorțeala pot fi reacții care apar în scurt timp după ce incidentul abuziv a avut loc. Dacă indivizii nu văd aceste manifestări ca parte normală a procesului de recuperare, ei pot interpreta aceste modificări drept schimbare permanentă care amenință bunăstarea lor fizică și psihică (Ehlers & Steil, 1995; Foa & Riggs, 1993). Astfel de evaluări mențin direct tulburarea SPT generând emoții precum frica, anxietatea, depresia, furia indirect menținând strategiile de coping disfuncțional. Paradoxal este că, cu cât mai mult individul va încerca să controleze/ignore simptomatologia SPT, cu atât mai probabil este ca aceste manifestări să persiste (Wegner, 1989).

Persoanele resursă (părinți, prieteni) adesea nu vor fi siguri în ceea ce privește cum să reacționeze în cazul traumei și vor evita discuțiile pentru a nu genera dis-stres. Aceste „considerațiuni” pot fi interpretate de către victimă ca semn al indiferenței sau și mai rău ca victima este responsabilă pentru ceea ce i s-a întâmplat. Astfel de interpretări, în mod direct vor induce simptomatologia SPT (izolarea de ceilalți) reducând probabilitatea pentru victimă de discuta despre traumă, corecta viziunile negative sau căuta ajutor profesionist. Bineînțeles, unele persoane în mod obiectiv sunt neglijente cu necesitățile victimei, criticând sau blamând copilul după ce evenimentul traumatizant a avut loc. În cazul când aceste persoane sunt semnificative, victima va interpreta aceste reacții ca semn al lipsei de valoare personală, că sunt demne de a fi detestate, blamate etc. Evenimentele traumatizante pot afecta parcursul întregii vieți a unui individ, inclusiv starea de sănătate, aparențele, alegerea vocațională și situația financiară. Astfel de evenimente și interpretări pot fi văzute ca semne a schimbărilor negative permanente în viața unui individ.

Mai multe tipuri de evaluare a evenimentului traumatizant pot produce percepția amenințărilor curente. (1) Indivizii pot *generaliza* de la evenimentul din trecut asupra evenimentelor prezente, astfel percepend o serie de activități obișnuite ca fiind semnificativ mai periculoase decât sunt în realitate. Generalizările se pot manifesta în exprimări de genul „*Eu atrag dezastrele*” sau „*Lucruri urâte mi se întâmplă doar mie*”. Astfel de evaluări generează nu doar frici situaționale, ci și comportamente evitative, fapt care menține frica generalizată. (2) Un alt tip de evaluări a amintirilor evenimentului și/sau propriilor emoții, comportamente din cadrul eveniment traumatizant poate avea efecte amenințătoare pe termen lung. De exemplu, dacă în procesul abuzului sexual fata sau băiatul au simțit minimum plăcere de la stimulările sexuale, acestea ulterior pot fi interpretate într-o manieră care să trezească repulsie față de sine, generând un șir de acțiuni distructive ulterioare.

Evaluarea amintirilor despre evenimentul traumatizant. Este specific frecvent persoanelor cu tulburări SPT și este de fapt dificultatea de a reactualiza intenționat incidentul abuziv. Amintirile intenționate sunt fragmentate și slab organizate. Pe de altă parte, pacienții cu tulburările SPT frecvent raportează amintiri declanșate neintenționat, cu caracter intruziv retrăind din nou și din nou scene ale abuzului. Aceste experiențe re-traumatizante frecvent sunt trăite la nivel senzorial, mai degrabă decât cognitiv, fapt care explică utilitatea și eficiența tehnicilor EMDR (desensibilizarea și reprocesarea prin mișcarea ochilor) în procesul de rehabilitare a victimelor cu tulburări de tip SPT. Retrăirea involuntară a evenimentelor traumatizante poate fi declanșată de o serie de stimuli care nu neapărat au o relație semantică cu evenimentul traumatizant, în schimb poate fi vorba de o asociație temporală (ex: asemănarea formei feței, indicatori spațiali, mirosuri, tip de lumină, anumite fraze, tonalități a vocii), sau ancore interne (sentimentul de neajutorare). Pentru a evita declanșarea a astfel de reacții re-traumatizante, în special copiii, cu scopul de a fi protejați vor fi audiați în spații prietenoase, special amenajate pentru audierea copiilor.

Strategiile cognitive și emoționale utilizate de către victime pentru a controla simptomatologia SPT și amenințările curente sunt direct influențate de experiențele și convingerile anterioare. De exemplu, persoanele care consideră că persoanele cu probleme emoționale sunt slabe/ inferioare este mult mai probabil să utilizeze suprimarea gândurilor atunci când apar amintirile intruzive, decât persoanele care nu au astfel de convingeri. Persoanele care au fost criticate sau ridiculizate atunci când au dat dovadă de frică

sau tristețe, s-ar putea să manifeste aplatizare emoțională pentru a evita discuțiile despre emoțiile sale.

Modelul cognitiv al SPT sugerează implicit direcțiile de intervenție. Astfel, în reabilitarea beneficiarilor cu tulburările SPT este important:

- de elaborat și integrat amintirile despre evenimentul traumatic în contextul precedentelor individuale, astfel reducând ocurența amintirilor intruzive (acestea fiind de natură senzorială vor căpăta o altă pondere în momentul în care vor fi interpretate semantic și organizate episodic);
- evaluarea problematică a evenimentului traumatizant și a sechelelor este necesar de a fi modificată;
- comportamentele și strategiile cognitive disfuncționale care previn elaborarea amintirilor (memoriilor) exacerbând simptomele, blochează re-evaluarea convingerilor care necesită a fi modificate, respectiv se va recurge la tehnici de modificare cognitivă și modelare comportamentală.

VIII. 2.2.2. Program individualizat de asistență psihologică a copiilor victime a abuzului/ exploatării sexuale.

Centrul național de prevenire a abuzului față de copii (CNPAC) recomandă ca programul individualizat de asistență psihologică să cuprindă instrumente, tehnici care ar permite copilului asistat să se gândească la ceea ce i s-a întâmplat, să comunice clar și detaliat acest fapt și să proceseze sentimentele și gândurile care îi apar. În afară de aceasta, în cazul apariției comportamentelor sexualizate se includ tehnici speciale focusate pe tratamentul compulsiilor (masturbării excesive, exhibiționismului sau implicarea altor copii în acțiuni cu caracter sexual). Spre finele programului vor fi incluse exerciții de proiectare a propriei persoane în viitor, de planificare strategică a liniei vieții, etc.

Generalizând, menționăm grupurile de instrumente care se utilizează în procesul de reabilitare a copiilor victime a abuzului/ exploatării sexuale:

Instrumente centrate asupra realității. Adesea experiența prin care a trecut copilul i se pare ireală și confuză. Apare nevoia de a-i confirma că ceea ce i s-a întâmplat s-a consumat deja și că noi cunoaștem despre acest lucru. Dacă experiența a fost dureroasă sau insuportabilă este firească încercarea copilului să evite gândurile cu privire la ceea ce s-a întâmplat, dezvoltând amnezie sau alte simptome disociative. În astfel de cazuri este dificil de luat o atitudine față de experiența trăită, de a vorbi despre aceasta sau de a o integra în istoria vieții copilului.

Psihologul este pus în fața sarcinii de a vorbi cu copilul deschis referitor la experiența prin care a trecut acesta, să spună lucrurilor pe nume. Surprinzător este faptul că psihologul, de multe ori, în asemenea situații întâlnește o dificultate mai mare decât copilul.

Înainte de a începe discuția despre abuzul/exploatarea sexuală la care a fost supus copilul se stabilește în comun cu copilul denumirea organelor genitale (de obicei copiii au cuvinte speciale pentru denumirea organelor genitale la fete, băieți, femei și bărbați).

Se clarifică împreună cu copilul despre aspectele interzise de abuzator de a fi destăinuite. Se explică necesitatea de a nu păstra în secret lucrurile rele care s-au întâmplat, argumentând prin faptul că păstrarea secretului îl face nefericit și trist pe însăși copilul, totodată sporind riscul unor situații abuzive repetate asupra copilului, cât și asupra altor persoane, copii.

Adesea, când trebuie să povestească un subiect dificil, pentru copil este mai ușor ca el să utilizeze mai multe moduri de exprimare: să deseneze sau să însceneze ceea ce i s-a întâmplat prin intermediul păpușilor. Mobilierul obișnuit pentru păpuși, de obicei ajută copiii de toate vârstele să relateze ceea ce s-a întâmplat într-o cameră.

O tehnică specială este **Boxa cu notițe**. Împreună cu copilul se confecționează o boxă în care se pot

introduce bilețele cu anumite subiecte despre care urmează să se discute în ședințele ulterioare. Copilul clasifică temele de abordat în dependență de dificultatea de vorbire despre acestea: 1 – subiect important și este, în același timp, ușor de abordat; 2 – subiect pe care copilul ezită sau nu îndrăznește să-l vorbească; 3 – subiect la care copilul cu greu se poate gândi și, probabil, niciodată nu va vrea sau nu va îndrăzni să vorbească. Copilului i se comunică că a făcut deja un lucru excelent plasând subiectele în 3 categorii, și că ar fi fantastic dacă el ar fi dispus să vorbească în viitor despre oricare dintre acestea.

Instrumente pentru concentrare asupra autonomiei. Ceea ce s-a întâmplat i-a putut oferi copilului sentimentul că este imposibil să se protejeze de situațiile în care el nu dorește să se implice. Dominația adultului asupra copilului a condus la faptul că acesta din urmă și-a pierdut autonomia, simțind un sentiment de neputință și de victimă. Prin anumite tehnici trebuie să ajutăm copilul să simtă că el poate să decidă singur asupra propriului corp, poate să spună „nu” și trebuie să caute ajutor când are nevoie.

1. Încurajați auto-afirmarea copilului pe parcursul tratamentului. Acceptați toate negațiile cu remarca: *„Bine, tu decizi. Ai făcut bine că mi-ai răspuns „nu”, deși eu sunt un om mai în vârstă ca tine și ne-am cunoscut nu demult. Ai fost curajos”*.
2. Încurajați toate semnalele autonomiei în care copilul relatează sau redă abuzul. Toate evenimentele, gândurile, sentimentele care implică orice încercare de a se proteja sau de a solicita ajutor merită să fie apreciate: *„Ai îndrăznit să crezi că ai putea evada, deși ai fost intimidat și erai absolut gol? Ai dat dovadă de curaj! Sunt mulți care nici nu se pot gândi la nimic în așa momente!”*
3. Explicați-i copilului că pielea noastră este frontiera corpului nostru, dar, totodată, avem și o frontieră privată care reprezintă distanța la care vrem să-i lăsăm pe alții să se apropie de noi. Dacă cineva își face simțită prezența în zona noastră privată, de obicei, reacționăm făcând un pas în urmă. Permiteți prietenilor să se apropie de noi și nu îngăduim acest lucru celor pe care nu-i cunoaștem. Evidențiați că doar copilul însuși decide care distanță e cea mai potrivită pentru el.

În acest sens se aplică exercițiul de identificare a zonei personale: copilul este rugat să se ridice, să stea drept, iar psihologul de la o anumită distanță începe să se apropie din față spre copil, rugându-l să spună „Stop!”, dacă apropierea de mai departe îi va produce disconfort. Același lucru se repetă din poziție laterală și din spatele copilului. În dependență de reacțiile copilului discutați despre variația distanței în dependență de cine se apropie și din ce direcție se apropie spre el. Încurajați exprimările verbale de stopare a apropiierilor sau atingerilor de corp, precum și diferite modalități de autoprotejare, cum ar fi retragerea de la persoana care nu inspiră încredere fără jenă sau frica de a o ofensa.

Instrumente pentru concentrare asupra emoțiilor. Ceea ce s-a întâmplat, din punct de vedere emoțional, poate fi deseori copleșitor. Aceasta poate duce la simptome ca îngrijorare, anxietate, coșmaruri, gânduri, amintiri obsesive, sensibilitate și evitarea lucrurilor ce amintesc evenimentul etc. Acestea fie pot să se manifeste ca simptome deschise de anxietate, fie pot duce la izolare emoțională însoțite de dificultăți de auto-afirmare și inhibarea dezvoltării.

1. Copiii care se izolează ar avea nevoie, pentru început, să se socializeze și să-și exprime sentimentele care au fost dissociate pe perioada abuzului/exploatării; să abordeze gradual experiențele dureroase, astfel încât să fie posibil să suporte emoțiile.
2. Acei care sunt copleșiți de emoții de panică și simptome de anxietate, pentru început ar avea nevoie de ajutor ca să-și dirijeze și să-și controleze panica și anxietatea.
3. În ambele cazuri scopul este de a ajuta copilul să poată exprima emoțiile cu privire la trauma suferită, lucrând simultan cu gestionarea anxietății și disocierii, ajutând copilul să se gândească la ce i s-a întâmplat și să simtă totodată ceea ce prin ce a trecut.

4. Mulți copii expuși abuzului/exploatării sexuale devin foarte buni la compartimentul „păstrarea secretului”, adică buni la ascunderea emoțiilor puternice și/ sau la redarea acestora față de persoanele care fac copilul să se simtă vulnerabil.
5. Ajutați copilul să înțeleagă că este normal să păstreze astfel de secrete și este bine că nu povestește persoanelor în care nu are încredere. Încurajați acțiunile copilului pe care le-a întreprins cu scopul de a se proteja, de exemplu, dacă acesta a păstrat secretul în scopul de a potoli abuzatorul sau a minimiza abuzul.
6. În exersările care vor urma ajutați copilul să identifice și să comunice emoțiile ascunse și să îndrăznească să dezvolte o deschidere mai mare în cadrul relațiilor sigure.
7. Puteți utiliza în acest sens niște pahare de hârtie și desenați pe ele, împreună cu copilul, diferite expresii faciale. Plasând cămile una peste alta, rugați copilul să indice ce emoții a exteriorizat și ce emoții a interiorizat în diferite situații.
8. Sau desenați un ghețar cu o mică parte a acestuia deasupra apei. Lăsați copilul să deseneze, să scrie sau să picteze pe partea ghețarului deasupra apei – emoțiile pe care de obicei le exprimă, iar pe partea ghețarului de sub apă – emoțiile pe care de obicei le ascunde.
9. Cu cât copilul simte că deține un control mai mare asupra sentimentelor, cu atât va fi mai ușor de abordat, în cadrul terapiei, trauma prin care a trecut. Există multe exerciții de diminuare a anxietății și sporire a atenției (mărind contactul cu realitatea). Printre acestea se bucură de succes exercițiile care combină reproducerea celor întâmplate la nivelul simțurilor, gândurilor, emoțiilor cu mișcarea și degajarea blocajelor neuro-musculare.

