

EDITURA DE VEST 

www.connect-romania.ro
www.unitbv.ro
<http://norwaygrants.just.ro>
www.norwaygrants.org

VIOLENȚA DOMESTICĂ - INTERVENȚIA COORDONATĂ A ECHIPEI MULTIDISCIPLINARE



MINISTERUL JUSTIȚIEI



Programul de finanțare RO20-*Violența domestică
și violența bazată pe deosebirea de sex*

Coordonatori
GABRIELA DIMA
IOLANDA FELICIA BELDIANU

**VIOLENȚA DOMESTICĂ:
INTERVENȚIA COORDONATĂ
A ECHIPEI MULTIDISCIPLINARE**
Manual pentru specialiști



Construirea rețelei de specialiști în
consilierea traumei

connect CONstruct NEtwork in Counselling for Trauma

ISBN 978-973-36-0657-4



UNIVERSITATEA
BABEȘ-BOLYAI



ULBS
Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

ARTEMIS
ASOCIAȚIA FEMEILOR ÎMPOTRIVA
VIOLENȚEI-ARTEMIS



Proiect finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014

**Coordonatori
Gabriela Dima
Iolanda Felicia Beldianu**

**Programul de finanțare RO20 “Violența domestică și
violența bazată pe deosebirea de sex”**

**VIOLENȚA DOMESTICĂ: INTERVENȚIA
COORDONATĂ A ECHIPEI
MULTIDISCIPLINARE.
Manual pentru specialiști**

**Proiect finanțat
prin Mecanismul Financiar Norvegian
2009-2024**

Referenți științifici:

Prof. Univ. Dr. Maria Roth,

Director Departament -*Asistență Socială*

Universitatea „Universitatea Babeș-Bolyai” Cluj Napoca

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

**Violența domestică : intervenția coordonată a echipei
multidisciplinare :**

**manual pentru specialiști / coord.: Gabriela Dima și
Iolanda Felicia**

Beldianu. - Timișoara : Editura de Vest, 2015

I. Dima, Gabriela (coord.)

II. Beldianu, Iolanda (coord.)

316.613.43:316.356.2

© – 2015 – EDITURA DE VEST – TIMIȘOARA
P-ța Sf. Gheorghe nr. 1, ROMÂNIA

**Coordonatori
Gabriela Dima
Iolanda Felicia Beldianu**

**Programul de finanțare RO20 “Violența
domestică și violența bazată pe
deosebirea de sex”**

**VIOLENȚA DOMESTICĂ: INTERVENȚIA
COORDONATĂ A ECHIPEI
MULTIDISCIPLINARE.
Manual pentru specialiști**

**Proiect finanțat
prin Mecanismul Financiar Norvegian
2009-2024**



**Editura de Vest
Timișoara, 2015**

ISBN 978-973-36-0657-4
Redactor: Ion Ilin
Tehnoredactare: Vlad Băluțescu
Apărut: 2015

VIOLENȚA DOMESTICĂ: INTERVENȚIA COORDONATĂ A ECHIPEI MULTIDISCIPLINARE

Manual pentru specialiști

Coordonatori:

Gabriela Dima și Iolanda Felicia Beldianu

Prefață.....	7
INTRODUCERE.....	9
<i>Gabriela Dima</i>	
Secțiunea I. CONTEXTUL GENERAL AL VIOLENȚEI ÎN RELAȚII DE CUPLU.....	13
Capitolul 1 <i>Violența domestică - clarificări conceptuale, extindere și impact.....</i>	13
<i>Diana Muntean, Iolanda Felicia Beldianu</i>	
Capitolul 2 <i>Prevalența și incidența violenței domestice.....</i>	19
<i>Imola Antal</i>	
2.1. <i>Prevalența violenței între parteneri intimi pe plan internațional.....</i>	<i>19</i>
2.2. <i>Prevalența violenței în România.....</i>	<i>28</i>
Secțiunea II. CADRUL CONCEPTUAL AL VIOLENȚEI DOMESTICE.....	33
Capitolul 3 <i>Teorii explicative pentru violența domestică</i>	
<i>Imola Antal.....</i>	
3.1. <i>Teorii de natură psihologică și biologică.....</i>	<i>33</i>
3.2. <i>Explicațiile de natură sociologică.....</i>	<i>37</i>
Capitolul 4 <i>Dinamica violenței în relații de cuplu</i>	
<i>Sorina Bumbuluț, Maria Popa, Gabriela Dima.....</i>	
4.1. <i>Caracteristicile violenței în relații de cuplu.....</i>	<i>51</i>
4.2. <i>Tactici de constrângere și control folosite în relația de cuplu.....</i>	<i>56</i>
4.3. <i>Ciclul violenței.....</i>	<i>62</i>

4.4. Modele comportamentale ale victimei.....	67
4.5. Formele violenței în relație de cuplu.....	69
4.6. Efectele violenței asupra femeilor și copiilor.....	72
4.7. Dificultățile de a pune capăt unei relații violente.....	79
4.8. Mituri și realități ale violenței în cuplu.....	82

Capitolul 5 Trauma

<i>Mihaela Dana Bucuță, Ana Raluca Sassu</i>	94
5.1. Trauma: definire și caracteristici.....	94
5.2. Trăirea traumei.....	103
5.3. Trauma copilului.....	105
5.4. Consecințele traumei.....	108

Secțiunea III INTERVENȚIA.....115

Capitolul 6 Recunoașterea violenței în cuplu	
<i>Éva László, Imola Antal</i>	115
Capitolul 7 Evaluarea riscului – instrumente	
<i>Imola Antal, Éva László</i>	124
Capitolul 8 Intervenția: protecția victimelor	
<i>Sorina Bumbuț, Maria Popa</i>	132
Capitolul 9 Sancționarea agresorului	
<i>Mihaela Săsărman</i>	152
Capitolul 10 Intervenția pe domenii profesionale.....165	
10.1. Rolul asistentului social <i>Marinela Șimon</i>	165
10.2. Rolul psihologului <i>Mihaela Dana Bucuță</i>	175
10.3. Rolul medicilor <i>Sorina Bumbuț</i>	189
10.4. Rolul polițistului <i>Sorina Bumbuț, Maria Popa</i> ...197	
10.5. Rolul reprezentanților justiției <i>Mihai Pop, Rodica Enescu</i>	204
10.6. Echipa multidisciplinară - Colaborarea inter-instituțională <i>Sorina Bumbuț, Maria Popa</i>	209
Capitolul 11 Model de bună practică în domeniul violenței domestice: Norvegia <i>Karl-Johan Johansen</i>	218
BIBLIOGRAFIE.....	232

PREFAȚĂ

Gabriela Dima

Proiectul „CONNECT” - **Construirea Rețelei de Specialiști în Consilierea Traumei (CONstruct NETwork in Counselling for Trauma)** s-a născut din inițiativa și entuziasmul unui grup de specialiști, cadre universitare și practicieni, promotori ai nonviolenței, nediscriminării și drepturilor omului.

Proiectul este finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014, Programul RO20 – „*Violența domestică și violența bazată pe deosebirea de sex*”, axa prioritară 3 „*Formarea profesională*” și este realizat și implementat de Universitatea Transilvania din Brașov, împreună cu partenerii naționali - Universitatea „Lucian Blaga” Sibiu, Centrul de Cercetare Psihologică, Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj Napoca - Centrul de Cercetare și Prevenire a Violenței Familiale și Societale și Asociației Femeilor împotriva Violenței ARTEMIS - și partenerul internațional The Foundation TISIP din Norvegia.

Prin obiectivele urmărite și activitățile propuse proiectul contribuie la consolidarea formării adecvate a specialiștilor care au atribuții în domeniu, conform primului act normativ din România care reglementează activitatea în domeniul violenței domestice, legea 2003/2017 pentru *prevenirea și combaterea violenței în familie*, actualizată prin legea 25/2012.

Obiectivele vizate de proiect răspund priorităților și obiectivelor stabilite prin *Strategia națională pentru prevenirea și combaterea fenomenului violenței în familie pentru perioada 2013-2017* elaborată de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, prin dezvoltarea și consolidarea competențelor profesionale ale resurselor umane implicate și dezvoltarea relațiilor de colaborare între partenerii interni și între statul roman și alte state (HG 1156/2012 cap.V.7-8).

Obiectivul general al proiectului CONNECT vizează transferul de cunoștințe și competențe specifice, în vederea dezvoltării și consolidării serviciilor legate de violența domestică, prin:

- Dezvoltarea unui *Program de Formare Profesională* a specialiștilor care lucrează în domeniul violenței domestice, prin elaborarea unui *Manual de Formare* pentru rețeaua de specialiști, a unui *Ghid al Formatorului* și formarea a minim 8 formatori care să asigure o instruire unitară, standardizată a specialiștilor cu atribuții în domeniul violenței domestice;

- Creșterea nivelului de cunoștințe, abilități și capacitate emoțională necesare pentru a înțelege și sprijini femeile victimă a violenței domestice și agresorii pentru cel puțin 250 de specialiști din cadrul instituțiilor publice și private cu atribuții și activitate în domeniul violenței domestice;
- Creșterea eficienței de colaborare și coordonare intra- și inter-instituțională în activitățile de prevenție și intervenție în violența domestică, prin realizarea formării în grupuri mixte, cu reprezentarea tuturor categoriilor profesionale principale;
- Colectarea de bune practici și asigurarea transferului de cunoștințe și experiențe în domeniul formării, prevenirii și combaterii violenței domestice între partenerii români și norvegian.

Proiectul urmărește instruirea standardizată a specialiștilor, printr-o viziune și concepție unitară, cu accent pe parteneriat și colaborare în rețea. Instruirea este organizată în formula echipelor multidisciplinare, incluzând personal atât din instituțiile publice, cât și private, cu atribuții în domeniul violenței domestice. Accentul este pus pe clarificarea rolului fiecărui specialist, a responsabilităților și limitelor în cadrul echipei multidisciplinare, în vederea creșterii colaborării inter- și intra-instituționale, care să ducă la reducerea timpului de intervenție și protecția mai eficientă a victimei abuzurilor în relațiile partenariale.

Lucrarea de față este un instrument de lucru care se adresează în primul rând, tuturor categoriilor de specialiști care au responsabilități în domeniul violenței în familie - asistenți sociali, psihologi, personal medical de urgență, medicină legală, medici de familie, juriști, consilieri probațiune, ofițeri de poliție, jandarmi. Manualul poate fi util și studenților și masteranzilor în formare, celor care se pregătesc pentru acest domeniu sau domenii conexe, și nu în ultimul rând, chiar femeilor abuzate și agresorilor.

INTRODUCERE

Gabriela Dima

Lupta împotriva violenței în familie este plasată în paradigma protecției drepturilor fundamentale ale copilului și ale omului, așa cum sunt acestea recunoscute de Convenția ONU privind drepturile copilului, Declarația Națiunilor Unite privind Violența Împotriva Femeilor, Declarația Universală a Drepturilor Omului, Carta drepturilor fundamentale ale Uniunii Europene.

La baza proiectului care a dat naștere acestei lucrări stau principii ale umanismului, credința în valoarea fiecărei persoane, dreptul la o viață trăită cu demnitate, autodeterminarea și libertatea fiecăruia de a fi și a deveni tot ceea ce poate și de a trăi o viață împlinită. Toate aceste valori sunt încălcate și violate în relațiile de cuplu marcate de violență, indiferent de natura acesteia. În locul respectului și demnității, victima violenței trăiește umilința și înjosirea; libertatea și autodeterminarea sunt îngrădite de controlul, adesea excesiv și obsesiv exercitat de agresor; valorificarea puterii și potențialului personal sunt spulberate de cuvinte și gesturi, acte denigratoare, de inferiorizare și anulare a valorii personale, și implicit de anulare a încrederii și stimei de sine; fericirea, împlinirea personală ajung să fie o utopie sau doar o iluzie a unei vieți deformate pentru acele femei (cel mai adesea ele sunt victimele) care se zbat în ghearele depresiei, anxietății și depersonalizării. Prin urmare, în cele mai multe cazuri, violența domestică este o experiență traumatică care afectează persoana profund și la niveluri multiple: fizic/somatic, emoțional, mental, comportamental, social și economic.

Răspunsul specialiștilor cere obligatoriu munca unei echipe multidisciplinare și un răspuns sistemic și coordonat intra- și inter-instituțional, răspuns care să poată asigura o intervenție adecvată pentru protecția și sprijinirea victimei și asistarea și sancționarea agresorului. Chiar dacă, în legislație, în politica și practica socială discursul vizează abordarea cazurilor de violență prin implicarea tuturor actorilor sociali, instituțiilor cu activitate în domeniu – poliție, parchet, medicina legală, spitale, primării, servicii de asistență socială pentru copil și familie, adăposturi, ONG-uri – în realitate situație este diferită. Astfel, sunt multe cazuri care rămân sesizate la o singură instituție (ex. poliție sau personal medical de urgență) fără a fi sesizate alte instituții abilitate și fără a da curs unei intervenții și protecții reale a victimei; alteleori, timpul petrecut de victimă de la o instituție la alta, perioadele de așteptare până să fie cu

adevărat în siguranță și nevoia de a-și spune în mod repetat „povestea de viață” reprezintă o traumatizare suplimentară care poate duce cu ușurință la renunțare și revenirea ei în ciclul violențelor repetate. Pe de altă parte, pe lângă o acțiune mai eficientă și rapidă a specialiștilor printr-o colaborare mai bună între cei care reprezintă instituții și domenii de activitate diferite, este nevoie ca toți cei care lucrează cu victime sau agresori să posede o cunoaștere și înțelegere teoretică mai profundă a fenomenului violenței în familie, a caracteristicilor partenerilor dintr-o relație abuzivă, a dinamicii relaționale, aspectelor psihologice și sociale specifice, etc. Numai o astfel de cunoaștere, care se adaugă formării profesionale de bază poate să asigure o intervenție profesionistă.

Rezultatele *Studiului exploratoriu privind serviciile sociale pentru victimele violenței în familie* (Fundăția Sensiblu, AFIV-Artemis, IEESR, A.L.E.G, 2013), realizat de 11 ONG-uri din România active pe domeniul monitorizării aplicării Legii 2003/2017 (completată cu legea 25/2012) de prevenire și combatere a violenței domestice sunt destul de îngrijorătoare. Din datele prelucrate din toate cele 92 de unități de asistență socială (servicii primare și specializate, pentru adulți și minori victime ale violenței sau în alte situații de dificultate) tabloul obținut se prezintă astfel: formările la care au participat specialiștii în ultimii 4 ani (2011-2013) sunt în cazul asistenților sociali 28%, psihologi 55%, asistenți medicali 9%, personal cu atribuții de educație 5%, jurist 6%, personal de consiliere 64%, medici 20%, lucrători sociali 7%, alte categorii 18%. Cu mențiunea că procentul cel mai ridicat se referă la psihologi/consilieri care au făcut formări pe cont propriu, în contextul formării continue ca cerință din partea Colegiului Psihologilor din România pentru exercitarea profesiei, pentru celelalte categorii de personal care deservește serviciile în condițiile legii, procentul mediu al celor care au beneficiat de formare profesională continuă cu specific pe servicii sociale destinate victimelor sau agresorilor este de 21%. Același studiu concluzionează că nu s-a realizat o *pregătire inițială specifică*, nu se asigură nici *formarea continuă* și nici *supervizarea profesională*, de sprijin pentru personalul care lucrează în domeniul violenței în familie, cu toate că este o muncă care generează traumatizare secundară.

În acest context, riscurile sunt atât pentru beneficiarii serviciilor – victime și agresori, cât și pentru personalul implicat. O insuficientă cunoaștere a specificului cazurilor de violență în cuplu, a instrumentelor și tehnicilor de intervenție, a resurselor și categoriilor de servicii existente, o atitudine inadecvată, de blamare a victimei sau neînțelegerea

inconstanței de care dă dovadă în ceea ce privește plecările și revenirile repetate alături de partenerul abuziv, toate acestea și multe altele pot duce la intervenții ineficace, lipsa protecției oferite victimei și copiilor implicați, toleranță față de agresor, lipsa măsurilor de pedepsire a acestuia.

Riscurile la care sunt expuși specialiștii mai puțin pregătiți sunt cele directe, ce țin de agresor și unele pericole la care se pot expune, și cele indirecte, mult mai frecvente, de stres profesional crescut, până la instalarea sindromului de epuizare profesională burnout.

Coroborate, toate acestea demonstrează necesitatea realizării unui program și a unor instrumente utile, de formare unitară, din perspectiva formării continue, care să includă toate categoriilor profesionale care sunt implicate în prevenția și combaterea violenței familiale.

Impactul vizat urmărește creșterea nivelului de cunoștințe (legislative și specifice violenței domestice), abilități și capacitate emoțională necesare pentru a înțelege și sprijini femeile victimă a violenței domestice și agresorii. Un impact prioritar se referă la creșterea gradului de colaborare și muncă în echipă a specialiștilor ce provin din instituții diferite și au competențe diferite în domeniul violenței domestice. Un aspect la fel de important se referă la necesitatea imperativă de a sprijini dezvoltarea unei capacități de intervenție sistematică la nivel local, în strânsă coordonare cu organele de poliție și parchetele, pentru protecția și siguranța victimelor – adulți și copii, deopotrivă.

Principiul abordării integrate - presupune coordonarea și cooperarea între toate instituțiile implicate, iar practicile și procedurile în domeniul prevenirii, monitorizării și combaterii violenței în familie, precum și cele de implementare a măsurilor de asistență socială, vor avea la bază o viziune și o concepție unitară, cu accent pe parteneriat și colaborarea în rețea.

Lucrarea este structurată în III secțiuni și 11 capitole.

Prima secțiune introduce contextul general al violenței în relații de cuplu prin definirea fenomenului (juridic/politic, social, cultural psihologic) și statisticile privind prevalență și incidența violenței domestice, care arată amploarea fenomenului în țara noastră și la nivelul statelor UE și statelor NON-UE.

Secțiunea a doua are rolul de a oferi informații de care specialiștii au nevoie pentru o înțelegerea adecvată a fenomenului violenței în familie. Cunoașterea unor teorii explicative cheie este esențială pentru înțelegerea comportamentului celor doi actori implicați în relația violentă – agresorul

și victima/supraviețuitoare - și fundamentarea practicii, intervenției. Un capitol amplu este dedicat înțelegerii dinamicii violenței în relații de cuplu prin prezentarea formelor de abuz/violență, caracteristicilor violenței asupra partenerei/ului, dinamicii de control și putere, tacticilor agresorilor și strategiilor de coping ale femeilor abuzate, procesul victimizării, ciclul violenței, efectele asupra tuturor celor implicați. Sunt discutate o serie de clișee, rezistențe culturale și sociale, care duc la o înțelegere deformată a fenomenului violenței în familie și pot genera atitudini neprofesioniste din partea specialiștilor. Secțiunea se încheie cu abordarea violenței domestice din perspectiva traumatologiei, care ajută la cunoașterea și încadrarea corectă a consecințelor pe termen scurt și lung pe care abuzul le poate cauza asupra femeii victimă și a copiilor ei, martori sau victime directe, cât și la calibrarea intervenției pentru recuperare.

Secțiunea a treia a lucrării are ca scop prezentarea intervenției în toate aspectele ei: de de la indicii de recunoaștere a violenței în cuplu și instrumente de evaluare a riscului, la intervenția propriu-zisă prin protecția victimelor /supraviețuitoarelor și sancționarea agresorului. O parte importantă a lucrării este reprezentată de intervenția pe domenii profesionale specifice, care discută rolurile fiecărei părți din echipa multidisciplinară: rolul asistentului social, rolul psihologului, rolul medicilor, rolul polițistului și rolul reprezentanților justiției. În final accentul este pus pe importanța unui răspuns coordonat al echipei multidisciplinare, în care fiecare specialist își cunoaște cu claritate rolul propriu, responsabilitățile și limitele acestuia, precum și rolurile celorlalți specialiști, care să ducă la o colaborare interpersonală și inter-instituțională cât mai eficientă. Tot în secțiunea de intervenție este prezentat modelul norvegian de lucru în violența domestică, politici, programe și servicii care pot aduce lecții importante de învățat în domeniul intervenției în acest domeniu.

Comparativ cu alte lucrări pe tema violenței în familie publicate în țara noastră, apreciem că nota de originalitate a lucrării de față este accentul pus pe echipa de intervenție multidisciplinară și clarificarea rolurilor profesioniștilor cu atribuții în domeniu care fac parte din echipă, scopul fiind de a îmbunătăți colaborarea între specialiști și instituții care să ducă la o mai bună coordonare a acțiunilor de intervenție, o mai bună protecție a victimelor și sancționare și asistare a agresorilor.

Secțiunea I. CONTEXTUL GENERAL AL VIOLENȚEI ÎN RELAȚII DE CUPLU

Capitolul 1.VIOLENȚA DOMESTICĂ - CLARIFICĂRI CONCEPTUALE, EXTINDERE ȘI IMPACT

Diana Muntean, Iolanda Felicia Beldianu

Abstract

Capitolul prezintă succinte abordări ale definirii violenței petrecute în mediul familial, pe baza concluziilor unor cercetări cantitative și calitative, dar și sub influența unor curente sociale manifestate în ultimele trei-patru decenii în care subiectul violenței domestice trece din sfera privată în cea a politicilor publice naționale.

Cuvinte cheie: violența domestică, violență în familie, abuz, drepturilor omului, definiții

Violența domestică este un fenomen vechi, având originea în mentalitățile transmise cultural, fenomenul tolerându-se în majoritatea societăților. Studii antropologice relevă însă faptul că existau societăți considerate “primitive” care nu cunosc violența domestică sau dacă ea apare, individul care o cauzează este pedepsit imediat prin alungarea sa din comunitatea respectivă, iar femeia e protejată de către membrii săi.

În majoritatea țărilor însă, a celor considerate dezvoltate, violența în familie nu a fost vizată de către statele respective până acum trei-patru decenii. Dezvoltarea științelor socio-umane și a curentelor egalitariste au dus la abordarea acestui domeniu. Costurile cu tratamentele afecțiunilor generate de violență au determinat guvernele să reevalueze programele de prevenire.

În țările foste comuniste, obișnuiți să gândim într-o paradigmă limitată în care individul este mai prejos decât ideologia de masă, amploarea reală a fenomenului este necunoscută, dar estimată de o gravitate extrem de mare. Țările foste comuniste raportează un număr mult mai mic de violențe familiale decât alte state europene. Și asta nu datorită violențelor mai puține, ci lipsei unor sisteme de raportare și recunoaștere adecvate, precum și toleranței crescute față de fenomen, considerat în multe familii și comunități ca “normal”. O societate în care indivizii ei sunt afectați în însuși modul lor de a

fi protejați și în drepturile lor fundamentale este o societate “bolnavă” (Beldianu, Iancu, Breazu, 2006).

Până nu demult, violența domestică era considerată o problemă a sferei private, personale, “în spatele ușilor închise” – sintagmă adesea folosită în domeniile care abordau acest fenomen. Anii '70 au adus, o dată cu mișcarea feministă, și transferul acestui subiect din mediul privat în sfera publică, a politicilor statelor civilizate. Ca atare, interesul manifestat pentru studiul violenței interpersonale produsă în cadrul cuplurilor și familiilor este de dată relativ recentă. În plus, transferul ei din sfera privată în cea publică a reușit să implice cu mai mult „curaj” autoritățile responsabile cu asigurarea sănătății, apărarea drepturilor omului, justiției sociale etc.

Numită ca *violență în familie, violență în cuplu, violență domestică, abuzul asupra partenerului/partenerii sau soției, violență intimă*, definirea acesteia diferă, în funcție de abordarea psihologică, sociologică ori feministă care o supun decantării. Fiecare dintre aceste abordări definesc conceptul luând în considerare anumite criterii. Majoritatea fac apel la incluziunea în sfera noțiunii a cauzelor, factorilor, tipurilor și mediului de producere.

Am preferat să o definiție care include punctele comune și de interes practic, astfel că, în lucrarea de față, se va folosi conceptul de *violență domestică* din mai multe motive: 1) nu limitează atât de mult sfera noțiunii, cum o fac celelalte concepte; 2) acest tip de violență se regăsește cu precădere, dar nu exclusiv, în spațiul privat, în cadrul unei relații intime; 3) se produce cu majoritate statistică asupra femeilor; 4) o regăsim și în cadrul cuplurilor neoficializate sau liber constituite; 5) se produce după un tipar (pattern) similar și în cuplurile de homosexuali de gen feminin ori masculin.

Definiția de lucru utilizată pe parcurs este mai degrabă cu conotații feministe din rațiuni practic-aplicative: după două decenii de abordare a violenței de acest tip în țara noastră s-a dovedit ca fiind, de departe cea care a reușit să aducă rezultate notabile în rezolvarea eficientă a situațiilor de violență în familie. Argumentele ce susțin alegerea acesteia sunt prezentate succint pe parcursul lucrării.

Ca atare, *violența domestică reprezintă forma de violență interpersonală, constituită din patternuri de comportamente de atac și coerciție, aplicate sistematic și repetitiv, în cadrul unei relații*

intime, în scopul controlării și dominării partenerei/partenerului, atașate unei inegalități a distribuirii puterii în cadrul relației (Muntean D., 2008).

Ea include abuzuri de natură fizică, psihologică, sexuală, economică și socială. Produsă asupra copiilor, violența domestică mai apare sub denumirea de maltratarea, abuzul asupra copiilor. Violența domestică are un impact negativ asupra tuturor persoanelor implicate. Studii referitoare la copiii martori, de exemplu, relevă că din punct de vedere al traumei, efectele asupra acestora sunt similare cu cele produse de abuzurile fizice. Cu alte cuvinte, efectele violenței domestice asupra copiilor martori nu sunt mai “blânde” decât abuzul fizic. De departe, *violența domestică este cea mai extinsă formă de violență interpersonală de pe glob asupra femeilor*. Banca Mondială estimează că, în funcție de regiune, violența domestică afectează sănătatea femeilor de vârstă reproductivă (15-44 ani) comparabil cu scurtarea ratei de viață în boli cum ar fi SIDA, cancerul sau afecțiunile cardio-vasculare (WHO, 1996). Studii cantitative realizate pe populații din 24 de țări de pe patru continente spun că 20-50% din totalul femeilor au fost cel puțin o dată maltratate fizic de către partenerul lor, iar mai mult de jumătate dintre acestea au fost violate (WHO, 1996 citat în Green et al., 2003).

De altfel, în Declarația Națiunilor Unite privind Violența împotriva femeilor din 1993 (citată în Ghid pentru parlamentari, 2013, p.20) violența împotriva femeii este definită “*drept o violare a drepturilor omului și o formă de discriminare împotriva femeilor și include toate actele de violență pe motiv de gen care rezultă în , sau pot rezulta în vătămare sau suferință fizică, sexuală, psihică sau economică a femeilor , inclusiv amenințările cu astfel de act, coerciția sau privarea arbitrară de libertat, fie că au loc în viața publică fie în viața privată.*”

Singura cercetare din ultimii 15 ani, pe un eșantion reprezentativ al populației României, realizat de Gallup pentru Centrul Parteneriat pentru Egalitate în anul 2003, estimează că un număr de 800.000 de românce sunt victime ale violenței domestice, însă doar o parte foarte mică apelează la instituții cu atribuții specifice în domeniu (CPE, 2003).

Definiția se bazează, de asemenea, pe statisticile și studiile relevante în domeniu care arată că (MacIntosh, Whiffer, 2005):

a) comportamentele violente pe care un agresor domestic le aplică asupra partenerii se repetă, ele nu sunt limitate la atacuri singulare ori incidentale, ca atare sunt considerate intenționale. Există în aceste cazuri o *istorie a violenței*. b) comportamentele abuzive se constituie în *patternuri repetitive* și aplicate sistematic asupra victimei, care au drept scop c) menținerea puterii și controlului de către cel care le aplică, asta deoarece d) doar în jur de 10% dintre agresorii domestici suferă de psihopatologii care ar transpune o violență asupra celui afectat, iar acesta, la rândul, lui nu o poate ține sub control, precum și faptul că e) agresorii domestici nu se comportă identic-agresiv în alte medii (spre exemplu la serviciu ori în alte grupuri sociale), ceea ce denotă un grad de *control și intenționalitate*, precum și “fixația” pe victima-partener sau victima-copil.