Câteva exemple de exerciții pe care le folosim când copilul produce involuntar amintiri dureroase și trăiri specifice abuzului:

- a) îndemnați copilul să se deplaseze imaginar într-un loc sigur (care este elaborat mental împreună cu psihologul) și acolo să se gândească la ceva pozitiv sau amuzant; puteți compune împreună o frază rimată pe care să o repete de mai multe ori;
- b) găsiți un obiect plăcut la atingere (totem) și învățați-l pe copil să-l netezească, concentrându-se pe senzațiile tactile; acest obiect copilul poate să-l poarte cu sine și să-l folosească îndată ce îi apar amintiri dureroase;
- c) sugerați-i copilului că ar putea să întreprindă anumite acțiuni motorii: să se miște vioi, să sară în sus, să fugă, să se mângâie alternativ pe o parte și alta a corpului, să își încrucișeze mâinile sau să se îmbrățișeze; învățați copilul câteva modalități de respirație conștientă: de a parcurge mental drumul aerului inspirat și expirat măcar 5 minute; de a respira calm imaginându-și că adună aerul într-o pungă (corpul fiind o pungă ce trebuie umflată).

Instrumente pentru concentrare asupra gândirii. Deseori ceea ce s-a întâmplat este atât de confuz și incomprehensibil, încât copiii inventează propria lor cale de înțelegere a evenimentelor și astfel pot deduce concluzii eronate. Uneori copiii pot fi amenințați, înșelați sau manipulați. Psihologul este pus în situația de a-i explica copilului ceea ce i s-a întâmplat, a cui a fost vina, ce este permis și interzis de făcut, că sunt în limitele normalului emoțiile trăite de copil. La acest moment este important ca psihologul să fie explicit în raționamentele sale și să ofere informații clare. Unul dintre principiile tratamentelor terapeutice pe care este oferirea unor răspunsuri foarte directe la întrebările copilului prin prisma cunoștințelor despre abuz și consecințe, despre abuzatori și specificul relației lor cu victima, etc.

În vederea corectării reprezentărilor deformate, iraționale ale copilului despre sine și despre lume, recomandăm câteva compartimente tematice de discuție cu acesta.

- Secrete bune și secrete rele.
- Ce este bine și ce este rău.
- Ce este legal și ce este ilegal.
- Manifestările tipice ale stresului posttraumatic la copii.
- Cine poartă vina, cine este responsabil pentru acțiunile abuzive îndreptate asupra copilului.

Despre sexualitate, sex și abuzul sexual. Mulți copii sunt afectați de faptul cum au reacționat organele lor la abuz sau de faptul că au simțit plăcere. Descrieți modul în care organele genitale sunt controlate de două căi nervoase: acestea sunt parțial fibre nervoase ce fac legătura dintre creier și penis sau creier și vagin și sâni. Dacă copilul se gândește la cineva pe care îl place sau la ceva ce îl excită, atunci aceste organe reacționează – penisul devine erect, vaginul se simte excitat sau devine cald și umed, iar sfârcurile tari. Totuși mai există niște fibre nervoase care fac legătura între organele genitale și măduva spinării. Aceste fibre răspund de reacția unor părți ale corpului într-un mod reflex, fără implicarea creierului. Când cineva atinge organele genitale, le mângâie sau le linge, acestea pot reacționa în mod instinctual, chiar dacă creierul crede că este dezgustător sau că nu vrea. Explicându-i copilului acest fenomen, veți preîntâmpina dezvoltarea sentimentului de culpabilitate care agravează procesul de reabilitare a copilului.

Instrumente pentru concentrare asupra comportamentului sexualizat. Comportamentul sexualizat este un simptom care poate fi văzut la unii copii abuzați/exploatați sexual. Uneori, nu este o problemă îngrijorătoare, este un comportament tranzitoriu, care dispare ca rezultat al tratamentului amintirilor, emoțiilor sau gândurilor dureroase care îl provoacă. În alte cazuri comportamentul sexualizat se consolidează, devine compulsiv, abuziv și necesită mai multe intervenții pentru a-l trata.

Deosebim comportament sexualizat autoerotic, când obiectul interesului și satisfacției sexuale este însăși copilul, ceea ce presupune, de cele mai dese ori, masturbarea în exces, și comportament sexualizat orientat asupra altor persoane (seducerea, inițierea, impunerea acțiunilor cu caracter sexual). În ambele sensuri vom preciza dacă acest comportament poate genera prejudicii fizice sau psiho-emoționale în raport cu sine (comportament sexual auto-distructiv) sau alți copii (comportament sexual abuziv). Vom înțelege că de fapt copilul a dobândit o disfuncție la nivelul autocontrolului, iar acțiunile sexualizate au devenit un mijloc de diminuare a tensiunii, neliniștii, anxietății sale. Mecanismul odată declanșat nu poate fi stopat din simpla dorință a copilului sau a maturului de a nu mai repeta comportamentele sexualizate (social blamate și neacceptate!).

1. Primul pas în tratamentul compulsiilor sexuale este informarea copilului despre funcționalitatea organismului uman, despre dominația impulsului de realizare a actului care aduce cu sine degajarea tensiunii, satisfacția, plăcerea.
2. Al doilea pas este evidențierea consecințelor negative ale acestui comportament: leziuni fizice, infecții ce necesită tratament, proceduri medicale neplăcute, sentimente de rușine și stigmatizare, iar în cazul agresiunilor sexuale față de alți copii – atragerea la răspundere penală sau alte pedepse alternative din partea maturilor.
3. Al treilea pas este să stabilim cu copilul un acord prin care ultimul dorește să se învețe să nu mai recurgă la comportamentele sale sexuale compulsive.
4. Abia după aceasta vom trece la analiza gândurilor copilului înainte, în timpul și după acțiunile sexualizate. Vom identifica gândurile care trezesc regrete pentru că nu și-a stăpânit acest comportament. Apoi vom identifica situațiile de excepții, în care a reușit să-și înfrunte impulsurile sexuale și vom specifica datorită căror factori a fost posibil.
5. În sfârșit, împreună vom elabora listă de acțiuni, activități interesante, dar și complicate ce necesită o anumită cantitate de atenție cu scopul de a recurge la acestea imediat ce apar gânduri cu caracter sexual.

Având în vedere că schimbarea comportamentelor sexualizate nu se va produce imediat ce a apărut dorința schimbării, sarcina psihologului este să informeze copilul despre procesualitatea și fenomenologia modificărilor comportamentale, utilizând în acest scop modelul „Ciclul schimbării”, descris de Prochaska și DiClemente în diagrama progresului individual de-a lungul unui continuum care include posibilitatea de a recidiva și re-întrarea în procesul de schimbare.

- Faza „Pre-CONTEMPLAREA”. *„Nu mi se pare nimic în neregulă că masturbez zilnic... Nici nu mă gândesc să schimb ceva!”*
- Faza „CONTEMPLAREA”. *„Nu mă pot gândi la nimic altceva. Observ că această ocupație mă face să mă retrag, să mă ascund de părinți. Devin iritat și înrăit când nu mi se primește să masturbez. Poate că ar fi bine să fac o schimbare.”*
- Faza „PREGĂTIREA”. *„Intenționez să opresc/sa scad numărul de masturbări (pe zi de la 5 la 1) începând de mâine.”*
- Faza „ACȚIUNEA”. *„Am oprit/scăzut numărul de masturbări.”*
- Faza „MENȚINEREA” *„Nu am mai masturbat/am scăzut numărul de masturbări de ceva timp și aplic cu succes alternativele mele.”*
- Faza „RECĂDEREA”. Revenirea la comportamentul problematic.

Prin știința sa, psihologul îl ajută pe copil să-și schimbe întâi atitudinea, apoi viziunea, pentru ca apoi prin motivație, pe baza cunoștințelor însușite de la specialist, copilul să poată intra într-un program de schimbare a comportamentului sexualizat și folosi ciclul schimbării pentru a face pașii necesari.

Instrumente de concentrare asupra speranței/încrederii în viitor. Uneori ceea ce s-a întâmplat poate influența percepția copilului cu privire la lumea ce-l înconjoară, iar viitorul să fie afectat negativ. Copilul ar putea cădea într-o stare deprimată cu privire la experiența prin care a fost impus să treacă. Acesta ar putea avea nevoie de ajutor să-și recapete speranța că lucrurile neplăcute vor trece, iar viitorul va fi bun.

Încurajați copilul să-și poarte singur de grijă în situații stresante, de exemplu, gândindu-se la locul în care se simte în siguranță.

De asemenea este foarte important să puteți răspunde copilului la întrebările ce vizează problemele existențiale și religioase, acestea apar adesea ca o consecință a experienței prin care a trecut copilul. Purtați discuții profunde cu copilul și încurajați-l să aibă o atitudine serioasă față de întrebările pe care le adresează și să găsească sensul acestora, de asemenea în religie și filosofie.

În acest sens se propun copilului exerciții de vizualizare sau de desen a viitorului. Chiar și imaginea viitorului, care reprezintă răzbunare, are aspecte pozitive. Furia care a fost ascunsă față de abuzator ar trebui exprimată, lipsa de responsabilitate a unui abuzator care neagă acuzațiile trebuie gestionată, puterea acțiunii și autonomia copilului trebuie fortificate, iar neputința înlăturate.

Dacă eventual copilul are anumite imagini pozitive ale viitorului, îi putem propune să se întâlnească cu sine din viitor și să afle:

- Cum se simte în viitor?
- Au dispărut simptomele?
- Ce probleme au rămas?
- Dacă se simte mai bine, cum a făcut să se întâmple asta?
- Are vreun sfat să-l ofere copilului din prezent?
- Copilul din viitor are vreun sfat pentru psiholog?

Instrumentele prezentate nu sunt operative de sine stătător, dar ele pot fi cu ușurință integrate în diverse tipuri de tratament ce vizează reabilitarea copiilor de consecințele abuzului/ exploatării sexuale.

EXEMPLE DE ȘEDINȚE

Ședința nr. X

Scopul activității este de a-l ajuta pe copil să-și conștientizeze emoțiile de frică și anxietate.

Obiectivele activității este de a-l ajuta pe copil să înțeleagă.

1. că este firesc să trăiască sentimentul fricii și al anxietății în contextul traumei trăite;
2. că a trai aceste sentimente nu înseamnă că ceva nu este în regulă;
3. chiar și atunci când e singur și trăiește aceste sentimente, el poate apela la anumite strategii care să-l ajute să le depășească;
4. cum în alte experiențe anterioare a putut trece peste aceste sentimente neplăcute?

Structura ședinței

1. *Începutul consilierii – realizarea desenului personajului malefic*

De discutat pe marginea desenului personajului malefic sau a omului strașnic.

- Ce face personajul?
- La ce se gândește el?
- Prin ce este strașnic?
- Cine este el?
- Ce fel de om este?
- Discuție asupra temei – când îi este strașnic?

2. *Discuție „Cea mai mare frica a mea”*

- Ce te sperie cel mai mult după cele întâmplate?
- Ce faci când ți-e frică? (Povestim copilului ce fac alții când le este frică și îl ajutăm să verbalizeze ce ar putea face el.)

3. *Narațiunea*

- a. Ploaia odată și odată se termina, astfel frica nu rămâne permanent cu noi. Chiar dacă avem impresia că nu ne putem debarasa de ele. Exact ca ploaia – noi nu o putem opri, dar ea oricum se va opri.
- b. Chiar și atunci când plouă, noi avem anumite activități – ne jucam, citim etc. De aceea, când ne este frică, important e să știm că putem face niște activități până când frica și anxietatea pleacă. (Îl întrebăm ce ar putea face el atunci când îi este frică.)

4. *Îi propunem să descrie frica sau o descriem noi din cuvintele lui*, sugerându-i să vorbească despre mărime, culoare, localizare, apoi să o deseneze pe foaie.

5. *„Prietenul meu cel mai bun”, Tehnica – “amprenta degetelului mare”*

Îi sugerăm copilului să-și imagineze un prieten, încercăm să-l creăm împreună. Degetul

mare îl putem să îl înmuiem în vopsea și îl punem pe un cartonaș cu mărimea 7x12 cm. Pe degețel desenăm detalii – ochi, nas, păr, urechi s.a. „Dă-i un nume și alcătuiește o istorie despre cum ar putea să te ajute”. (Degețelul Stan mănâncă cu mine unt de arahide luând direct din borcan. Asta îi va ajuta să înțeleagă că el nu este de unul singur și se simte mai în siguranță).

Concluzii. E normal să-ți fie frică? Da, uneori oamenii se tem. Chiar și cei maturi. Ce putem face când ne este frică? Să-i povestim mamei, învățătorului, prietenei. Ce-ți place cel mai mult la prietenul pe care l-ai desenat? Cum te-ai împrietenit cu el? Mai ai prieteni? Stan mai e prietenul tău? Ai lucrat foarte bine azi, pentru asta meriți un mic cadou (îi oferim ceva simbolic).

VIII.3. Suportul social

Din prisma teoriei atașamentului sunt definite trei tipuri de suport pe care oamenii îl caută la vreme de nevoie. Primul este suportul pe care o figură de atașament îl oferă prin simpla prezență fizică sau psihologică. Este vorba de ceea ce Bowlby numea proximitate. În mod contrar anxietatea, îngrijorarea sau protestul pot fi activate dacă proximitatea figurii de atașament este amenințată de separare sau pierdere. Al doilea tip este ajutorul acordat unei persoane în vreme de nevoie, pentru a depăși amenințările sau obstacolele, furnizându-i atât suport emoțional, cât și instrumental până ce amenințările trec sau sunt depășite cu succes. Al treilea tip se referă la conferirea unei baze sigure de explorare a mediului, ajutând persoana să-și urmeze scopurile personale într-un mod sigur și eficient, ceea ce constituie o resursă importantă în dezvoltarea personală și expansiunea sinelui.

Teoria atașamentului identifică de asemeni și elementele esențiale ale asigurării unui suport eficient. Conform Collins și col. (2006) suportul este construit în jurul a ceea ce Batson (1991) numea „instanță empatică către altă persoană”. O asemenea instanță empatică implică *sensibilitate și receptivitate*. Sensibilitatea implică interpretarea acurată a semnalelor stresului, îngrijorării sau nevoilor celuilalt și a acțiunii în consecință. Receptivitatea implică intenții generoase, validitatea sentimentelor și nevoilor persoanei aflate în nevoie, respectarea atitudinii și valorilor și credințelor acesteia sau a o ajuta să se simtă iubită, ocrotită și înțeleasă. Lipsa celor două abilități îl poate face pe cel care caută suport să se simtă neînțeles, nerespectat sau respins (Mikulincer&Shaver, 2009).

Potrivit lui Bowlby (1973) diferențele individuale în căutarea și perceperea suportului social rezultă din interacțiunile cu figurile de atașament, începând din copilăria timpurie și duc către consolidarea stilurilor sigure și nesigure de atașament. Atunci când figurile de atașament nu sunt disponibile apar serioase îndoieli în privința eficienței căutării suportului, iar persoana va adopta alte strategii ale reglării afectelor numite strategii secundare de atașament. O serie lungă de astfel de dezamăgiri și frustrări în interacțiunea cu figurile de atașament erodează încrederea persoanei în eficiența căutării suportului social și o înlocuiește fie cu hiperactivarea sistemului de atașament (încercări energetice, anxioase, intruzive de a forța un partener social să acorde mai multă atenție și să-i asigure o mai bună îngrijire, fapt care paradoxal duce la respingere și separare) sau cu dezactivarea sistemului de atașament ce implică supresia sau inhibarea căutării suportului social.

Datorită frustrărilor și dezamăgirilor repetate sunt erodate de asemeni și dorința și capacitatea persoanei de a asigura ea însăși suport social. Datorită nevoii urgente de a se autoproteja de amenințările iminente, activarea sistemului de atașament poate inhiba activarea celorlalte sisteme comportamentale precum explorarea sau acordarea îngrijirii. Persoanele sunt atât de centrate pe propria vulnerabilitate încât le lipsesc abilitățile mentale necesare de a fi sensibile și responsive la nevoile celorlalți. Doar în momentul în care este atins un anumit nivel de securitate și siguranță, astfel de persoane vor putea să-i privească pe ceilalți nu doar surse potențiale de securitate și suport, ci ființe umane care merită și ele să fie apreciate și valorate (Ognibene & Collins, 1998).

Studiile au investigat și erorile perceptivă și expectanțele privind suportul social al persoanelor cu atașament nesigur. Collins și Feeney (2004) găsesc că indivizii cu atașament nesigur evitativ sau anxios au tendința să perceapă și să-și amintească comportamentul de ajutor al unui partener ca mai puțin suportiv, mai ales atunci când acesta este ambiguu, întrucât le reactivează îngrijorarea în privința disponibilității și responsivității acestuia. Campbell și col. (2005) găsesc că indivizii cu atașament anxios acordă o importanță semnificativă comportamentului suportiv al unui partener și consideră că acesta nu este disponibil în mod adecvat oricând. Acest lucru are ca consecință frustrare maximă, stres și insatisfacție atunci când partenerul nu este imediat disponibil. De asemenea, cercetările indică că acești indivizi pe lângă erorile lor perceptivă sunt mai predispuși să interacționeze cu parteneri care într-adevăr nu sunt responsivi. Ei au tendința să se comporte în moduri în care îi determină pe ceilalți să fie nonsuportivi, confirmându-le și întărindu-le îndoielile asupra responsivității celorlalți.

MODULUL IX.

ABORDAREA CONCEPTUALĂ A FAMILIEI ÎN PRACTICA ASISTENȚEI SOCIALE

RESPONSABIL DE MODUL: Valentina PRIȚCAN, Veronica DONCIU

Familia este abordată conceptual din mai multe perspective. Pentru practica asistenței sociale prezintă interes **perspectiva sociologică** interesată cu precădere de aspectele structurale și de variabilele macrosociale ale familiei. Definițiile sociologice ale familiei au subliniat diferite dimensiuni sau aspecte intercorelate ale sistemului familial (M. Voinea, 1993), precum:

- dimensiunea biologică, sexuală: familia apare ca o instituție bazată pe sexualitate (în cadrul ei realizându-se procreația, prin unirea biologică dintre bărbat și femeie) și pe tendințele materne și paterne, ale căror forme variază de la o cultură la alta (monogamă, poligamă, poliandă etc.);
- dimensiunea psihologică, afectivă: familia este o unitate emoțională capabilă să îndulcească pentru fiecare membru în parte loviturile mai grele ale vieții.
- dimensiunea psihosocială, interacțională: familia apare ca o unitate de interacțiuni și intercomunicații personale cuprinzând rolurile sociale de soț și soție, mama și tată, părinte și copil, frate și soră, constituită în și prin afecțiune mutuală împărtășită.
- dimensiunea socială: prin familie se realizează o comunitate de viață între soți, între părinți și copii (uneori și cu alte rude). Dacă latura biologică a rămas constantă, aproape neschimbată de-a lungul timpului, latura socială este veșnic schimbătoare, ea decurgând din morala, educația, aspectele economice, juridice, psihosociale etc., specifice unui context sociocultural dat.
- dimensiunea moral-educativă: familia este o realitate educativă, prin crearea unui mediu cu puternice valențe educative oferite copiilor, și o instituție morală, puternic impregnată de valorile iubirii și moralei religioase.

O altă perspectivă de abordare a familiei care prezintă interes pentru profesioniștii din sfera de asistență socială o constituie **perspectiva psihosocială**. Din punct de vedere psihosocial, familia reprezintă exemplul tipic al grupului social primar sau restrâns. Cele două caracteristici fundamentale ale oricărui grup social sunt existența unui scop comun (care constituie motorul și catalizatorul acțiunii grupale) și interdependența care există între membrii grupului. Toate acestea pot fi identificate și în cazul realității familiale. Familia constă, așa cum arătam anterior, într-un ansamblu de relații afective și de comunicare formate prin căsătorie, origine sau adopție.²³ Ea rezidă într-un ansamblu de roluri maritale, parentale și filiale, de interese, aspirații, scopuri, norme și valori comune, recunoscute, acceptate și interiorizate de membrii familiei, impuse de viața în comun.

Funcțiile familiei

Indiferent de perspectiva din care am aborda-o, familia îndeplinește un rol complex exprimat printr-o serie de funcții de bază cu caracter biologic, juridic, economic, cultural și educativ.

Cele mai importante funcții ale familiei nucleare actuale rămân următoarele:

²³ Biermann B., Bock-Rosenthal E., Doeblemann M., Groball K., Kübn. Soziologie. Gesellschaftliche Probleme und sozialberufliches Handeln. – Berlin, 1992, pag. 59-62

- funcția psihologică (de asigurare a suportului emoțional, a nevoilor de securitate, protecție, incluzând ajutorul mutual bazat pe sentimentul de egalitate, respect și dragoste între parteneri, între părinți și copii, între frați și surori);
- funcția identitară (implicând asigurarea sentimentului apartenenței și coeziunii, construcția identităților personale, statutare și intime ale soților și copiilor, prin transmisia capitalurilor moștenite: a numelui, resurselor, istoriilor de familie, tradițiilor, potrivit principiului genealogic);
- funcția economică (de asigurare a veniturilor necesare pentru satisfacerea nevoilor de bază ale membrilor familiei); funcția sexuală (de satisfacere a cerințelor și nevoilor afectiv-sexuale ale partenerilor cuplului conjugal);
- funcția de reproducere (de asigurare a descendenței și a condițiilor igienico-sanitare de dezvoltare biologică normală a tuturor membrilor familiei);
- funcția de socializare a copiilor, menită să asigure îngrijirea și creșterea lor, procesul instructiv-educativ familial și condițiile adecvate educației și pregătirii școlare și profesionale a copiilor²⁴.

Disfuncționalități familiale

Procesul transformărilor, inițiat în Republica Moldova la începutul anilor '90, însoțit de o criză economică prelungită cu efecte negative din punct de vedere social, a profilat noi caracteristici ale familiei. **Consecințele principale**, rezidă în: creșterea dezintegrării familiei, sporirea cazurilor de abuz în familie, de abandon al copilului, exploatarea sexual-comercială a copiilor, majorarea numărului copiilor rămași fără cămin, cu părinți migrați.

În aceste condiții, copiii de multe ori nu beneficiază de cele mai elementare condiții de viață și sunt supuși unor factori capabili să le pună în pericol dezvoltarea de mai departe. I. Mitrofan, N. Mitrofan²⁵ pun în evidență **disfuncționalitățile familiale specifice stării de criză familială**, dintre acestea cele mai relevante fiind conflictul conjugal, violența familială, abuzul și abandonul copilului, divorțul emoțional sincron cu infidelitatea uni sau bilaterală, abnormalizarea raporturilor părinți copil prin defectuoasa exercitare a rolurilor parentale, creșterea riscului de fragilizare în dezvoltarea psihocomportamentală a copiilor (ca urmare a confruntării lor cu părinți multipli sau prin abandon, deresponsabilizare, nesupraveghere etc.). Autorii nominalizați susțin că în perioada totalitaristă familia a fost supusă unui stres de dezvoltare, unor restricții, care i-au crescut anxietatea și i-au zdruncinat stabilitatea emoțională și liberul arbitru. În consecință, au apărut „reacții nevrotice familiale și comportamentale aberante de tip familial”, ale căror efecte se mențin și se amplifică în perioada de tranziție la economia de piață.

Nevoia de protecție socială a familiei

Vulnerabilitatea familiei, incertitudinile trăite de membrii ei în legătură cu imposibilitatea autorealizării personale și profesionale, multiplele dificultăți de ordin socio-economic, dispersarea membrilor familiei, frecvența statistică mare a încălcării drepturilor copiilor, incompetențele parentale etc. plasează familia și copilul în categoria actorilor sociali cu nevoi acute de protecție socială. Protecția socială a familiei și copilului, dezvoltarea serviciilor de asistență socială pentru copii și familii trebuie să fie, în acest context, prerogativa fundamentală a statului. Familia, supusă tranziției socio-economice interminabile este marcată de particularități distincte care necesită explorare pentru cunoaștere adecvată și intervenții specializate. Astfel, I. Mitrofan, N. Mitrofan afirmă, în rezultatul investigațiilor științifice, că constelația de „simptome familiale”²⁶ ale tranziției circumscrie: sentimentul acut al insecurității economico-sociale,

²⁴ Pentru o reflectare mai detaliată a funcțiilor familiei vezi: Bulgaru M., Dilion M. Concepte fundamentale ale asistenței sociale. Note de curs. Chișinău, 2000, pag. 106-115.

²⁵ I. Mitrofan, N. Mitrofan. Familia românească în perioada de tranziție. //Revista Psihologie, nr. 5, 1994, pag. 3.

²⁶ Ibidem, pag. 4

cu creșterea anxietății de relație, a suspiciunii și conflictualității familiale, a diminuării autocontrolului vieții instinctuale și apariția distanței psihologice între generații care are tendința de creștere prin accentuarea raporturilor emoționale de opoziție și de negare reciprocă, uneori chiar de intoleranță. Fenomenul este propriu și raportului dintre tânăra generație și generația de mijloc, fără a fi, însă, un fenomen general.

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

Principiile asistentului social de aplicat în procesul de muncă. Asistentul social comunitar trebuie să aibă în vizor toate familiile din comunitate.

1. Chiar și în familiile aparent favorabile poate avea loc neglijența și se pot produce abuzuri/exploatarea sexuală comercială.
2. Nevoia de protecție socială a familiei temporar dezintegrate este majoră.
3. Disfuncționalitățile familiale pot fi depășite cu ajutorul asistentului social.
4. Asistentul social evaluează capacitatea îngrijitorului și monitorizează familia.

Aplicații practice

Tehnica brainstorming

Aduceți argumente pentru afirmațiile de mai jos, enunțând idei de grup.

1. Asistentul social comunitar trebuie să aibă în vizor toate familiile din comunitate.
2. În familiile aparent favorabile se pot produce abuzuri/exploatare sexuală comercială.
3. Nevoia de protecție socială a familiei temporar dezintegrate este majoră.
4. Disfuncționalitățile familiale pot fi depășite cu ajutorul asistentului social.

IX.1. Implicația profesională a asistentului social în depășirea riscurilor și satisfacerea nevoilor familiei și copilului

Orice politică de suport pentru familie și copil trebuie să pornească și să ia în calcul factorii de risc care afectează viața normală a familiei și copilului. Exista multe abordări ale sintagmelor „situație de risc”, „copil în situație de risc”, de la cele care iau în considerare variabile interne ale copilului, caracteristici ale dezvoltării personalității copilului până la cele ce țin de adaptarea eficientă a individului la mediul înconjurător.

Conform articolului 1 al Legii asistenței sociale nr. 547-XV din 25.12.2003²⁷ *riscul social* rezidă în pericolul pentru persoană sau familie de a fi afectată de consecințele economice negative ale pierderii potențialului fizic, statutului ocupațional sau social (boală, accident, dezabilitate, îmbătrânire, deces,

²⁷ Vezi: Legea asistenței sociale nr. 547-XV din 25.12.2003, cap. I, art. 1. Monitorul oficial al Republicii Moldova, nr.42-44/249 din 12.03.2004.

maternitate, șomaj, inadaptare socială etc.). În articolul nominalizat se elucidează și sensul sintagmei *persoană și familie defavorizată, prin care se are în vedere* persoană și familia socialmente vulnerabile, aflate în situații care împiedică activitatea normală a acestora din punct de vedere economic, educativ, social etc.

Practicienii susțin că²⁸ *situația de risc sau de dificultate* se refera la acea stare de fapt care limitează temporar sau definitiv capacitatea familiei de a-și îndeplini funcțiile și responsabilitățile ce-i revin față de copil. *Copilul în risc* este acel copil aflat într-o situație care îi afectează relația cu familia și/sau comunitatea în care trăiește, care îi pune în pericol sănătatea fizică și psihică, securitatea, dezvoltarea morală, educația și integrarea socioprofesională.

Evaluarea riscurilor

Situațiile de risc sunt complexe, diferite și sunt variabile în funcție de vârstă, sex, cultură, familie de proveniență, mediu de trai etc. Ignorarea situațiilor de risc în familiile cu copii generează fenomene precum neglijarea, abuzul, separarea de familie, instituționalizarea, analfabetismul, marginalizarea socială a copiilor.

Unii părinți nu conștientizează problemele care afectează dezvoltarea copilului în familie și ajung în situații grave, greu de depășit fără sprijinul serviciilor de asistență socială specializate. Părinții au tendința să reducă problemele pe care le au în creșterea copiilor la cele de ordin economic. Datorită lipsei de cunoaștere și informare acești părinți nu acorda importanță climatului familial, calității relațiilor de familie, efectelor devastatoare ale separării timpurii a copilului de familia sa, nevoilor afective ale copilului, formării autonomiei copilului, socializării acestuia, rolului lor în socializarea copilului și formarea lui pentru viață.

Dintre factorii de risc care generează separarea copilului de familia sa, nominalizăm cei cu importanță majoră, cu precizarea ca enumerarea nu epuizează toate posibilitățile:

- factori de risc generați de situația socială, economică, medicală sau de nivelul pregătirii școlare și profesionale a părinților;
- factori de risc generați de relațiile dintre părinți și cele dintre părinți și copii;
- factori de risc generați de diverse situații particulare în care se află copilul;
- factori de risc generați de nivelul de dezvoltare al comunității în care trăiește familia.