De asemenea, această definiție are și un grad mai mare de eficiență în abordarea fenomenului, întrucât:

- Psihopatologizarea violenței absolvă de responsabilitate agresorul, rezultatul fiind reducerea șanselor de stopare a ei, punerea accentului pe factori “externi” (de ex. consumul de alcool, stresul, istoria de viață etc.) – ducând la confuzie în ceea ce privește diferența dintre *cauzele* și *factorii favorizanți*. Cauzele produc în mod direct un efect, pe când factorii favorizanți catalizează producerea unui anumit fenomen. Cu alte cuvinte, dacă externalizăm cauzalitatea unui fenomen cum este violența domestică, atunci schimbarea comportamentelor violente nu mai este atribuită individului, ci unor „entități” exterioare. Spre exemplu, nu vom aborda agresorul referitor la comportamentul său violent și rolul acestuia, ci referitor la consumul de alcool și la stres. Problema aici ar fi că acest consum de alcool este folosit ca o justificare și o neasumare a responsabilității schimbării. Vom ajunge în cercul: „consum alcool pentru că sunt stresat, îmi bat soția atunci când consum alcool pentru că sunt sub influența lui și mă stresează când realizez ce am făcut.” În tot acest discurs, cauza se confundă cu efectul și factorul.

- *Responsabilizarea* celui violent referitor la faptele sale, modificarea comportamentelor acestuia, a cognițiilor și emoțiilor asociate, reduce violența domestică în condiții de monitorizare strictă a rezultatului.

- *Repetarea sistematică* a abuzurilor denotă caracterul funcțional-instrumental și intențional al comportamentelor abuzive. Cu alte cuvinte, un comportament se repetă atâta timp cât el aduce beneficii celui care îl produce sau, conform teoriei cost-beneficii, persistă atâta timp cât costurile plătite sunt mai mici decât beneficiile aduse. În cazul violenței domestice, prin repetare, agresorul își atinge scopul de control și dominare, comportamentele se produc pentru că beneficiile în termeni psihologici și sociali sunt mai mari decât costurile (de ex. pedeapsa). Iar ca să dăm un exemplu simplu, majoritatea agresorilor domestici nu își bat șefii la serviciu când sunt furioși (pentru a nu-și pierde slujba, statusul material etc.). Ca atare, la serviciu, el va găsi alte moduri de a rezolva conflictele și înfrâna furia, dar nu prin bătaie.

Un procent de aproximativ 40% dintre băieții crescuți în familie cu violență nu devin bătauși, ceea ce poate atrage ideea că violența domestică nu are un fundament genetic, ci este *învățată*, internalizată ca model comportamental de exprimare și rezolvare a situațiilor de disconfort și conflict. Concluzionăm că violența domestică are un caracter *instrumental, intențional și învățat*, important de reținut acest lucru în abordarea clinică, juridică și socială a cazurilor (Antal, Bumbuluț, 2001).

Într-o abordare pragmatică în spațiul românesc, de interes imediat este și definiția cuprinsă în Legea 217/2003 privind combaterea și prevenirea violenței în familie republicată în 2014, unde, în articolul 3, cităm:

(1) [...] „*violenta în familie reprezintă orice acțiune sau inacțiune intenționată, cu excepția acțiunilor de autoapărare ori de apărare, manifestată fizic sau verbal, săvârșită de către un membru de familie împotriva altui membru al aceleiași familii, care provoacă ori poate cauza un prejudiciu sau suferințe fizice, psihice, sexuale, emotionale ori psihologice, inclusiv amenintarea cu asemenea acte, constrângerea sau privarea arbitrară de libertate.*

(2) *Constituie, de asemenea, violență în familie împiedicarea femeii de a-si exercita drepturile si libertățile fundamentale.*”

Observăm că această definiție cu implicații juridice clare este dată prin enumerarea majorității formelor de abuz, poate cu excepția abuzului de tip economic, care poate fi dedus, din păcate implicit, din sintagma „exercitarea drepturilor și libertăților fundamentale”. Celelalte forme de abuz sunt - lăudabil pentru legiuitor, am putea

spune - redate în mod explicit, chiar la nivel de diferențiere conceptuală (distinge că abuzul emoțional și cel psihologic ar fi diferite). În continuare, în articolul 4 însă, legiuitorul vine cu o descriere mai precisă a formelor de abuz familial, incluzând și forma de abuz economic, dar nu mai explică diferența dintre abuzul emoțional și cel psihologic, apărute în enumerarea din definiția mai sus-menționată.

Un rol important în dezvoltarea Politicilor privind violența domestică (având ca scop descurajarea agresorilor în perpetuarea comportamentului violent și oferirea de suport pentru protecția victimelor) în România l-a avut JSI Research & Training Institute (JSI, 2007). Prin Inițiativa pentru sănătatea familiei în România, JSI a coordonat și a susținut ONG-uri românești să înființeze *Coaliția Împotriva Violenței* ca mecanism de întărire a capacității societății civile să combată violența asupra femeilor. Rolul Coaliției a fost important în stabilirea unor parteneriate pe termen lung între ONG-uri, îmbunătățirea comunicării între societatea civilă și guvern și coordonarea activităților pentru apariția legislației pentru prevenirea violenței în România.

Documentul de politică publică privind violența domestică în România *Domestic Violence Policy in Romania: Support to the National Coalition Against Violence 2002 – 2006* (JSI, 2007) subliniază că primele reacții structurate la violența asupra femeii au venit dinspre societatea civilă, iar primele programe au inclus cercetarea privind traficul de persoane, prostituția și abuzul sexual, și au creat servicii de sprijin pentru victime, înființând adăposturi temporare.

Capitolul 2

PREVALENȚA ȘI INCIDENȚA VIOLENȚEI DOMESTICE

Imola Antal

Abstract

În acest capitol sunt prezentate trei categorii de sondaje care s-au realizat cu scopul estimării prevalenței fenomenului violenței domestice. Sunt discutate evoluția, avantajele și dezavantaje lor. În plus sunt prezentate și alte date, statistici ale adăposturilor, instanțelor, poliției. Vor fi descrise cele mai importante sondaje care s-au efectuat în România și câteva din rezultatele lor.

Cuvinte cheie: statistici violență domestică, prevalență, incidență

Studiul datelor privind răspândirea fenomenului violenței domestice într-o anumită populație poartă denumirea de analiză de prevalență, iar studiul apariției cazurilor noi într-un anumit interval de timp (ex. cazuri raportate într-un an poliției) poartă denumirea de analiză de incidență (Walby, 1999).

2.1. Prevalența violenței între parteneri intimi pe plan internațional

Sondajele de prevalență

Sondajele constituie un instrument important în cercetarea violenței domestice. Sunt esențiale în a aduna informații despre prevalența, incidența și patternurile fenomenului. Dar au, bineînțeles, punctele lor slabe, inclusiv spectrul restrâns de termeni folosiți pentru a descrie violența sau impactul acesteia.

a. Sondaje privind infraționalitatea

Sondajele privind infraționalitatea (Crime Surveys) au fost construite inițial pentru a evalua frecvența infracțiunilor cărora le-au căzut victime cetățenii, dar care nu au fost raportate poliției și nu au devenit cazuri penale. Acestea au fost primele sondaje care au oferit o rată de prevalență în ceea ce privește violența domestică. Sondajele din anii 70-80 au subestimat mult rata violenței domestice (sub 1% ex. Gaquin, 1977-1978; US Department of Justice, 1980) comparativ cu datele cunoscute din alte tipuri de sondaje (ex. 16%, Straus, 1987, SUA). Chiar și rezultatele sondajului de infraționalitate din anul 1999 din SUA oferă o rată de 0,58%

(Rennison, 2000). Publicul tinde să considere atacul soției ca fiind “o problemă de familie” și nu o infracțiune și foarte rar informează intervievatorul despre asemenea întâmplări.

Sondajele de infracționalitate revizuite au încercat să includă mai multe întrebări referitoare la violența împotriva femeilor pentru a se asigura că sunt raportate intervievatorilor mai multe asemenea întâmplări (Walby, 1999). Datorită acestor revizui, datele de prevalență a acestor sondaje au ajuns la cifre mult mai ridicate (ex. 18,4% din femei au fost victimele violenței din partea unui membru de familie în Germania, Hagemann-White, 2001).

Sondajele de infracționalitate din ultima generație includ deja secțiuni specializate pe această problematică, care adaptează atât seturile de întrebări, cât și metodologia sondajelor specializate pe problematica violenței împotriva femeilor. De exemplu: General Social Survey on Victimization, efectuat din cinci în cinci ani de Statistics Canada, încorporează un modul de întrebări din VAWS (Violence Against Women Survey, 1993, Johnson, 2005) care se referă la violența suferită din partea partenerului, selectează intervievatorii și oferă formare acestora în această tematică specială. De asemenea, oferă sprijin atât respondenților, cât și intervievatorilor (Johnson, 2005). GSSV efectuat în 2004 include un modul de întrebări în privința hărțuirii post-separare (`stalking`). Sondajul a fost repetat în 2009 și în 2014. Pentru 2014 rezultatele nu au fost încă publicate. Potrivit lui Perreault și colab. (2010) rata victimizărilor violente nu s-a schimbat în 2009 față de 2004 sau 1999.

Un alt exemplu ar fi British Crime Survey, denumit mai târziu Crime in England and Wales Survey în care începând cu 2001 s-au introdus întrebări specifice violenței domestice, inclusiv în ceea ce privește `stalking` (Walby, 2004, Office for National Statistic, 2015). Adaptarea unei metodologii adecvate care vizează problematica violenței împotriva partenerii în studiile de criminologie sau de victimologie are beneficiul de a pune la dispoziție date la anumite intervale pentru a fi posibile comparațiile longitudinale. Bineînțeles, acestea au în continuare dezavantajele lor, fiind adresate unei teme mai generale - experiențelor de a fi fost victima unor infracțiuni - care nu pot să analizeze fenomenul violenței domestice în toate detaliile sale.

b. Sondaje dedicate violenței în familie

Pentru a depăși limitele sondajelor prezentate anterior, unii cercetători (ex. Straus, 2008) au procedat la descrierea cât mai detaliată și obiectivă a comportamentelor celor doi actori - agresor și victimă. Sondajele definite de Walby (1999), considerate din „a treia generație” au fost construite pentru a măsura aspectele violenței împotriva partenerilor intimi, cu întrebări specifice vizând actele de violență provocate de către partener/parteneră și invers. Violența în aceste sondaje este definită în termeni de tactică de rezolvare a unor situații conflictuale la care pot să apeleze ambii parteneri, indiferent de sexul acestora.

În SUA, primele sondaje *naționale* în privința violenței în familie au fost conduse în 1975 (Straus, 1980) apoi în 1985 (Gelles și Straus 1988), 1992 (Kaufman, Kantor și colab., 1994) și 1995-96 (Straus și colab., 1996). Următoarea cercetare de amploare mare, cu rezultate detaliate s-a desfășurat în 2010 - *Sondajul Național privind violența în relațiile de cuplu și violența sexuală* (National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS) - care a fost repetat în 2011. Aceste sondaje au aproximat mai bine prevalența violenței în familie comparativ cu statisticile poliției sau cu sondajele de infracționalitate din prima și a doua generație. Straus și colaboratorii (1990, 1996) au dezvoltat Scalele privind tacticile de rezolvare a conflictelor (Conflict Tactics Scales-CTS). În primele studii s-a folosit acest instrument sau forma lui modificată (CTS2). Ratele de prevalență sunt mult mai mari decât cifrele cunoscute de către poliție, adăposturi sau cele obținute în sondajele naționale de infracționalitate. Avantajul cel mare al CTS este că pentru prima dată oferă o operaționalizare detaliată a formelor violenței. Deși din CTS lipsesc formele violenței sexuale, în CTS2 există o secțiune separată pentru această agresiune. În sondajele din 2010-2011 s-a renunțat la CTS și s-a modificat și definiția violenței. S-a elaborat un chestionar care măsoară frecvența violenței suferite, dar nu și a celei comise.

Conform rezultatelor acestor tipuri de sondaje, un procent mare din cuplurile întrebate (ex. 16% în 1985) au raportat cel puțin un incident în ultimele 12 luni care implică violență fizică. Atacuri severe (ce implică lovire cu pumnul, dat cu piciorul, sugrumare etc.) au fost raportate de 3,2% dintre soții. Straus (2004) atrage atenția asupra faptului că, în toate studiile în care s-au folosit eșantioane

neselectate (femeile nu erau clientele unor adăposturi) s-a evidențiat faptul că femeile și-au atacat partenerul în aceeași rată cu bărbații (apr. 12%), însă femeile au suferit leziuni în urma acestor atacuri într-un procent de 7 ori mai mare comparativ cu bărbații (Straus, 1990).

Comparând ratele de prevalență în ceea ce privește violența împotriva soției din anii 1975, 1985 și 1992 oferite de Sondajele Naționale de Violență în Familie reiese că acestea au scăzut. Straus (2004) menționează însă că nu au scăzut ratele atacurilor violente comise de femei, probabil pentru că acest aspect nu a fost scos în evidență și nu s-au făcut demersuri pentru prevenirea violenței din partea femeilor. În Europa, un exemplu important pentru aceste tipuri de sondaje este Sondajul Național Violența Împotriva Femeilor din Danemarca, 1991 (Hagemann-White, 2001).

O ramură nouă a acestor sondaje sunt *studiile de prevalență privind violența în cuplurile tinerilor încă necăsătoriți*, efectuate cu aceleași instrumente CTS sau CTS2. Un astfel de exemplu este International Dating Violence Study, inițiat de Straus, care, pe lângă CTS, conține secțiuni pentru a studia legătura anumitor variabile demografice, personale și de relație cu violența suferită sau efectuată. Acest sondaj a fost efectuat și la Catedra de Asistență Socială din Cadrul Universității „Babeș Bolyai” (Antal și colab., 2008). Studiul privind *relațiile de cuplu ale tinerilor* (Dating Violence Study) a fost implementat în România în 2006 și a fost efectuat în rândul studenților din cadrul facultăților socio-umane ale unor universități din 32 țări (Straus, 2008), însă rezultatele nu pot fi generalizate. În România frecvența actelor agresive împotriva și din partea partenerului intim a fost foarte ridicată: 26% dintre studenți au relatat că și-au agresat fizic partenerii, iar 28% că au suferit vreo formă de violență fizică din partea partenerului intim în ultimele 12 luni. Totuși, din fericire, frecvența formelor severe de violență este mult sub acest procent: 2,4% dintre studenții respondenți au suferit și au comis violențe din care au rezultat leziuni, iar 0,4% au suferit și 0,8% au comis leziuni grave. Studenții au relatat în cea mai mare măsură despre violența psihologică: 65,3% au afirmat că au comis, iar 72,1% că au suferit violență psihologică. Violența sexuală a fost și ea foarte frecvent relatată în rândul studenților chestionați: 36,9% au afirmat că au comis astfel de acte, iar 47% că le-au suferit.

Comparând rezultatele noastre cu cele internaționale, efectuate cu același instrument (CTS2), putem observa că ne situam cam la aceeași nivel cu Noua Zeelanda (26,6%) sau New Hampshire din SUA (26,5%) în privința violenței fizice. Procentul din România este foarte apropiat de media mondială: 29%. Procentele cele mai ridicate au fost obținute în USA- Luisiana (44,7%) sau Mexic (42%), iar cele mai scăzute în Cehia (17,1%) și Utah – SUA (17,1%) (Straus, 2004).

Conform lui Straus (2008) violența fizică se asociază, atât la femei cât și la bărbați, cu dominarea, dar cu diferite forme ale acesteia. Forma de dominare care se asociază în mai mare măsură cu violența este în cazul bărbaților *discreditarea partenerului*, iar la femei dorința de a-și dovedi *autoritatea*.

Acest sondaj are bineînțeles limite mari, în primul rând, pentru că nu permite generalizarea rezultatelor nici măcar pe populația studenților, loturile nefiind reprezentative (studenții proveneau în general de la științele sociale și pot fi foarte diferiți de studenții de la matematică, arte sau universități tehnice). Scopul sondajului a fost în primul rând cel de explorare a valorilor explicative ale diferitelor teorii. Cu toate acestea, prin valoarea ridicată a actelor raportate de violență, datele de prevalență sunt interesante, atât în privința femeilor și a bărbaților separat, cât și prin compararea lor. Procentajele ridicate impun implementarea unor programe de prevenire pentru această categorie de vârstă, cu scopul reducerii frecvenței violențelor de cuplu, iar pentru viitor, a violențelor domestice.

Tjaden (2000), inițiatoarea unui studiu național privind violența femeilor (National Violence Victimization Survey), critică felul în care întrebările legate de violență sunt prezentate în CTS, argumentând că pune un accent prea mare pe ceea ce e comun și pe neutralitatea conflictelor și argumentelor referitoare la familia și determină, astfel, respondentul să fie de acord cu afirmațiile prezentate.

Un alt autor (Ackerman, 2015) argumentează că ratele de prevalență obținute cu CTS nu corespund neapărat realității, deoarece bărbații au tendința de a exagera în ceea ce privește victimizarea, iar femeile în ceea ce privește comiterea violenței. În cercetarea lor pe un lot de studenți, s-a dovedit că în special bărbații

violenți au exagerat în ceea ce privește victimizarea lor, justificând astfel comportamentul propriu.

c. Sondajele dedicate violenței împotriva femeilor (de gen)

Este cea mai recentă generație de sondaje, care încearcă să prindă o gamă largă de forme de violență împotriva femeilor. Începând cu anii '90, odată cu răspândirea postmodernismului în cercetările sociologice, sondajele s-au axat mai mult asupra reactivității specifice de gen. Aceste sondaje iau în considerare pe lângă aspectele de gen specifice violenței, natura ei socială, felul în care aceasta se conectează la mecanisme mai largi care au ca scop menținerea diferențelor de putere între femei și bărbați și care pun un accent mai mare pe consecințe (Piipa, 2003). Acest curent de sondaje a pornit la începutul anilor '90 la inițiativa Statistics Canada – *Violence Against Women Survey* (Johnson, 1995, Statistics Canada, 1993) și s-a dovedit a fi un model pentru studiile de prevalență din celelalte țări.

La începutul anilor '90, când s-a construit metodologia acestui sondaj model, cercetătorii au luat în considerare acea îngrijorare a specialiștilor care lucrau în servicii pentru victime sau făceau lobby pentru ele, și anume că multe femei vor refuza intenționat să-și raporteze victimizarea, astfel rezultatele obținute vor subaprecia amploarea fenomenului și vor aduce un contraserviciu eforturilor de a obține fonduri pentru serviciile pentru victime. Statistics Canada au răspuns acestor îngrijorări în ceea ce privește siguranța femeilor și natura traumei, consultând o gamă variată de persoane: lucrători în adăposturi, consilieri de criză, victime ale violenței, beneficiare ale serviciilor pentru femei, academicieni, reprezentanți ai guvernului, reprezentanți ai poliției. Aceste grupuri au ajutat la dezvoltarea unor procedee inovative, sensibile la nevoile femeilor și care oferă posibilitatea respondentelor ca ele să aleagă locul și timpul potrivit pentru a participa. Datorită naturii VAWS și preocupărilor pentru siguranța femeii, li s-a oferit posibilitatea de refuz, care a fost acceptat din start, fără a se încerca “convertirea” femeii. Astfel, a fost acceptată o rată mult mai mică de participare (64%). Intervievatorii au fost selectați și formați cu precauție, deoarece construirea relației, a încrederii este un factor foarte important în reducerea ratei refuzurilor. În plus, interviuatorii au învățat tehnici de reducere a stresului și au avut la dispoziție sprijinul unui psiholog clinician pe

tot parcursul derulării sondajului. Sprijinul oferit participanților prin a oferi referințe ale unor centre de suport sau adăposturi din zona geografică a persoanei a făcut parte din designul sondajului. Atât experiențele din Canada, cât și, ulterior, experiențele din alte țări au demonstrat că, dacă sunt luate măsurile adecvate de precauție, femeile discută experiențele lor de violență și pot fi obținute date valide (Johnson, 2005).

Alte exemple pentru acest gen de sondaje pot fi:

- Australia: *Women's Safety Survey* efectuat de Australian Bureau of Statistics în 1996 SUA: *National Violence Against Women Survey* (Tjaden, 1996);
- Finlanda: *Men's Violence Against Women* efectuat de Statistics Finland, 1997 (Piipa, 2003);
- SUA, 1999 *National Violence Against Women Survey* (Tjaden, 2002).

Generațiile noi ale studiilor de infraționalitate se încadrează tot în această categorie, încorporând metodologia și o parte a întrebărilor sondajelor amintite. Ca și exemple putem să amintim:

- UK: Home Office, 2001, *British Crime Victimization Survey* (Walby, 2004), *Crime in England and Wales* (Flatley și colab., 2010, Office of National Statistics, 2015);
- Canada: Statistics Canada 1999, 2004, 2009, 2014 *General Social Survey on Victimization* (Johnson, 2005);
- Australia: Australian Bureau of Statistics 2002-2005, *Crime and Safety Survey* (Australian Bureau of Statistics 2005).

Studiile de infraționalitate sunt foarte importante, deoarece se repetă anual, bianual sau din cinci în cinci ani, astfel încât se poate urmări evoluția prevalenței fenomenului în timp. De exemplu, unele rate de prevalență obținute în Canada în cadrul VAWS (Violence Against Victimization Survey) în anul 1993 pot fi comparate cu cele obținute în GSSV (General Social Survey on Victimization). Se poate observa faptul că, procentul femeilor care au raportat violență din partea partenerului în ultimul an a fost același (3%), a scăzut însă raportul celor care au suferit violență în ultimii 5 ani (de la 12% la 8%).

Marea majoritate a acestor sondaje sunt prezentate respondenților în termeni de “siguranța femeilor” tocmai pentru a obține acordul a mai multor participanți. Pot să apară noutăți în privința metodologiei. De exemplu, British Crime Victimization

Survey, implementat în 2001 de către Home Office (Walby, 2004) a inclus un chestionar detaliat care putea fi completat pe calculator. Sondajul și-a propus pentru prima dată să evalueze cu precizie agresiunile sexuale îndreptate împotriva bărbaților, diferențierea precisă a diferitelor forme de agresiune sexuală și studierea suprapunerilor între violența domestică, agresiunea sexuală și hărțuirea post-separare.

Există și o inițiativă internațională: Sondajul Internațional de Violență împotriva Femeilor (*International Violence Against Women Survey*), care a pornit la inițiativa HEUNI (European Institute for Crime Prevention and Control, afiliat cu United Nations) în anul 1997. HEUNI, împreună cu un număr de experți internaționali, a început să dezvolte un instrument de sondaj comparativ și standardizat, pentru a evalua violența împotriva femeilor pe plan mondial. 11 țări au implementat sondajul (Johnson și colab., 2008). Acesta se bazează pe metodologia și contactele dezvoltate în International Crime Victim Survey și pe expertiza Statistics Canada de a conduce sondaje sensibile în acest domeniu: munca cu interviuatori experimentați, dar și mai important empatici, capabili de a purta discuții despre violență domestică, care să nu fie consilieri și să nu aibă experiențe neprelucrate de violență domestică (Nevala, 2005).

În 2012, FRA *Survey on women's well-being and safety in Europe* (FRA, 2014) s-a desfășurat în 28 țări ale UE pe un eșantion de 47.000 femei. Analizând rezultatele la nivelul statelor membre EU vedem că nu sunt diferențe mari între state în ceea ce privește incidența violenței fizice și/sau sexuale comise de partenerul actual sau anterior. Rata variază între 6% (Belgia, Bulgaria, Grecia, Ungaria, Italia, România și Slovacia) și 2% (Estonia, Polonia, Slovenia și Spania). În schimb, în cazul oricărui partener sau persoane care nu sunt parteneri, variația este mai mare, între 11% (Belgia, Danemarca, Franța, Olanda) până la 3-4% în Slovenia, Polonia și Spania. În ceea ce privește experiențele de violență fizică și sexuală, 22% (una din 5 femei) dintre femei au recunoscut că au avut asemenea experiențe de la vârsta de 15 ani, comise de alte persoane decât partenerii lor. În general, în EU, o femeie din 3 a avut experiențe de violență fizică și/sau sexuală. 18% au avut experiență de `stalking` de la vârsta de 15 ani, iar 5% în cursul perioadei de 12 luni (aproximativ 9 milioane de femei).

Deși sondajele de prevalență au o importanță centrală, alte surse de date au, de asemenea, o contribuție valoroasă în înțelegerea atât a dinamicii violenței, cât și a răspunsurilor din partea societății.

Alte date relevante în ceea ce privește incidența sunt date de rata omorurilor, statisticile poliției și ale instanțelor.

Rata omorurilor

Rata uciderii partenerilor este deseori folosită pentru a atrage atenția asupra gravității fenomenului violenței domestice. În continuare prezentăm câteva cifre: în Statele Unite aproximativ 1/4 din toate omorurile implică membri de familie (Straus, 2004). În alte țări industrializate acest procent este și mai mare: de exemplu 40% în Canada și 67% în Danemarca (Straus, 1987). Sub acest aspect, procentele sunt ridicate, dar, în general Danemarca are o rată mică de omucideri, iar Canada la fel. Aceasta arată că și dacă rata omuciderilor este redusă la minimum într-o țară, familia este locul în care persistă.

Statisticile de omucidere monitorizează trendințe și patternuri în violența letală. Dacă sunt destul de detaliate, pot ajuta poliția și alte servicii să identifice intervenții care vor ajuta la reducerea uciderii partenerilor intimi. De exemplu: datele de omucidere din Canada (Johnson, 2005) arată că în majoritatea uciderilor între parteneri intimi a existat o istorie de violență domestică. Datorită eforturilor de prevenire a violenței domestice, rata uciderii partenerilor a scăzut în ultimele decenii atât în Canada, cât și în alte țări (ex. Statele Unite, Greenfeld, 1998).

Informarea populației despre rata omuciderilor între parteneri poate să fie și o măsură de educație: poate să atragă atenția asupra riscurilor serioase ale violenței. Pe de altă parte, poate să atragă atenția poliției de a lua în serios amenințările legate de omorârea partenerului/partenerei.

Statisticile poliției privind abuzul partenerului/partenerei

Până la sfârșitul anilor '90 existau foarte puține statistici oficiale în ceea ce privește violența împotriva partenerei/partenerului, deoarece sistemele de raportare ale crimelor folosite de polițiile diferitelor țări nu au înregistrat relația între victimă și făptaș și nici sexul agresorului sau victimei. Sistemele mai noi, bazate pe incidență, includ aceste informații. Astfel, de exemplu

În Canada acest sistem nou de raportare include genul și vârsta victimei și agresorului, relația dintre agresor și victimă, arma folosită, încadrarea legală a infracțiunii și se folosește din anul 1995, actualmente fiind utilizat de aproximativ 50% din departamentele de poliție (Johnson, 1995). În SUA nu există statistici oficiale până în anul 2000, când a început să fie folosit sistemul nou de raportare (Straus, 2000).

Statisticile poliției reprezintă doar „vârful icebergului” (Mouzos, 2004), deoarece violența împotriva partenerii/partenerului intim este rareori raportată poliției. Murray Straus (2004) afirmă că doar aproximativ 7% din atacurile fizice din sfera domestică vin în atenția poliției. Din acest motiv, chiar și noul sistem de înregistrare dezvăluie doar o fracțiune mică din cazuri.

Potrivit lui Johnson și Dawson (2011) în Canada rata raportării violenței împotriva partenerilor a crescut în ultimii ani, iar din rezultatele unor sondaje rezultă că aceasta se datorează nu creșterii ratei crimelor violente, ci creșterii dorinței victimelor de a le raporta.

Statisticile instanțelor

Statisticile instanțelor se referă la statistici privind hotărârile, deciziile instanței, numărul condamnărilor, numărul achitărilor, măsurile de siguranță (internarea medicală, obligarea la tratament medical, interdicția de a se afla în locuința familiei pe o perioadă de până la 2 ani, obligarea participării la consiliere psihologică), sentințe speciale: ordine de restricție (ex. Austria, Canada, SUA, Finlanda etc.) . Acestea pot fi comparate cu datele poliției și cu datele de prevalență, astfel obținând informații importante despre natura intervenției. De exemplu, o cercetare efectuată pe statisticile parchetelor și instanțelor de judecată din județele Iași și Cluj a arătat că din cele 117 dosare din Iași pe infracțiuni de violență în cuplu aflate la parchet doar 3 au fost trimise în judecată (2,5%) (Stoleru, Dávid-Kacsó, Antal, 2012).