O politică de prevenire a riscurilor și de contracarare la timp a deteriorării situației familiei este de natură a fortifica familia. Prevenirea unui risc este adesea de natură a reduce vulnerabilitatea respectivei familii în toate celelalte arii. Din acest motiv apare necesitatea dezvoltării unor programe sectoriale diferențiate care să sprijine familia și copilul în situații de risc. Un rol primordial revine în acest context **asistentului social**, care prestează servicii sociale preponderent familiei marcate de următoarele *dificultăți/probleme*:²⁹

- venituri joase;
- stare precară a sănătății unui membru al familiei;
- incapacitate de depășire a greutăților uzuale;
- frica de a pierde locul de muncă;
- condiții proaste de trai;

28 Ghid metodologic pentru aplicarea Standardelor minime obligatorii privind Centrul de Consiliere și Sprijin pentru Părinți și Copii. București, 2006, pag. 3.

29 Основы социальной работы. Под. ред. Н.Ф.Басова. Москва, Академия, 2004, с. 59.

- incapacitatea de a asigura copiilor studii bune;
- dependențe/pseudonecesități (alcoolism, narcomanie etc.);
- relații conflictuale în familie;
- competențe parentale reduse.

Concomitent, pentru a face față solicitărilor de a fortifica familia prin activități de prevenție și intervenție, competențele profesionale ale asistentului social solicită acestuia cunoașterea categoriilor de **copii aflați în dificultate**. Din această categorie fac parte copiii:³⁰

- cu dizabilități;
- cu insuficiențe în dezvoltarea fizică și psihică;
- victime a abuzului;
- victime a conflictelor armate și interetnice;
- victime a catastrofelor ecologice și tehnogene, cataclismelor naturale;
- din familii sărace;
- aflați în îngrijire rezidențială;
- aflați în detenție, educați în instituții de corecție pentru minori;
- rămași fără îngrijire părintească etc.

Astfel, luând în considerație problemele cu care se confruntă familiile, indicatorii situațiilor de dificultate și dezadaptare a familiei, specificăm **tipurile de familii care eventual pot necesita protecție și asistență socială**³¹:

- familii incomplete;
- familii constituite din mame solitare;
- familii ale militarilor;
- familii cu copii cu dizabilități;
- familii cu statut de tutelă;
- familii adoptive;
- familii cu unul sau ambii părinți cu dizabilități;
- familii reorganizate;
- familii cu mai mulți copii studenți;
- familii ale refugiaților;
- familii ale imigranților;
- familii în care părinții sunt șomeri;
- familii asociale;
- familii cu adicții.

30 И.А.Григорьева, В.Н.Келасев. Теория и практика социальной работы. Изд. С.-Петербургского Университета, 2004, с. 237.

31 Основы социальной работы. Под. ред. Н.Ф.Басова. Москва, Академия, 2004, с. 61.

IX.1.1. Sarcini ale asistentului social în lucrul cu familia aflată în situație de risc și/sau dificultate

Sarcinile fundamentale realizate de asistentului social în asistența familiilor nominalizate rezidă în:

- oferirea ajutorului în soluționarea problemelor familiale cotidiene /uzuale;
- consolidarea și dezvoltarea relațiilor familiale pozitive;
- restabilirea potențialului intern al familiei;
- consolidarea rezultatelor pozitive dobândite în cadrul stabilizării socio-economice a familiei și orientarea la realizarea potențialului de socializare.

Pornind de la aceste constatări, remarcăm că asistentul social realizează în procesul prestării serviciilor de asistență socială pentru familie și copil următoarele **funcții și responsabilități**.

1. Funcția de evaluare:

- identificarea nevoilor fiecărui membru a familiei;
- clarificarea potențialului intern al familiei pentru soluționarea problemei;
- stabilirea rețelei sociale a familiei (rețeaua socială formală și informală);
- constatarea particularităților specifice ale familiei.

2. Funcția de protecție:

- asigurarea suportului legal al familiei;
- asigurarea garanțiilor sociale;
- crearea condițiilor pentru realizarea drepturilor și a responsabilităților parentale.

3. Funcția organizațional-comunicativă:

- organizarea procesului de comunicare;
- inițierea activităților realizate în comun (asistent social-familie, asistent social-membru de familie);
- inițierea activităților realizate în comun de recreere și de creație.

4. Funcția socio-psiho-pedagogică:

- informarea psiho-pedagogică a membrilor familiei;
- acordarea suportului emoțional în situații de criză;
- activități de prevenire a riscurilor și/sau dificultăților.

5. Funcția prognostică:

- modelarea situațiilor de depășire a impasului și a dificultăților specifice familiei și copilului;
- implicarea echipei multidisciplinare în informare și prevenirea dificultăților posibile.

6. Funcția de coordonare:

- stabilirea și menținerea parteneriatelor locale;
- mobilizarea comunității pentru soluționarea problemelor familiei și copilului în dificultate.

Lucrul asistentului social cu familia se proiectează în funcție de tipul familiei problematice.³²

1.

32 I.A.Grigorieva, V.H.Kelasev. Teoria și practica socială de lucru. Ed. S.-Peterburgskogo Universiteta, 2004, c. 245-246.

1. **Familie antisocială** – membrii ei opun activ și cronic rezistență societății, încălcând toate legile ei, chiar și neîncadrarea socială absolută și dezadaptarea socială.
2. **Familie asocială** – care se eschivează de la respectarea celor mai importante norme sociale, în primul rând, morale (vagabondaj, prostituție, comportament iresponsabil, alcoolism și drog-dependență familială).
3. **Familie izolată** – care din anumite motive refuză contactele exterioare (prejudecăți culturale sau religioase).
4. **Familie demonstrativă/nestandard** – cere respinge stereotipurile și viziunile conservative, șocând prin mod de viață nestandard (nudiștii, hippy etc.).
5. **Familie cu deficit de resurse interne** – familii cu venituri joase, cu părinți incompetenți, inapți de a soluționa chiar și unele probleme minore.
6. **Familie conflictuală** – dezorganizată în interior, dezadaptată parțial.
7. **Familie rigidă** – membrii ei se axează pe stereotipuri dure în viziuni și comportament, familie care este inaptă să se schimbe în rezultatul schimbărilor sociale.
8. **Familie anxioasă** – familie exagerat protectoare, orientată la insuccese, apreciativă, neîncrezută în sine. Este o familie parțial dezadaptată sau hiperdezadaptată.
9. **Familie hipersocializată** – excesiv orientată la normele și aprecierile sociale, la opinia socială.
10. **Familie sociopată** – respectă cultul puterii, manipulează anturajul social, folosind oamenii în calitate de mijloc de realizare a propriilor scopuri, nu încredințează celor din jur.

IX.1.1.1. Asistența socială a familiilor cu copii abuzați/exploatați sexual

*Vulnerabilitatea copilului față de abuz/exploatare sexuală comercială derivă din particularitățile psihocomportamentale și de vârstă specifice:*³³

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

Elena Zamfir susține că necesitățile familiei aflate în vizorul asistenței sociale vizează³⁴ resurse economice, valori morale, condiții de realizare socio-culturală a membrilor săi, de educare a copiilor. Lipsa unor condiții socio-economico-culturale de viață care blochează satisfacerea lor normală duce la tensiuni intrafamiliale, la frustrări succesive, la dificultăți care, nesoluționate la timp, transformă familia normală în într-una vulnerabilă și o împinge treptat, în grade diferite, în situație de risc. Riscul se transferă automat asupra copilului, având în vedere statutul lui aparte în familie ca persoană care trebuie ocrotită, deoarece el nu se poate proteja singur. protecția copilului nu are în vedere doar aspectul material, economic.

³³ Mitrofan N., Zdrengea V., Butoi T. „Psihologie judiciară”. - București, 1992.

³⁴ Dicționar de politici sociale. Coord. L. Pop. București, 2002, pag. 646-647.

În linii generale, putem evidenția **trei direcții principale** a asistenței sociale a familiilor cu copii abuzați/exploatați sexual:

1. Evaluarea, care presupune colectarea și analiza informațiilor despre familie și membrii ei, identificarea problemelor cu care se confruntă familia la moment. *Principiile* care reglementează procesul de evaluare a familiei sunt:

- obiectivitate, complementaritate – verificarea informațiilor prin surse diferite;
- centrarea pe beneficiar (atitudinea față de problemă, în corespundere cu interesele beneficiarului);
- confidențialitate;
- metode și tehnici adecvate de evaluare;
- respectarea dreptului beneficiarului de neamestec în viața personală.

Metode de evaluare administrate de asistentul social: observarea, convorbirea, ancheta socială, metoda biografică, analiza documentației ce reflectă trecutul și prezentul membrilor familiei cât și reprezentările despre viitor etc. În baza datelor obținute se construiește harta socială a familie, care include informații despre membrii ei, vârsta lor, studii, locul de muncă al părinților, veniturile familiei, starea sănătății, condițiile de trai, problemele interpersonale din cadrul familiei. În rezultat, se poate stabili tipul și gradul de risc. În această hartă e de dorit să se prognozeze dezvoltarea economică a familiei, să fie propus tipul de ajutor (de urgență, de consolidare, de prevenire).

2. Intervenția. Elaborarea planului de intervenție socială prevede:

- stabilirea modului de lucru cu familia – interacțiunea cu familia și luarea în comun a deciziilor;
- implicarea membrilor familiei extinse și membrilor comunității pentru a ajuta familia să depășească dificultatea;
- implicarea treptată a familiei în activități comunitare;
- formarea unui mod de viață nou (noi stereotipuri, deprinderi, stil de viață);
- reevaluarea și revederea planului de asistență a familiei la fiecare etapă de lucru.³⁵

3. Prevenția. Include un complex de măsuri preventive ce condiționează funcționarea integră a familiei și previne apariția problemelor. Căile de prevenție le constituie elaborarea programelor de informare pentru diferite grupuri de beneficiari, precum și prezentarea modelelor de conduită adecvată în anumite situații, stimularea părinților în căutarea locului de lucru stabil. În cazul în care ei nu acordă atenție suficientă responsabilităților parentale, asistentul social va explica drepturile și responsabilitățile părinților vis-a-vis de copil. Prevenția presupune, de asemenea, acordarea ajutorului copilului cu dificultăți în învățare (în cadrul centrelor de zi, de exemplu).

Asistentul social va selecta metodele și tehnicile de lucrul cu familia³⁶ în funcție de specificul problemei, particularitățile individuale al familiei, sistemul de valori al membrilor familiei etc.

Rezultatele finale scontate pentru copiii abuzați/exploatați sexual sunt:

- **securitate**, asigurată pentru fiecare copil, prin excluderea abuzului, neglijării, exploatării și marginalizării, violenței domestice, tratamentelor rele și eliminării oricărei forme de discriminare;
- **sănătate** asigurată pentru fiecare copil, prin susținerea familiilor în accesarea serviciilor medicale,

35 И.А.Григорьева, В.Н.Келасев. Теория и практика социальной работы. Изд. С.-Петербургского Университета, 2004, с. 247-248.

36 Pentru o informare detaliată despre metodele și tehnicile de lucrul cu familia vezi: Metode și tehnici în asistența socială. Coord. M. Bulgaru. Chișinău, 2002, pag. 114-166.

respectarea cerințelor igienico-sanitare, promovarea modului sănătos de viață, imunizării conform calendarului, alimentării balansate, excluderii diferitor forme de dependență (alcool, droguri, toxine);

- **educație** asigurată pentru fiecare copil, prin susținerea familiei în accesarea și beneficierea de serviciile educaționale pre-școlare și școlare; consolidarea capacităților parentale ale familiei; susținere în dezvoltarea abilităților de viață independentă;
- **bunăstare** asigurată pentru fiecare copil, prin susținerea familiei în crearea condițiilor de trai decent, și condițiilor de bază necesare pentru creșterea și dezvoltarea armonioasă a copilului.

Așa cum ne arată practica de zi cu zi, dar și din analiza de cazuri și practica altor instituții, cauzele abuzării/exploatării sexuale a copiilor sunt:

- aspectele socio-economice care implică nivelul de trai, minorii provenind din familii cu un venit scăzut care se confruntă cu dificultăți materiale, copiii fiind în general neglijați în unele cazuri până la limita abandonului;
- aspecte educaționale arătându-ne în general că nivelul de instruire este redus, ceea ce tinde să determine uneori, ceea ce se numește în literatura de specialitate, „postură de victimă “. Această sintagmă poate sugera neadaptare școlară, stimă de sine scăzută, lipsă de încredere în sine, precum și aspecte emoționale și intelectuale șubrede gata să cedeze cu ușurință;
- aspecte ce țin de “modelul de succes”, promovarea în exces a poveștilor de succes, adică a celor care muncesc de ceva timp în domeniu. Victimele sunt manipulate și intoxicate cu narațiuni cum că în altă parte curge „miere și lapte”, că „viața este ușoară” și că în general ce trebuie să faci dacă vrei să îți fie bine este doar să „mergi acolo și totul va fi în favoarea ta” (IASI).

Astfel de mesaje transmise pe mai multe canale, dar în special prin „cercul de prieteni sau alte persoane de încredere” creează în victimă entuziasm, o înflăcărează, ea se mobilizează și își dorește să plece cât mai repede, chiar este sfătuită să nu vorbească cu prea multă lume “că nu sunt locuri pentru toți pentru început”. Sumarizând, putem spune că aceste aspecte triste însă reale țin de apartenența la anumite grupuri, de lipsă de informare și educație, de o dorință de câștig imediat fără a avea sau a ști ce înseamnă o calificare profesională căutată pe piața muncii, fără un suport familial, școlar sau social real.

IX.2. Intervenția la nivelul familiei cu copii abuzați/exploați sexual: lucrul cu sistemele

Asistentul social care lucrează cu copii abuzați/exploați sexual trebuie să țină cont de esența teoriei sistemelor, și anume, de a privi familia în contextul circumstanțelor sale unice. Lucrul cu o persoană sau o familie implică înțelegerea (și, într-o măsură anumită, integrarea) mediului și a sistemelor, care au un impact asupra vieții beneficiarilor.

Teoria sistemelor sugerează un format de bază pentru implicare în soluționarea problemelor beneficiarului (Green, 2003).

1. *Crearea unei relații de încredere.* Este important ca asistentul social să creeze o relație bună bazată pe încredere cu toți membrii familiei de la bun început și să înțeleagă cum aceștia percep lumea, pentru a deveni parte a sistemului.
2. *Climat pozitiv.* Asistentul social trebuie să accepte și să manifeste interes față de toți membrii familiei ca indivizi, precum și față de familie ca un tot-întreg. Merită ca asistentul social să rezerve timp suplimentar pentru crearea unui climat pozitiv la etapa de stabilire a relației, deoarece cu cât mai bune sunt relațiile dintre asistent social și membrii familiei, cu atât mai mare este probabilitatea unui rezultat pozitiv.

3. *Observare.* În timpul discuției cu membrii familiei asistentul social trebuie să observe și să înțeleagă modelele comportamentale, rolurile și sarcinile fiecăruia în cadrul familiei.
4. *Structură și flexibilitate.* Asistentul social trebuie să aibă un plan clar înainte de a începe să lucreze cu familia. În același timp, el trebuie să fie flexibil, deschis la necesitățile persoanelor implicate și să nu uite că multe aspecte ale vieții familiale se pot schimba permanent.
5. *Planificarea schimbărilor în ordinea evenimentelor.* În procesul lucrului cu beneficiarii, aceștia pot să manifeste rezistență la schimbare. Schimbarea poate afecta unul dintre principiile de lucru, numit homeostază/echilibru, ceea ce creează disconfort. Dacă se întâmplă acest lucru, asistentul social trebuie să fie la curent cu orice tip de disconfort și să ajute beneficiarul și familia să recunoască că este ceva pozitiv, deoarece este un indicator al faptului că schimbarea are loc.
6. *Viteza mișcării.* Ritmul oricărei schimbări propuse trebuie să fie confortabil pentru toți membrii familiei. Atunci când asistentul social ajută o familie să îngrijească de o rudă, care iese dintr-o instituție rezidențială, el trebuie să lucreze atât cu persoana care iese din instituție, pentru a o pregăti pentru acest moment, cât și cu familia, pentru a o pregăti de schimbare. Asistentul social nu aduce pur și simplu persoana acasă! El nu trebuie să uite că oamenilor, de regulă, nu le plac schimbările bruște și că schimbările bruște pot duce la deteriorarea homeostazei/echilibrului. Prin urmare, asistentul social trebuie să pregătească oamenii pentru schimbare și să miște lucrurile cu o viteză confortabilă pentru ei.

Principii aplicate în procesul de evaluare a cazurilor de către asistentul social

Asistentul social comunitar trebuie să știe ce se întâmplă în familia beneficiarului și cum oamenii se ajută și interacționează reciproc. Gândiți-vă la o familie din comunitatea Dvs. și răspundeți la întrebările care pot fi utilizate de către asistent social în acest scop (Kerr & Bowen, 1988).

1. Cine a făcut referirea pentru asistență socială? Cu alte cuvinte, cine a avut îngrijorări?
2. Cine este ținta referirii?
3. Care este relația persoanei referite cu alți membri ai sistemului?
4. Cum se susțin reciproc membrii familiei din punct de vedere emoțional?
5. Cine are cele mai mari responsabilități de îngrijire în familie? La cine se adresează persoana cu probleme dacă are nevoie de sprijin?
6. Cât de capabilă este familia să se adapteze la situații noi sau la dificultăți?
7. Care este natura relațiilor dintre membrii familiei și cât de stabile sunt aceste relații? Cine și cu cine se împacă, se susțin reciproc?

Genograma

Adesea, este dificil de a descrie toate cele observate atunci când asistentul social lucrează direct cu beneficiarii. Bowen a propus un instrument foarte util, care reprezintă interpretarea vizuală a ceea ce este observat – **genograma**. Genograma ajută la observarea modelelor relaționale în familie, precum cine este disponibil și cine va putea acorda suportul necesar. Deoarece familiile pot (și trebuie) face parte din procesul desenării genogramei, ele vor putea face aceleași observări și ajunge la anumite concluzii. Din experiența, consideram ca folosirea genogramei ca și instrument de lucru va permite asistenților sociali să aibă o comunicare fără bariere cu beneficiarul întrucât simbolurile genogramei nu-l va deranja pe beneficiar.

La simbolurile propuse de Bowen asistenții sociali pot să adauge simboluri pe care le pot considera utile, în funcție de situația analizată. Utilizați-le atunci când desenați genograma (Anexa 9) .

Propunem câteva întrebări de concretizare care pot fi adresate membrilor familiei la elaborarea genogramei.

- *Ce cuvânt ați alege pentru a descrie familia la general? Cum și unde pot fi văzute aceste lucruri în acțiune?*
- *Ce îi place fiecărui membru să facă?*
- *Cine este membrul hazliu al familiei?*
- *Cine este persoana serioasă?*
- *Cine este persoana organizată?*
- *Cine și ce face în familie, de exemplu,*
 - *pregătirea mâncării,*
 - *curățenia;*
 - *îngrijirea copiilor;*
- *Care sunt regulile principale în familie?*
 - *Cine v-a spus despre aceste reguli?*
 - *Cine aplică aceste reguli?*
 - *Ce se întâmplă dacă încălcați regulile?*
- *Cine este întreținătorul principal al familiei, încă cine?*
 - *Cine decide cum sunt folosiți banii?*
 - *Care sunt prioritățile principale la utilizarea banilor?*
 - *Cine are ultimul cuvânt de spus în privința finanțelor familiei?*
 - *La cine vă adresați pentru sprijin financiar când aveți nevoie?*
- *Comunicare*
 - *Cu cine vorbiți? (Întrebarea trebuie adresată fiecărui membru al familiei)*
 - *Cine este comunicatorul principal?*
 - *Despre ce nu vorbiți niciodată în familie? Care subiecte sunt tabu?*
 - *Cine oferă suport emoțional altora? Ei oferă suport tuturor membrilor familiei?*
- *Relații*
 - *Cu cine vă împăcați cel mai bine în familie? Cine vă este cel mai apropiat? Iar următorul?*
 - *De cine vă simțiți cel mai îndepărtat?*
 - *Despre ce nu se vorbește în familie, de ce?*
 - *Cine și cu cine se ceartă, de obicei?*
 - *Cine considerați că vă este cel mai apropiat în familie?*
 - *Cum se împacă membrii familiei cu familia extinsă din partea mamei și a tatălui?*
 - *Cine credeți că face parte din familia Dvs.? Deoarece sunt permanent aici?*
- *Istoria familiei*
 - *Au existat tragedii sau traume familiale, de ex., deces, separare sau divorț?*

Întrebările de mai sus oferă unele indicații privind organizarea și funcționarea familiei și a familiei extinse.

Ecomapa

Asistentul social poate avea nevoie de evaluarea modului în care se încadrează oamenii în mediul și comunitatea lor și a suportului pe care îl primește familia de la alți membri ai familiei extinse și, probabil, de la comunitate. **Ecomapa** este o modalitate de a vedea familia în cadrul acestor sisteme. Ea oferă un tablou mai holistic al familiei ca parte a comunității și al suportului pe care îl primește de la diferite organizații, instituții și alte familii.

Diferența principală dintre genogramă și ecomapă constă în axarea ecomapei asupra familiei ca un tot întreg, asupra rețelei imediate de sprijin sau a rețelei percepute de sprijin și nu pe relațiile dintre diferiți membri ai familiei. Genograma se axează pe relațiile din cadrul familiei, iar ecomapa pe relațiile familiei cu alții din afară. Este important de a face distincție între rețelele de la care familia poate să aștepte că va primi sprijin și rețelele de la care familia primește sprijin, de aici și termenul „perceput”.

Ecomapa poate fi elaborată în formă de cercuri concentrice, care se mișcă spre exterior. Fiecare din aceste cercuri reprezintă un nivel, care este scos din centrul familiei (vezi Anexa 10).

Desenarea ecomapei începe cu reprezentarea pe o foaie curată a membrilor familiei printr-un cerc mic. Apoi se desenează celelalte niveluri (cercuri) care reprezintă persoanele sau structurile apropiate familiei care îi oferă suport. Relațiile pot fi clasificate pe o scară de la 0 (nu oferă sprijin deloc) până la 10 (cel mai bun sprijin posibil). Acest punctaj poate fi indicat pe/ sau alături de cercul respectiv.

De exemplu, cel mai apropiat cerc corespunde familiei, următorul, poate fi școala unde învață copilul și cartierul. Al treilea cerc poate reprezenta locul de muncă al părinților, familia extinsă și alte structuri de sprijin. Ultimul cerc poate fi macro-nivelul, care include structurile, organizațiile sociale.

De asemenea, asistentul social va trebui să examineze următoarele:

- istoria și funcționarea familiei;
- suportul din partea familiei extinse și suportul social;
- integrarea socială, condițiile de trai, resursele comunitare;
- venitul și angajarea în câmpul muncii.

Principiile lucrului cu sistemul familial

- *Trecere de la abordare individuală la abordarea sistemelor:* schimbarea accentului pe lucrul cu familia și comunitatea.
- *Accent pe interacțiune:* familia și alte sisteme sociale sunt părți care interacționează reciproc, fiecare influențând-o pe cealaltă.
- *Toate sistemele activează ca o unitate, activează împreună:* ideea corpului, organele căruia se influențează reciproc.

Intervenția în cazul maltratării copilului diferă de oricare alte forme de intervenție (Muntean, 2001)³⁷. Câteva aspecte specifice ale acestui tip de intervenție sunt:

- necesită echipă multidisciplinară;
- necesită timp, deoarece „ceea ce a apărut într-un timp îndelungat, nu poate dispărea brusc...” (Ionescu, 1999);
- se face în virtutea principiului salvagădării interesului superior al copilului (al recunoașterii și satisfacerii nevoilor copilului pentru o dezvoltare normală);
- țintește prevenirea transmiterii la generația următoare a comportamentelor abuzive sau de neglijare;

³⁷ Copilul maltrat: evaluare, prevenire, intervenție. /red. Ș. Ionescu. – București, 2001.

- necesită intervenție în mediul de viață (sistemul familiei, grădiniță, școală, instituție de protecție al copilului);
- necesită intervenții pentru crearea spațiilor fizice și mentale adecvate (securizante);
- necesită intervenții multiple, diverse și de durată;
- vizează asigurarea dezvoltării copilului, prevenind devieri, stagnări, încetiniri sau întreruperi ale dezvoltării (se face din perspectiva dezvoltării copilului).

IX. 3. Evaluarea și intervenția în cazurile de abuz/exploatare sexuală comercială a copiilor

La nivel comunitar există mai mulți actori implicați în prevenirea și intervenția în cazurile de abuz/exploatare sexual-comercială a copiilor. Asistenții sociali, precum și toți ceilalți specialiști care intră în legătură cu copiii și părinții lor, își vor concentra atenția pe instrucțiunile managementului de caz,³⁸ care descriu procedura de evaluare și intervenție în asistența socială și pun la dispoziția asistentului social comunitar un set de formulare unificate și aprobate prin ordinul Ministrului Protecției Sociale, Familiei și Copilului nr.71 din 3 octombrie 2008, care vor fi utilizate în lucrul cu beneficiarii de servicii sociale.

Astfel, în cazurile de abuz/exploatare sexual-comercială a copiilor metoda principală de lucru a asistentului social comunitar este managementul de caz, prin intermediul căruia asistentul social evaluează nevoile beneficiarului și ale familiei lui în colaborare cu ei, coordonează, monitorizează, evaluează și susține beneficiarul pentru a beneficia de servicii sociale care să răspundă acestor nevoi. Desfășurarea managementului de caz implică o multitudine de etape.

I. Identificarea și înregistrarea cazului (presupune un proces de depistare a persoanei/familiei aflate în dificultate).

II. Evaluarea inițială (presupune o investigație sumară a situației beneficiarului pentru a decide dacă acesta se încadrează în criteriile de asistență socială).

Deschiderea cazului (este ziua în care asistentul social, cu acordul supervisorului, decide cu privire la deschiderea cazului în vederea colectării informației și întreprinderii acțiunilor pentru soluționarea acestuia).

III. Evaluarea complexă (presupune o investigație și analiză amănunțită a tuturor elementelor care sunt implicate în cazul respectiv: beneficiarul și mediul său de viață, familia și sistemul de relații sociale, factorii care au generat situația de risc, resursele posibile pentru rezolvarea cazului etc.).

IV. Planul individualizat de asistență (presupune o totalitate de măsuri, acțiuni întreprinse în scopul satisfacerii necesităților beneficiarului, cu participarea directă a acestuia).

V. Intervenția sau implementarea planului individualizat de asistență (presupune acțiuni specifice de intervenție realizate de către managerul de caz, precum și mobilizarea și implicarea tuturor resurselor umane, financiare, materiale, comunitare identificate de către acesta în vederea rezolvării cazului prin îndeplinirea obiectivelor planului individualizat de asistență).

VI. Monitorizarea (presupune urmărirea și evaluarea permanentă a situației beneficiarului pentru a se asigura starea de echilibru urmărită în soluționarea cazului; asistentul social nu intervine decât dacă se modifică datele ale situației beneficiarului sau intervin factori neprevăzuți care pot afecta echilibrul realizat).

³⁸ Managementul de caz – Ghidul asistentului social, aprobat prin Ordinul MPSFC nr. 71 din 3 octombrie 2008. Aceste instrucțiuni metodice au fost elaborate de Ministerul Protecției Sociale Familiei și Copilului din Republica Moldova cu suportul proiectului „Susținere în acordarea unor servicii de asistență socială eficiente și durabile”, finanțat de DFID/SIDA.

VII. Reevaluarea cazului și revederea planului individualizat de asistență (prevede evaluarea periodică a progreselor beneficiarului, precum și îmbunătățirea planului individualizat de asistență).

VIII. Închiderea cazului (este ziua în care asistentul social decide, prin consultare cu supervisorul său, să încheie orice implicare în cazul dat; închiderea cazului se poate realiza fie conform planului individualizat de asistență – atunci când au fost realizate obiectivele stabilite anterior, fie prin referire către serviciile sociale specializate – atunci când situația de risc nu poate fi rezolvată în cadrul serviciilor sociale primare).

Elementul de referire este un component necesar al procesului de asistență al copilului abuzat și/sau exploatat în scopuri sexual-comerciale, deoarece nici o structură nu dispune de resurse și capacități suficiente pentru a soluționa diversele necesități ale lui. De aceea prestatorii de servicii sociale trebuie să coopereze în ceea ce privește schimbul de informații și aria de servicii ce o acoperă și să respecte „*trajectoria*” de management a cazului de abuz și/sau exploatare sexuală comercială a copilului.

1. Recepționarea sesizării despre abuz/autosesizarea.
2. Evaluarea inițială. Interviul de protecție a copilului.
3. Evaluarea complexă.
4. Planificarea intervenției.
5. Intervenția propriu-zisă.
6. Evaluarea finală.
7. Închiderea cazului.

Recepționarea sesizării despre abuz/autosesizarea

Căile de identificare a copilului abuzat și/sau exploatat în scopuri sexuale comerciale la nivel comunitar sunt următoarele:

- *identificarea cazului de asistentul social comunitar* – în urma interacțiunii cu actorii comunitari și cu populația din comunitate;
- *identificarea cazului de alte instituții și organizații* – primăria, școala, grădinița, poliția, medicul de familie, ONG-le active în domeniul asistenței sociale și altele;
- *identificarea cazului de alte persoane din comunitate* – vecini, rude, membrii familiei biologice și extinse;
- *Adresare personală* – beneficiarul se adresează personal pentru ajutor la asistentul social sau lucrătorul social;

Conținutul sesizării trebuie să cuprindă informații despre:

- date de identificare ale copilului (nume, vârstă, adresă);
- date de identificare ale persoanei care se presupune că a comis abuzul (nume, vârstă, adresă);
- tipul de abuz reclamat;
- locul unde s-a produs abuzul;
- care au fost semnele care au determinat sesizarea abuzului de către reclamant etc.