2.2. Prevalența violenței în România

Primele date privind violența domestică în România au fost obținute în cadrul *Barometrului de gen - România august 2000*, sondaj finanțat de Fundația pentru o Societate Deschisă și realizat de Organizația Gallup, pe un eșantion de 1.839 de persoane cu vârsta de 18 ani și peste (Gallup, 2000). Acesta este un sondaj de opinie,

dar cuprinde și câteva întrebări referitoare la violența între parteneri intimi.

Violența fizică a fost definită ca și bătaie. 18% din femei și 1% dintre bărbați au răspuns afirmativ la întrebarea: *Ați fost bătut(ă) de partener(ă)?* 17% au răspuns că, cunosc femei care își bat partenerii și 53% cunosc bărbați care își bat partenerile. 11% din respondenți afirmă că în ultimii doi ani în gospodăria lor au avut loc bătăi între soți, 21% au raportat amenințări, 50% insulte și înjurături, iar 70% certuri.

Agresiunea sexuală a fost definită ca și participare în relații sexuale nedorite. 13% din femei au răspuns afirmativ.

În ceea ce privește *intervenția*, 35% din respondenți consideră că ar trebui să fie lăsați singuri să rezolve problemele, 28% afirmă că rudele ar trebui să intervină, 28% consideră că poliția, iar 13 % că vecinii ar trebui să intervină.

„*Studiul asupra Sănătății Reprodusei*” s-a realizat în România în 1999 și în 2004. În studiul din 1999 (Șerbănescu, Morris, Marin, 2001), în privința abuzurilor fizice domestice suferite vreodată s-a înregistrat un procent de 29% de femei din România, față de 21% din Ucraina, 22% din Rusia, 14% din Moldova și 5% din Georgia. Rezultatele din 2004 (Ministerul Sănătății, 2005) arată că dintre femeile căsătorite de 15 - 44 de ani, 28% au raportat abuz verbal, 15% abuz fizic și 3% abuzul sexual. În ceea ce privește eșantionul de bărbați, 51% dintre cei care sunt în prezent căsătoriți sau au fost anterior au raportat că anterior au fost agresivi verbal cu partenerile lor, 21% au recunoscut că au fost agresivi fizic cel puțin o dată și 0,6% agresivi din punct de vedere sexual. Datele arată un nivel ușor mai redus de violență domestică comisă de bărbați în 2004 decât în 1999, violența fizică raportată scăzând de la 29% la 21% (Ministerul Sănătății, 2005).

Un alt sondaj național de prevalență din România (Cercetarea națională privind violența în familie și la locul de muncă) a fost implementat în 2002 de către Centrul de Parteneriat pentru Egalitate (CPE, 2003). În cercetare s-au folosit trei tipuri de chestionare: un chestionar aplicat la nivelul populației, un chestionar instituțional și unul pentru experții care lucrează în domeniul violenței în familie. Chestionarul adresat populației a fost aplicat unui număr de 1.800 persoane cu vârste de 18 ani și peste, din care 1.200 au fost femei și 600 bărbați. Chestionarul care se adresează populației cuprinde 18

întrebări referitoare la violența suferită din partea unui membru de familie în ultimele 12 luni sau în general. Fiind unul dintre primele sondaje în România, are multe neajunsuri, o limită a studiului fiind faptul că nu se diferențiază persoana din partea căreia a suferit respondentul violență, nici perioada în care s-a întâmplat acest lucru. În chestionar, formele violenței nu sunt destul de detaliate (violența fizică este definită prin trei întrebări, iar violența sexuală printr-o singură întrebare). De aceea, rezultatele pot subaprecia amploarea fenomenului. Cu toate acestea, este un sondaj foarte important, de fapt primul care oferă informații valide.

Conform rezultatelor oferite de „Cercetarea Națională privind violența domestică și violența la locul de muncă” – România (CPE, 2003), 14,3% din întreaga populație din România, respectiv 17,8% dintre femei au afirmat că au fost victime ale unuia sau altui tip de violență în familie la un moment dat în viața lor. 6,8% din populația adultă din România raportează episoade de violență domestică, procentul fiind de aproape patru ori mai ridicat în cazul femeilor (10,5%), decât în cel al bărbaților (2.5%), iar 1,4% din populație a raportat violență sexuală în familie.

Mai există câteva *studii locale*, efectuate cam în aceeași perioadă pe eșantioane nereprezentative. Astfel, de exemplu, în Raportul Buftea putem să citim, că prevalența violenței asupra femeilor în familie este în mediul urban de 59,1% (ANPCA, 2003).

Prezentăm în continuare câteva rezultate ale sondajului cel mai recent, inițiat de FRA în 2012: *Sondajul violența împotriva femeilor* efectuat în cele 28 țări ale UE (FRA, 2014) implementat și în România. 1.579 femei au completat chestionarul, iar rata de răspuns a fost de 55%. Rezultatele arată că 23,5% dintre femeile din România au avut experiență de violență fizică sau sexuală după ce au împlinit vârsta de 15 ani, 23,5% au avut experiență de `stalking` (urmărire obsesivă), iar 31,5% hărțuire sexuală. În ceea ce privește experiențele din anul premergător studiului, în 12 luni 2% dintre femeile din România au avut parte de `stalking`, violența psihologică a fost suferită de 30% în relația cu partenerul actual, 39% din partea partenerului anterior, 45% orice partener.

Concluzii

Atunci când vorbim de statistici, incidență sau prevalență, este important să cunoaștem paradigma teoretică care stă la baza construirii metodologiei sondajului. Există în principal trei categorii importante de sondaje, iar fiecare se bazează pe modele explicative diferite în ceea ce privește violența în cuplu.

Astfel, *sondajele privind infraționalitatea* au fost primele care au oferit o rată de prevalență în ceea ce privește violența domestică. Acest tip de sondaje au subestimat mult rata violenței domestice, deoarece publicul tinde să considere atacul soției ca fiind „o problemă de familie” și nu o infracțiune și foarte rar informează intervievatorul despre asemenea întâmplări. Acestea au fost ulterior revizuite, chestionarele conținând mai multe întrebări concrete. *Sondajele de infraționalitate din ultima generație* includ deja secțiuni specializate pe această problematică, care adaptează atât seturile de întrebări, cât și metodologia sondajelor specializate pe problematica violenței împotriva femeilor. Avantajul lor este că sunt repetate periodic, iar dezavantajul lor este că, fiind adresate unei teme mai generale – infraționalitatea, nu pot să analizeze fenomenul violenței domestice în detaliile sale.

Sondajele dedicate *violenței în familie* au fost construite pentru a măsura aspectele violenței împotriva partenerilor intimi, cu întrebări specifice care vizând actele de violență provocate de către partener/parteneră și invers. Violența în aceste sondaje este definită în termeni de tactică de rezolvare a unor situații conflictuale la care pot să apeleze ambii parteneri, indiferent de sexul acestora. S-au construit chestionare renumite, folosite la nivel internațional, cum ar fi CTS și CTS2 (Straus, 2008). Ratele de prevalență obținute cu aceste instrumente sunt mult mai mari decât cifrele cunoscute de către poliție, adăposturi sau cele obținute în sondajele naționale de infraționalitate. Autorii care critică instrumentele au obiecții în primul rând împotriva definiției violenței în aceste sondaje, dar și în legătură cu decontextualizarea întrebărilor.

Sondajele dedicate violenței de gen sunt cea mai recentă generație de sondaje, care privesc violența în cuplu ca fiind una dintre formele violenței de gen. În construirea metodologiei sondajelor de acest gen, cercetătorii au consultat o gamă variată de specialiști, dar victime ale violenței, și cu ajutorul lor au dezvoltat

unele procedee inovative, sensibile la nevoile femeilor (de ex. oferă informații femeilor despre posibilitățile de a primi ajutor).

Deși sondajele de prevalență au o importanță centrală, alte surse de date au, de asemenea, o contribuție valoroasă în înțelegerea atât a dinamicii violenței, cât și a răspunsurilor din partea societății. Alte date sunt furnizate de statisticile Poliției, ale Instanțelor Judecătorești, ale adăposturilor, etc.

În România s-au desfășurat câteva cercetări pe populații reprezentative de femei în 2001 (CPE, 2003), în 1999 și 2004 (Ministerul Sănătății, 2005) și în 2014 (FRA).

Secțiunea II. CADRUL CONCEPTUAL AL VIOLENȚEI DOMESTICE

Capitolul 3. PERSPECTIVE TEORETICE ASUPRA VIOLENȚEI ÎN RELAȚIILE DE CUPLU

Imola Antal

Abstract

Acest capitol începe cu o prezentare a principalelor teorii explicative ale violenței domestice pentru a oferi cadrul de cunoaștere și înțelegere a fenomenului. Dintre teoriile de natură psihologică și biologică am prezentat teoria frustrării, teoria învățării sociale, teorii psihodinamice și modelul psihiatric. Dintre teoriile de natură sociologică teoria controlului social, teoria resurselor, constructivismul social și abordarea feministă. În final am descris o inițiativă de a integra diferitele explicații: modelul ecologic prezentat de Organizația Mondială a Sănătății în 2002 (World Health Organization WHO).

Cuvinte cheie : teorii explicative - psihologice, biologice, sociologice

3.1. Teorii de natură psihologică și biologică

Violența ca expresie a tensiunii interioare

Din punctul de vedere al acestei teorii, agresivitatea este un răspuns la frustrare. În acest sens, cea mai populară și cea mai cunoscută este teoria frustrare - agresivitate formulată de Miller, Dollard, Mowrer, Doob și Sears (1958). Blocarea căii de atingere a unui anumit scop creează frustrări, care, la rândul lor, sunt motivul, dar și sursa de manifestare a agresivității. Destul de frecvent însă agresivitatea nu este îndreptată asupra sursei stării de frustrare, ci este reorientată, redirecționată către o țintă mai sigură. Teoria poate să explice legătura dintre violență și o serie de fenomene, cum ar fi pierderea locului de muncă, deprivarea, sărăcia relativă, apartenența la o minoritate etnică discriminată etc. (Holschuh, 2014).

Teoria lui Dollard și Miller a fost criticată de mai mulți autori. Teoria pare să fie prea simplistă, nu explică diferențele culturale. Autoarele feministe consideră că această teorie ar degreva făptașul de responsabilitatea actelor sale violente. De exemplu, Berkowitz (1988) consideră că Dollard exagerează legătura dintre frustrare și agresivitate, susține că frustrarea produce o simplă supărare, doar o stare emoțională pentru a agresa. O persoană frustrată poate să dea

curs furiei într-un mod agresiv sau nu, iar persoanele violente nu neapărat sunt furioase.

Modelul psihiatric

Modelul psihiatric se concentrează asupra caracteristicilor personalității agresorului ca determinanți principali ai violenței. Modelul psihiatric caută factorii determinanți ai violenței în boala mentală, tulburare de personalitate, psihopatologie, abuz de alcool și droguri, etc.

Dutton (1995) consideră că există un model psihologic care explică comportamentul acelor bărbați abuzivi, care acționează conform modelului ciclic al violenței. Conform lui Dutton, aceste persoane pot fi diagnosticate cu tulburare de personalitate de tip borderline. Acest tip de tulburare s-a format în copilăria timpurie și se caracterizează prin sentimente profunde de neputință care stau la baza comportamentului violent.

S-au efectuat multe cercetări pentru a studia dacă cei care își abuzează partenerele suferă sau nu de vreo formă a *tulburărilor de personalitate sau altă boală psihiatrică*. Majoritatea studiilor au ajuns la concluzia că persoanele care își agresează partenera/partenerul prezintă un avantaj foarte larg de simptome (cum ar fi dependență ridicată, depresie, scoruri înalte la anumite scale ale tulburărilor de personalitate cum ar fi: antisocial, agresiv sau borderline), fără ca aceștia să apară la majoritatea sau să se constituie în categorii psihiatrice bine delimitate (WHO, 2002).

Gelles și Cornell (1997) consideră că mai puțin de 10% din cazurile de violență pot fi atribuite psihopatologiei și că modelul este ideal pentru a ascunde rolul factorilor sociali în perpetuarea violenței în cuplu. În schimb alții (ex. Haas, Cusson, 2015) ajung la concluzia că această teorie are o putere explicativă destul de mare. Avantajul modelului este că factorii pot fi ușor măsurați atât prin chestionarele de evaluare a riscului, cât și în cercetări. Dezavantajele modelului sunt evidente: măsoară doar factorii individuali care țin de personalitatea, sănătatea mentală a agresorului.

Perspective psihodinamice

Teoria freudiană și concepțiile neofreudiene care i-au urmat localizează cauzele violenței intrapsihic la nivelul frustrărilor, al copilăriei traumatice, al impulsurilor reprimite, al tulburărilor de

personalitate. De asemenea, alte cauze sunt controlul slab al impulsurilor, atacuri de furie ce rezultă din traume sau relații familiale conflictuale din copilărie. Pentru psihologia clinică, comportamentul agresiv al unor persoane este o expresie a dificultăților de adaptare ale personalității. În această concepție, victima violenței, cu o structură specifică – patologică – a personalității ei, are și ea o anumită contribuție la atragerea și menținerea agresiunii, adesea prin dependența ei de agresor (Roth, 2003). Modelul adecvat de intervenție pentru reducerea violenței este considerat a fi diagnosticul cât mai complet al situației de violență și terapia de lungă durată.

Majoritatea studiilor legate de traumă demonstrează asocierea dintre maltratarea suferită în copilărie și comportamentul delinvent, inclusiv violență împotriva partenerului. În urma acestor studii, Haas și Cusson (2015) ajung la concluzia că absența traumelor este un factor protectiv, iar trauma în sine nu produce comportament violent.

Într-o cercetare efectuată pe bărbați tineri înrolați în armată, mai mult de jumătate (54,8%) dintre băieții bătuți sever nu au manifestat un comportament violent în general în anul premergător cercetării, iar aproape jumătate dintre băieții violenți nu au fost bătuți niciodată de părinții lor (Haas, Cusson, 2015).

Teoriile psihanalitice moderne analizează legătura dintre dependența bărbaților și violență. Gilligan (citat în Raphael, 2000) consideră că agresorii trăiesc o dependență de tipul viață și moarte de partenerele lor și o rușine atotcuprinzătoare pentru aceasta. Acești bărbați fac tot ce este posibil ca să-și determine partenerele de a fi dependente de ei, pentru ca ele să nu-i părăsească și să nu-i abandoneze. Atunci când partenerele lor pleacă, ei sunt disperați și rușinea lor devine și mai mare, iar intensitatea violenței va fi stimulată de disperare și de acest sentiment de rușine. Rușinea, care este o deficiență a sentimentului de autoprotecție, cauzează ură, care devine violență, de obicei îndreptată împotriva altor persoane.

Învățarea socială a comportamentului violent

Familia este primul loc în care un copil învață rolul de mamă și de tată, soț și soție. Familia este de obicei și locul în care de cele mai multe ori are o persoană prima experiență de violență. De asemenea, familia este locul în care învățăm cum să facem față

frustrării și stresului. În familie se învață nu doar tehnicile de a fi violent, dar și justificările sociale și morale ale comportamentului. Cercetările au arătat că agresorii au avut tați violenți într-o rată mai mare decât cei care nu sunt agresori (Grover, 2015).

Începând din anii '60, când cercetările lui Bandura au demonstrat importanța învățării prin observație și condiționare a comportamentului violent la copii, au existat numeroase cercetări care au dus la aceeași concluzie (ex. Straus, 1994). Folosind terminologia psihologiei cognitive: o atitudine, o schemă cognitivă sau un script se construiește prima dată prin observație și se fixează atunci când după folosire este întărit din partea celor din jur (Huesmann, 1997). Copilul observă comportamentul violent al părinților, fraților, colegilor, dar și al unui caracter din mass media și poate să-și construiască o schemă cognitivă conform căreia „poți să obții ceva, dacă folosești puterea și forța împotriva celui alt”. Acest script poate să fie întărit atunci când copilul pune în aplicare cele învățate și obține ceea ce dorește, iar adulții nu reacționează sau chiar este recompensat. În concepția promotorilor învățării sociale, părinții sunt cei care încurajează adesea comportamentul agresiv al copiilor lor, fie ignorând manifestările de agresivitate ale acestora, fie oferind chiar recompense mascate, de tipul obținerii obiectelor dorite, al acordării atenției și încurajării lor prin gesturi și zâmbet. Retragera eventualei victime din fața agresiunii este și ea o întărire pentru agresor, care va încuraja comportamentele violente viitoare. De asemenea, părinții și alți adulți contribuie la formarea agresivității copiilor oferindu-le modele de comportament agresiv. Cu cât vârsta copiilor este mai mare, cu atât ei înțeleg mai bine că agresivitatea este un comportament acceptat în societate, mai ales pentru cei de gen masculin (Roth, 2003).

Cel mai frecvent, consideră Bandura (1977), modelele de conduită agresivă pot fi întâlnite în:

- a. familie (părinții copiilor violenți și ai celor maltratați și abuzați provin și ei înșiși din familii în care s-a folosit ca mijloc de disciplinare pedeapsa fizică);
- b. mediul social (în comunitățile în care modelele de conduită agresivă sunt acceptate și admirate, agresivitatea se transmite ușor noilor generații; de exemplu, subcultura violentă a unor grupuri de adolescenți oferă membrilor lor multe modele de conduită agresivă);

- c. mass-media (în special, televiziunea care oferă zilnic modele de conduită agresivă sau verbală).

Transmiterea intergenerațională a violenței este una din cele mai răspândite modele de explicație a violenței (Rosen, 2001), conform căreia expunerea la violență în familia de origine va duce la comportament violent împotriva partenerii. Choice și colaboratorii (1995) și Straus (1994) au arătat că bărbații care au fost martorii violenței manifestau o predispoziție mai ridicată spre a fi violenți în relații intime. Alte studii (Breslin et al., 1990) au arătat că și femeile care au observat violență între părinți au devenit și ele mai violente cu partenerii lor.

3.2. Explicațiile de natură sociologică

Teoria stres social-situațional și coping

Faptul ca psihopatologia și problemele de personalitate nu explică în totalitate violența, nu înseamnă că problemele personale nu au legătură cu violența. Aceste probleme se leagă însă mai degrabă de situația socială a persoanei sau familiei: șomaj, izolare, sarcină nedorită, conflicte. Această teorie propune că violența se naște din combinația a doi factori. Unul este stresul structural, situațional, cum ar fi lipsa resurselor financiare. Al doilea factor este norma culturală în ceea ce privește utilizarea violenței în familie. Această teorie susține că în caz de stres situațional, dacă cultura aprobă folosirea violenței în familie, mulți dintre membrii familiei folosesc violența ca și modalitate de a face față stresului (Gelles, Cornell, 1997).

În ceea ce privește relația între sărăcie și violență, rezultatele mai multor cercetări au arătat că populația cea mai vulnerabilă este cea cu un venit redus.

Rezultatele cercetărilor National Crime Victimization Survey din anii 1992 și 1996 (Straus, 1995) au arătat că rata violenței împotriva partenerilor în general descrește cu creșterea venitului familial. În acele familii, în care venitul pe an este mai mic de 7.500 \$, frecvența violenței domestice este de 5 ori mai mare decât în acele familii, în care venitul familiei este mai mare de 50.000 \$. Într-un alt studiu (Lloyd citat în Raphael, 2000) femeile care au un venit anual între 2.500 \$ și 7000\$ au raportat de trei ori mai multă violență decât cele cu un venit anual între 13.500\$ și 27.500\$.

Un număr mare de cercetări au arătat o relație între dezechilibrul resurselor financiare între cei doi parteneri și violența împotriva femeii. Într-un studiu efectuat de Brush (citată în Raphael, 2000), femeile cu studii mai mici decât bacalaureatul au raportat mult mai puțină invidie față de munca lor, decât femeile cu sau peste studii medii. Hotaling și Sugarman (citați în Raphael, 2000) au găsit, că frecvența violenței crește atunci când soția are o educație mai mare și un venit mai ridicat decât soțul ei.

Teoria controlului social

Pentru a explica anumite fenomene ale violenței intrafamiliale, Gelles și Cornell (1997) a folosit ca și cadru teoria schimbului, a deciziei. O propoziție care sintetizează elementele viziunii teoretice ale acestui autor ar fi: “Oamenii lovesc sau abuzează de membrii lor de familie pentru că pot” (Gelles, Cornell, 1997, p.133).

Asumpția de bază a acestei teorii este că interacțiunile umane sunt ghidate de căutarea recompensei și evitarea pedepsei și costurilor. Mulți care studiază violența în familie consideră că violența este ultima posibilitate de rezolvare a problemelor în familie, deși în multe situații aceasta este prima alegere. Gelles și Straus (1979) consideră că oamenii sunt violenți cu persoanele din familie atunci când costurile acestui comportament sunt mai mici decât beneficiile. Comportamentul violent are câteva costuri. În primul rând există posibilitatea ca persoana lovită să riposteze și să lovescă și ea. În al doilea rând, cel care lovește poate să fie arestat, închis pentru acest comportament. Comportamentul violent poate să ducă la pierderea statutului. Și în final, prea multă violență poate să ducă la terminarea relației sau destrămarea familiei.

Controlul social formal sau informal este un mijloc de a ridica costurile comportamentului violent. Intervenția poliției, procesul penal, închisoarea, pierderea venitului sunt forme ale controlului social formal, care pot să crească costurile și să micșoreze beneficiile comportamentului violent. Controlul social informal include pierderea statutului, stigma de a fi considerat un abuzator și marginalizare socială.

Pornind din aceste preconsiderente, există caracteristici specifice structurale ale familiilor, care îi predispun la violență și

există anumite trăsături familiale sau individuale care predispun anumite familii la mai multă violență.

Gelles și Cornell (1997) consideră că:

1. Indivizii își lovesc membrii de familie atunci când ei anticipează că beneficiile sunt mai mari decât costurile comportamentului lor violent.

2. Lipsa controlului social adecvat (ex. intervenția poliției) scade costul violenței.

3. Anumite structuri sociale și familiale reduc controlul social în relațiile familiale, astfel reduc costurile și cresc beneficiile violenței.

Inegalitatea în familie și între bărbați și femei în general reduce controlul social și costurile violenței. Cel mai des femeile și copiii sunt victimele violenței, deoarece de obicei nu au unde să fugă, nu sunt destul de puternici ca să lovească și nu au resurse suficiente ca să aplice sancțiuni economice și sociale.

Natura privată a relațiilor familiale reduce controlul din partea celorlalți. Vecinii nu doresc să se amestece, iar poliția și procuratura sunt de multe ori reluctantă de a se implica. Măsurile de intervenție ar implica separarea familiei pentru a apăra unul dintre membrii săi, ceea ce este o responsabilitate foarte mare pentru instanță și se recurge la această măsură doar în cazurile foarte grave.

Un alt cost al comportamentului violent ar fi pierderea statutului și etichetarea persoanei ca infractor. Dar există subculturi în care violența fizică și sexuală este considerată dovadă că cineva este un „bărbat adevărat”. Deci, în loc să piardă din statut, prin comportament violent câștigă statut. În situațiile în care din cauza comportamentului violent cineva poate să-și piardă statutul, va invoca motive pentru comportamentul său (raționalizare: ex. pierderea controlului, alcool etc.).

Și această teorie ar explica de ce este așa de periculos pentru o femeie să părăsească o relație abuzivă. Pentru bărbat, pierderea controlului asupra partenerei poate să depășească orice cost care ar putea fi asociat comportamentului violent.

Teoria resurselor

O altă explicație a violenței inra-familiale este teoria resursei, elaborată de William Goode (1971). Această teorie se bazează în primul rând pe perspectivele sociologice elaborate de M.

Straus și R. Gelles, care consideră că violența domestică este o formă a violenței familiale (Yick, 2001).

Teoria resurselor își asumă că toate sistemele sociale se bazează într-o anumită măsură pe forța sau amenințarea cu forța. Cu cât are mai multe resurse o persoană – sociale, personale, economice, cu atât mai multă putere va avea. Cu cât are mai multe resurse o persoană, cu atât este mai puțin probabil că va utiliza forța, puterea fizică într-un mod deschis (Goode, 1971). Așadar, familia este considerată ca fiind un sistem de putere, în care fiecare membru folosește forța într-o anumită măsură. Puterea decizională în relațiile de familie depinde de valoarea resurselor aduse de fiecare din parteneri în relație. Aceste resurse pot fi materiale sau organizaționale (Levinson, 1989). Cei care au multe resurse, dispun de mai multă putere, deci nu vor avea nevoie ca să apeleze la forța într-o manieră directă (prin violență). Goode (1971) este de părere că acele persoane care au puține resurse sau statul lor este incongruent cu normele sociale, sunt expuse la cel mai mare risc de a folosi violența. În asemenea situații forța fizică este folosită pentru stabilizarea relațiilor de putere în familie. Astfel, un soț care are puțină educație, un loc de muncă prost plătit, venituri puține și-i lipsesc abilități interpersonale, poate apela la violență ca să-și mențină poziția dominantă (Gelles și Cornell, 1997).

Folosind o metafora de piață: violența este considerată o resursă mult mai scumpă, costisitoare, care nu va fi folosită doar în cazurile în care resursele ca iubirea, aprecierea sau banii lipsesc.

Deși această teorie subliniază ideea că violența este ultima „tactică” folosită pentru ca o persoană să-și recâștige statutul, este evident că pentru cei care o folosesc des, apelarea la violență este prima soluție (Gordon, 1989).

Teoria resurselor a fost revizuită după cercetările lui O'Brien (1971 citat în Levinson, 1989) și Gelles (1974 citat în Levinson, 1989) în SUA și cercetările inter-culturale ale lui Rodman (1972 citat în Levinson, 1989) și denumită teoria inconsistenței statutului. Aceasta teorie este foarte utilă în explicarea violenței în culturile în care statutul femeii este în creștere (Levinson, 1989).

Cei care susțin această teorie, folosesc termenii de *violență familială și maritală, conjugală sau abuzul între parteneri* - termeni reflectând rolul central al familiei în violența domestică. Ei consideră că din caracteristicile structurii familiei și din stresorii

care provin din aceasta derivă cauzele violenței domestice. Cei care nu pot contribui cu suficiente resurse vor trăi stres sau disonanță din cauza distribuției asimetrice a puterii. Inconsistența statutului social amenință patternurile autoritare patriarhale și sistemul de credință. Forța fizică poate fi folosită ca și strategie de a compensa lipsa puterii.

Cercetările efectuate de Hornung, McCullough și Sugimoto (1981) au arătat că femeile care aveau un statut mai ridicat decât partenerii lor erau la un risc mai mare de a fi abuzați, iar acei bărbați care au avut ocupații sub nivelul educației lor au prezentat în mai mare măsură tendința de a recurge la violență.

Conform acestei concepții programele de intervenție trebuie să aibă în vedere dezvoltarea politicilor și programelor care întăresc relațiile familiale. Scopul ar fi de a reduce stresorii care afectează sistemul familial. Familia poate să primească ajutor financiar sau servicii cum ar fi consiliere pentru tratarea problemelor de sănătate mentală.

Una din contribuțiile importante aduse de această teorie este faptul că analizează familia ca și instituție în cadrul căreia se manifestă violența. Limita teoriei constă în lipsa accentului pus pe factorii macro-structurali care afectează distribuția resurselor. Se concentrează prea puternic pe diferențele care există între familii și neglijează acei factori care perpetuează inegalitățile de gen (Yick, 2001).

Perspectiva feministă

Teoria feministă a adus o contribuție importantă în explicarea fenomenului violenței prin atragerea atenției asupra acelor fenomene socio-culturale care permit apariția și perpetuarea violenței interpersonale și, în special, a violenței împotriva femeilor.

Autoarele feministe susțin că tocmai datorită frecvenței fenomenului, violența bărbaților împotriva femeilor nu poate fi explicată ca și acțiune izolată a unor indivizi (Moane, 1989). Structurile sociale (de ex. patriarhatul) și valorile culturale sunt cele responsabile pentru răspândirea fenomenului prin faptul că legitimează controlul și dominarea partenerii (Grover, 2015). Potrivit acestei concepții, actele de violență domestică sunt privite ca și acte coercitive ale bărbaților asupra femeilor, iar abuzul domestic este considerat o formă a violenței împotriva femeilor.

Celelalte forme ar fi hărțuirea sexuală, mutilarea genitală, violul, violul marital, uciderea pruncului de sex feminin. Conceptele de bază în explicarea acestor fenomene ar fi "gender"- gen social și "putere". În discursuri feministe, termenele de violență în familie, abuz domestic, violența domestică deseori sunt înlocuite cu violență sau abuz împotriva femeii, femei bătute, abuz asupra soției sau partenerei, tocmai ca să nu se distragă atenția asupra aspectelor care țin de gen în acest fenomen (Yick, 2001).