Referirea cazului copilului abuzat și/sau exploatat în scopuri sexual-comerciale de la nivel comunitar la nivel de raion:

- se realizează la propunerea asistentului social comunitar prin intermediul asistentului social supervisor și șeful Serviciului de asistență socială comunitară;

- se completează formularul de referire și cazul se înregistrează în registrul de referiri.

Referirea de la nivel comunitar la nivel de raion se poate realiza la etapa de:

- identificare – pentru asistență de urgență;
- evaluare – pentru cazurile complexe;
- elaborare a planului individualizat de intervenție – pentru prestarea serviciilor specializate.

Evaluarea inițială. Interviu de protecție a copilului

Evaluarea inițială are drept scop determinarea nivelului de risc la care este expus copilul, iar în caz că se depistează riscuri majore pentru integritatea fizică și psihologică a copilului, întreprinderea acțiunilor urgente de protecție a copilului.

Cazurile identificate la nivel de raion sunt evaluate de către:

- specialistul din cadrul S/DASPF sau din cadrul serviciului social specializat, dacă beneficiarul are nevoie de servicii sociale specializate;
- este *referit la nivel de comunitate* pentru evaluare de către asistentul social comunitar în cazurile când beneficiarul necesită servicii sociale comunitare.

Cazurile referite de la nivel de comunitate ajung la nivel de raion cu evaluarea inițială efectuată de asistentul social comunitar, iar la nivel de raion evaluarea complexă este realizată de specialistul din cadrul S/DASPF sau specialistul din cadrul serviciilor specializate.

Cazurile referite de la nivel național, de regulă ajung la nivel de raion cu evaluarea complexă realizată. Cazurile referite de la nivel național cu scop de evaluare se alocă specialistului relevant sau asistentului social comunitar pentru efectuarea acestui proces.

Evaluarea cazurilor care necesită *asistență de urgență* se realizează de specialistul din cadrul S/DASPF după realizarea intervenției. Cazurile de urgență, care ajung la nivel de raion, de regulă, nu sunt însoțite de evaluare.

Interviurea reprezintă unul din primii pași în procesul de evaluare inițială a situației copilului și are ca scop aprofundarea datelor privind situația copilului și familiei lui, sondarea modului în care se percep persoanele intervievate, compararea diverselor modalități de percepție a situației, confruntarea unor informații, înregistrarea atitudinilor și sentimentelor celor intervieuți față de obiectul evaluării.

Interviul realizat cu scopuri de protecție trebuie să conțină următoarele subiecte:

- securitatea copilului;
- starea emotivă;
- starea psihică;
- necesitățile imediate – adăpost, mâncare, medicamente etc.;
- prezența persoanelor de încredere;
- relațiile cu părinții;
- planurile de viitor.

Interviurea trebuie să fie pregătită să-i vorbească copilului într-un limbaj potrivit cu vârsta și cultura acestuia. Alegerea cuvintelor, structura frazei, și natura simplă a întrebărilor vor fi critice pentru ca copilul să înțeleagă ce se întreabă și să se asigure că cel care ia interviul nu interpretează greșit răspunsurile copilului. De asemenea, e bine să se cunoască nivelul dezvoltării intelectuale, pentru a putea fi aplicat un limbaj potrivit.

Locul interviului trebuie ales astfel încât să mărească confortul copilului . În cele mai multe cazuri aceasta înseamnă un loc neutru unde copilul nu se simte pe nedrept amenințat de presupusul infractor. Acest loc trebuie să fie privat, obișnuit și liniștit. Unele comunități au centre comunitare pentru copii sau cabinete psihologice în cadrul instituțiilor preuniversitare.

Interviurile la domiciliu pot fi potrivite doar atunci când părinții sunt protectori, iar infractorul nu face parte din familie.

Prezența altora în încăpere în timpul interviului poate face mai dificil pentru copil să dezvăluie în întregime informația despre abuz. În cazurile când este necesară prezența mai multor profesioniști, pot fi prezenți la interviu doar cei care au legătură directă cu investigarea cazului dat (de exemplu inspectorul de poliție poate face interviul în prezența psihologului). Dacă e necesar ca doi profesioniști să realizeze interviul, unul trebuie să preia rolul de bază, iar celălalt adoptă un rol secundar, făcând observații și luând notițe. Prezența unui părinte sau a unui membru de familie, poate fi de folos uneori în vederea asigurării sprijinului unui copil mic sau ca un traducător pentru copilul care nu vorbește bine. Cu toate acestea, există o serie de riscuri în prezența unei astfel de persoane:

- părintele sau membrul de familie poate fi implicat indirect în presupusul abuz sau să fi pregătit din timp copilul să selecteze informația ce urmează s-o relateze;
- copilul poate fi inhibat să povestească ce s-a întâmplat din cauza fricii de reacția persoanei respective;
- copilul poate căuta aluzii la părinte sau membrul de familie despre cum să răspundă la anumite întrebări.

Pentru aceste motive, este în general recomandabil a se lua interviul fără prezența vreunui părinte sau membru de familie.

În realizarea evaluării inițiale e necesar a urmări și alte elemente care vor sprijini atât evaluarea problemei, cât și stabilirea planului de intervenție.

- Există alte surse de informare sau martori?
- Există și alte victime?
- Este posibil ca abuzul să se repete?
- Este copilul în siguranță? Dacă nu, care este măsura ce trebuie luată pentru a asigura copilului un mediu securizant?
- A mai fost sesizată și altă instituție pentru protecția copilului despre abuz?

Evaluarea complexă

Scopul evaluării complexe este de a identifica cauzele care au dus la producerea abuzului, a factorilor de risc existenți și a măsurilor imediate și pe termen lung ce pot fi adoptate în cadrul planului de intervenție.

Evaluarea complexă trebuie să vizeze și următoarele elemente:

- nivelul de trai asigurat al copilului;
- istoricul social al dezvoltării copilului;
- situația preșcolară/școlară a copilului;
- date despre situația părinților;
- funcționarea actuală a familiei;
- climatul familial;
- semnificația istoriei familiei;

- experiențe abuzive trăite de părinți;
- ce trebuie schimbat în dinamica familiei pentru a preveni abuzul;
- care sunt efectele abuzului asupra celorlalți membri ai familiei;
- date privind rețeaua socială a copilului și a familiei.

Planificarea intervenției

Aceasta are la bază informațiile culese de asistentul social și trebuie să răspundă la următoarele:

- Care sunt obiectivele ce trebuie atinse?
- Care dintre factorii determinanți ai abuzului trebuie eliminați?
- Ce poate fi schimbat în dinamica familiei?
- Care sunt prioritățile?
- Ce strategie sau tip de intervenție va fi folosit?
- Care sunt etapele (pașii) de urmat pentru atingerea obiectivelor?
- Care sunt limitele de timp?
- Care sunt instituțiile care vor colabora în atingerea obiectivelor?
- Sunt necesare măsuri juridice?
- În ce măsură intervenția se poate asigura pe bază de voluntariat și în ce măsură trebuie să fie implicați specialiști?
- Care sunt instituțiile, serviciile, specialiștii, persoanele care trebuie implicate?

Intervenția propriu-zisă

Intervenția se realizează în baza planului elaborat cu implicarea actorilor din sistemul de referire. Deși nu există o limită de timp prescrisă, în urma analizei mai multor proiecte de intervenție, s-a constatat că numai după 9 luni de intervenție:³⁹

- 80% din familii și-au ameliorat comportamentul parental de la unul de neglijare chiar severă a copilului până la un comportament evaluat acceptabil;
- 60% din familiile cu care s-a intervenit au constituit un succes deplin, cazurile fiind închise după nouă luni.

Intervenția este actul unei echipe multidisciplinare. *Echipa multidisciplinară (EM)* este un grup de profesioniști din mai multe domenii, ce fac parte din rețeaua de servicii adresate copiilor și familiilor în situație de risc și/sau dificultate și colaborează la soluționarea situațiilor de maltratare în care se află copilul și familia.

Cine pot fi membri ai unei Echipe multidisciplinare?

- Medicul/asistentul medical.
- Asistent social.
- Psihologul.
- Juristul.
- Polițistul.
- Pedagogul.

³⁹ Copilul maltratat: evaluare, prevenire, intervenție. Coord: Șerban Ionescu. - București 2001

- Preotul.
- Inspectorul muncii.
- Voluntari.
- Reprezentanți ai ONG.

Fiecare membru al EM este, în același timp, reprezentantul unui serviciu, astfel încât, funcționarea unei echipe multidisciplinare, implică o intervenție la nivel inter-instituțional (*reprezentanții instituțiilor de stat, autorităților publice locale, organului de tutelă și curatelă, organe de ordine publică și drept, ONG-lor*).

Evaluarea finală

Evaluarea finală se face prin raportarea așteptărilor (incluse în obiective) la rezultatele reale, concrete. Se urmărește siguranța copilului, reducerea riscurilor de abuz, participarea beneficiarilor, atingerea obiectivelor intermediare și finale. Evaluarea rezultatelor nu înseamnă întotdeauna sfârșitul intervenției, ci o fază pentru o posibilă reconsiderare a activității, pentru un nou început, mai ales dacă problema nu a fost definitiv rezolvată.

Închiderea cazului

Se consideră cazul închis atunci când factorii de risc care au dus la abuz s-au redus sau au încetat să mai existe și familia este capabilă să răspundă nevoilor copilului fără ajutorul serviciilor sociale. Uneori cazurile se închid datorită preluării copilului de instituțiile de protecție socială.

Aplicații practice

Studiu de caz

Descriere succintă.

Oxana este o adolescentă de 14 ani și locuiește cu bunei de doi ani, deoarece mama ei a decedat, iar tata este alcoolic. Ea are o soră mai mare, care este căsătorită și are un copil.

Pentru a face față problemelor la creșterea nepoatei, bunelul a hotărât să locuiască în concubinaj cu o femeie din sat, care a devenit mamă pentru fată. La început lucrurile mergeau bine, ambii se implicau în creșterea și educarea fetei.

În mai bine de jumătate de an, ceva se întâmplase cu Oxana: nu se mai înțelegea cu nimeni, se certa cu bunica și bunelul. Cere mereu bani de la bunei pentru telefon mobil, computer și haine frumoase. Bunelul la început îi îndeplinea orice dorință, mai apoi banii nu-i ajungeau nici pentru strictul necesar și a refuzat fetei. Astfel se certau frecvent și certurile se terminau cu fuga fetei de acasă. Ea se întorcea foarte târziu, uneori fiind adusă acasă de mașini luxoase, de la ea mirosea a alcool. Bunei încercau să vorbească cu fata, dar ea spunea că are nevoie de bani și nimeni nu o poate înțelege.

O perioadă Oxana a fugit de la bunei și s-a mutat cu traiul la sora ei. Dar nu a trecut mult timp și fata a început să se certe cu sora. Sora, la fel, o învinuia că pleacă seara de acasă și se întorcea târziu, adusă de bărbați cu mașini. Sora a certat-o și i-a zis să se întoarcă la bunei. Bunelul a încercat s-o educe cum știa el, s-o bată, dar făcea mai rău pentru că fata dispărea cu zilele de acasă.

Describe pe scurt intervenția

1. Care au fost activitățile de bază?

Bunelul a spus de câteva ori asistentului social din localitate și dirigintelui de clasă despre situația lor de acasă, dar lucrurile nu s-au schimbat. Asistentul social a încercat să vorbească cu fata, dar fără rezultate de lungă durată, pentru că o considera pe Oxana vinovată și că bunelul face totul pentru binele ei, și ea

nu este recunoscătoare. Cazul a fost discutat la Comisia pentru Protecția Copilului Aflat Dificultate și a hotărât să scoată fata din familia bunelului și să o plaseze la un centru de plasament din Chișinău (unde erau mai mulți copii cu comportament deviant). Din prima seară fata și-a găsit prietene și a ieșit în oraș.

CCF Moldova a intervenit în momentul când fata a fost plasată în centrul de plasament. Lucrul pentru soluționarea cazului l-am pornit prin discuții și consilierea psihologică a bunelului. Buneii, mai ales bunica, era supărată-foc pe nepoata lor și nu acceptau discuții și alternative. Nu doreau s-o mai vadă pe fată, spunând ca ei sunt bătrâni și chiar nu mai știu ce să facă. Una din fricile bunicii era că fata nu ascultă și va păți ceva rău. Îngrijorarea bunelului era ca a fost făcut de rușine prin tot satul, fiind om gospodar și acum toată lumea îi vorbește de rău nepoata.

Totodată îi chinuia și aspectul financiar, având doar pensia bunelului, bani care le ajungeau doar pentru a procura produse alimentare. A fost nevoie de multiple vizite în familie și prin consilieri repetate am reușit să ajungem la acceptarea întoarcerii nepoatei la bunici și de a relua totul.

În același timp, Oxana, fiind la centrul de plasament, a participat la multiple consilieri psihologice. Psihologul CCF Moldova a lucrat mai întâi asupra traumelor din copilărie care au afectat-o grav pe fată și nimeni nu a crezut că are nevoie de ajutor (Oxana a fost martorul alcoolismului tatălui, scenelor de gelozie din partea tatălui, a bătailor mamei, a decesului mamei ei, venirea unei persoane noi în familie – concubina bunelului care o compara mereu cu copiii ei și îi pune cerințe mari, etc.).

După două săptămâni de consiliere, Oxana a telefonat bunelul să o ierte și că se va schimba, iar bunicii recunoscându-și și ei vina, au primit fata acasă. Oxana a început noul an școlar. Psihologul școlar împreună cu echipa multidisciplinară din sat au făcut un plan de implicare și monitorizare a familiei. CCF Moldova a intervenit în toate etapele cu consultanță și asistență tehnică pentru profesioniștii implicați. A fost favorizat un mediu incluziv la școală. CCF Moldova a oferit sprijin financiar familiei pentru a procura îmbrăcăminte de școală, rechizite, consultanță și practici inclusive și financiar. Astfel situația familială s-a ameliorat considerabil.

2. Drept obiective de intervenție au fost:

- lucrul cu bunicii pentru înțelegerea comportamentului Oxanei și depășirea emoțiilor de rușine și fricilor (erau obosiți, stresați, puși în fața unei situații complicate de a conviețui cu un adolescent expus multiplelor traume care cerea ajutor și nimeni nu intervenea). Totodată ajutor financiar și asigurarea că vor fi ajutați și sprijiniți;
- consilierea psihologică a Oxanei, adolescenta expusă multiplelor traume psihologice, exteriorizând și manifestând un comportament delincvent; obiectivul a fost depășirea/diminuarea traumei pierderii mamei, lipsei unui tată adecvat, lipsa climatului favorabil din familie, sentimentul de inferioritate provocat de către concubina bunelului...);
- oferirea asistenței tehnice profesioniștilor locali (asistentul social, dirigintele școlar, Comisia multidisciplinară școlară și de la primărie), care trebuie să monitorizeze asemenea copii/familii, să intervină urgent la solicitările familiei și în general să fie atenți la asemenea situații.