Perspectiva feministă are ca punct de pornire analiza de gen a puterii. Violența în relațiile intime oglindește la nivel de microgrup organizarea patriarhală a societății în care bărbații joacă un rol dominant în cele mai multe din instituțiile sociale. Patriarhatul poate fi conceptualizat pe două nivele: la nivel macro și micro. La nivel macro patriarhatul este dominația bărbaților, reîntărită de structurile economice, politice și sociale existente.

Violența este definită ca fiind instrumentală: scopul ei fiind menținerea puterii bărbatului în familie atunci când acesta simte că ascendentul, dominanța îi sunt subminate, slăbite, amenințate. Statutul social al femeii determină ca ele să fie dependente de bărbați și incapabile de a scăpa din situațiile abuzive. Statutul social al bărbaților îi favorizează să domine femeile prin violență. Termenul de putere este un concept cheie în discursul feminist. Bărbații și femeile au un acces diferit la resursele structurale, deoarece societatea alocă valori diferite anumitor caracteristici și le clasifică ca fiind superioare sau inferioare. În majoritatea societăților genul este un atribut care determină statutul.

De aproape 40 ani, cercetătoarele feministe susțin că pentru a opri experiențele de violență ale femeilor în relațiile lor intime la nivel personal trebuie schimbate structurile care perpetuează inegalitatea de gen la nivelul societății. Deși multe studii de caz și multe cercetări care s-au efectuat pe indivizi și familii au adus o contribuție importantă înțelegerii fenomenului, există foarte puține cercetări empirice care să susțină teoria că *societatea* dominată de bărbați tinde să folosească violența pentru a ține femeile subordonate. Studiile existente au obținut totuși câteva rezultate importante.

K. Yllö (1983) a testat relația dintre inegalitatea structurală de gen și rata violenței împotriva femeilor folosind SUA ca și unitate de analiză. A dezvoltat Indexul Statutului Femeii, compus

din dimensiunile economic, educațional, politic și legal al inegalității de gen. Corelând acest index cu rata violenței domestice în 30 de state, a rezultat că violența împotriva femeii a fost cea mai ridicată în țările în care diferențele de statut ale femeilor și bărbaților sunt mai mari, dar și acolo unde acest statut a fost în mai mare măsura egal. În replicarea extinsă a studiului la 50 de state, Straus (1994) a obținut relația conform căreia cu cât statutul femeii într-un stat este mai mare, cu atât este mai probabil ca rata violenței să fie mai redusă. Teoretic sunt multe mecanisme care ar putea să lege violența împotriva femeilor cu statutul femeii în societate. Dacă femeile au un statut social redus au acces la puține opțiuni și resurse, aceasta înseamnă că ele pot simți că nu le rămâne altceva decât să tolereze violența.

C. Yodanis (2004) a ajuns la concluzia că cu cât statutul educațional și ocupațional a fost mai ridicată într-o țară, cu atât era mai mică rata violenței sexuale. Nu a reieșit nici o legătură între violența fizică și statutul femeii. Explicația ei este că violența sexuală, incluzând hărțuirea sexuală, amenințările și atacurile sunt mijloace folosite de bărbați pentru a controla comportamentul femeilor în instituțiile educative și sociale. Violența fizică apare mai degrabă în sfera privată și este posibil ca pe acest plan să funcționeze multe alte mecanisme, ca de exemplu dezechilibrul în distribuirea resurselor între parteneri.

Așa cum am mai amintit, din perspectiva feminismului, eliminarea violenței împotriva femeilor ar însemna redistribuirea puterii, schimbarea structurilor sociale care suprimă accesul femeilor la acestea. Intervenția feministă capacitează, întărește femeile ca să poată ieși din rolurile prescrise, le educă în privința drepturilor lor, le ajută să-și asume responsabilitatea pentru propria siguranță.

Deși feminismul a adus o contribuție extrem de importantă atât în înțelegerea fenomenului, cât și pe planul intervenției și al politicilor împotriva fenomenului violenței, ca și critică am putea aminti faptul că, diferite constructe teoretice ale feminismului (mai ales ale feminismului timpuriu) au fost construite în jurul unui singur concept al puterii: patriarhatul. Deși feminismul susține că violența afectează genul feminin, consideră că ea se manifestă în contexte concrete de etnie, clasă socială, rasă, nivel de școlarizare, statut social, profesie și religie. Ca și apreciere: există totuși în prezent

tentative de a încorpora multiplele aspecte ale opresiunii într-o conceptualizare mult mai complexă și comprehensivă a puterii și controlului în relațiile intime și nu numai (ex. Goldner, 1993).

Modelul ecologic WHO

Așa cum am văzut din multitudinea teoriilor prezentate în acest capitol, violența este un fenomen complex și are rădăcini în interacțiunea mai multor factori. Organizația Mondială a Sănătății (WHO, 2002) sugerează că diferitele tipuri de violență au multe caracteristici comune și factori de risc comuni, iar fragmentarea acestora în diferite arii de expertiză și de interes tinde să ascundă acest fapt și să ofere un caracter fragmentar diferitelor încercări de prevenire.

Modelul ecologic, introdus în anii 1970 în domeniul protecției copilului, poate să ofere un mijloc conceptual util pentru a înțelege caracterul complex al acestui fenomen. Modelul împarte acei factori care influențează sau măresc riscul de a deveni făptași sau victime unui act violent pe patru nivele diferite.

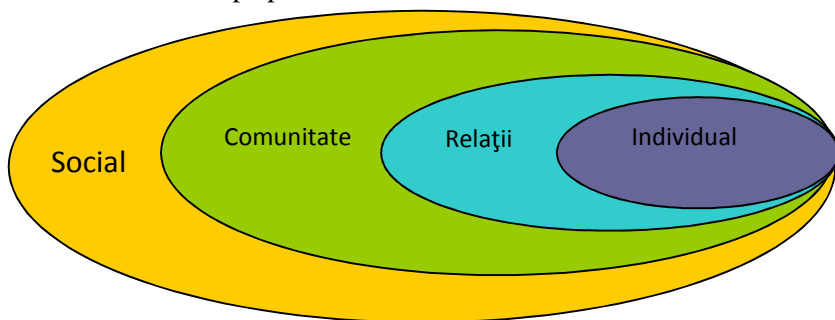


Figura 1. Modelul ecologic în înțelegerea violenței (WHO, 2002)

Factori individuali

Primul nivel al modelului ecologic identifică *factorii individuali*, biologici și psihologici, de risc care pot să influențeze comportamentul violent al unei persoane. Pe lângă caracteristicile biologice și demografice, mai putem să amintim impulsivitatea, nivelul educațional precar, abuzul de alcool și de droguri și istoria personală legată de problematica abuzului și violenței. Aceste

caracteristici pot să mărească riscul ca o persoană să fie făptașul sau victima violenței în general (WHO, 2002).

În ceea ce privește *violența domestică*, factorii demografici care au legătură strânsă cu violența și predispun un bărbat să-și abuzeze partenera sunt vârsta tânără și venitul redus. Sărăcia în copilărie și adolescență, delincvența juvenilă pot fi un predictor destul de puternic al violenței împotriva partenerii. Dintre factorii legați de istoria personală, violența în familia de origine este un factor puternic de risc. Totuși, nu toți băieții care cresc în familii violente manifestă același comportament.

Potrivit majorității studiilor care s-au efectuat pe această problematică, există o relație strânsă între *consumul de alcool și droguri* de către bărbați și riscul ca partenera să sufere un abuz. Un număr mare de studii au arătat faptul că majoritatea bărbaților care își bat soțiile consumă și abuzează de alcool (Iluț, 2005). Există totuși o dispută destul de puternică în jurul acestei teme și mai ales asupra faptului dacă relația este într-adevăr cauzală. Unii autori sunt de părere că alcoolul acționează ca și factor situațional prin reducerea inhibițiilor și scăderea capacității de judecată. Alții sunt de părere că relația dintre alcool și violență este dependentă de cultură și există doar în situațiile în care există anumite așteptări colective privind căroră alcoolul cauzează sau scuză anumite comportamente (Antal, 2008)

Factori interpersonali

Al doilea nivel al modelului ecologic, cel al *relațiilor*, explorează în ce măsură relațiile interpersonale cu alte persoane (membrii de familie, colegi, vecini, parteneri etc) cresc riscul de a fi făptașul sau victima actelor violente. În cazul abuzului împotriva copilului sau al partenerii, interacțiunile zilnice într-un domiciliu comun pot să crească riscul abuzului repetat (WHO, 2002).

Factori comunitari

Al treilea nivel analizează *contextul comunitar* al relațiilor intime - cum ar fi școala, locul de muncă sau vecinătatea - și caută acele caracteristici care se asociază cu riscurile de a deveni victimă sau agresor. Nivelul ridicat al mobilității rezidențiale, heterogenitatea comunității, densitatea ridicată a populației sunt câteva exemple ale acelor factori care pot fi asociați cu nivelul

ridicat al violenței. De asemenea, comunități caracterizate prin probleme ca traficul de droguri, rata ridicată a șomajului și izolare socială (vecinii nu se cunosc) sunt descrise ca având riscuri mai ridicate de a avea o rată mare a violenței (WHO, 2002).

În ceea ce privește *violența între partenerii intimi*, în primul rând putem să amintim *statutul socio-economic*. Studiile arată că deși violența fizică apare în toate păturile sociale, femeile care trăiesc în sărăcie sunt afectate într-o măsură mai mare (McDonalds, 2002). Sutherland, Sullivan și Bybee (2001) au arătat că și efectele violenței asupra sănătății femeilor sunt mult mai grave într-o comunitate săracă. Reziliența, capacitatea lor de a face față cu „costuri” minime asupra sănătății este afectată într-o măsură mare (William și Mickelson, 2004).

Un alt factor societal important este *apartenența la un grup minoritar*. Mecanismul de acțiune al acestui factor ține, de asemenea, de stresul social mai ridicat pe care trebuie să-l confrunte individul aparținând unui grup minoritar. Între condiția socio-economică, etnie și rasă relația este destul de strânsă. Astfel, de exemplu, în SUA femeile afro-americane și hispanice sunt cele dezavantajate, iar în România cele care provin din comunitățile de romi (Iluț, 2005).

Studiile cantitative care evidențiază prevalența violenței domestice în comunități marginalizate pot avea un efect negativ prin accentuarea stereotipiilor etichetând aceste comunități ca fiind sărace, cu o rată mare a șomajului și care se confruntă cu probleme cum ar fi alcoolismul. Tendința de a evita stereotipizarea unei clase sociale sau a unei etnii a dus la afirmații de genul „violența este o problemă care afectează în mod egal pe toții”. Însă această tendință binevoitoare, care vine în interesul anti-rasismului și al anti-clasismului, ar putea să aibă costurile ei, poate să ducă la minimalizarea problemei violenței într-o anumită comunitate (McDonalds, 2002).

Modul în care o comunitate răspunde la fenomenul violenței domestice poate să fie un factor important în perpetuarea ei. Studiile efectuate în acest domeniu au arătat că rata violenței domestice era cea mai scăzută în acele comunități în care s-a aplicat o sancțiune împotriva abuzului partenerei (sub forma sancțiunilor legale sau morale, din partea vecinătății) și în care femeile aveau acces la servicii (adăpost sau sprijin familial). Rata violenței era cea mai

ridicată în acele comunități în care statutul femeii era în tranziție. În comunitățile cele mai tradiționale bărbații nu aveau nevoie ca să-și asigure autoritatea prin bătaie. În societățile în care femeile aveau un statut ridicat au probabil suficientă putere colectivă de a schimba rolurile de gen tradiționale. Violența avea cea mai crescută rată în cazul comunităților în care femeile au început să-și asume roluri diferite de cele tradiționale (Levinson, 1989).

J.H. Michalski (2004) consideră că *structura relațiilor sociale* poate fi pusă în legătură cu incidența violenței domestice datorită rolului lor de a inhiba recurgerea la violență în rezolvarea disputelor intrafamiliale. În viziunea autorului amintit, violența domestică apare mult mai rar, dacă *relațiile sociale* au următoarele caracteristici:

1. Un nivel scăzut al izolării sociale sau existența unei rețele puternice de sprijin. În societățile în care după căsătorie femeia se mută în locuința bărbatului și devine astfel izolată de familia proprie, riscul violenței împotriva ei este mai ridicat odată cu creșterea gradului ei de izolare. Izolarea soției este determinată de măsura în care sfera domestică este considerată în societate de a fi sferă privată. Cu cât mai mult violența este ținută în secret, cu atât este mai greu ca femeile să primească sprijin.
2. Rețelele de sprijin sunt integrate și interdependente.
3. Un nivel ridicat al egalității de gen sau accesul la resursele materiale este aproximativ egal între membrii familiei.
4. Un nivel mai scăzut al intimității combinat cu distanță culturală scăzută.
5. Autoritatea în familie este descentralizată.
6. Membrii familiei au acces la modalități nonviolente de rezolvare a disputelor.

Alți factori de risc au fost identificați la nivelul comunității: rata crimelor violente, normele sociale în ceea ce privește dreptul la intimitate al familiei, normele comunității în ceea ce privește autoritatea bărbaților asupra femeilor etc.

Factori societali

Ultimul nivel al modelului ecologic analizează *factorii societali* care influențează rata violenței. Acești factori sunt cei care creează un climat pentru acceptarea violenței și reduc inhibițiile. Aici putem include acele norme culturale care tolerează violența ca

și o cale acceptabilă de a rezolva conflictele, acele atitudini, care privesc suicidul ca și o decizie personală, și nu ca un act de violență care trebuie prevenită, acele norme, care susțin superioritatea bărbaților asupra femeilor și copiilor, normele care sprijină conflictele politice, cele care dau prioritate drepturilor părinților față de cele ale copiilor. Factorii societali mai includ și politicile sociale care mențin inegalitatea între marile grupuri sociale (WHO, 2002).

Cei mai importanți factori societali au fost elucidați de studiile feministe, deja amintite: inegalitatea structurală între femei și bărbați, roluri de gen rigide,

Studiile interculturale au elucidat o mulțime de factori societali care contribuie la perpetuarea violenței. Levinson (1989) a codificat datele etnografice din 90 de societăți pentru a examina patternul cultural al violenței fizice îndreptate împotriva partenerei. Analiza lui sugerează că femeile suferă cele mai mari rate de violență fizică în acele societăți în care bărbații aveau puterea decizională în activitățile domestice, unde divorțul era greu de obținut și unde violența era o modalitate obișnuită de a rezolva conflictele între adulți. Un alt factor de risc foarte puternic era absența clasei muncitoare feminine care oferă pe de o parte suport social, pe de altă parte independență economică.

Modelul ecologic subliniază cauzalitatea multiplă a violenței în general și a violenței domestice în special. Este un model care integrează diferitele modele de explicație ale violenței, precum și diferiții factori de risc pe care aceste teorii explicative prezentate mai sus le-au pus în lumină.

Contribuția adusă de această teorie constă în primul rând în faptul că integrează diferitele concepții teoretice, oferind o imagine interdisciplinară. Critica constă în faptul că nu diferențiază între diferitele forme ale violenței în familie, deși violența împotriva femeilor are alte caracteristici, alte cauze și modalități de abordare decât violența împotriva bătrânilor sau împotriva copiilor.

STUDIU DE CAZ - AURORA

Aurora are 35 ani și era căsătorită cu Niculae. Aveau nouă copii împreună, între 3 și 15 ani. Aurora și cei nouă copii au trăit ani de zile supravegheați (nu puteau ieși din casă fără permisiunea „stăpânului”), umiliți, înjurați, bătuți. Niculae era gelos, Aurora putea să iasă din casă doar

suravegheată. De când s-a născut primul lor copil Aurora nu lucra, era acasă cu copiii.

Niculae a consumat multe băuturi alcoolice, cele mai crunte bătăi au fost administrate atunci când era beat. Inclusiv copiii erau puși să-și supravegheze mama, uneori chiar să-i dea o palmă. Vecinii din curtea comuna au chemat de câteva ori Protecția Copilului și Poliția, au mers și în audiență, dar nu au fost luați în serios. Angajații i-au întrebant „Dar ce legatură aveți dvs. cu ei?” (cu iritare), și alte asemenea întrebări. Au venit de câteva ori, dar au și plecat, fără să se întâmple nimic. La Poliție nu i s-a făcut dosar lui Niculae pentru că „oricum cei doi se vor împăca”. După luni de zile de încurajări, când Niculae nu era acasă, Aurora a fugit. Cu 9 copii nu avea unde să fugă, în adăpostul din orașul ei nu erau atâtea locuri. A depus plângere la Poliție și a fost trimisă să-și ia un certificat medico-legal. Niculae furios că Aurora plecase s-a răzbunat pe una dintre fete, Sonia, de 7 ani care a ajuns la spital plină de vânătăi. Aurora a rămas la spital ca să o îngrijească. Personalul medical a pus rezerva copilului sub observație. A fost depusă altă plângere la Poliție și o altă sesizare la Protecția Copilului. Mama era cu copilul bătut. Mama ei, care și ea a suferit foarte mulți ani într-o relație violentă, dar și prietenele o încurajau să se împăce pentru copii.

Obiective de învățare

- Identificarea factorilor explicativi ai violenței domestice aparținând diferitelor modele teoretice.
- Identificarea modelelor teoretice care explică violența.

Rezolvare:

- Teorii biologice
 - consumul de alcool agravează violența
- Teoria învățării sociale
 - mama victimei a suferit și ea multă violență din partea tatălui acestuia;
 - copiii sunt învățați să-și controleze mama;
 - prietenii și rudele repetă stereotipiile sociale: cuplul să se împăce pentru copii.
- Teoria controlului social
 - Instituțiile nu se implică, agresorul învață că poate să facă orice, iar victima că nu are nici o șansă.

CONCLUZII

Există multe teorii explicative ale violenței domestice care abordează fenomenul violenței domestice la diferite nivele: individual, relațional, comunitar, sociocultural și care la prima vedere par contradictorii (ex. Modelul psihiatric și al controlului social). Acestea au inspirat cercetări și cam toate au fost validate într-o oarecare măsură, dar teoriile integraționiste s-au dovedit că ar avea cea mai mare valoare de predicție. Suntem de acord cu Williams (2003) că violența domestică este un comportament și un fenomen complex, dinamic, multidimensional și multietologic de care trebuie să se țină cont atât în cercetare, cât și în intervenție.

Capitolul 4

DINAMICA VIOLENȚEI ÎN RELAȚII DE CUPLU

Sorina Bumbuț, Maria Popa, Gabriela Dima

Abstract

Capitolul prezintă elemente esențiale în scopul de a fi cunoscute și înțelese de specialiștii care lucrează în domeniul violenței domestice - cu femei abuzate, agresori și copii, martori ai violenței în familie - pentru a fundamenta atitudini corecte ale acestora și acțiuni menite să protejeze victima. Sunt prezentate caracteristicile violenței în relații de cuplu, formele violenței și efectele asupra femeilor și copiilor. Un spațiu amplu este alocat descrierii tacticilor de constrângere și control folosite în relația de cuplu, care determină o dinamică specifică a relației violente și parcurgerea repetitivă a ciclului violenței, dezvoltarea unor modele comportamentale de a face față specifice victimei și explică dificultățile de a pune capăt unei relații violente. În final sunt enunțate câteva mituri, clișee mai răspândite și realitatea cu privire la violența domestică.

Cuvinte cheie: tactici de putere și control, ciclul violenței, formele violenței, efectele violenței.

4.1. Caracteristicile violenței în relații de cuplu

O înțelegere clară și cuprinzătoare a violenței în relație de cuplu, în care să se regăsească atât rezultatele studiilor și cercetărilor, cât și experiența practicienilor, este o condiție esențială pentru dezvoltarea și aplicarea intervențiilor efective. Așa cum se arată în primul capitol, s-a ajuns în prezent la un consens în înțelegerea violenței domestice ca fiind o formă de violență exercitată de o persoană asupra alteia cu care se află în relație intimă, de cuplu; această violență este exercitată de cele mai multe ori asupra unei femei de către partenerul ei prin acte sau amenințare cu acte care sunt trăite ca abuz fizic, sexual, psihologic, economic; ele alcătuiesc în timp un “tipar de dominare care include tactici de izolare, degradare, exploatare și control în paralel cu intimidare și rănire fizică” (Stark, 2012, p. 3). Acest cumul de comportamente care intimidează, umilesc, terorizează, manipulează, blamează este denumit și terorism intim (Tolman, 1992, Johnson, 2008, citați în Stark, 2012) sau control coercitiv (Stark, 2012).

Un obstacol în calea întrunirii condițiilor necesare și suficiente pentru a combate acest tip de violență care afectează în așa mare măsură femeile este tocmai tendința de a trece cu vederea înrădăcinarea ei în inegalitățile și discriminarea pe bază de gen, legătura cu raportul de putere dintre femei și bărbați, contextul istoric, cultural și social (Appelt, Kaselitz, Logar, 2000). Datele statistice prezentate în capitolul 2 ne arată că în mare majoritate victimele adulte ale acestui tip de violență sunt femei, astfel că vom descrie în continuare caracteristicile violenței în cuplu – în relații de parteneriat sau intime – ca fiind exercitate de un bărbat asupra unei femei, cu care este sau a fost în acest tip de relație (partenera sau ex-partenera lui). Definită, din perspectivă comportamentală, ca un proces cumulativ de acte și efecte care alcătuiesc un tipar de coerciție și control din partea unei persoane asupra celeilalte cu se află ori s-a aflat într-o relație intimă sau/și de conviețuire, violența domestică are caracter *instrumental, intențional, învățat, repetat și cumulativ* (Iwi, Todd, 2000, Antal, Bumbuluț, 2001, Stark, 2012).

✓ **Instrumental:** actele de abuz coercitiv și violență fizică exercitate într-o relație au funcția de a intimida, constrânge, manipula partenera/partenerul.

Agresorul urmărește să-i restrângă partenerii libertatea de mișcare și de gândire, să o determine să fie supusă, obedientă, să o constrângă să se ocupe doar de satisfacerea nevoilor, dorințelor sau chiar a fanteziilor lui. Nu e vorba despre o “pierdere a controlului” asupra impulsurilor, ci de câștigarea controlului asupra femeii – parteneră, soție, iubită. Tacticile de constrângere și controlare a partenerii pentru a se supune solicitărilor la care agresorul se consideră îndreptățit sunt atent selecționate și ajustate în timp.

✓ **Intențional:** agresorul acționează cu intenția de a domina și de a menține controlul dobândit asupra partenerii; manifestările abuzive și violente se repetă - nu apar doar ca un incident izolat - și conferă comportamentului său caracterul de intenție pe care de regulă abuzatorul nu o recunoaște, dar poate fi identificată prin rezultatele pe care le produce. Ca exemplu, există numeroase cazuri de violență domestică în care același bărbat, care susține că nu se poate controla la furie, nu manifestă violențe similare asupra șefului sau colegilor la serviciu, nici asupra altor persoane străine cu care ajunge în conflict, chiar dacă este furios.

✓ **Învățat, permis, tolerat:** violența asupra unei persoane cu care există o relație apropiată, intimă, de rudenie, nu este înăscută. Comportamentul de abuz se învață prin observare și imitare, familia reprezintă modelul primordial din care copiii își extrag valori, cunoaștere și comportamente. Mai apoi, învățarea se consolidează prin experiență directă și întărire, în diferite contexte – familie, școală, grupuri la care aderă persoana etc.

În ceea ce privește expunerea copiilor la violență, un studiu recent efectuat în țările europene arată că 73% dintre femeile care au fost victime ale incidentelor de violență provocate de partenerul anterior sau actual declară că copiii care trăiau cu ele aveau cunoștința de această violență (FRA, 2014). Acești copiii care asistă la ceea ce se petrece între părinți, trăiesc în teamă și teroare, cu neputință și furie, iar impactul traumei este unul de lungă durată (WHO, 2002). Dar nu toți acești copii abuzează sau traumatizați în copilărie devin agresori în relațiile lor adulte. Care e atunci diferența dintre cei care au suferit violență în trecut/copilărie și nu au devenit persoane cu comportament violent la maturitate și cei care devin agresori ?

Primul prag pe care trebuie să îl depășească agresorii este cel raportat la propria conștiință morală sau la cenzura socială: permisiunea pe care ajung să și-o dea și să o cultive pentru a acționa opresiv asupra altei persoane. Cel care acționează într-un mod care rănește fizic și/sau emoțional în mod repetat o altă persoană o face de pe o poziție în care se consideră îndreptățit să se comporte astfel, legitimarea poate fi susținută de lunga istorie de inegalitate între bărbați și femei – socială, economică, culturală, religioasă.

Aspectul pozitiv este că, fiind un comportament învățat care are ca punct de plecare o opțiune și o decizie, el poate fi schimbat dacă persoana decide astfel, printr-un proces de învățare al unor modalități noi de relaționare cu partenera.

✓ **Repetat, cumulativ:** agresorul construiește în timp, prin episoade repetate de violență, un tipar de comportamente prin care caută să își impună puterea și controlul asupra victimei, să obțină ceea ce dorește de la ea. Comportamentele persistă dacă au și rezultatul scontat, dacă funcționează. Un comportament care nu are rezultatele așteptate pentru cel care-l aplică tinde să nu se mai repete după o anumită perioadă de timp. Comportamentele tolerate, față de

care nu există o opoziție efectivă, persistă, sunt întărite și se accentuează.

Elemente specifice, care diferențiază violența în relații partenoriale de alte tipuri de violență (Romani, Campani, 2012) sunt:

- Domiciliul nu mai conferă persoanei victimizate refugiu pentru protecție, ea nu se simte în siguranță acasă, ci este tocmai locul în care ea este în pericol, într-o situație de risc. Conviețuirea mai înseamnă și că agresorul are acces continuu, facil, la victimă.

- Existența unui ciclu al violenței - repetare și cumulare în timp a actelor violente și manipulative, cu frecvență și severitate a formelor din ce în ce mai accentuate. Multe alte violențe sunt evenimente singulare (viol, hărțuire stradală, jefuire, alte atacuri fizice).

- Schimbări produse în funcționarea psihică și personalitatea celor implicați, cu scăderea eficienței în toate planurile și rolurile lor – somatic, emoțional, relațional, social.

- Existența unor legături complexe – un trecut comun, o investiție emoțională și sentimentală – între cei doi parteneri, manifeste sau latente. Violența reprezintă și o trădare a încrederii.

- Interes pentru menținerea “discreției” – i.e. secretului – asupra evenimentelor, faptelor de violență, care face ca victima să aibă acces redus la surse de sprijin.

- Dificultatea de a furniza ori conserva dovezile, în special pentru aspectele de coerciție nonfizică și manipulare.

- Dificultatea de a acționa agresorul în justiție, rețineri alimentate de relația complexă, “istoria sentimentală”, dar și de neîncrederea în instituții.

- Tendința celorlalți, inclusiv a familiei extinse, de a nu interveni, toleranța socială față de fenomen.

- Caracterul de traumă interpersonală repetată – resimțită ca tortură de victimă.

- Lipsa de interes, înțelegere și implicare atât din partea politicienilor și guvernanților, cât și a specialiștilor, ceea ce duce la legislație insuficientă, fragmentată și lacunară, precum și la servicii insuficiente și/sau neadecvate.

- În cele mai multe cazuri de violență în relație de cuplu victima este femeie, ceea ce pune problema abordării ei în mod specific, ca violență de gen, violență asupra femeilor.

Sintetizând, violența domestică se referă la comportamente abuzive manifestate sistematic și repetitive de o persoană asupra unei alte persoane cu care se află ori s-a aflat în relație intimă ori de conviețuire, cu intenția de a controla și domina în interes personal.

Elementele definiției ale unei relații violente, după Antal și Bumbuluț (2001) sunt:

- **Acte violente fizic și sexual, în paralel cu forme nonfizice de abuz:** denigrare, depreciere, amenințări, intimidare, izolare, manipulare și coerciție psihologică, economică, socială;

- **Tipar complex, cumulativ:** comportamente care se repetă, devin tot mai complexe și se cumulează, iar cu timpul capătă anumite caracteristici specifice persoanei care le manifestă și/sau relației;

- **Control sau exercitarea puterii** asupra altei persoane; intenția persoanei care acționează abuziv, violent este de a obține de la cealaltă persoană ascultare, supunere, satisfacerea de nevoi și interese proprii;

- **Relație de cuplu, intimă:** relație între două persoane care au ori au avut anterior intenția de a-și oferi intimitate emoțională și/sau fizică.

Pentru a putea acționa corect și cu impact în situațiile pentru care sunt solicitați, este esențial ca profesioniștii să cunoască și să înțeleagă legătura dintre folosirea forței fizice, amenințarea cu aceasta și celelalte tactici de coerciție și control. Doar astfel vor putea transmite mesaje care să pună intervenția pe o direcție care să conducă la protecție efectivă a victimelor și responsabilizarea făptuitorilor, precum și o conștientizare corectă din partea tuturor.

Caracteristici ale violenței domestice/în relații de cuplu

sintetizate de Appelt și colaboratorii (2000) sunt:

- Violența domestică este un **comportament inacceptabil**;

- Violența domestică este un comportament **intenționat și instrumental**, folosit cu intenția de a constrânge și controla partenera sau partenerul;

- Violența domestică este un **comportament învățat** și menținut prin tolerare, permisivitate, din partea comunității;

- Abuzatorul este **responsabil 100%** pentru faptele sale; persoanele cu astfel de comportamente pot alege și decide să oprească violența lor și să se schimbe;

- Violența domestică se întâmplă indiferent de rasă, vârstă, religie sau orientare sexuală;
- Violența domestică este înrădăcinată în inegalitățile de gen și în structurile istorice de putere instituționalizată din societate.

4.2. Tactici de constrângere și control folosite în relația de cuplu

Declanșatorii violenței

Violența bărbaților asupra partenerelor are loc într-un context social care privilegiază bărbații. Comportamentele abuzive se întemeiază în credința lor că sunt îndreptățiți să primească ascultare din partea femeii lor, să o ”educe” pentru a recunoaște și a se conforma acestor norme legitimate istoric, cultural sau/și religios care reglementează relația bărbat-femeie, precum și să sancționeze neascultarea. Cercetările arată că bărbații acționează cu violență mai ales ca răspuns la gelozie și posesivitate; la neconformarea față de solicitările de servicii domestice; pentru a-și impune autoritatea masculină (Dobash, Dobash, Cavanagh, Lewis, R, 1999, Dobash, Dobash, 2009). Câteva din expectanțele bărbaților în relațiile de cuplu, ca posibili declanșatori ai violenței sunt (Iwi, Todd, 2000):

1. Femeia să fie „credincioasă”, fidelă (control al sexualității feminine);
2. Femeia să dea naștere copiilor lor (confirmarea virilității).
3. Să conducă relația (pasivitate feminină);
4. Să fie serviți de femei (servitute feminină);
5. Femeia să depindă de ei (dependență feminină);
6. Să fie „înțeleși” de femei – femeia să accepte subordonarea, să se supună (resemnare-obediență feminină).

Bărbații de genul menționat mai sus vorbesc despre „înțelegere”, „respect” și „autoritate” într-un mod patriarhal și egocentric. Se consideră îndreptățiți și legitimați istoric și cultural să pretindă obediență și servitute și să sancționeze dacă partenerele nu se conformează. Luând ca punct de plecare intenția bărbaților de a-și asigura și maximiza potențialul genetic, făcând sex cu cât mai multe femei și asigurându-și exclusivitatea reproductivă – sociobiologii susțin că violența masculină asupra partenerelor intime are rolul unui control coercitiv în primul rând asupra sexualității și funcției reproductive a femeilor, astfel că gelozia este cel mai

important precursor al violenței în relații intime (Dutton, 2007). Analiza datelor culese de polițiile din SUA și Canada din dosare de omor în relații de cuplu indică adulterul și gelozia ca principale motive. Bărbații au întărit și legitimat de-a lungul timpului credința în dreptul lor de a controla sexualitatea femeilor, în supremația lor în familie și, implicit, în cuplu. Temeiul religios al oprimirii femeilor a fost preluat din precepte biblice și transpus în coduri de legi, reglând relația dintre bărbat și femeie în căsnicie: bărbații trebuie să aibă putere absolută asupra femeilor și pot să o impună cu forța.

Studii etnografice și antropologice ilustrează rolul crucial al moravurilor socioculturale în promovarea violenței de gen. Antropologii au găsit diferențe culturale în frecvența violenței de cuplu și în acceptarea fenomenului. Un studiu asupra bătăii aplicate soțiilor efectuat în 14 societăți diferite a arătat că pedepsirea fizică a soțiilor era tolerată în toate aceste culturi și considerată ca fiind necesară în cele mai multe dintre acestea, doar frecvența și severitatea variau. Aceste diferențe par să fie legate de sancțiunile negative aplicate bărbaților care săreau peste limitele „acceptabile”, existența unor locuri de refugiu pentru femeile care scăpau din mâna bărbatului, precum și un sentiment al onoarei bazat pe nonviolenta sau al unui tratament decent pentru femei (Campbell, Boyd, 2003).

Teoria învățării sociale explică cum sunt modelate comportamentele noastre prin efectele pe care le produc și prin întărirea ulterioare. Rezultatele pozitive care susțin continuarea manifestărilor agresive/violente includ: eliberarea tensiunii agresive, confirmarea convingerii că el este superior, prin frica pe care o generează victimei și schimbarea ei de comportament; femeia devine submisivă și lipsită de energie; prin rezultatul obținut, ascultare din partea victimei, agresorul se simte îndreptățit să considere că are controlul situației și să continue să se poarte violent; agresorul se simte ușurat, mai bine, adeseori disputele se opresc, iar sancțiunea socială lipsește. Astfel se construiește pas cu pas comportamentul de control coercitiv: învățare prin observație, întărire prin performanță, rezultate agreeate și determinanți structurali. Manifestările agresive sunt consolidate prin răspuns la diverși instigatori, fiecare persoană își construiește propriul tipar prin reglare continuă – o combinație de factori care întăresc comportamentele violente și alți factori care le sancționează. De

remarcat că absența sancțiunilor efective pentru actele de violență echivalează cu întărirea comportamentului violent. Acesta este modelat prin întărire, recompense externe – lipsa reacțiilor celor din jur – și interne – modul în care persoana gândește despre ceea ce face. Dutton (2007) îl citează pe Novaco, care enumeră trei direcții prin care furia servește o persoană agresivă:

- Îi furnizează energia pentru acțiune - activarea furiei și gândurile asociate pot instiga acțiuni agresive de la care se așteaptă modificarea situației, înlăturarea stimulului aversiv. Aceste aspecte emoțional-comportamentale sunt modelate cultural, bărbații sunt educați preponderent pentru depășirea fricii prin acțiune.

- Susține comunicarea – arată că există o problemă care necesită rezolvare și însoțește exprimarea nevoilor.

- Protejează persoana, are o funcție de apărare – prin reducerea vulnerabilității, anxietății, cu care se confruntă. Te simți mai puternic când simți furie, decât atunci când ești copleșit de frică.

Agresorii nu sunt capabili să ofere motive plauzibile pentru izbucnirile lor de violență și ajung mai degrabă să pretindă mult prea multe partenerelor lor, ca apoi să le găsească *greseli* și să le critice pentru *esecul* lor de a face față acelor solicitări. Neutralizarea conștiinței joacă un rol determinant în menținerea agresivității instrumentale în relațiile apropiate, semnificative.

Ganley și Schechter (1996) explică cum abuzatorii intră într-o relație partenerială cu anumite așteptări despre cine este „capul” ori „stăpânul”, cel care decide, precum și despre cum să se impună în relație, să se asigure de ascultare. Aceste atitudini și concepții, mai degrabă decât ceea ce face victima, determină dacă și în ce măsură partenerul va acționa în mod violent.

Din perspectiva strategiilor de control și dominare a parteneriei, așteptările bărbaților se traduc în (Appelt et al., 2000, Paymar, Barnes, 2006):

- Comportament de proprietar, stăpân din partea bărbatului – constrângere, impunere, combinate cu intenția de “pedepsire” a femeii;
- Gelozie;
- Solicitări și așteptări legate de gospodărire și accesul la resursele financiare ale cuplului, familiei;
- Solicitări sexuale;

- Creșterea și educația copiilor în acord cu credința, principiile, patriarhal-tradiționale.
Așteptările enumerate au legătură și cu unele temeri ale bărbaților în relație cu partenerii lor:
- de a fi abandonat – chiar și pentru o perioadă scurtă, de a avea o parteneră independentă;
- că partenera poate avea o relație sexuală cu alt bărbat;
- de “performanțe” sexuale slabe;
- de a fi dominat;
- de a fi umilit.

Tactici de constrângere și control asupra partenerii

În funcție de efectele pe care le urmăresc, comportamentele de control și constrângere a partenerii au fost grupate astfel (Appelt, Kaselitz, Logar, 2000, Iwi, Todd, 2000):

- ***Izolarea partenerii***

De exemplu: critică persoanele importante din anturajul partenerii pentru a o descuraja să mențină aceste relații; se poartă ofensiv față de prietenii sau rudele ei, astfel încât aceștia trebuie să alege ei singuri să plece; îi restricționează folosirea telefonului, îi întrerupe convorbirile; o descurajează sau chiar îi interzice să iasă din casă; verifică insistent unde este și cu cine, iar apoi o acuză că îl înșală, e gelos și pe prietenii ei etc.

- ***Handicaparea și epuizarea partenerii***

De exemplu: controlează unde este, ce face, o caută frecvent la telefon, îi face listă de sarcini ce nu pot fi realizate - sau doar cu mari eforturi – în timpul pe care îl are la dispoziție, o încarcă cu solicitări exagerate, nejustificate, o trezește în timpul somnului cu diverse solicitări, o critică că e leneșă, dezinteresată etc.

- ***Denigrarea, deprecierea***

De exemplu: folosește cuvinte și expresii umilitoare, jignitoare; consideră și susține că „nu faci nimic cum trebuie”, ori că „puteai face și mai ... multe ... mai bine ... mai repede...”; îi subminează imaginea de sine fizic „uită-te la tine cum arăți”... și sexual prin glume inadecvate; că „nu ești bună de nimic, ... fără mine nu ai nicio valoare”, ori că nu s-ar descurca deloc, că e o soție, gospodină, mamă, femeie ... de „doi bani” și multe alte feluri prin care îi poate induce credința că ea în sine e lipsită de calitate, resurse, valoare și doar prin el valorează și ea ceva.

- **Formularea unor solicitări nejustificate, pretenții triviale**

De exemplu: a insista în părerea că prosoapele trebuie împăturate într-un anumit fel, ca talpa pantofilor să fie atent curățată, vasele să fie spălate în anumite feluri, hainele spălate numai în anumite moduri sau clătite de x ori, călcate și așezate numai într-un anumit fel în dulap.

- **Intimidare și amenințare**

De exemplu: distrugerea unor obiecte, amenințări cum ar fi „te voi găsi oriunde vei merge”, chinuirea animalelor de pe lângă casă, gesturi demonstrative cu cuțitul ori alte obiecte periculoase.

- **Exercitarea unui control economic**

De exemplu: control asupra veniturilor femeii, îi confiscă banii, salariul; îi oprește accesul la contul bancar; o face să ceară bani de la rude, vecini; îi limitează cumpărăturile, chiar dacă reprezintă necesități pentru copii sau gospodărie.

- **Gesturi ocazionale de prietenie și/sau de tandrețe**

De exemplu: cadouri neașteptate – flori, obiecte agreate de femeii; mici servicii – face cumpărături în locul ei, se ocupă de copii – îi duce în parc, la film; îi face surprize de genul organizării unei excursii, ori vizite la prieteni ori la rude.

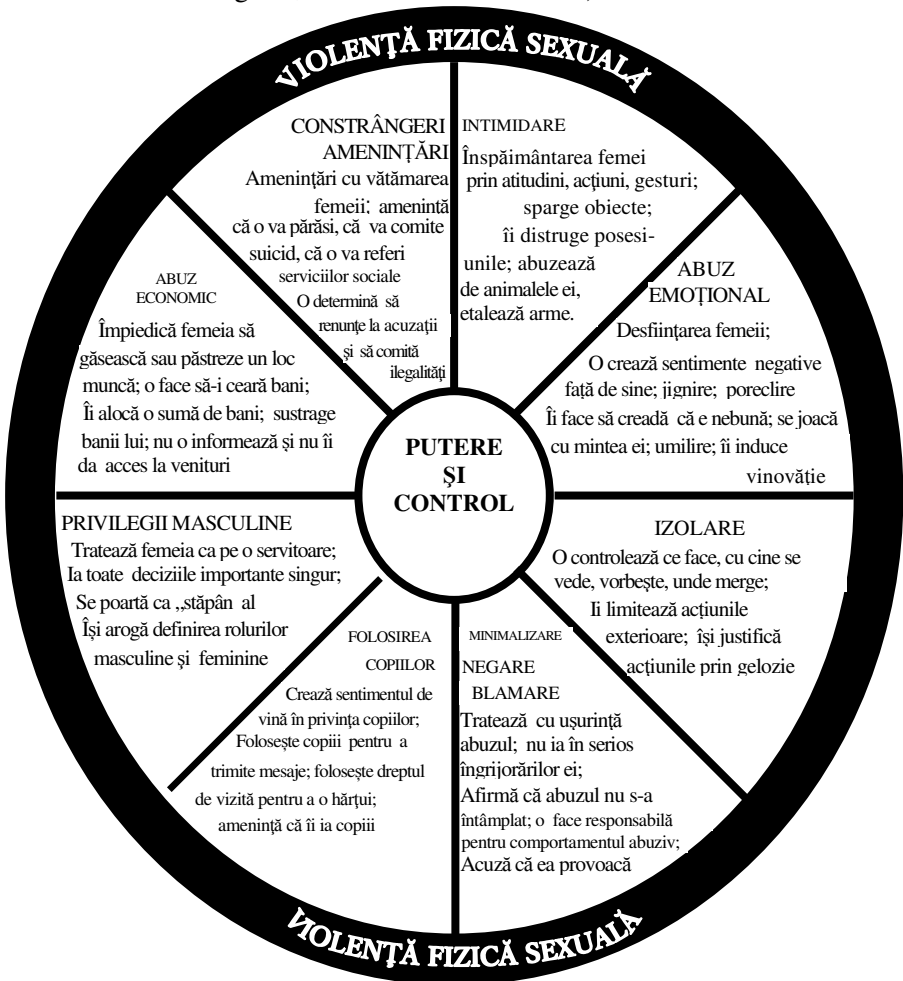
- **Inducerea unei perspective deformate**

De exemplu: mesaje cum ar fi: „fără mine nu ești (ai fi) nimic” ori chiar “nu ești bună de nimic” sunt adoptate de victimă și devin autoblamări, reproșuri pe care și le face singură; afimații prin care abuzatorul își justifică actele sunt preluate de partenră, care ajunge să susțină, să creadă că „gelozia lui este un mod de a-și arăta dragostea”, „mă lovește pentru că într-adevăr îi pasă de mine”, „dacă nu m-ar mai lovi cred ar fi pentru că ar înceta să mă iubească” etc.

Modalitățile de a dobândi și menține puterea și controlul în relație au fost cuprinse în *Roata de Putere și Control* elaborată în cadrul Programului de Intervenție în Violență Domestică din Duluth, Minnesota (<http://www.theduluthmodel.org>) Acest model integrează experiențele de violență ale femeilor, dar și relatările partenerilor lor care au participat la programele pentru agresori și a devenit un element de bază pentru înțelegerea naturii și dinamicii violenței între parteneri. Cele 8 segmente ale *roții violenței* cuprind actele și tacticile care alcătuiesc tiparul de coerciție și control folosit în relațiile de cuplu, complementar cu violența fizică și sexuală sau de sine stătător, pentru că există relații violente în care nu se exercită

violență fizică sau sexuală asupra femeii. Atunci când sunt aplicate asupra femeii, actele de violență fizică reprezintă manifestările cele mai evidente ale violenței și cresc impactul celorlalte forme de violență, nonfizice.

Figura 2 Roata de Putere și Control (după Domestic Abuse Prevention Program, Home of Duluth Model)



4.3. Ciclul violenței

Femeile răspund diferit la violența domestică: unele părăsesc relația imediat după primul episod de violență, altele se complac în această situație, iar altele pleacă ca apoi să revină în cuplu și repeta aceasta de mai multe ori. În 1979, Lenore E. Walker – în cartea sa de referință „*The Battered Woman*” – a identificat 4 faze distincte care alcătuiesc un „ciclu al violenței”:

1. Acumulare de tensiune, în care femeia simte că ceva nu e în regulă și caută să-i facă pe plac partenerului;
2. Manifestarea violenței, acută;
3. Reconcilierea – bărbatul are temeri sau remușcări și încearcă să se împace;
4. Acalmie – uneori văzută și ca *lună de miere*.

Walker a ajuns la concluzia că fazele variază în durată și intensitate; astfel, este dificil de previzionat cât timp vor rămâne agresorul și victima într-o fază sau durata ciclurilor individuale (Appelt et al., 2000).

De-a lungul timpului au apărut și alte variante ale ciclului violenței, cu un număr mai mare sau mai mic de etape, în fapt descriind același proces repetitiv din dinamica relației agresor – victimă. Spre exemplu, Iluț (2005) face referire la trei faze – acumularea de tensiune, explozia și „luna de miere”.

Un ciclu al violenței în șase faze (Institutul de cercetare și formare JSI, 2007, Rujoiu, 2010), care ajută la înțelegerea comportamentului agresorului și victimei (figura 3), cuprinde:

1. **Faza exploziei:** are loc un acces de violență (bătăia); aceste accese își pot spori intensitatea de-a lungul timpului.
2. **Faza de remușcări:** este faza în care agresorul se simte rușinat sau vinovat pentru actul de violență comis. De obicei nu-și asumă responsabilitatea pentru comiterea violentei, afirmând că a fost provocat de victimă sau nu și-a dat seama ce face datorită consumului de alcool. Promite că astfel de lucruri nu se vor mai întâmpla.
3. **Faza de urmărire:** dacă victima îl părăsește imediat după incident, agresorul va încerca din răsuferință să-i „cumpere” bunăvoința, să-i amăgească vigilența prin cadouri, comportament ireproșabil, atent, iubitor. Mai există varianta în care el se declară neajutorat fără ea sau amenință că se va sinucide.

4. **Faza de relaxare (a „lunii de miere”)**: este o fază de falsă acalmie, în care agresorul devine mai comunicativ, mai atent cu nevoile victimei, iar ea speră că el s-a schimbat. Dacă cei doi se împacă, de obicei nici unul nu mai vrea să-și amintescă durerea resimțită după episodul violent. Din nefericire, în majoritatea cazurilor ciclul se reia de la capăt, până când victima își pierde încrederea în sine, în propriile sentimente și propria judecată.
5. **Faza de așteptare** : victima se simte din nou dominată de agresor, pentru că acesta exercită controlul asupra ei și din cauza faptului că i-a slăbit încrederea în forțele proprii și are o imagine de sine scăzută.
6. **Faza de acumulare a agresivității**: agresorul acumulează tensiune. Aceasta este motivată de diferiți factori: stres de la serviciu, obligații familiale etc. Comportamentul său devine din ce în ce mai agresiv și nu contează deloc că cei din jur încearcă să-l detensioneze. Această stare există și la cuplurile nonconflictuale, dar la cele în care există violență, se trece în faza 1.

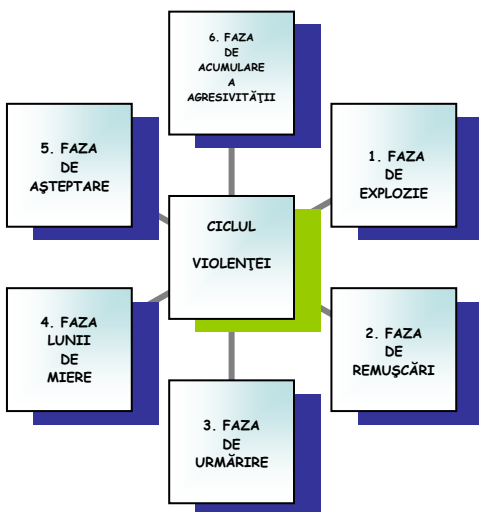


Figura 3. Ciclul violenței domestice (JSI, 2007)

Dintr-o perspectivă centrată pe persoana violentă, acest ciclu se prezintă astfel (Iwi, Todd, 2000):

Începuturile abuzului – acumularea tensiunii agresive

Pot fi identificate în inițierea de comportamente de control și tactici de intimidare în încercarea de a obține satisfacerea așteptărilor proprii, de a primi serviciile și conduita obedientă pe care le solicită din partea parteneriei. Așteptarea, frustrarea și nemulțumirea alimentează o tensiune crescândă, moment în care mulți dintre bărbații cu care s-a lucrat în programele *Alternativă la violență* spun că încep să pândească o situație care să „aprindă scânteia” acțiunii de descărcare, de eliberare a presiunii psihice (Iwi, Todd, 2000, Pence, 1996). Este faza de acumulare a tensiunii agresive din procesul cunoscut drept *ciclul violenței*.

Decizia de a folosi violența – episodul de violență

Raportul OMS asupra violenței și sănătății (WHO, 2002) ilustrează, pe baza datelor unor studii realizate atât în țări industrializate cât și în cele în curs de dezvoltare, situații cu potențial de declanșare a manifestărilor violente asupra femeii în relație partenerială. Sunt menționate: neascultarea, riposta verbală, nepregătirea mesei la timp, plecarea din casă fără permisiunea bărbatului, interogarea bărbatului în legătură cu banii ori alte femei, refuzul de a face sex și suspectarea femeii de infidelitate etc.

A folosi violența este întotdeauna o decizie. Pentru a utiliza violența împotriva parteneriei, un bărbat trebuie mai întâi să izoleze afecțiunea pentru ea și conștiința faptului că ea este o ființă care simte durere, trăiește emoții și sentimente. Poate să facă acest lucru într-o perioadă de timp și un proces în care să își modifice percepția și reprezentarea ei ca ființă umană, dar și a relației dintre ei, să înceapă să vadă în ea un obstacol în calea voinței și intereselor lui, un dușman. Bărbatul violent, abuziv, diminuează și transpune ca obiect imaginea parteneriei lui – uneori o vede și o etichetează ca „tâmpită, proastă, vacă, curvă, nebună”, altelei „rea, vrăjitoare, manipulativă”etc. Aceste apelative pot să fie prezente și în timpul certurilor, însă apar întotdeauna în *timpul incidentelor abuzive*.

Stabilizarea violenței în relație

După primul incident de violență fizică, victima resimte o ușurare temporară a temerilor trăite anticipativ, urmată imediat de o tristețe copleșitoare. Trăind violența o dată, știe că nu se va mai simți vreodată în siguranță alături de partener. Izolarea complică efectele abuzului și deteriorează stima și respectul de sine ale victimei. Se instalează un cerc vicios alimentat de ambivalență și oscilația între a rămâne sau a pleca din relație.

Pe de altă parte, abuzatorul se confruntă cu remușcări, regrete, sentimente de vină, mai prezente după primele episoade de violență, și recurge sau dezvoltă mecanisme de apărare - caută să evite ori să scurteze această fază, construiește justificări care să-l ajute să se simtă confortabil în legătură cu manifestările abuzive și violente. Fiecare agresor își compune propriul tipar defensiv - negare, minimalizare, blamare a partenerii etc.

Tactici de menținere a relației cu partenera

Una dintre cele mai intense temeri ale unui abuzator este aceea că partenera va scăpa de sub controlul lui. Astfel plecarea, încheierea relației este în mod special periculos pentru femeie.

Agresorii dezvoltă și ei o dependență față de parteneră, așa-numita „dependență mascată” (Dutton, 2007). Pentru bărbatul abuzator, a lăsa femeia să plece are semnificații pe care le respinge cu vehemență: fie îi este teamă de abandon, fie ar însemna că ea câștigă ori are ultimul cuvânt. Tot eșafodajul de susținere a violenței lui, toată construcția mentală care să-i justifice comportamentul, felul lui de a fi și simți, trăi, tiparele pe care le-a confecționat pentru ea, pentru relația lor, în care poate a investit ani, stau să se năruie. Bărbații pot ajunge nebănuit de departe cu urmărirea partenerelor lor, pentru a le aduce înapoi și a le pedepsi pentru îndrăzneala de a pleca. Pot să se folosească de copii, amenințând că îi vor lua și îi vor împiedica să fie cu mama lor. Iar asta este o mare temere a femeilor, care le împiedică să acționeze, să se desprindă din relații violente.

O altă direcție tactică de a ține partenera în relație cuprinde acte, gesturi, prietenosae, care construiesc o falsă acalmie, în care agresorul devine mai comunicativ și mai atent cu nevoile victimei, inducându-i și alimentându-i speranța că el se va schimba. Perioada dintre episoadele violente este în general caracterizată de normalitate, de un comportament acceptabil. Această alternanță

între negativ și pozitiv este cunoscută în teorie ca suport parțial sau intermitent. Dutton (2007) arată că această situație, de cele mai multe ori, dă naștere la șabloane de comportament care sunt asociate cu un atașament emoțional puternic al victimei față de abuzator, lucru extrem de greu de schimbat.

Mecanisme de justificare a comportamentului față de parteneră

Unul din segmentele Roții de putere și control, elaborată în cadrul Modelului Duluth, se referă la modalitățile prin care abuzatorii se protejează psihic, distanțându-se de realitatea faptelor lor – minimalizarea gravității, frecvenței, semnificației violenței; negarea; blamarea – atribuirea responsabilității pentru acțiunile sale în afara sa. De exemplu (Iwi, Todd, 2000):

Minimalizează semnificația actelor de violență: „Eu nu sunt cu adevărat agresiv, violent, pentru că nu am folosit niciodată arme”; minimalizează gravitatea faptei: „S-a întâmplat o dată... ce mare lucru?!” „Nici nu a durut-o nimic, cum să o fi lovit?!”.

- Neagă problema: „Nu-mi amintesc să fi făcut eu așa ceva”, „Eu să fiu violent? Nici vorbă, nu aș lovi o femeie ...”, „Nu vă luați după ce spune ea... vă spun eu cum a fost...”.
- Deplasează, transferă responsabilitatea spre factori externi:
 - alcoolul: „Eram băut și nu mai știam ce fac”, „Amândoi am băut și ne-am certat un pic” ,
 - emoțiile extreme: „Am văzut negru/roșu în fața ochilor de mânios ce eram”.
- Invocă preceptele religioase care susțin poziția bărbatului de “cap” al familiei, „stâlp al casei”, deci nu face altceva decât să se conformeze normelor, tradiției.
- Blamează, învinuiește victima: „Știe că nu-mi place când îmi vorbește așa... sau (nu) face ...”.
- Dezumanizează victima: „E o nenorocită, târfă, tâmpită, vacă” etc.

Negarea poate să se refere la violență în sine, la gravitatea ei, la atribuirea responsabilității pentru comportamentele, actele de abuz și violență, ori la posibilitatea ca acestea să se repete; dacă totuși agresorul recunoaște faptele, va căuta motive care să le justifice (Appelt et al., 2000). Obstacolele în asumarea responsabilității pentru abuz se prezintă într-o gamă largă de comportamente - de la indignare, mândrie, competiție, la teamă de a

fi confruntat, criticat, de a-și exprima sentimente și emoții, în unele cazuri chiar jenă față de situație (Salter, McMaster citați în Appelt et al., 2000).

4.4. Modele comportamentale ale victimei Atașamentul traumatic și sindromul Stockholm

În literatura de specialitate, comportamentul victimei este asociat cu sindromul Stockholm (Appelt et al., 2000). S-a observat că victimele violenței au un răspuns comportamental similar cu victimele torturilor, războaielor, luărilor de ostateci. Denumirea e legată de studiile realizate de psihologi asupra impactului psihologic al luării unor ostateci la o bancă din Stockholm. Similaritățile găsite între efectele violenței asupra reacțiilor emoționale, psihice și comportamentale la ostaticii și femeile bătute se referă la: strategiile de dominare ale agresorilor, sexul acestora, strategiile active de supraviețuire, răspunsurile contraproductive ale victimelor și supraviețuirea trăită ca succes (Graham, Rawlings, Rimini, 1988).

Sindromul Stockholm apare în următoarele condiții:

1. Viața victimei este în pericol sau este serios amenințată;
2. Victima nu poate scăpa sau crede că nu are scăpare – se simte prinsă în relație ca și cum ar fi luată ostatică;
3. Abuzatorul este prietenos la un moment dat – manifestările violente alternează cu gesturi de bunăvoință;
4. Victima este decuplată, izolată de lumea de afară, lipsită de orice fel de sprijin.

Rezultă o percepție distorsionată a victimei, aceasta preia perspectiva abuzatorului, se identifică cu el și chiar ajunge să-i ia partea (Appelt et al., 2000).