3. Care au fost provocările ?

Provocarea a fost separarea copilului de familie la centrul de plasament, nesoluționând situația, provocând trauma separării și pierderii repetate a familiei de către copil.

4. Care sunt rezultatele?

- acceptarea și înțelegerea comportamentului fetei din partea bunelului și a satului;
- depășirea supărării, a fricilor și rușinii bunelului;
- acceptarea reintegrării copilului în familie;
- înțelegerea și însușirea de către profesioniști a unui mecanism de acțiune și sprijin pentru copii și familii aflate în asemenea situații;

- înțelegerea/diminuarea traumelor de către un adolescent, învățarea unor acțiuni de cerere de ajutor, înțelegerea unui comportament adecvat, a consecințelor unei vieți intime precoce.

Un impact considerabil în intervenție a fost implicarea familiei și acceptarea copilului. Ajuțați de medicul de familie, care a explicat fetei despre riscurile relațiilor sexuale cu mai mulți parteneri și consecințele vieții sexuale active de la o vârstă fragedă. Înțelegerea specialiștilor despre consecințele traumelor trăite de copil și existența exploatării sexuale a minorilor de către adulți, care trebuie trași la răspundere. Familia este monitorizată foarte atent de către psihologul școlar, asistentul social și medical de familie, dar cu condiția să păstreze confidențialitatea, astfel protejând copilul.

5. Ce am învățat

Identificarea corectă a nevoilor familiei social vulnerabile și facilitarea/redirecționarea către servicii relevante. Iar răspunderea promptă la nevoile familiei și mobilizarea tuturor persoanelor competente, pot duce la prevenirea separării copilului de familie, dar și la prevenirea prostituției juvenile

Principiile de intervenție în cazurile de abuz/exploatare sexual-comercială a copiilor

Prevenirea și intervenția în cazurile de abuz, neglijare, trafic, exploatare se va realiza în baza principiilor enumerate mai jos.

a) Asigurarea protecției copilului în toate mediile sociale: familie, forme de protecție a copiilor rămași fără ocrotire părintească (adoptația; tutela/curatela; asistența parentală profesionistă; casă de copii de tip familial; instituția rezidențială de orice tip), **medii educaționale** (instituții din cadrul învățământului preșcolar, primar, secundar, artistic și sportiv, mediu de specialitate), **în instituțiile medicale** (centre de sănătate, spitale), în **sistemul de justiție, la locul de muncă, în comunitate.**

b) Prevenirea tuturor formelor de abuz, neglijare, trafic prin asigurarea accesului copiilor și familiilor în situații de risc la servicii primare de sănătate publică, educație, sociale, prietenoase copilului; informarea și educarea părinților în domeniul dezvoltării fizice, mentale, spirituale, morale și sociale a copiilor.

c) Respectarea și asigurarea drepturilor și interesului superior al copilului, prin:

- intervenție obligatorie și promptă la toate sesizările privind cazurile suspecte de abuz, neglijare, trafic, exploatare;
- aplicarea tuturor mijloacelor de drept și administrative necesare pentru asigurarea protecției copilului;
- luarea deciziilor legate de copil în conformitate cu particularitățile lui individuale: vârsta și nivelul de maturitate, calitățile lui psihice și fizice, necesitățile lui.

d) Luarea de măsuri speciale de protecție și de asistență pentru asigurarea unui mediu sigur copilului prin:

- asigurarea accesului la servicii de suport pentru copiii și familiile în situație de risc sau victime ale abuzului, neglijării, traficului, exploatării, astfel încât fiecare copil să beneficieze de protecție, iar fiecare abuzator să fie referit justiției și/sau supus unui program de reabilitare;
- prevenirea separării copilului de familie, iar în cazul protecției copilului prin separarea acestuia de familie, se va da prioritate procedurilor de intervenție care presupun scoaterea abuzatorului din familie, luându-se în considerație că menținerea unității familiei nu trebuie să fie un scop în sine;
- Evitarea și combaterea intervențiilor care revictimizează copilul (confruntarea cu suspectul agresor, interviuri și audieri multiple etc.).

e) **Participarea copiilor la deciziile luate în privința lor**, astfel încât copiilor să li se ofere posibilitatea: să se expună asupra planului individual de intervenție, să fie audiat în cadrul proceselor judiciare și/sau administrative, aplicându-se procedurile prietenoase copiilor, în conformitate cu legislația. Părerea copilului, atunci când nu contravine propriilor interese, trebuie să fie luată în considerare.

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

e) **Colaborarea interdisciplinară și intersectorială** a autorităților și instituțiilor publice cu competențe în domeniul protecției copilului, la toate etapele de examinare a cazurilor.

IX.4. Servicii de protecție a copiilor abuzați/exploați sexual

Pentru PREVENIREA abuzului și neglijării copilului vin în ajutor mai multe servicii sociale.

Centrele de zi pot ajuta familiile care au nevoie de ajutor în îngrijirea copilului, astfel încât părinții pot merge la serviciu. Astfel de centre pot, de asemenea, să furnizeze hrană și asistență medicală gratis. În plus, centrele pot oferi sprijin educațional pentru copiii cu nevoi speciale. Centrele pot de asemenea oferi consiliere copiilor/părinților sau familiei.

Servicii de planificare familială. Asistenții sociali le pot ajuta pe mame să aibă acces gratuit la serviciile de planificare familială și să fie educate în privința metodelor de contracepție. Aceasta este deseori cea mai bună metodă de prevenire a unei sarcini nedorite și, prin urmare, de separare a copilului de familia naturală.

Centre maternale. În cazul mamelor aflate în situații de criză, ceea ce le predispune riscului de a-și plasa copiii în îngrijirea statului, centrul maternal poate fi serviciul ideal. Într-un astfel de centru, o mamă poate locui o perioadă limitată de timp cu copilul sau, în timp ce asistentul social o ajută la pregătirea pentru traiul independent. Mama poate învăța abilitățile de părinte și autogospodărire, poate fi ajutată să-și termine școala sau să-și găsească un loc de muncă și să-și reclădească relația cu familia.

Sprijin material. Câteodată, sprijinul material poate ajuta familiile în situații de criză, dar acest lucru ar trebui folosit doar ca o măsură temporară, ca parte a unui pachet de măsuri. Sprijinul material pe termen lung tinde să creeze dependență și nu ajută întotdeauna familia în rezolvarea problemelor de durată.

Servicii de consiliere și grup de sprijin pentru părinți. De foarte multe ori, familiile sau părinții suferă de stres sever ca rezultat al îngrijirii copiilor cu nevoi speciale, sau pentru că sunt familii monoparentale. De multe ori au sentimentul că nu mai pot face față și că un plasament instituțional ar fi cea mai bună soluție pentru copil. În astfel de circumstanțe, un consilier experimentat îi poate ajuta pe părinți să facă față stresului și să găsească soluții care nu necesită plasamentul copiilor în îngrijire.

Grupurile de sprijin pot avea un efect similar și conduc la reducerea sentimentului de izolare pe care îl au mulți părinți în situații de dificultate.

Pentru INTERVENȚIA în cazurile de abuz și neglijare a copilului vin în ajutor alte servicii sociale.

Servicii de primire în regim de urgență. Câteodată, este un lucru potrivit ca un copil să fie luat temporar din familie, de exemplu dacă copilul se află în risc de a fi lezat, sau dacă părinții se află într-o situație de criză majoră. Pentru astfel de situații, serviciile de primire în regim de urgență sunt necesare, iar acestea sunt oferite de centrele de plasament temporar pentru o perioadă scurtă de timp. Serviciile de primire în regim de urgență vor fi sprijinite de asistenții sociali, care au responsabilitatea de a facilita reintegrarea copilului în familie, acolo unde este sigur și potrivit, sau de a găsi un plasament familial pe termen lung pentru copil.

Plasamentul copilului. Dacă un copil nu poate fi crescut de părinții săi naturali, membrii familiei extinse ar putea să preia această sarcină și să aibă grijă de copil. Astfel, copilul menține relații puternice

cu familia și trauma separării de familia naturală se reduce. Atunci când va fi imposibilă această variantă, se va examina împreună cu organul de tutelă și curatelă alte variante de protecție a copilului printr-o, oferindu-se prioritate formelor de plasament de tip familial.

Servicii de terapie/reabilitare psihologică a copiilor. Copiii-victime ale abuzului, neglijării, exploatării manifestă un șir de consecințe negative pe plan psihologic. Mulți au dezvoltat Sindromul stresului post-traumatic. Prin urmare, autoritățile locale ar trebui să pună la dispoziție echipe de psihologi/terapeuți special instruiți să poată ajuta copiii care au trecut prin experiențe abuzive.

Servicii de reabilitare medicală. Asistenții medicali comunitari și medicii de familie pot fi de mare ajutor în recuperarea sănătății copiilor ce au suferit de abuz. Aceștia cele mai deseori, în urma relor tratamente vor manifesta sechele pe plan somatic. O abordare specială au nevoie copiii cu traumatisme severe și abuz sexual cu contact.

Servicii de resocializare reprezintă un sistem de acțiuni orientate la socializarea copilului, prevenirea revictimizării copilului, precum și minimalizarea riscurilor care pot duce la periclitarea dezvoltării psihice și fizice a acestuia. Poate fi atins printr-un sistem programat de educație (în școli, în centre comunitare, cercuri, cluburi, etc.) prin care trec copiii în situație de risc în vederea transformării acestora în competenți și ordonați din punct de vedere personal și social.

Servicii juridice. Cazul de abuz deseori devine obiectul unui proces civil sau penal. În acest sens e nevoie de asistență juridică, care va fi orientată la respectarea interesului superior al copilului. De asemenea, copilul va avea nevoie de o pregătire specială pentru oferirea mărturiilor în fața reprezentanților organelor de drept.

Aprobată prin ordinul MPSFC**nr.71 din 3 octombrie 2008****Ancheta socială****Evaluare inițială**

din _____ 20__

Comisia de examinare a condițiilor locative și sociale: (Numele, Prenumele, Funcția membrilor comisiei)

A cercetat condițiile de trai ale familiei _____

Domiciliată pe adresa _____

Tel. _____

Am constatat următoarele:

COMPONENȚA FAMILIEI

Numele, prenumele	Data, luna, anul nașterii	Statutul social al persoanei	IDNP	Legitimația	Gradul de rudenie

CONDIȚIILE DE TRAI

Statutul legal al spațiului locativ (de subliniat):. locuință: de stat, chirie. Tipul de locuință: cămin, casă la sol, apartament la bloc. Altele specificați

Numărul de odăi _____ Suprafața locativă _____

Suprafața totală _____

Alt imobil: _____

Pământ agricol _____ Pământ pe lângă casă _____

Bunuri: __ televizor __ frigider __ mașină de spălat __ (ani) _____

Alte bunuri (autovehicul, mașini agricole) __ (ani) _____

Condiții .Conectări: la rețeaua de gaze naturale _____, energie termică _____, energie electrică _____, apă _____

Altele _____

Starea igienică sanitară: _____

Venitul lunar al familiei. Indicați sursa și suma:

Patologii familiale (abuz de alcool, de droguri, violență domestică, abuz față de copii, neglijarea obligațiilor părintești)

Problemele cu care se confruntă familia. Din relatările membrilor de familie

Ajutoare de care a beneficiat familia:

Data	Tipul de ajutor	Organizația care a acordat ajutorul	Motivul solicitării	Suma, Mărimea

Concluzii _____

Recomandări _____

Semnăturile membrilor comisiei:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Aprobată prin ordinul MPSFC
nr.71 din 3 octombrie 2008**

Evaluarea complexă a familiei cu copii

Termenul evaluării: de la _____ până _____

Efectuată de: _____

Statutul copilului: _____

Numele, prenumele copilului: _____

Data, luna, anul nașterii: _____

Adresa: _____

Instituția educativ/ instructivă (grădinița, școala): _____

Medicul de familie: _____

Componența familiei:

Numele, prenumele	Data, luna, anul nașterii	Sexul M/F	Relația cu copilul	Domiciliul	Ocupația (student, angajat etc.)	Adresa inst. de învățământ/locului de muncă

I. Relațiile în cadrul familiei

1. Istoria familiei, relațiile, funcționarea și bunăstarea familiei: (informație pentru a înțelege relațiile din familie)
2. Familia extinsă: (informații referitoare la frați, bunei, în ce relații ce află cu copiii, cu rudele importante din viața copilului, cu părinții)
3. Locuința, angajarea în câmpul muncii și considerările financiare (inclusiv venitul, pământul, abilitățile de bugetare și stabilire a priorităților în cheltuieli)
4. Factorii și resursele sociale și comunitare, inclusiv instituția educațională din localitate

Notă: Informație privind susținerea familiei din partea autorităților locale.

II. Actuala capacitate parentală, inclusiv sprijinul disponibil din partea familiei extinse:

1. Îngrijirea și asigurarea securității copilului:
2. Căldura emoțională și stabilitatea relațiilor:
3. Orientarea, stabilirea limitelor și stimularea de către părinți:
(Inclusiv atitudinea față de educație)

III. Progresul în dezvoltarea copilului

1. Starea generală a copilului:

(de inclus orice informație semnificativă referitor la sănătate, dezvoltarea fizică, dezvoltarea limbajului și a comunicării)

2. Respectul față de sine, auto-cunoașterea și identitatea:

3. Relațiile familiale și sociale:

4. Abilitățile de auto-îngrijire și independență

5. Reușita școlară:

IV. Evaluarea punctelor forte ale copilului:

(inclusiv auto-evaluarea copilului)

V. Evaluarea punctelor forte ale părinților și ale familiei extinse:

(inclusiv auto-evaluarea)

VI. Evaluarea sprijinului solicitat de copil și familie:

(inclusiv părerile copilului și a părinților)

VII. Recomandări pentru planul de îngrijire

VIII. Persoanele consultate în scopul efectuării acestei evaluări:

Data _____

Asistent social _____

Beneficiar _____

**Aprobată prin ordinul MPSFC
nr.71 din 3 octombrie 2008**

Evaluarea complexă a adultului**I. *Date personale***

Nume și prenume _____

Data, luna, anul și locul nașterii _____

Stare civilă _____

Studii _____ Ocupația _____

Domiciliul _____

II. *Starea de sănătate*

Istoric medical _____

Starea de sănătate prezentă _____

Stare emoțională _____

III. *Istoric social***IV. *Aspecte privind mediul de viață***

- Locuință, utilități
- Situația financiară
- Angajarea în câmpul muncii
- Gradul de independență
- Relațiile sociale
- Timpul liber și odihna
- Comunicarea și accesul la informații

V. *Concluzii și recomandări*

Data _____

Asistent social _____

Beneficiar _____

Aprobată prin ordinul MPSFC

nr.71 din 3 octombrie 2008

PLANUL INDIVIDUALIZAT DE ASISTENȚĂ

Familia _____

Domiciliul _____

Tipul familiei _____

Numărul de copii _____

Obiective

1.