Sindromul Stockholm apare la femeile *traumatizate repetat*, terorizate în cadrul relației lor de cuplu, precum și la copiii care sunt abuzați ori martori ai violenței sau sunt amenințați de ea direct sau indirect. Ca rezultat al unor strategii cum ar fi izolarea și creșterea dependenței, femeile abuzate aderă tot mai mult și mai mult, disperate, către unica relație pe care o au: relația lor cu abuzatorul. Sub impactul acestui „atașament traumatic”, propriile interese ale femeilor, nevoile și părerile lor, ajung să fie influențate și/sau controlate de abuzator. Supunerea victimelor poate deveni atât de puternică (în cazuri de violență sexuală, de ex.), încât dorințele lor pot fi anihilate. Doar violența asupra copiilor ori amenințările

abuzatorului că le va face rău, induc în femeie dorința de a lupta. Dacă abuzul continuă pe o perioadă mai lungă, cele mai multe femei nu-și vor mai putea proteja pentru multă vreme copiii. Complet demoralizate, neajutate și fără speranță, vor renunța. Unele pot avea tentative de suicid.

Răspunsul la violență - apărare, confruntare, reziliență

În dorința de a-și asigura supraviețuirea și de a preveni acte violente mai grave, victimele dezvoltă strategii axate pe încercarea de a schimba situația ori măcar de a-i face față, a rezista, cu cât mai puține consecințe negative (Iwi, Todd, 2000, Appelt, Kaselitz, Logar, 2004). Aceste strategii de coping pot fi centrate pe:

- **problemă** - urmăresc schimbarea practică a situației (ex: separare) și lucrează pentru găsirea de soluții care să rezolve problema, scopul fiind în acest caz să reușească cumva să oprească abuzul;
- **trăiri și emoții** - încearcă o adaptare la situație prin prelucrări interioare pentru a reduce efectele emoționale și a menține un echilibru psihic și funcțional, de regulă prin mecanisme de apărare: minimalizează gravitatea, întrețin speranța că agresorul se va schimba, se învinovățesc.

În cele mai multe cazuri victima va angaja ambele strategii, simultan sau succesiv.

Dacă abuzatorul exercită o serie de acte abuzive non-fizic asupra victimei, într-o primă fază ea se va centra pe emoții, dorind o adaptare la situație („probabil exagrez eu, trebuie să nu dau atâta importanță ... nu e mare lucru ... așa ceva se întâmplă în toate relațiile...?”), pregătindu-se în același timp pentru o rezolvare a situației.

Dacă femeile sunt cu adevărat speriate de amenințările asupra vieții lor sau a copiilor lor, pot recurge la contra-atacul fizic. Dacă ajung să rănească abuzatorul, ele riscă ca el să devină și mai violent sau să răspundă cu acțiune în justiție, întrucât bărbații au mai puține rețineri decât femeile în a face plângere penală pentru încălcări ale drepturilor lor. Câteodată se întâmplă ca femeia, în încercarea de a se apăra, să-l rănească mortal pe abuzator. Studiile americane realizate după ce au început să funcționeze programele de intervenție arată că, omorârea unui abuzator de către victima lui este un semn că ea nu a primit sprijin din afară (Pence, 1996). De când s-au

deschis adăposturi pentru femei în SUA – în anii ‘80, numărul bărbaților violenți uciși de victimele lor a scăzut, dar nu a scăzut numărul femeilor ucise de către bărbați violenți.

Sunt studii care arată că o femeie are nevoie de mai mult timp, implicit mai multe episoade de violență, până să ia decizia de a ieși din relație, în medie 6 ani (Ellsberg citat în WHO, 2002). Literatura de specialitate arată că femeile care trăiesc într-o relație violentă iau hotărârea de a întreprinde ceva pentru a ieși din această situație, abia în momentul în care devin conștiente de pericolul ce planează asupra copiilor, de faptul că răul care se întâmplă copiilor este asemănător sau chiar mai mare cu cel ce se petrece cu ele. propria lor situație se pare că nu duce la un gest de autoprotecție și face ca de cele mai multe ori ele să rămână în relația violentă (Muntean, 2003).

4.5. Formele violenței în relație de cuplu

Când vorbim de violența exercitată asupra partenerei în cuplu nu ne referim la o izbucnire accidentală, un eveniment singular, ci la un cumul de acte și efecte care se repetă în timp, în mai multe episoade. În unele episoade, agresorul atacă într-o singură manieră, fie verbal, fie fizic, fie psihologic ori sexual; alteori recurge la o combinație de forme, de acte, acțiuni, ca de exemplu, jignește, șantajează, amenință și în final lovește. Toate componentele care alcătuiesc tiparul de abuz, de constrângere și control, se leagă și se potențează, având un impact profund asupra stării emoționale și fizice a partenerei, pentru că ea răspunde la întreg ansamblul de tactici și atacuri.

La baza primelor materiale de instruire a lucrătoarelor din serviciile specializate pentru victime a stat informația colectată pe parcursul muncii cu femeile asistate în adăposturi și centre de consiliere. Relatările concrete ale femeilor despre cum au fost maltratate, agresate fizic, sexual și emoțional au condus la alcătuirea categoriilor prezentate în continuare (Appelt et al., 2000):

Violența fizică cuprinde comportamente precum:

- împingere, îmbrâncire, îngheșuire în locuri strâmte, trântire de pat, de pereți, de podea, prinderea și scuturarea victimei de părți ale corpului, de păr ori de haine;
- pâlmuire, pleznirea cu mâna și/sau palma;
- lovire cu pumnul, cu obiecte, cu piciorul;

- arderea ori opărirea ei; smulgere sau târâre de păr;
- ștrangulare, înecare, rănire cu obiecte ascuțite, tăioase, arme;
- distrugere de lucruri la care ea ține (haine, fotografiile, cărți, etc.).

Violența sexuală cuprinde acte precum:

- comite acte sexuale violente, o forțează la acte sexuale;
- solicită în mod excesiv să facă sex sau așteaptă acces sexual de câte ori și când dorește el („este datoria ta”, „dacă nu pot primi aici, voi găsi în altă parte”);
- rănește în timpul actelor sexuale;
- face presiuni ca ea să facă sex când e bolnavă, epuizată fizic, după un atac fizic etc. sau se supără și o pedepsește dacă nu obține de la ea sex;
- o forțează să poarte haine pe care ea nu dorește să le îmbrace;
- face afirmații înjositoare cu nuanță, conținut sexual;
- o obligă să privească pornografie sau să imite acte pornografice;
- este gelos, o acuză că are alte relații, flirtează ori se întâlnește cu alți bărbați; o acuză că se îmbracă, se aranjează pentru a atrage alți bărbați;
- folosește faptul că și ea are un trecut sexual pentru a o numi „târfă”, „curvă”;
- o forțează să întrețină relații sexuale cu alți bărbați pentru diverse.

Violență nonfizică:

Există multe manifestări care nu sunt atacuri fizice, nu se folosește forța fizică și totuși au ca efect slăbirea voinței persoanei asupra căreia se exercită, o determină să renunțe la calea ei și să se supună solicitării, interesului, pretențiilor opresorului. Acestea pot fi clasificate în următoarele categorii:

Violență verbală: o înjură, o umilește, o jignește și batjocorește, strigă, țipă, urlă la ea; critică orice face, îi spune că nu știe să fie nici mamă, nici soție, nu are valoare în niciun rol, nu e bună. Abuzul verbal este întărit de amenințări, intimidare și demonstrații și/sau folosirea forței fizice: amenință că o va răni pe ea, pe copii, familia ei, prietenii ei; amenință să ia copiii din îngrijirea ei; amenință că se va omorî sau că o va omorî dacă ea îl va părăsi, dacă va pleca; o sperie, o intimidează, uitându-se într-un anume fel sau punându-se în calea ei.

- *Violență emoțională:* o împiedică, oprește să-și exprime trăirile, mai ales furia, o face (să se simtă) „proastă”, se leagă de

aspectele ei mai puțin favorabile (că e grasă, sau slabă, urâtă, neîngrijită etc.).

- **Violență psihologică:** o face să creadă că e nebună, face jocuri mentale; neagă ori minimizează suferința pe care i-o provoacă; se ceartă pentru detalii mărunte; se poartă imprevizibil, derutând-o; o tratează ca servitoare; vrea să șteargă cu buretele episodul de violență și să o ia de la capăt; încearcă să o oprească să iasă afară; devine gelos dacă ea vorbește cu alți bărbați; încearcă să o oprească să lucreze sau să studieze; o împiedică să folosească telefonul, mașina; folosește copiii ca să ajungă la ea; refuză să comunice, să vorbească, stă îmbufnat, folosește tăcerea pentru a obține ce vrea; se folosește de dreptul de a vizita copiii pentru a o hărțui; abuzează copiii pentru a o controla; nu o lasă să se desprindă din relație, o urmărește, o hărțuiește.

Violență economică cuprinde comportamente precum:

- ia decizii care implică venitul și bunurile comune fără să consulte partenera;
- o determină să-i ceară bani, să-l implore să-i dea bani;
- îi fură banii, face datorii în numele ei;
- nu împarte banii comuni în mod echitabil.

Tabel 1. Factori de risc pentru comportamentul violent (Iwi, Todd, 2000, WHO, 2002, 2013, Heise, 2011)

<i>Istoricul și caracteristicile comportamentului violent</i>	<i>Alte comportamente relevante</i>
<ul style="list-style-type: none"> - A comis acte de violență cu consecințe severe, necesitând îngrijire medicală - A recurs la ștrangulare - Obişnuiește să amenințe cu utilizarea armelor - Își amenință partenera că o va omorî - A fost violent cu partenera când era gravidă - Este violent sexual - a comis viol asupra ei 	<ul style="list-style-type: none"> - Dependență de substanțe toxice – alcool, medicamente, droguri - Agresiune generalizată, atât în casă, cât și în afara ei - Risc suicidar ori amenințări cu suicidul - recente sau actuale <p>Antecedente psihiatrice</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tulburări psihotice - Tulburare de personalitate anti-socială <p>Circumstanțe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menține contactul cu partenera

<ul style="list-style-type: none"> - A agresat și alți membri ai familiei - Actele de violență sunt mai frecvente - Violența este mai severă <p>Evenimente de viață stresante, recente sau actuale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abuz sever în familia de origine - Șomaj - Lipsa locuinței - Alte evenimente stresante <p>Atitudini față de violență</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blamarea partenerei - Minimalizarea sau negarea violenței - Absența remușcărilor - Atitudini tradiționaliste despre dominanța masculină - Absența empatiei față de victimă - Fantezii în legătură cu moartea/omorârea ei sau cauzarea unei suferințe severe - Nerecunoașterea riscului - Absența motivației de a se schimba <p>Refuzul de a participa la programe de genul Alternativă la violență</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Partenera încearcă să plece ori l-a părăsit recent - În prezent este izolat de sisteme de sprijin <p>Starea psihică</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentimentul că nu mai are nimic de pierdut – „să se ducă dracului tot...” - Nivel crescut de furie și ostilitate - Nivel crescut de ostilitate față de parteneră - Depresie - Ideea suicidă - Gelozie obsesivă, control obsesiv <p>Gândire obsesivă, în special în legătură cu posibilitatea de a fi părăsit</p>
--	---

4.6. Efectele violenței asupra femeilor și copiilor

Consecințele abuzului și violenței asupra victimelor variază în funcție de natura incidentului, relația victimei cu agresorul și contextul particular în care se produce. Efectele sunt resimțite la nivelul sănătății fizice și mentale, situației economice și sociale, relațiilor femeii cu copiii, familia și anturajul.

În planul **sănătății fizice**, victima poate suferi (WHO, 2002, Population Reports, 1999):

Vătămări: traumatisme craniene, fracturi osoase și/sau articulații dislocate, afecțiuni invalidante locomotor; rupturi de organe, pierderi de organe (cauzate de lovire în zona splinei, ficatului, rinichilor); mutilări, dinți spărți ori lipsă; vânătăi, contuzii; tulburări de auz etc.

Afecțiuni psihosomatice; afecțiuni gastrointestinale, hipertensiune, astm, migrene, dureri de spate, sindrom de colon iritabil etc.

Afecțiuni ginecologice, sarcini nedorite sau pierderi de sarcină, HIV/SIDA sau BTS, dureri pelviene cronice, inflamație pelviană cronică.

Conform studiilor WHO (2002), în sfera **sănătății mentale**, cele mai frecvente efecte ale abuzului și violenței din partea partenerului sunt:

- Depresie
- Teamă, anxietate, fobii, atacuri de panică
- Tulburări de atenție, concentrare, memorie
- Simptome de stres posttraumatic
- Disfuncții sexuale
- Insomnii, coșmaruri
- Tulburări alimentare
- Tulburări obsesiv-compulsive
- Tentative suicidare

Studiul al Agenției UE pentru Drepturi Fundamentale, publicat în 2014, evidențiază drept cele mai frecvente consecințe pe termen lung ale abuzului fizic din partea partenerilor: anxietatea, pierderea încrederii și sentimentul de vulnerabilitate (31-33%), urmate de tulburările de somn și depresia (23%, respectiv 20%) (FRA, 2014, p. 23).

În sfera **comportamentală** apar tendințe autodistructive, de la fumat excesiv la consum de medicamente și alcool, la neglijare; resentimente și ostilitate manifestate agresiv, inclusiv față de copii; slăbiciune, încetineală, greutate de a lucra; izolare, evitare. Dacă femeia este abuzată și sexual, impactul autodistructiv se poate instala la nivelul sexualității, prin comportamente de risc, precum sex neprotejat, promiscuitate sexuală, sarcini la risc.

Abuzul emoțional și psihologic poate fi la fel de debilitant ca și abuzul fizic (Heise, Pitanguy, Germain, 1994). Practicienii din domeniu relatează faptul că femeile consideră abuzul psihologic și

umilirea mai devastatoare decât o agresiune, un atac, fizic. Un studiu detaliat realizat în Irlanda în 1988 de Casey (citat în Heise et al., 1994.) despre aspectele trăite cel mai negativ de femeile abuzate de parteneri indică pe primele cinci locuri: tortura mentală, teama și teroarea, violența fizică – bătăile, depresia și pierderea totală a încrederii, efectele asupra copiilor.

Ann Jones și Susan Schecter (1993) au identificat cinci emoții cheie pe care le trăiesc femeile abuzate de partenerii lor: teamă, rușine, vină, furie și o trăire mai greu de definit: “simt că îmi pierd mințile, că înnebunesc”. Femeile își descriu trăirile, cu propriile lor cuvinte, astfel: stresată, pierdută, singură, confuză, în capcană, sufocată, fără energie, nervoasă, speriată, nesigură, fără încredere, vulnerabilă, rea, umilită, distrusă etc.

Impactul **economic** negativ se manifestă ca participare restrânsă la activități producătoare de venit, periclitarea locului de muncă din cauza absenteismului, scăderii randamentului, funcționalității, vulnerabilitate crescută la diferite alte forme sau tipuri de violență de gen (hărțuire sexuală, discriminare).

În Raportul Organizației Mondiale a Sănătății din 2002 (WHO, 2002) asupra violenței și sănătății sunt extrase câteva concluzii ale cercetărilor din perioada imediat anterioară care ilustrează consecințele abuzului asupra sănătății femeilor:

- cu cât este mai sever abuzul cu atât este mai mare impactul asupra stării fizice și mentale a femeii;
- influența abuzului persistă mult timp după ce abuzul este oprit;
- impactul în timp al diferitelor forme și episoadelor multiple pare să se intensifice.

Impactul violenței din familie asupra copiilor

Copiii sunt adesea prezenți în timpul desfășurării incidentului de violență; într-un studiu efectuat în Irlanda (O’Conner, 1995, citat în WHO, 2002) 64% dintre femei au spus că copiii lor erau prezenți în mod constant în timpul violenței. Astfel, copiii trebuie considerați în dublă situație de risc:

- direct, când sunt vătămați, răniți în timpul episodului de violență, chiar dacă nu sunt vizați direct;
- indirect, ca martori ai evenimentului traumatic.

Cele mai severe consecințe asupra copiilor decurg din rănirea accidentală sau intenționată în timpul episodului de violență; unii copii au tendința de a interveni pentru a o proteja pe mamă și fie sunt

atacați pentru a fi îndepărtați, fie se nimeresc în calea lovirilor, acțiunilor, agresorului. În plan psihic, emoțional, ei pot să fie traumatizați de teamă intensă pentru viața mamei lor, suferința ei și propria neputință de a o proteja; alții pot să se autoînvinovățească pentru eșecul de a preveni violența, dar pot și să își închipuie că sunt vinovați pentru ceea ce i se întâmplă, copiii mici au tendința de a crede că ceea ce fac adulții e din cauza lor.

Lista de mai jos cuprinde efectele cele mai întâlnite la copiii care trăiesc în familii în care unul din parteneri este violent (Population Report, 1999, UN Population Fund, 1999, UNICEF, 2000, WHO, 2002):

consecințe emoționale:

- frică, anxietate
- rușine
- neajutorare, neputință
- vinovăție
- tristețe
- depresie, uneori chiar și gânduri de suicid
- ajunge să se simtă responsabil pentru ce se întâmplă, pentru problemele familiei
- dorința de a fi perfect, pentru ca toată lumea din jur să fie fericită

➤ **consecințe fizice și psihosomatice**

- echimoze, contuzii, fracturi, arsuri,
- dureri de cap, de burtă
- enurezis
- ticuri, bâlbâială, rosul unghiilor
- tulburări de somn și alimentare

➤ **consecințe asupra dezvoltării și comportamentului copilului**

- tulburări de atenție și concentrare
- hiperactivitate
- agresivitate
- pasivitate ori dependență exagerată
- retragere, izolare socială
- probleme școlare
- preluarea unor responsabilități, sarcini și/sau roluri neadevate vârstei

Consecințele pe termen lung pentru copiii care asistă la violența dintre părinți conduc la risc crescut pentru:

- repetarea violenței la care asistă în copilărie în propriile relații;
- delincvență juvenilă;
- consum de alcool și droguri;
- suicid;
- fugă de acasă și prostituție.

În materialul elaborat de Centrul de Mediere și Securitate Comunitară Iași „*Violenta domestică – Ghid de recunoaștere și asistare*” (Muntean, E.D., 2002) este prezentat un profil al familiei violente compusă din – abuzator, femeie abuzată și copil – care ilustrează efectele comportamentale, emoționale, somatice și sociale produse de comportamentele agresorului.

Tabel 2. Profilul familiei violente (Muntean, E.D., 2002)

ABUZATORUL	FEMEIA ABUZATA	COPILUL
Răspunde într-o manieră impulsivă, frecvent cu furie și izbucniri violente, urmate de promisiuni și remușcări.	Interiorizează sentimente de supărare și frustrare, speră că lucrurile se vor îmbunătăți dacă e tolerantă.	Exprimă sau reprimă sentimente de furie și frustrare, control redus asupra impulsurilor.
Maschează problemele sale prin disfuncții sau blamând pe alții, evită să-și asume responsabilitatea pentru comportamentele sale problemă.	Își ia responsabilitatea pentru agresivitatea partenerului asupra ei, se autoînvinețește, interiorizează sentimentele de rușine și vinovăție care duc la afecțiuni somatice (dureri de cap, hipertensiune arterială, tulburări respiratorii, dureri de stomac, dureri de gât și spate etc.).	Ia responsabilitatea pentru violență asupra lui (funcție de vârstă și grad de maturitate), interiorizează sentimente de rușine și vinovăție care duc la depresie, tristețe și suferință, afecțiuni somatice, probleme școlare, chiul, delincvență.

Răspunde agresiv la situații conflictuale, încercând să le rezolve prin violență, constrângere sau metode de control.	Răspunsurile variază de la izbucniri de furie până la tactici manipulative în încercarea de a stopa escaladarea violenței.	Slabe abilități de rezolvare a problemelor. Este tentat să folosească violența sau manipularea (mințind) în privința problemelor școlare, cu colegii, prietenii sau membrii familiei.
Manifestă dorințe egoiste și modalități imature de satisfacerea lor.	Incertă și confuză în ceea ce privește propriile nevoi, se definește pe sine în raport cu partenerul, copiii, familia, slujba etc.	Confuz cu privire la propriile sale nevoi, incapabil să le exprime și împlinească evitând violența, adesea preia rolul parental în intenția de a-și proteja mama sau frații.
Stimă de sine scăzută, percepții distorsionate despre scopurile personale neîmplinite, comparându-se cu modelele de succes ale colegilor sau ale rudelor de gen masculine.	Stimă de sine scăzută, așteaptă cu răbdare ca agresorul să-și îmbunătățească comportamentul – soluția magică pentru problemele familiei.	Stimă de sine scăzută, așteptări scăzute în privința reușitelor sale sau ale fratilor.

<p>Se percepe ca având abilități sociale reduse, incapabil să mențină prieteni apropiați, așteaptă atenție exclusivă și loialitate din partea partenerului și copiilor, este anxios în privința contactelor cu prietenii și familia, se așteaptă ca „treburile familiei să rămână secrete.</p>	<p>Se izolează treptat de propria sa familie, prieteni și colegi, preocupată să împlinească nevoile partenerului, trăiește sentimente de rușine și vinovăție față de comportamentul partenerului pe care are tendința să îl țină secret.</p>	<p>Izolare socială crescută, abilități sociale scăzute, se teme să devină prea apropiat de colegi, ca aceștia să nu afle cum merg lucrurile în familia sa, trăiește sentimente de vină și rușine pentru comportamentul agresorului, ține secrete „treburile familiei”.</p>
<p>Gelozie și posesivitate, acuză partenera de infidelitate, supraveghere constantă a rutinelor zilnice, teama de abandon, folosește violența sexuală ca răspuns la abținerea partenerului.</p>	<p>Inabilitatea de a convinge partenerul de loialitatea sa, devine tot mai conștientă de aspectul și comportamentul său față de ceilalți, se simte neajutorată și lipsită de putere în situații de violență sexuală.</p>	<p>Încearcă să demonstreze loialitate, este confuz față de acuzațiile ce i se aduc, se simte neajutorat și lipsit de putere, încercă să se adapteze prin ascundere, fugă, „uitare” etc. Imagine de sine scăzută, nesigur cu privire la corectitudinea comportamentelor, imaturitate în relațiile cu colegii; la fete neîncrederea în bărbați ca viitori parteneri, la băieți neîncredere în femei ca parteneri loiale.</p>
<p>Teama de a fi abandonat de către parteneră și copii, teama de a fi singur.</p>	<p>Teama constantă de agresor, inabilitate de a face față copiilor sau fricii lor de a rămâne singuri.</p>	<p>Simte pericol pentru viața lui sau a mamei, confuzie și insecuritate cu privire la viitor, sentiment de neputință.</p>

Încălcarea limitelor altora sau invadează spațiul lor intim, percepe acest lucru ca fiind un comportament normal, intolerant la critică sau întrebări, solicită acceptarea absolută a dreptului său de a face acest lucru.	Pierderea treptată a perspectivei asupra spațiului său personal sau al copiilor, percepții distorsionate despre siguranță/ securitate, uneori incapabilă să discearnă între securitate și pericol, acceptă toate învinuirile.	Definire săracă a propriilor limite, lipsă de control asupra spațiului personal sau în definirea acestuia, violarea spațiului intim al altora, acceptă sau proiectează vina.
--	---	--

Autori români consideră că violența domestică reprezintă o problemă socială cu consecințe grave atât pentru familia care trăiește în violență, cât și pentru comunitatea care nu intervine și nu rezonază prin compasiune la suferința celuilalt (Muntean, Popescu, Popa, 2000).

4.7. Dificultățile de a pune capăt unei relații violente

Ghidul de lucru în situații de violență domestică elaborat de AFIV-Artemis (Antal, Bumbuluț, 2001, Appelt et al., 2000) sintetizează obstacolele cu care se confruntă femeile în cadrul unei relații abuzive, care pot explica dintre motivele pentru care ele continuă să rămână în relația violentă.

I. Obstacole exterioare

Risc crescut de a fi în primejdie:

- riscul de a fi hărțuită, urmărită, amenințată;
- riscul de a fi atacată și rănită dacă pleacă.

Multe femei sunt amenințate cu și mai multă violență în cazul în care pleacă. Între 40 și 50% din cazurile de omor comise împotriva femeilor în Statele Unite agresorul era partenerul lor, și aproape jumătate din ele erau separate sau în curs de separare când au murit (Campbell citată în Kercher, Weis, Rufino, 2010).

Găsirea unei locuințe și dificultăți financiare:

- nu are unde să meargă;
- nu are informație sau încredere în servicii care oferă găzduire (adăposturi);

-lipsa unei case sau a unui refugiu disponibil;
-nu are bani pentru a pleca; dependență materială de partener;
-trebuie să se mute departe, cu implicații asupra slujbei;
studiului, copiilor, relației de suport.

Situația copiilor:

trebuie să-și schimbe școala;

- vor fi afectați de schimbări;
- vor fi deprivați de prezența tatălui.

Comportamentul abuzatorului:

- este presată de partener să rămână;
- folosește învinovățirea și manipularea;
- o forțează să rămână, o oprește să plece;
- o amenință cu privire la ceea ce îi va face ei sau copiilor dacă pleacă;
- o amenință că se va sinucide dacă pleacă.

Lipsa sprijinului social și stigmatizare:

- este presată de alții (familie, prieteni, copii, conducători religioși) să rămână;
- nu are suficient suport pentru a se descurca din punct de vedere practic;
- este prea greu să se mute – prea multe dificultăți practice – este mai ușor să rămână;
- nu este luată în serios sau sprijinită de profesioniștii la care apelează (servicii medicale, poliție, serviciile sociale);
- stigmatul de a fi „stricat căsnicia”;
- stigmatul de a trăi „pe drumuri”, într-un refugiu;
- stigmatul de a fi etichetată drept „femeie bătută” sau „mamă singură”.

II. Obstacole interioare

Teamă:

- pentru viața ei dacă el își va duce la bun sfârșit amenințările;
- că nu va fi niciodată liberă sau că lucrurile vor merge și mai rău;
- de poliție și de proces;
- că îi vor fi luați copiii;
- de singurătate sau de a fi o mamă singură;
- de a fi izolată de familie sau de rețeaua de suport;
- de pierderea siguranței;

- de necunoscut;
- de sărăcie.

Mânie:

- că el o împiedică să plece;
- că o amenință că el va obține tot ce vrea: casă, copii, bunuri;
- că ea trebuie să dovedească realitatea teribilă în care trăiește;
- că ea este cea care trebuie să plece din casă;
- că el va câștiga tot ce e important: rămâne în casă, cu bunurile lor, lucrurile ei, rămâne cu copiii.

Vină și negare:

- „se străduiește, așa că rămân – pare nevinovat, așa că îi voi acorda încă o șansă”;
- se simte obligată față de el;
- se învinovățește;
- minimalizează răul;
- dă vina pe factori externi pentru comportamentul lui (de ex: „nu s-ar fi întâmplat toate acestea dacă nu ar fi fost beat ... dacă nu ar avea probleme la serviciu ... ”);
- simte părere de *rău pentru el*.

Efectele abuzului:

- nu are energie pentru a pleca;
- se simte rușinată și jenată;
- se simte neimportantă, nefolositoare;
- nu se gândește la ea, pune nevoile și sentimentele altora pe primul plan;
- se simte lipsită de putere;
- se simte confuză;
- are o părere proastă despre ea și nu crede că se va descurca singură;
- ajunge să creadă că merită abuzul și că nu va putea supraviețui fără el.

Greutate în a uita:

- își aduce aminte de vremuri plăcute ;
- încă îl iubește;
- investiția în relație, greutate în a accepta pierderile implicite;
- semnificația căsătoriei, respinge perspectiva divorțului;
- speranța că el se va schimba;
- e devotată ideii de „împreună la bine și la rău”;

- vrea să oprească violența și nu relația.

4.8. Mituri și realități ale violenței în cuplu

Ne referim aici la mituri/clișee ca stereotipii de gândire sau credințe false, prejudecăți despre violența în relații intime, de cuplu. Am grupat clișeele pe care le propunem spre analiză după aspectul principal la care se referă: procesul și dinamica violenței, victima sau agresorul.

Miturile, clișeele despre violența în cuplu există și se mențin pentru că e dificil să acceptăm și să ne asumăm această realitate, pentru că nu putem să înțelegem de ce o persoană poate răni și produce suferință fizică și emoțională unei alte persoane cu care este într-o relație semnificativă, intimă, de înrudire, ori de conviețuire.