2.

3.

Acțiuni / Durată / Persoana responsabilă

Nr.	Acțiuni	Durată	Persoana responsabilă
1.			
2.			
3.			

Data _____

Asistent social _____

Beneficiar _____

**Aprobată prin ordinul MPSFC
nr. 71 din 3 octombrie 2008**

**REEVALUAREA / ȘI REVEDEREA PLANULUI INDIVIDUALIZAT DE ASISTENȚĂ
sau ÎNCHIDEREA CAZULUI**

Data _____

Locul întrevederii _____

Durata discuției _____

Persoanele participante _____

Scopul _____

Conținutul

Observații

Concluziile întrevederii

Recomandări

Asistent social _____

Beneficiar _____

**Aprobată prin ordinul MPSFC
nr.71 din 3 octombrie 2008**

**MODEL DE ACORD
ÎNTRE BENEFICIAR ȘI ASISTENTUL SOCIAL**

Încheiat între

Asistentul social _____

și _____

în calitate de beneficiar al serviciului de asistență socială:

I. Obiective

I. Obligațiile părților

Asistentul social

Beneficiarul

II. Durata acordului

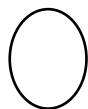
I. Eu _____ am luat la cunoștință că acest acord se încheie pe o perioadă determinată de timp și că nerespectarea responsabilităților asumate determină încetarea intervenției din partea asistentului social.

III. Data întocmirii _____

Asistent social _____

Beneficiar _____

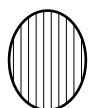
GENOGRAMA



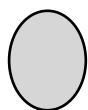
Femeie



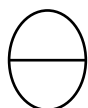
Bărbat



Bărbat sau femeie cu probleme de sănătate mintală



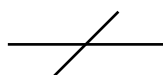
Persoană în sistemul de justiție penală



Persoană care abuzează de alcool sau droguri



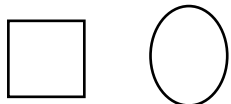
Decedat
(arătați anul morții)



Divorțat sau separat
(arătați anul separării)



Relație negativă



Victima abuzului sau ținta intervenției.



Direcția îngrijirii și sprijinului.
(de la cine la cine)

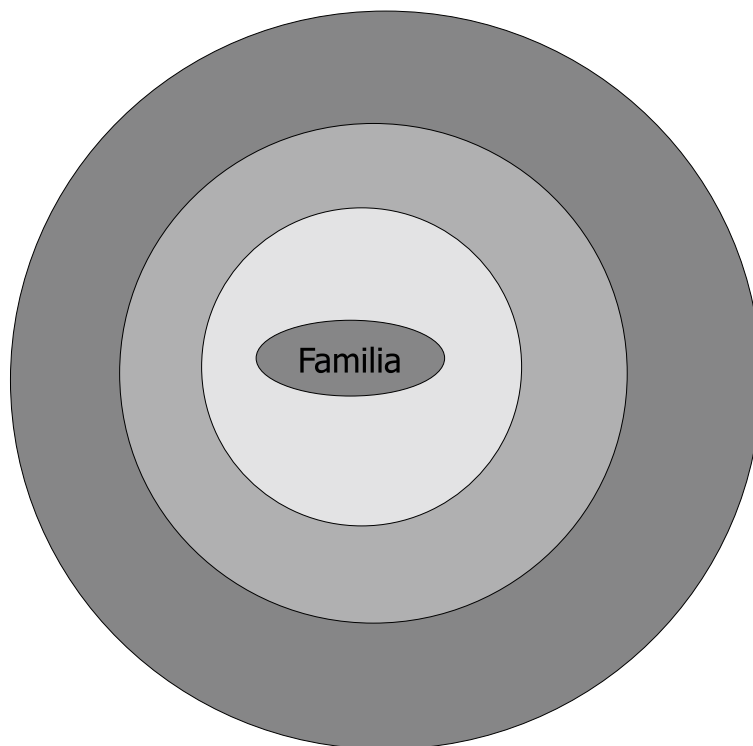


Hotare clare



Hotare rigide

ECOMAPA



ASPECTE LEGALE

Implicarea copiilor în prostituție⁴⁰ presupune faptul de a folosi un copil pentru activități sexuale atunci, când se oferă sau se promet sume de bani sau orice altă formă de remunerare sau de răsplată, indiferent dacă această plată, promisiune sau răsplată se oferă copilului sau unei terțe persoane. Este criminalizat comportamentul intenționat de (a) recrutare a copiilor în prostituție sau facilitarea de a participa în prostituție; (b) constrângerea copilului de a se prostitua sau obținerea profitului drept urmare a exploatării copilului în astfel de scopuri; (c) recurgerea la prostituarea copiilor.

Pornografia infantilă⁴¹ este orice material care prezintă, în manieră vizuală, un copil care desfășoară un comportament sexual explicit, real sau simulat, sau orice reprezentare a organelor sexuale ale unui copil, în mod special în scopuri sexuale. În acest context legiuitorii criminalizează următoarele comportamente: (a) producerea, (b) oferirea sau punerea la dispoziție, (c) distribuirea sau transmiterea pornografiei infantile, (d) procurarea pornografiei pentru sine sau altă persoană, (e) deținerea materialelor cu pornografie infantile, (f) cu bună știință, obținerea accesului, făcând uz de tehnologiile informaționale.

Recrutarea, constrângerea copilului de a participa în spectacole pornografice⁴², sau obținerea de profit de pe urma exploatării copiilor în astfel de scopuri

Intenția de a implica un copil spre a fi martor la abuzuri sau activități sexuale, chiar dacă nu este implicat nemijlocit se regăsește sub eticheta **corupere a copilului**⁴³.

În conformitate cu **documentele legale a Republicii Moldova**, din categoria infracțiunilor privind viața sexuală fac parte următoarele infracțiuni: *violul, infracțiuni violente cu caracter sexual, hărțuirea sexuală, raportul sexual cu o persoană care nu a împlinit vârsta de 16 ani, acțiuni perverse, acostarea copiilor în scopuri sexuale*.

De asemenea, în legislația națională și internațională se regăsește articolul care ține de **Infracțiunile de trafic de copii**. Elementele constitutive a traficului de copii sunt: recrutarea, transportarea, transferul, adăpostirea sau primirea unui copil în scop de exploatare, chiar dacă aceste acțiuni nu se realizează cu aplicarea vreunui mijloc de constrângere, prin răpire, fraudă, înșelăciune, abuz de putere sau de situație de vulnerabilitate ori prin darea sau primirea de bani ori de beneficii de orice gen pentru a obține consimțământul unei persoane care deține controlul asupra unei alte persoane, în scopul exploatării acesteia. Acest tip de infracțiuni face parte din categoria infracțiunilor contra familiei și minorilor.

Și **exploatarea sexuală** este o formă a abuzului sexual. Ceea ce diferențiază aceste elemente infracționale este componenta comercială care intervine între copil și adult atunci când copilul este supus abuzului.

Toate formele de abuz și exploatare sexuală menționate mai sus se regăsesc în Hotărârea cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului nr. 270 din 08.04.2014. Conform acestei Hotărâri, **violența sexuală** presupune orice violență cu caracter sexual sau orice conduită sexuală ilegală, hărțuirea sexuală; orice conduită sexuală nedorită, impusă; obligarea practicării prostituției; orice comportament sexual ilegal

40 Convenției de la Lanzarote, art. 19

41 Convenției de la Lanzarote, art. 20,

42 Convenției de la Lanzarote, art. 21

43 . Convenției de la Lanzarote, art. 22

în raport cu copilul, inclusiv prin mângâieri, sărutări, pozare a copilului și prin alte atingeri nedorite cu tentă sexuală; alte acțiuni cu efect similar.

Hotărârea de Guvern 270⁴⁴ reușește să aducă în atenția specialiștilor conceptele cu care se vehiculează atât între specialiștii justițiară cât și termenii cu care operează specialiștii din domeniul justiției. Astfel, definiția copilului victimă implică noțiunea de exploatat⁴⁵, inclusiv prin intermediul tehnologiilor informaționale, traficului; de asemenea instrucțiunea definește fenomenul trafic de copii.

Sumarizând, din analiza legilor și regulamentelor cu care se operează în sfera protecției sociale abuzul sexual este orice conduită sexuală nedorită, impusă; obligarea practicării prostituției; orice comportament sexual ilegal în raport cu un minor, inclusiv prin mângâieri, sărutări, pozare a copilului și prin alte atingeri nedorite cu tentă sexuală; alte acțiuni cu efect similar.

Exploatarea sexuală a copilului se referă la utilizarea copilului în activități cu caracter sexual în vederea obținerii profiturilor în detrimentul dezvoltării fizice, mentale, educaționale

Exploatare este abuz de poziția de vulnerabilitate a copilului unde sunt implicate unele forme de remunerare (monetar, social, politic, etc.) din partea exploatatorilor. Exploatarea presupune o formă de constrângere sau violență, în detrimentul sănătății mentale și fizice, dezvoltării armonioase și necesităților educaționale. Ca și practică, exploatarea sexuală implică nu doar abuz sexual dar și remunerarea copilului în cheș sau bunuri. În unele situații sexul poate fi solicitat pentru protecție, bunuri, promisiuni de ajutor. Exploatarea sexual comercială include⁴⁶:

(1) vânzarea copiilor, definită ca orice acțiune de tranzacție prin care un copil este transferat de la o persoană sau un grup către altul în schimbul unei sume de bani sau alte avantaje;

(2) prostituarea copiilor, utilizarea copiilor în activități cu caracter sexual în schimbul unei remunerări sau oricare alt avantaj;

(3) implicarea în pornografie, orice reprezentare, indiferent de mijloace, a unui copil implicat în activități sexuale reale, explicite sau simulate; sau orice reprezentare a organelor sexuale a unui copil cu scopul primar de satisfacție sexuale.

Exploatarea sexuală de asemenea poate implica utilizarea amenințărilor sau a forței asupra copilului, cu scopul de a impune copilul de a lua parte la acțiuni sexuale întreprinse de o terță parte.

Termenul de exploatare sexuală implică o serie de situații și practici. Este important că sintagma „exploatare sexuală” se referă la toți copii sub vârsta de 18 ani; Subiectele referitoare la „vârsta consimțământului” nu sunt relevante pentru protecția drepturilor copilului.

44 HOTĂRÎRE Nr. 270, din 08.04.2014, cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului

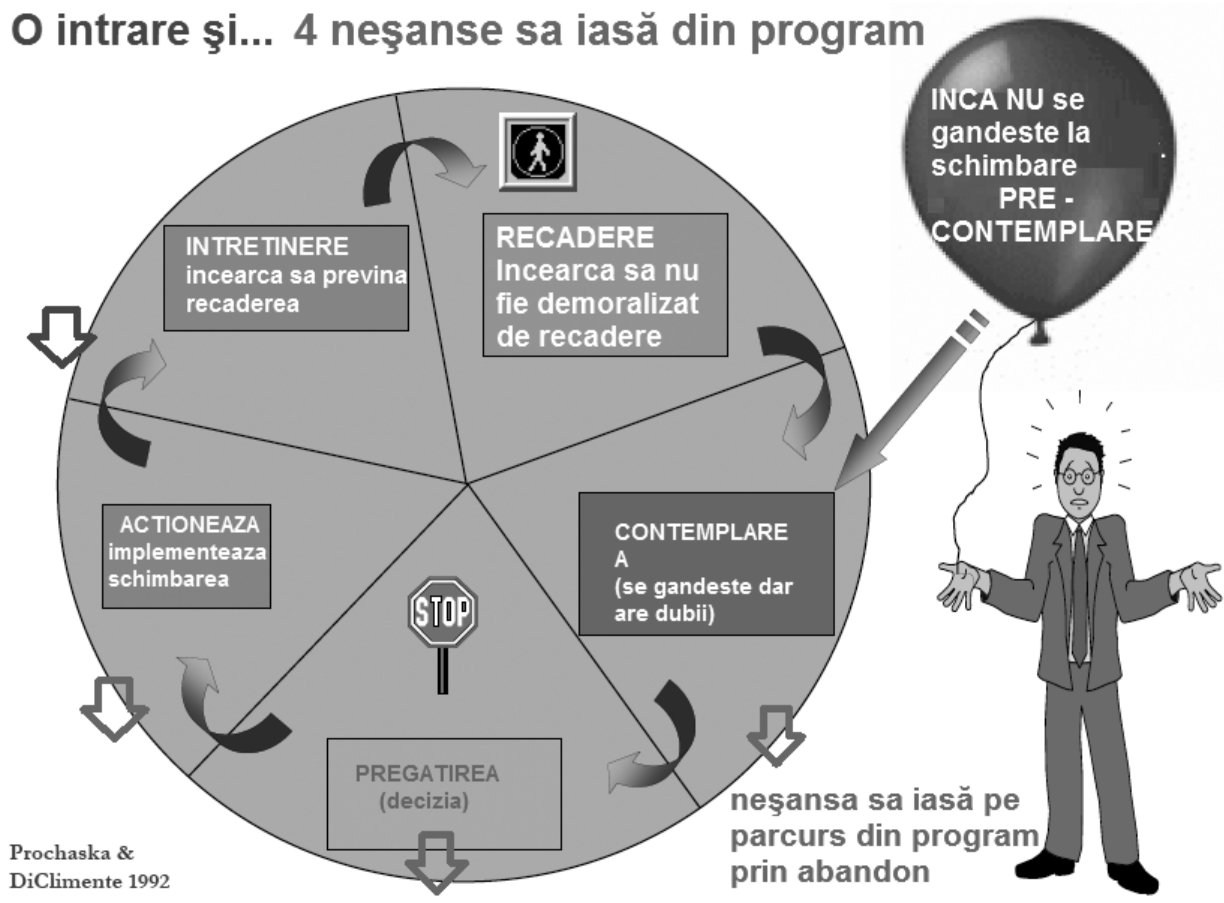
45 Punctul 4 al Hotărârii de Guvern 270

46 An Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child, Article 2

SCHIMBAREA este un PROCES, și nicidecum un EVENIMENT!

Schimbarea este un proces ciclic, omul își păstrează permanent libertatea de a ieși din el întorcându-se la vechiurile obiceiuri nocive. Are doar o singură porțiță de intrare, în urma deciziei sale și 4 ocazii de vulnerabilitate în care poate fi tentat să renunțe la program. Și permanent poate recădea și să trebuiască să o ia de la început. Astfel că eficiența demersului depinde nu numai de „materialul clientului” ci și de iscusința specialistului.

O intrare și... 4 neșanse sa iasă din program



Prochaska & DiClimente 1992