Credințele care se referă la agresori încearcă să explice comportamentul violent punându-l pe seama unor factori exteriori (consum de alcool, provocări diverse) sau factori interiori, ținând de o dezvoltare psihopatologică a persoanei (impulsivitatea, furia de necontrolat), ori a anumitor caracteristici sociale (apartenență la grupuri minoritare). Este dificil pentru oricine să accepte neajutorarea, faptul că nu poate controla tot ce i se întâmplă. Rezultatul este că atenția este abătută de la ceea ce face agresorul, scăpând din vedere intenția care generează comportamentul violent. Analiza acestor credințe eronate și progresul în ce privește cunoașterea și înțelegerea realității ajută la readucerea în centrul atenției a acțiunilor agresorului și faptul de a fi 100% responsabil pentru violența comisă, crescând astfel șansele unei intervenții efective.

Dacă abordăm credințele despre violență asupra femeilor din perspectiva normelor culturale și/sau religioase care le-au generat și le susțin, putem identifica lesne câteva exemple:

Bărbatul este capul familiei și are dreptul de a sancționa femeia dacă aceasta are un comportament „incorect”.

Bărbatul are dreptul să pedepsească femeia prin bătaie sau privare de libertate.

A face sex cu partenera este dreptul bărbatului într-o căsătorie.

Este datoria femeii să țină familia împreună, să suporte, indiferent de ceea ce face bărbatul.

Mituri, clișee referitoare la violența în cuplu (Antal, Bumbuluț, 2001; Logar et al., 2006)

Mit/clișeu:	Fapt
Violența împotriva femeilor este supradimensionată, exagerată, ca incidență; se întâmplă mult mai rar decât se crede.	Multe femei se tem sau le este rușine să spună cuiva că sunt bătute. Statisticile instituțiilor înregistrează mai ales agresiunile severe, femeile raportează violențele când se simt serios periclitate de acțiunile partenerului, când ajung să se convingă că sunt în pericol mai mare dacă tac, decât dacă cer sprijin. Cercetările realizate pe scară largă în ultimii ani indică în mod substanțial că cel puțin o femeie din patru a fost serios agresată fizic și/sau sexual cel puțin o dată în viața ei.
Violența în cuplu este cauzată de relațiile disfuncționale, conflictele care se iscă între parteneri; dacă femeile s-ar comporta adecvat și nu i-ar irita pe bărbați, nu ar fi bătute.	Chiar dacă sunt dificultăți în relație, neînțelegeri, tensiuni – este ceva normal ca oamenii să aibă păreri diferite, interese uneori divergente; soluția în astfel de situații este comunicarea, rezolvarea de probleme și negocierea. Amândoi partenerii au un rol atât în generarea problemelor, cât și în rezolvarea lor, amândoi sunt responsabili pentru funcționalitatea relației. Există o diferență clară între ceartă sau altercație și violență. În timp ce între doi soți, parteneri, care se ceartă, raportul de putere rămâne egal, când există violență în relație, femeia este submisivă, chiar dacă „dă din gură” ea știe că partenerul ei poate pune capăt disputei în favoarea lui, oricând cu o lovitură sau numai o demonstrație de putere fizică. Violența înseamnă folosirea forței fizice, dar și a amenințărilor și tacticilor de constrângere pentru a controla gândirea partenerii (opinii, vederi), emoțiile și manifestările ei. Agresorii aleg să numească „ceartă” situații în care nu permit femeilor să aibă păreri sau alegeri diferite de ale lor.
Violența se va opri după un timp.	Violența probabil va continua și chiar va deveni mai gravă cu timpul. Mulți bărbați care agresează fizic încearcă să se oprească din această practică singuri, dar fără succes. Modalitatea care poate da

	<p>rezultatele dorite – oprirea comportamentului violent - este ca bărbatul să participe la un program de tipul Alternativă la violență. Astfel de programe îi învață pe bărbați metode sănătoase și acceptabile social, care să înlocuiască comportamentul violent sau abuziv cu un mod de relaționare bazată pe comunicare, clarificare, negociere, rezolvare de probleme.</p>
<p>Violența în cuplu, asupra femeilor, nu este periculoasă ori o problemă gravă.</p>	<p>Bătaia este periculoasă și serioasă. Bătaia rănește femeile, copiii lor, relațiile lor cu bărbații care agresează. Este modul cel mai frecvent prin care sunt omorâte femeile de către bărbați. Reprezintă o problemă majoră care trebuie oprită, necesită intervenție promptă, fermă și eficace. Statisticile din mai multe țări arată că 3 din 4 victime ale omorurilor în relații de cuplu sunt femei.</p>
<p>Violența domestică este o problemă privată, nimeni nu ar trebui să se amestece.</p>	<p>Comportamentele de contrângere, dominare și control înseamnă o încălcare a drepturilor umane. Violența, în special violența fizică, atrage costuri ridicate pentru societate, așa cum arată multe studii realizate în diverse țări: medicație, alte tratamente medicale, spitalizare, procedurile juridice, onorariile avocaților, detențiune etc. Violența domestică este o problemă socială, de sănătate publică, de drepturi umane.</p>
<p>Violența se întâmplă doar în familiile cu „probleme”, ori sărace, ori needucate, minoritare etc.</p>	<p>Studii, cercetări, munca efectivă cu victime și agresori – servicii, intervenție – relevă că violența domestică este un fenomen cu răspândire pe toate straturile sociale, statutul socio-profesional și economic al unui cuplu poate influența eventual formele sau tacticile de abuz și violență, modalitățile de dezvăluire și de rezolvare, asigurare a protecției pentru victime, oprirea violenței sau ieșirea din situație.</p>
<p>Alcoolul este cauza violenței domestice.</p>	<p>Realitatea arată că în mai puțin de jumătate din incidentele de violență bărbatul este sub influența excesului de alcool. Aceiași parteneri agresează fizic și atunci când nu sunt băuți, iar în ce privește</p>

	<p>formele nonfizice ori sexuale ale abuzului în relația de cuplu este evident că ele au o frecvență care scoate din discuție posibilitatea ca abuzatorul să fie băut; ar însemna ca el să fie beat tot timpul.</p> <p>Consumul de alcool sau de droguri este adesea folosit ca scuză pentru comportamentul violent. Chiar dacă efectele consumului de substanțe pot îngreuna conștientizarea impactului violenței sale asupra partenerei, alcoolul ori drogul în sine nu este cauza violenței. Violența și dependența de substanțe trebuie înțelese, abordate și tratate ca probleme independente.</p>
<p>Violența asupra femeii nu se produce în cadrul anumitor comunități religioase. Credințele și practicile religioase previn violența în cuplu.</p>	<p>Violența asupra femeii în relații de cuplu există în toate credințele religioase.</p>

Mituri, clișee referitoare la bărbații care se comportă violent în cuplu – agresori (Appelt et al., 2000, Iwi, Todd, 2000, Romani, Campani, 2012).

Mit/clișeu:	Fapt
<p>Agresorii sunt needucați, provin din clase inferioare, aparțin minorităților, ori sunt săraci, ratați.</p> <p>Bărbații violenți sunt bolnavi psihic ori psihopați.</p>	<p>Nu există date de cercetare care să susțină aceste credințe; agresorii provin din toate grupurile sociale, au diferite statuturi sociale, niveluri de educație, profesii etc. Nu există nici cercetări care să indice o frecvență semnificativ mai mare a violenței asupra partenerelor din partea bolnavilor psihic. Dimpotrivă, studiile arată că bolnavii psihici care sunt agresivi nu-și limitează actele de violență la partenerele lor sau dacă comit vătămări grave ori omor o fac în contextul alterării stării de conștientă (delir, halucinații) și sunt, cu rare excepții, episoade singulare.</p>

<p>Agresorii se deosebesc vizibil de bărbații non-violenți, ei sunt irascibili, nervoși și violenți în majoritatea situațiilor.</p>	<p>Numeroase studii asupra persoanelor cu comportamente abuzive și violente au arătat că cei mulți sunt adaptați social, conduita lor publică este controlată, se conformează normelor și sunt chiar bine apreciați de anturajul profesional sau de vecini. Dacă în afara casei respectă normele sociale, în intimitatea – protecția – casei, teritoriul privat, au mai puține rețineri față de consecințele unui comportament deviant și nici interes să-și controleze impulsurile, tensiunile.</p>
<p>Bărbații care agrează nu au control asupra comportamentului lor violent și nici nu se pot schimba.</p>	<p>Teoria “pierderii controlului” este contrazisă chiar de comportamentul agresorilor, care, de exemplu, “aleg să nu lovească în șeful lor ori în ofițerii de poliție, oricât de furioși ar fi” (Klein, Campbell, Soler, 1997). Acești bărbați pot avea impresia că nu au control asupra comportamentului lor. Cu toate acestea, munca cu persoanele cu comportament violent arată că o persoană își menține controlul asupra gândurilor, mișcărilor, actelor, chiar dacă este extrem de furios. Agresorul alege în mod deliberat când să atace femeia: când nu sunt martori - alții decât copiii, care nu contează pentru el; o lovește astfel încât să nu lase urme care să-l incrimineze. De ce o face? pentru că se consideră îndreptățit să pedepsească, să educe, să obțină ascultarea și conformarea. Aceste aspecte - unde, cum, când și de ce - ale comportamentului violent implică <i>alegera și decizia</i>. Acești bărbați au învățat să facă alegeri antisociale care dă frâu liber actelor care produc suferință, rănesc, fizic și emoțional, persoane percepute ca inferioare lor. Însă ei ar putea face alegeri mai bune, prosociale, pot afla că au și care este alternativa, că există și alte modalități de soluționare decât violența și pot forma abilități nonviolente de relaționare cu partenera și copiii.</p>

Bărbații abuzează femeile pentru că nu cunosc alt mod de a-și exprima emoțiile și sentimentele.	Realitatea invalidează această afirmație, printre altele cu însăși comportamentul abuzatorului din faza „de miere” a ciclului violenței care urmează episodului de violență, mai ales la începuturile relației violente. În această perioadă, bărbatul regretă și adesea cere iertare, promițând parteneriei că a fost pentru prima și ultima dată, căutând explicații pentru „ieșirea” lui; el își reafirmă iubirea, îi face daruri, diverse servicii și atenții cu care să o convingă de buna lui credință și intenție.
---	---

Mituri/clisee referitoare la victimă (Logar et al., 2006; Romani, Campani, 2012).

Mit/cliseu:	Fapt
Femeile abuzate și agresate sunt masochiste, acceptă sau incită să fie bătute, ori sunt obișnuite și caută relațiile violente, pentru că au crescut în familii cu violență.	Nimeni nu merită să fie abuzat și agresat, nici femeile. Dacă o femeie poate ajunge să spună „Hai, lovește-mă!” este pentru că știe că oricum asta urmează într-un fel sau altul. Dacă a mai avut parteneri violenți este doar pentru că sunt mulți bărbați care se comportă astfel față de femei, parteneri. Nu sunt masochiste, dar pot gândi că o astfel de viață este „soarta femeii”, „crucea” pe care o are de dus, credință transmisă cultural, religios sau/și familial.
Femeile ar termina relația și ar pleca, dacă ar suferi cu adevărat. Ele exagerează, ori urmăresc anumite interese, avantaje, în cazul divorțului sau separării.	Motivele pentru care o femeie abuzată alege să stea în relație sunt complexe, atât exterioare – lipsa resurselor și sprijinului, amenințările și riscul crescut de a fi în pericol și mai mare, presiunile din partea anturajului – cât și interioare – teamă, vină, ambivalență, frustrare, umilință etc. Numeroase situații au arătat că femeile sunt în pericol de a fi agresate grav, chiar letal, dacă încearcă să plece sau după ce au reușit să plece.

<p>Femeile sunt la fel de agresive și abuzatoare ca și bărbații - mitul reciprocității.</p>	<p>Este adevărat că și femeile acționează violent, uneori pentru a se apăra, ori pentru a-și proteja copiii, alteleori pentru că nu mai suportă tensiunea de așteptare a următoarei izbucniri violente a partnerului, ca modalități de rezistență. Statisticile ne arată că un procent variind între 5 și 15% din agresorii într-un cuplu heterosexual sunt femei, însă de asemenea sunt documentate diferențele în ce privește gravitatea efectelor, caracteristicile tiparelor de violență dintre bărbați și femei, precum și tolerarea violenței din partea victimelor bărbați. Femeile sunt violente mai degrabă verbal și psihologic. Studiile pun în evidență și diferențele între consecințele emoționale la victimele bărbați; nivelul fricii față de partenera-agresoare este semnificativ mai mic la bărbați.</p>
<p>Femeile au datoria să îndure abuzul și violența de dragul copiilor, menținerii familiei împreună.</p>	<p>Fiecare om, deci și fiecare femeie, are dreptul la o viață în siguranță, fără violență, în demnitate și autodeterminare. Ea singură poate decide să rămână ori să plece din relație, iar statul are obligația de a-i asigura protecție și sprijin, oricare ar fi decizia ei. Totuși, acest motiv este adesea invocat, în pofida faptului că bunăstarea fizică și psihică a copiilor este afectată negativ la fel de serios și în situația în care sunt doar martori la violența asupra mamei lor.</p>
<p>Femeile care au suferit violență nu și mai revin, ele rămân marcate psihic, discreditate.</p>	<p>Revenirea, vindecarea efectelor violenței este posibilă printr-o terapie adecvată. Femeile victimizate nu sunt „defecte”. Ele pot învăța să se protejeze, să aibă grijă de ele și de copiii lor. În schimb, relația cu agresorul poate fi iremediabil deteriorată și să nu mai fie cale de întoarcere, chiar dacă bărbatul se decide să urmeze un program de schimbare.</p>

STUDIU DE CAZ – ANA și VICTOR

Victor și Ana au 3 copii, în vârstă de 2, 5 și 9 ani. Victor este de meserie șofer, dar a fost concediat și acum lucrează ca zilier pe un șantier de construcții. Ana a terminat 10 clase, a făcut o specializare ca bucătăreasă, dar în prezent lucrează la un hotel, ca și cameristă.

Când Ana a rămas însărcinată, amândoi s-au bucurat, emoționați și încrezători să-și consolideze relația, formând o familie. Pe măsură ce sarcina înainta, Ana era tot mai obosită și bolnăvicioasă, dar și nemulțumită întrucât i se părea că Victor petrece mult prea mult în compania prietenilor lui și nu este lângă ea atunci când avea mai mare nevoie. Victor îi spunea că e prea sensibilă, chiar dezechilibrată, că se plânge fără motiv; evita tot mai mult să stea în preajma ei.

În timpul acestor prime certuri, a lovit-o pentru prima dată. Cu toate că a fost el însuși surprins de ce a făcut, i-a promis că va rămâne prima și ultima dată când a lovit o femeie. Totuși, de-a lungul anilor certurile s-au înțesit și agravat, Victor petrecea mult cu prietenii și colegii, în afara casei, ceea ce atrăgea nemulțumiri și plângeri tot mai des din partea Anei, urmate de alte certuri la care Victor își pierdea cumpătul și o lovea pe Ana. Violențele se repetau la intervale tot mai scurte și deveneau din ce în ce mai grave, lăsând uneori răni urâte pe corpul Anei.

După primul episod de violență, Ana a hotărât că dacă Victor va mai ridica mâna asupra ei, să-l părăsească. Însă, rațiuni practice – casa, banii, copiii – au făcut-o să tot amâne, să mai dea o șansă familiei. Se simțea și vinovată că îl “provoacă” pe Victor. O parte din ea știa că el n-ar trebui să o lovească cu nici un motiv, dar o alta era convinsă că era și vina ei. Dacă ar fi mai vioaie, harnică, amuzantă, atractivă, Victor n-ar petrece atât de mult timp în afara casei. La urma urmei, nu era așa când s-au cunoscut!

Începuturile abuzului

Victor a început să folosească o serie de comportamente de controlare și tactici de intimidare pentru a obține de la Ana serviciile și conduita pe care le dorea. Striga la ea, își flutura brațele agitându-se în jurul ei, îi spunea „vacă proastă” și „neună isterică”, lovea mobilele sau arunca spre ea cu diferite lucruri ce-i erau la îndemână etc. Pentru Ana, cel mai dureros era că o neglija, nu-i dădea atenția și ajutorul de care avea ea nevoie. Asta o făcea să se simtă nesigură și neînsemnată.

Era tot mai furioasă, speriată și confuză. Negăsind modalitatea și răgazul de a-i spune lui Victor ce se întâmpla cu ea, nu făcea decât să vorbească răstit, să țipe la el. Uneori izbucnea în lacrimi, dar Victor se

enerva și ieșea din cameră sau pleca de acasă. Comportamentul lui abuziv a speriat-o pe Ana și a redus-o la tăcere o perioadă, dar nu a rezistat prea mult și plângerile ei au revenit, iar Victor s-a înfuriat din nou, pentru că simțea amenințată ordinea pe care o dorea, autoritatea lui.

Decizia de a folosi violența

În loc să se confrunte cu emoțiile lui, să discute cu Ana despre ce se petrece și să încerce o rezolvare prin înțelegere, Victor a luat decizia să recurgă la „soluția cu palma” - cum îl sfătuiau și prietenii de pahar cu care se întâlnea frecvent în ultima perioadă – pentru a o face pe soția lui să se supună. . Când se întorcea acasă, uneori și amețit, reacționa la provocări mărunte cu acte de violență peste măsură. Începea să măsoare camera în lung și-n lat, lovind mobilele, în timp ce se certa cu Ana, apoi deodată se îndrepta spre ea, striga la ea să tacă din gură și să-l lase în pace, o prindea de brațe, o scutura și când ea începea să țipe, o pleznea cu putere peste față. Toate astea se petreceau preț de câteva secunde. În momentul în care o ataca, simțea din nou puterea asupra ei. Victor se oprea când vedea fața Anei, adesea rănită, roșie, alteori udă de lacrimi. La un moment dat, simpatia pentru ea trecea în prim plan și îi bloca impulsul violent. Alcoolul îi mai oferea și o scuză pentru comportamentul lui, ajutându-l să se împacă cu Ana dar și cu el însuși după izbucnirile violente.

Stabilizarea violenței în relație

După primul incident de violență fizică, Ana a simțit o ușurare temporară de temerile ei anterioare, urmată imediat de o tristețe copleșitoare. Într-un fel Victor a năruit relația lor, încrederea ei în el și un viitor bun împreună. Trăind violența odată, știa că nu se va mai simți vreodată în siguranță alături de el.

După momentele violente, Victor a intrat în panică. Îi era teamă că a stricat totul și că Ana îl va părăsi, teama că îl va părăsi, abandona, era puternică în astfel de momente. El și-a construit o schemă de a se scuza după violență, cerându-și iertare și promițând că nu se va mai întâmpla niciodată așa ceva. Ana a început să sperie că el se va schimba și că violența lui a fost pur accidentală. Când violențele s-au repetat, în pofida remușcărilor și scuzelor ulterioare, credința ei în promisiunile lui se susținea tot mai greu.

Pe de altă parte, Victor începuse să confecționeze o versiune a evenimentelor care să nu-l pună în lumină proastă, prin care violența lui nu era chiar așa rea, ba chiar era justificată. Nu-i provoca Anei răni serioase, la urmei urmei ea continua să țipe la el, deci nu putea fi chiar

așa de speriată, și, oricum, era vina ei, „o nebună isterică și proastă”. Odată ce s-a convins de toate astea, a început să se simtă mai bine cu comportamentul său și tot mai furios pe Ana; chiar credea că el se străduiește îndeajuns pentru a face să fie bine, să meargă relația lor. Cu cât mai mult folosea violența, cu atât mai ușor îi venea să o facă.

Ana, pe de altă parte, avea motive practice de a rămâne în relație și nici nu avea cui să vorbească despre toate gândurile și trăirile ei. Mama ei era convinsă că Victor e un bărbat bun, că ea este cea „mofturoasă și pretențioasă” și nu apreciază ce are, nu se străduiește destul pentru familia ei. Ii era rușine să le spună colegelor prin ce trece, mai ales că Victor apărea ca un bărbat liniștit, politicoș și prietenos cu ele și, în general, cu ceilalți.

Gândurile ei erau amestecate, neclare. În legătură cu violența era și mai confuză: este de neacceptat sau este vina mea? Pentru a suporta să stea a îmbrățișat credințele vechi despre rolul femeii în cuplu și familie, devenind tot mai convinsă că violența lui Victor însemna că trebuie să se străduiască mai mult pentru a face față ca soție și gospodină. Această atitudine era întărită de remarcile umilitoare, jignitoare și abuzul emoțional din partea lui Victor.

Izolarea a complicat efectele abuzului și a deteriorat stima și respectul de sine ale Anei. S-a instalat un cerc vicios:

Când violența și abuzul se răreau sau se opreau un timp, nu găsea curajul și încrederea pentru a pleca. Se întreba cu neliniște dacă s-ar descurca singură cu copiii; ori dacă ar putea găsi pe cineva cu care să încerce o nouă relație.

Impulsul de a pleca se reînsuflețea și era puternic după un nou episod, dar atunci nu știa încotro să se îndrepte, cine ar putea-o ajuta. La mama ei nu găsea sprijin, frații ei i-au oferit la început ajutorul, dar renunțaseră pe parcurs constatând că Ana se întorcea de fiecare dată la Victor, ignorând orice soluție propusă, oferită de ei. După un timp au început să o evite, să refuze să mai facă ceva.

În pofida temerilor, oboselii și descurajărilor întâmpinate, Ana simțea că trebuie să existe o modalitate să oprească izbucnirile lui Victor și suferința ei din ce în ce mai împovărătoare, cu atât mai mult cu cât vedea semne îngrijorătoare și la copii.

CONCLUZII

Înțelegerea clară și cuprinzătoare a violenței în relația de cuplu este o condiție esențială, necesară pentru dezvoltarea și aplicarea intervențiilor eficiente. Nu orice incident, episod singular de violență între parteneri duce la definirea relației ca fiind violentă și încadrarea acesteia în fenomenul violenței domestice. Aceasta se caracterizează printr-un tipar complex, cumulativ de comportamente de exercitare a controlului și puterii care se repetă în relația intimă și se exprimă prin acte violente fizic și/sau sexual, în paralel cu forme nonfizice de abuz verbal, emoțional, psihologic, economic.

Cunoașterea tacticilor de constrângere și control folosite de agresor pentru a stabili violența în relație și a-și menține partenera „ostatică” în ciclul repetitiv al dinamicii relației violente ajută la înțelegerea obstacolelor externe (ex. lipsa locuinței, situația copiilor, rețeaua socială redusă, stigmatizarea) și interne (ex. efectele abuzului, teamă, autoînvinovățire) cu care se confruntă femeia victimă în a părăsi relația violentă. Pe de altă parte, înțelegerea consecințelor abuzului asupra femeii și copiilor, cu efecte în planul sănătății fizice și mentale, cât și în plan comportamental și economic, iar în cazul copiilor asupra dezvoltării lor, sunt necesare specialiștilor pentru evaluarea riscului, adecvarea intervenției și planului de securizare pentru mamă și copil. În plus, cunoașterea strategiilor folosite de femeile abuzate pentru a face față situației de pericol în care trăiesc, cum ar fi răspunsul la violență fie prin apărare, confruntare sau reziliență, fie prin dezvoltarea unui atașament traumatic pot explica tentativele de ieșire din ciclul violenței și revenirile la partener.

Numai cunoașterea și înțelegerea în profunzime a acestor aspecte de către toți specialiștii care fac parte din echipa multidisciplinară și lucrează cu femeile abuzate - asistenți sociali, psihologi, ofițeri de poliție, personal medical etc. - pot fundamenta o atitudine de neînvinovățire a victimei, de sprijin și tratare cu demnitate a femeii și de respect a deciziilor ei, chiar dacă acestea, la un moment dat, ar putea părea ca fiind în detrimentul ei sau al copiilor (până la situația de risc a copiilor care justifică scoaterea lor din familie).

Capitolul 5 TRAUMA

Mihaela Dana Bucuță, Ana Raluca Sassu

Abstract:

Acest capitol este dedicat fenomenului traumei și are drept obiectiv principal familiarizarea specialiștilor din echipa de intervenție în violența domestică cu aspecte de psihotraumatologie ce adesea completează tabloul clinic al victimelor violenței domestice. În prima parte sunt prezentate definiții și accepțiuni ale traumei, așa cum apar ele în cele două mari orientări contemporane: cea americană, care preferă noțiunea de sindrom de stres posttraumatic, și cea europeană (prin reprezentanții săi germani), care preferă noțiunea de (psiho)traumă. Sunt dezbătute principalele caracteristici și este prezentat tabloul clinic al sindromului de stres posttraumatic după DSM V. O atenție specială se acordă traumei copilului și consecințelor pe termen scurt și lung ale experienței traumatice în viața victimelor (femeie și copil).

Cuvinte cheie: eveniment traumatic, traumă, sindromul de stres posttraumatic, trauma copilului, consecințele traumei.

1. Trauma: definire și caracteristici

Etimologic, cuvântul *trauma* în limba greacă înseamnă rană, leziune. Cuvântul a fost inițial asociat cu rana somatică, cu leziunea corpului. Într-un mod simplu și foarte aproape de realitate, trauma psihică poate fi înțeleasă ca o leziune psihică, ca o rană a sufletului (trauma=rană și psyche=suflet).

Ideea că și sufletul uman - asemenea corpului - poate fi rănit, nu este o idee nouă, dar acceptarea ei ca atare de către societate și știință s-a lăsat mult așteptată. Motivele, dincolo de dificultatea studiului științific al „rănilor sufletești”, sunt mult mai complexe și profunde, și sunt în strânsă legătură cu rezistența societății, a oamenilor în general, de a recunoaște o realitate sumbră și amenințătoare: „..., în vreme de pace, oamenii comit multe violențe împotriva altor oameni” (Ruppert, 2012, p.86).

Aceeași rezistență se regăsește și în știință – abia în anii 1980, trauma psihică începe să fie recunoscută ca fiind cauza multor suferințe și tulburări psihice apreciază Ruppert (2012).

Inițial tratat în strânsă legătură cu stresul, conceptul de traumă capătă o serie întregă de accepțiuni.

Manualele diagnostice actuale preferă termenul de stres posttraumatic. Tulburările legate de traumă se referă la acele

tulburări în care expunerea la un eveniment traumatic sau stresant este explicită ca și criteriu de diagnostic. Un studiu asupra literaturii de specialitate (Atwoli, Stein, Koenen, și McLaughlin, 2015) descrie principalele aspecte legate de prevalența tulburărilor de stres posttraumatic, la nivel mondial (World Mental Health/Organizația mondială de sănătate mentală). Această organizație a folosit Inventarul Diagnostic Internațional Compozit WHO (CIDI) pentru a identifica până la 29 de tipuri de evenimente traumatice. Aceste tipuri au fost distribuite în opt clase (Atwoli et al., 2013):

- evenimente de război;
- violență fizică;
- violență sexuală;
- accidente;
- moartea neașteptată a unei persoane dragi;
- evenimente din rețeaua socială;
- martori la traumă;
- alte tipuri de traumă, care nu au fost incluse în categoriile CIDI.

Ancheta organizației mondiale a identificat diferențe semnificative în ceea ce privește distribuția și prevalența evenimentelor traumatice la nivel mondial. Astfel, în Africa de Sud a fost raportată o prevalență a evenimentelor traumatice de-a lungul vieții de 73,8%, în timp ce în Europa și Japonia, rata este de 54% - 64% (Carmassi et al. 2014; Ferry et al., 2014; Kawakami et al. 2014; Olaya et al. 2015). În Europa, cel mai ridicat nivel al evenimentelor traumatice raportate este în Irlanda de Nord (Ferry et al., 2014), iar cel mai scăzut este în Spania, de 54 % (Olaya et al., 2015).

Factorii asociați cu evenimentele traumatice variază în diferitele regiuni ale lumii. Dacă în Africa de Sud, statutul ocupațional de neangajat este singurul factor de status socio-economic asociat cu risc de expunere la evenimentele traumatice, cei fără ocupație (casnici) având un risc semnificativ mai mic de expunere în comparație cu cei angajați, în Italia și Spania nivelul de educație scăzut este asociat cu un risc scăzut de expunere la evenimente traumatice (Carmassi et al., 2014; Olaya et al., 2015).

Anchetele organizației mondiale de sănătate mentală au evaluat durata simptomelor tulburării de stres posttraumatic (TSPT) și au identificat evenimentele traumatice ca responsabile pentru durata cea mai lungă a simptomelor. În studiul referitor la

Africa de Sud, cronicitatea simptomelor TSPT a fost mai mare pentru martorii la evenimente traumatice (Atwoli et al., 2013), în timp ce în Europa, violența sexuală și fizică și evenimente de război au fost asociate cu cea mai lungă durată a simptomelor (Carmassi et al., 2014; Ferry et al., 2014; Olaya et al., 2015), iar în Japonia, evenimente din rețeaua socială și „alte” evenimente au fost asociate cu cea mai lungă durată a simptomelor (Kawakami et al., 2014)

În 1980, în DSM III este introdus diagnosticul de tulburare de stres posttraumatic și unicul criteriu pe care îl avea în vedere făcea trimitere doar la expunerea la un eveniment violent care ar fi traumatizant (pentru oricine). Mult mai târziu trăirea evenimentului pe fondul spaimei, ororii sau neputinței a fost inclusă ca fiind un criteriu complementar de diagnostic al stresului posttraumatic. În prezent vorbim despre DSM V (2013) în care se nuanțează această tulburare. Tabloul clinic al tulburării de stres posttraumatic, după DSM V (2013), se prezintă astfel:

Tabel 3. Tabloul clinic al sindromului de stres posttraumatic (DSM V, 2013)

criteriu	
A. Expunerea la moarte reală sau la amenințarea morții (moarte iminentă), vătămare corporală gravă sau violență sexuală, în una (sau mai multe) din următoarele modalități:	1. Experiența directă a unuia sau mai multor evenimente traumatice;
	2. Asistarea ca martor la un eveniment traumatic (sau mai multor evenimente) ce se întâmplă altor persoane;
	3. Învățarea că evenimentele traumatice se întâmplă unui membru apropiat al familiei sau unui prieten apropiat. În cazul morții reale sau a amenințării morții unui membru al familiei sau prieten, acest lucru trebuie să se întâmple în mod violent sau accidental;
	4. Experiența repetată sau expunerea extremă la detalii aversive ale evenimentelor traumatice (de ex. colectarea resturilor umane, ofițeri de poliție expuși în mod repetat la detalii ce privesc copii abuzați);
	<i>Notă: criteriul A4 nu se aplică în cazul expunerii prin media electronică, televiziune, filme, fotografii, decât dacă expunerea e legată de muncă.</i>
B. Prezența unuia sau mai multor din următoarele simptome intruzive, asociate evenimentului (evenimentelor) traumatic, cu debut după apariția evenimentului traumatic	1. Amintirea recurentă, involuntară și intruzivă a evenimentului (evenimentelor) traumatic;

	<i>Notă: la copii mai mari de 6 ani, poate să apară jocul repetitiv, în care sunt exprimate teme sau aspecte ale evenimentului (evenimentelor) traumatic.</i>
	2. Visuri recurente stresante, în care conținutul și/sau afectul visului sunt legate de evenimentul traumatic;
	<i>Notă: la copii pot să fie coșmaruri, fără un conținut recognoscibil.</i>
	3. Reacții disociative (flashback-uri), în care individul simte sau acționează ca și cum evenimentul traumatic ar fi în desfășurare (asemenea reacții pot să apară ca un continuu, în care exprimarea cea mai extremă este pierderea totală a arousal-ului);
	<i>Notă: la copii reconstituiri specifice traumei pot să apară în joc.</i>
	4. Stres psihologic intens sau prelungit prin expunerea la indicii externe sau interne ce simbolizează sau recompun un aspect al evenimentului (evenimentelor) traumatic;
	5. Reacții fiziologice marcante la indicii interne sau externe ce simbolizează sau recompun un aspect al evenimentului (evenimentelor) traumatic;
C. Evitarea persistentă a stimulilor asociați cu evenimentul traumatic, după producerea evenimentului traumatic, evidențiată de una sau ambele aspecte	1. Evitarea sau efortul de a evita anumite amintiri, gânduri sau sentimente despre sau asociate cu evenimentul traumatic;
	2. Evitarea sau efortul de a evita mementouri externe (oameni,

	locuri, conversații, activități, obiecte, situații) care evocă amintiri dureroase, gânduri sau sentimente despre sau asociate cu evenimentul traumatic;
D. Alterări negative ale cognițiilor sau stării , asociate cu evenimentul traumatic, ce debutează sau se înrăutățesc după evenimentul traumatic, evidențiate de una sau mai multe din următoarele aspecte	1. Incapacitatea de a-și aminti aspecte importante ale evenimentului traumatic (mai ales datorită amneziei disociative și nu datorită altor factori, cum ar fi leziuni la cap, alcool, droguri);
	2. Credințele sau expectații despre sine, ceilalți și lume, negative, persistente și exagerate (de ex: sunt rău, nimeni nu este de încredere, lumea este complet periculoasă, sistemul meu nervos este deteriorat pe viață);
	3. Cogniții persistente, distorsionate despre cauza sau consecințele evenimentului traumatic, ce conduc la autoblamare sau blamarea celorlalți.
	4. Stare emoțională negativă persistentă (frică, oroare, furie, vină, rușine);
	5. Interes sau participare diminuate în mod evident, pentru/la activități semnificative
	6. Sentimente de detașare sau înstrăinare față de alții
	7. Incapacitate persistentă de a trăi emoții pozitive (de ex: incapacitatea de a trăi sentimente de fericire, satisfacție, iubire);
E. Modificări marcate ale excitației și reactivității asociate cu evenimentul	1. Comportament iritabil și accese de furie (puțin sau deloc provocate), exprimat de obicei ca agresiune verbală sau

traumatic, care a început sau s-a agravat după evenimentul traumatic, evidențiate de una sau mai multe dintre următoarele aspecte:	fizică față de oameni sau obiecte;
	8. Comportament neglijent sau distructiv;
	9. Hipervigilență;
	10. Răspuns de tresărire exagerat;
	11. Probleme de concentrare;
	12. Tulburări de somn (de ex. dificultăți de a adormi, de a rămâne adormit sau de a dormi liniștit);
F. Durata tulburărilor (criteriile B, C, D, E) e mai mare de o lună	
G. Tulburarea provoacă suferință semnificativă, din punct de vedere clinic sau disfuncționalități în domeniul social, ocupațional sau în alte arii de funcționare	
H. Tulburarea nu este imputabilă efectelor fiziologice ale unei substanțe (medicamente, alcool) sau unei alte condiții medicale	

Suplimentar, DSM V (2013) precizează:

Dacă există simptome disociative: simptomele individuale îndeplinesc criteriile pentru tulburarea de stres posttraumatic, și, în plus, ca răspuns la stresori, experiențele individuale persistente sau simptomele recurente ale oricăreia din următoarele:

- a) Depersonalizarea: experiențe recurente sau persistente de a se simți detașat de, și, ca și cum cineva ar fi un observator din afară a propriilor procese mentale sau al corpului (ex. senzația ca și cum cineva ar fi într-un vis; trăind un sentiment de irealitate față de sine sau al corpului, sau, ca și cum timpul ar trece foarte încet);
- b) Derealizarea: experiențe persistente sau recurente de irealitate a împrejurimilor (de exemplu, lumea din jurul individului este experimentată ca ireală, de vis, de la distanță, sau distorsionată.

Pentru a utiliza acest subtip, se specifică în DSM V, simptomele disociative nu trebuie să fie atribuite efectelor fiziologice ale unei substanțe (ex. blackout-uri, comportamentul în timpul intoxicației cu alcool) sau unei alte condiții medicale (ex. convulsii parțiale complexe).

Manualele diagnostice americane, așa cum s-a putut vedea în materialul de mai sus, preferă termenul de tulburare de stres posttraumatic; ad litteram, aceasta presupune însă că trauma este văzută mai degrabă ca un eveniment care a trecut, și odată trecut (posttraumatic) declanșează simptome specifice. Riedesser și Fischer (2007, p.66) apreciază că în aceste definiții sunt amestecate conceptele de traumă și eveniment traumatic. În plus, teoria clasică a stresului – arată Riedesser și Fischer (2007) - nu prevedea simptome ireversibile sau vătămare de lungă durată, fiziologia reacției de stres deosebindu-se de cea a reacției traumatice prin aceea că nu se ajunge la modificările calitative ale sistemelor psihice și sau organice.

Pornind de la întrebarea ce este de fapt trauma: eveniment sau trăire, categorie obiectivă sau subiectivă, Fischer și Riedesser (2001) definesc trauma drept: „o experiență vitală de discrepanță între factori situaționali amenințători și capacitățile individuale de stăpânire, care decurge cu sentimente de neajutorare și abandon lipsit de apărare și astfel produce o zdruncinare durabilă a înțelegerii de sine și de lume” (Fischer, Riedesser, 2001, p.112).

Reies astfel principalele caracteristici ale traumei, caracteristici asupra cărora cei mai mulți specialiști care activează în acest domeniu sunt de acord:

- Trauma este o relație între caracteristicile evenimentului/situației amenințătoare și posibilitățile/capacitățile persoanei de a face față, în sensul în care aceste posibilități de a face față sunt depășite.
- Nu toate situațiile amenințătoare sunt generatoare de traumă și nu orice persoană care trece printr-o experiență devastatoare va dezvolta un sindrom de stres posttraumatic. Aceeași situație poate declanșa într-o persoană o traumă, iar în altă persoană poate declanșa doar o experiență încărcată de stres și de suferință. Literatura de specialitate pune în evidență o serie de factori protectori și factori de risc, factori care pot determina apariția sau nu a sindromului de stres posttraumatic. Printre factorii protectori, Munteanu (2011) enumeră: starea civilă a părinților, stabilitatea cuplului, rețea consolidată de suport social, nivelul educativ (cel puțin mediu), sănătatea psihologică parentală, strategii eficiente de coping la stres.

Aceeași autoare enumeră ca factori de risc care vulnerabilizează persoana: separarea de părinți înainte de 10 ani, stima de sine scăzută, nivelul de educație (modest), traume fizice sau sexuale în antecedente, tulburarea psihiatrică anterioară la sine însuși sau la o rudă de gradul I, nivel intelectual scăzut, rezidența în mediul urban, apartenența la genul feminin (Munteanu, 2011, pp.170-171).

- În traumă persoana se confruntă dramatic cu dimensiuni esențiale și fundamentale ale existenței și ale valorilor general umane.
- Experiența traumatică determină o modificare de durată în întreg sistemul bio-psiho-sociocultural al persoanei implicate. Evenimentele și experiențele traumatice au ca efect o perturbare persistentă a înțelegerii persoanei de sine și de lume. Persoana devine incapabilă să se înțeleagă pe sine și viața în general.
- Efectele și consecințele unei experiențe traumatice sunt ample și se întind pe o perioadă lungă de timp (adesea ani mulți). Ele afectează în special imaginea și înțelegerea de sine, valorizarea de sine (stima de sine), concepția despre lume și viață, încrederea în oameni, relațiile cu sine și semenii.

În încercarea de a înțelege trauma și mai ales pentru a putea interveni adecvat asupra ei, literatura de specialitate prezintă mai multe clasificări. Una dintre cele mai simple, dar operaționale clasificări este cea a Leonorei Terr (1991), care distinge două tipuri de traumă:

1. Trauma generată de un eveniment de scurtă durată, care pune viața în primejdie, apare brusc și neașteptat. Din această categorie fac parte evenimente precum: catastrofele naturale de scurtă durată (cutremure, cicloane, inundații, avalanșe etc.), accidentele (auto, feroviare, aviatice, accidentele de muncă) și violențele de natură infracțională (crimă, tâlhărie, viol).
2. Trauma generată de evenimente care durează în timp se repetă și care conduc la suprasolicitarea persoanei, la apariția sentimentului de neajutorare, abandon, lipsa speranței și disperare. Violența domestică, experiențele de maltratare și abuz emoțional, fizic, sexual, alături de război, tortură, prizonierat fac parte din acest tip de traumă.

Ambele tipuri de evenimente, atât cele determinate natural, cât și cele determinate de oameni au efecte devastatoare asupra victimelor; cu toate acestea studiile arată că evenimentele naturale „nu lasă în urmă răni sufletești atât de profunde și persistente ca urmările violenței umane, ignoranței și stupideniei” (Ruppert, 2012).

În plus, este important să se distingă între persoana care trăiește ea însăși o experiență traumatică și persoana care este martor al unei experiențe traumatice trăite de altcineva. Rolul de martor al unei experiențe traumatice poate conduce la trăirea indirectă a traumei, la traumatizarea psihică a observatorului sau chiar a celor care oferă ajutor, aspect semnalat în literatura de specialitate sub numele de traumatizare vicariantă sau stres traumatic secundar (Stamm, 1997, 2003). Cu atât mai problematic este cazul copiilor martori ai violenței din familia lor. Ei trăiesc alături de părintele abuzat (adesea este mama) o „dublă traumă”: pe de o parte asistă neputincioși la trauma mamei ajungând să fie ei înșiși traumatizați, pe de altă parte, adesea sunt și ei înșiși victime directe ale violenței în familie.

În același context în care apropierea de victimele experienței traumatice poate determina o trăire indirectă a traumei, o atenție specială trebuie acordată și profesioniștilor care se implică în oferirea de ajutor.

2. Trăirea traumei

Atât literatura de specialitate cât și practica clinică demonstrează că experiența traumatică are un caracter procesual. În demersul de a explica procesul traumei, Williams (citată în Riedesser și Fischer, 2007) distinge trei faze care descriu

experiența traumatică: faza de șoc, faza de acțiune și faza de întremare, astfel:

1. Faza de șoc

Poate dura de la o oră până la o săptămână, proporțiile dezastrului fiind percepute dreptat. Caracteristic acestei faze este sentimentul de imobilitate, de înghețare în situație și act, urmat adesea de negare. Dacă într-o situație de stres există opțiunea de a lupta sau de a fugi, în traumă există doar posibilitatea de a „îngheța”/încrămeni sau de a te scinda/fragmenta interior. Cei afectați nu pot să creadă ce li s-a întâmplat, adesea este negat și sentimentul că au fost în pericol, amenințați sau că le-a fost teamă. Specifice acestei faze sunt alterări ale percepției și trăirii timpului (pentru victime acesta se scurge fie exagerat de rapid, fie extrem de lent, „ca și cum s-ar fi derulat cu încetinitorul”), forme disociative de experiență precum derealizarea și depersonalizarea.

2. Faza de acțiune

Începe la câțiva timp după eveniment și poate dura până la două săptămâni. Caracteristic este iritabilitatea și irascibilitatea până la furie, deseori îndreptată chiar asupra celor care doresc să îi ajute (asistenți sociali, psihologi, polițiști, medici etc.). Sentimentele acute de neputință, neajutorare, pierderea speranței, disperare, confuzia pot conduce la o gravă îndoială în raport cu sine, cu viața. Sentimentele de culpă sunt puternice și supradimensionate, neputința de a schimba lucrurile sau de a găsi o soluție la care se adaugă lipsa de speranță generează adeseori depresii. Frecvent apar tulburările de somn, irascibilitate, hipervigilență, creșterea senzației de spaimă, tulburări de memorie, dificultăți de concentrare, coșmaruri și *flashback*-uri din situația traumatică.

3. Faza de întremare

Considerată a fi extrem de sensibilă, în această fază, dacă anxietatea, depresia, angoasa, tulburările de somn, sentimentele de culpă și *flashback*-uri din situația traumatică persistă, victima trebuie orientată către primirea de ajutor profesional. Riedesser și Fischer (2007) apreciază că în această etapă este punctul critic care adesea decide dacă se va forma un sindrom de stres de lungă durată cu toate tulburările care îl însoțesc, sau nu. Este important ca victima să fie îndepărtată de mediul traumatic, să se evite cât mai mult cu putință expunerea la alți factori stresori, recomandarea esențială fiind aceea de relaxare și odihnă. Victima este extrem de vulnerabilă și este esențial să fie susținută. Rețeaua de suport social joacă un rol foarte important, grupurile specializate în oferirea de suport psihologic sunt utile (în special grupuri formate din persoane care au experiențiat traume

similare), și este esențial să fie evitate drogurile și alcoolul (se cunoaște riscul mare de a dezvolta tulburări de adicție).

Esențial este să se acorde timp ca această etapă să poată fi parcursă eficient; orice grăbire, forțare a victimei, indiferent din ce rațiuni, poate conduce foarte ușor la ceea ce Williams denuțește ca fiind „fenomenul scară”: reacția traumatică nefiind încheiată, noul stresor se adaugă celor inițiali și crește astfel riscul cronicizării tulburării de stres posttraumatice.

Riedesser și Fischer (2007) atrag atenția asupra faptului că în această etapă a desfășurării procesului traumatic acționează diferiți factori de vulnerabilitate.

Astfel, în opinia celor doi autori, cei afectați pot să:

- fie hipervigilenți, agitați, irascibili, să trăiască o frică și angoasă sporite și persistente;
- dezvolte diferite tulburări de somn, tulburări de concentrare a atenției, tulburări mnezice, inclusiv imagini mnezice intruzive;
- trăiască o accentuare sau recădere psihică, în cazul în care au existat probleme de sănătate mentală anterior declanșării procesului traumatic;
- beneficieze de o capacitate redusă sau chiar să fie incapabili de a-și mobiliza resursele sociale: rude, prieteni, cunoștințe, și să se folosească de mijloacele de ajutor existente. Mai mult, adesea rudele și prietenii sunt percepuți ca fiind o povară în plus.

Toate aceste aspecte creează condiții ce favorizează instalarea sindromului de stres posttraumatic.

3. Trauma copilului

Situațiile traumatice pentru copii pot fi foarte diferite, ca de exemplu: catastrofe naturale, accidente grave, luări de oștatici, răpiri, cruzimi de război sau criminalitate cu violență în vecinătate și familie, îmbolnăviri cu pericol vital, măsuri medicale stresante, neglijarea din partea părinților, violență, maltratare sau abuz sexual. În ceea ce privește violența asupra copilului, principalele forme sunt: abuzul, neglijarea, exploatarea și traficul de copii.

Violența în familie include adesea violența asupra copilului, respectiv abuzul fizic, emoțional, psihologic, sexual și neglijarea.

Maltratarea copiilor se referă la experiențe de abuz sau neglijare comise de părinți, îngrijitori sau alte persoane cu rol de custode. Aceste experiențe pot include abuzul fizic, sexual sau emoțional, neglijarea fizică sau emoțională, expunere la violența în familie, până la vârsta de 18 ani (Faulkner, 2012). Majoritatea

copiilor maltratați cunosc mai mult decât un singur tip de abuz și neglijare (Kinard, 1994), și există dovezi conform cărora numărul tipurilor diferite de maltratare trăite ar putea fi un factor critic în determinarea consecințelor maltratării. De exemplu, un studiu al ratei de maltratare pe un eșantion al unei comunități a constatat că 43,5% dintre participanți au experimentat mai multe tipuri de abuz sau neglijare (categoriile au inclus abuzul sexual, abuzul fizic, maltratare psihologică, neglijare sau asistarea ca martori la acte de violență în familie), spre deosebire de doar 24,0% din participanți care au experimentat doar un tip de maltratare și 32,5% care nu au experimentat nicio formă de maltratare (Higgins, McCabe, 2000). Aceste rate fac dificilă identificarea efectelor individuale ale diferitelor forme de maltratare. Lumea interioară a copilului, afectată de experiențe traumatice, determină o vulnerabilitate ce conduce la abateri de dezvoltare specifice. În funcție de gradul de severitate a procesului traumatic acestea pot avea forme clinice psihiatrice și psihosomatice ca:

- simptome depresive,
- stări anxioase,
- tulburări de somn, pavor nocturn
- tulburări de somatizare și disociative,
- acțiuni de automutilare și/sau suicidare,
- dependență de droguri și alcool.

Impactul diferit al situațiilor traumatice se datorează atât perioadei de dezvoltare în care se află copilul, cât și acțiunii conjugate a mai multor factori. Webb (citată de Benga, 2009) descrie trei categorii de factori care, în interacțiune, influențează răspunsul copiilor la un eveniment traumatic:

a) Natura evenimentului traumatic

- Eveniment anticipat versus eveniment neanticipat
 - Înțelegerea și asimilarea unui eveniment stresant este direct proporțională cu gradul său de predictibilitate.
 - Actele de violență la care este supus copilul, direct și /sau în rolul de martor, în ciuda repetării în timp, au un mare grad de imprevizibilitate.
- Eveniment singular sau recurent
 - Copilul victimă violenței familiale este supus în general unui abuz repetat; vorbim deci de o serie de evenimente traumatice.
- Experiența traumatică solitară sau împărtășită cu alții
 - Deși împărtășirea experienței traumatice are efecte terapeutice, inclusiv de „reducere a stigmei victimizării” (Benga, 2009), arareori copiii victime ale violenței domestice

împărtășesc cu alți copii și/sau adulți experiențele traumatiche pe care le trăiesc în familie. Pe de o parte împărtășirea experienței este desigur dependentă de vârstă, iar pe de altă parte, cel mai adesea, efortul copiilor este de a ascunde experiența și nu de a o împărtăși.

- Proximitatea evenimentului traumatic
 - Sentimentul amenințării cu moartea, nesiguranța, teroarea marchează viața copilului victimă; și toate acestea se întâmplă în căminul său, acolo unde ar trebui să se simtă în siguranță și ocrotit, ceea ce crește șansele de dezvoltarea a tulburării de stres posttraumatic.
- Măsura expunerii la violență atât în rolul de victimă cât și în cel de martor
 - În cadrul violenței în familie, adesea copiii se află în ambele roluri: sunt martori ai violenței și victime directe atunci când violența se răsfârge asupra lor. A fi copil martor al unui act de violență săvârșit de un membru al familiei (cel mai adesea tatăl) generează confuzie, neputință, revoltă, pierderea încrederii în adulți, neajutorare. Coroborat cu rolul de victimă, riscul de a dezvolta simptome de stres posttraumatic este major.
- Atribuirea cauzalității
 - Studiile arată că atunci când situațiile traumatiche sunt cauzate de violența interumană, impactul lor negativ este mai mare. În violența domestică actul violent este intenționat, deliberat și repetitiv, aspecte pe care copiii mai mari încep să le înțeleagă. Riscul generalizării acestor experiențe este major, copiii pot ajunge ușor să creadă că „așa trebuie să fie”, „așa este normal”, iar mai târziu, adulți fiind, că „așa se face, așa este viața”. Rolul intervenției este esențial în această schemă de viață ce începe să se construiască după acești parametri.
- b) Factorii individuali** – (după Webb, 2007, Patt-Horenczyk, Rabinowitz, Rice, Tucker-Levin, 2009 citați în Benga, 2009)
 - Vârsta și nivelul de dezvoltare al copilului
 - Studiile nu au demonstrat existența unei perioade de vârstă considerate ca fiind de vulnerabilitate maximă. La orice vârstă se întâmplă, trauma asupra copilului are cel mai adesea efecte devastatoare asupra dezvoltării sale ulterioare, chiar dacă tulburarea de stres posttraumatic se manifestă diferit, funcție de vârsta și nivelul de dezvoltare a acestuia.
 - Genul
 - Există studii care arată că la fete se manifestă mai degrabă simptome de internalizare, pe când la băieți mai mult

simptome de externalizare (ADHD, agresivitate) (Benga, 2009).

- Caracteristicile temperamentale
- Temperamentul dificil, iritabil, hiperactivitatea la stimuli negativi și dificultățile de autoreglare determină o vulnerabilitate crescută a unei persoane la stresori, inclusiv cei traumatici. Alți factori individuali care pot modula impactul evenimentului traumatic ar fi: stilul de coping, semnificația specifică atribuită traumei, prezența unor simptome de stres posttraumatic sau a altor tulburări de intensitate clinică (Benga, 2009, p.9)

c) Factorii de mediu

- Familia și relația de atașament
- Se cunoaște foarte bine rolul protectiv și suportiv al familiei, acesta fiind principala sursă de reziliență a copilului. În violența domestică, tocmai acest nucleu familial este compromis, actele de violență fiind îndreptate asupra unuia dintre părinți (cel mai adesea mama). În acest caz, un rol extrem de important îl joacă familia extinsă, esențial în intervenție fiind identificarea acelor persoane, rude, care pot acorda ajutor copilului. De cele mai multe ori, mama victimă a violenței domestice este deja izolată social, relațiile cu familia extinsă sunt slabe, ceea ce va complica și mai mult situația copilului. În plus, caracteristicile mediului social al copilului își pun puternic amprenta asupra răspunsului acestuia la traumă. Mediul social sărac, subcultural este sărac în resurse și insecurizează și mai mult copilul.
- Școala, prietenii și suportul comunitar
- Școala, grupul de prieteni și colegi poate fi un loc în care copilul să se simtă acceptat și valorizat, sau poate juca rolul unui refugiu, sau, dimpotrivă, să reprezinte o altă provocare, un alt mediu insecurizant.

Orice intervenție asupra copilului traumatizat trebuie să pornească de la cunoașterea acestor factori individuali și de mediu care, în interacțiune, pot fi factori de risc sau de reziliență (rezistență) a copilului.

4. Consecințele traumei

În ceea ce privește consecințele cu care este asociată tulburarea de stres posttraumatic, acestea se referă în primul rând la calitatea scăzută a vieții și necesitatea crescută de a apela la servicii de sănătate și alte servicii sociale (Atwoli, Stein, Koenen, McLaughlin, 2015).

Experiența traumatică amprentează puternic persoana umană, având consecințe de la cele imediate până la cele de lungă durată, nu de puține ori fiind afectat întreg parcursul vieții.

a. Consecințe pe termen scurt:

- Persoana traumatizată pare a nu simți mare lucru, se simte și arată ca și cum ar fi anesteziată; adesea reușește să execute acele activități care sunt în mare parte automatizate. Pentru cei din jur, această „amorțire” emoțională poate părea nefirească, desfășurarea acelor activități poate fi interpretată ca fiind un indice al normalității, iar după un timp anume se poate chiar induce falsă idee că experiența traumatică a trecut și a rămas fără urmări. În fapt, este modalitatea prin care victima încearcă din răspuțeri să supraviețuiască, ori supraviețuirea poate fi posibilă doar dacă se ia distanță (psihologică) față de trăirile traumei. Distanța psihologică este greu de obținut și menținut; cu prima ocazie în care se va confrunta cu o situație asemănătoare situației traumatice inițiale, această distanță se va spulbera, trăirea situației din prezent se va amesteca cu trăirile traumatice anterioare. Imaginile din situația traumatică nu mai pot fi ținute departe și revin cu toată forța, împotriva dorinței și voinței (imagini și gânduri intruzive), iar mecanismele psihice scapă din nou de sub control.
- Alteori, frica intensă, teroarea, confuzia mentală, sentimentele/stările de derealizare și depersonalizare iau în stăpânire întreaga persoană.
- Specifice sunt reviviscentele, comportamentul de evitare, de retragere și hiperreactivitatea neurovegetativă.

b. Consecințe pe termen lung:

1. Retrăirea traumei

Tipice sunt trăirea repetată a traumei în amintiri care se impun conștiinței victimei, sau în vise, și toate acestea pe fondul unei „amorțiri” emoționale în sensul unei indiferențe față de alți oameni, față de evenimente din jur, neimplicare, pierderea plăcerii, pierderea interesului. În plus, apar comportamente de evitare a reperelor, situațiilor și activităților care ar putea trezi amintiri despre traumă. O astfel de amintire subită poate duce la o retrăire intensă a traumei sau a reacției inițiale la aceasta și poate determina crize de anxietate, atacuri de panică, comportamente agresive. Toate acestea se conjugă cu o stare de supraexcitabilitate vegetativă, creșterea vigilenței, tulburări de somn (insomnii, adesea severe) și în final cu o timiditate supradimensionată, cum o numește Ruppert (2012).

2. Probleme de sănătate mentală

Evenimentele traumatice cronice sunt implicate în simptomatologia severă posttraumatică – depresie, tulburarea de stres posttraumatic și tulburarea de stres posttraumatic complexă (Herman, 1992; Roth, Newman, Pelcovitz, Van den Kolk, Mandel, 1997).

Impactul violenței între parteneri asupra victimelor a stat în centrul atenției a numeroase studii. S-a arătat că violența domestică plasează victimele femei în categoria de risc considerabil pentru probleme de sănătate mintală, cum ar fi tulburările de alimentație (Ackard, Neumark-Sztainer, 2002), depresie (Callahan, Tolman, Saunders, 2003), tulburare de stres posttraumatic (Riggs, Rothbaum, Foa, 1995), ideea de suicidare (Coker, Smith, Bethea, King, McKeown, 2000; Stepakoff, 1998), și alte probleme emoționale negative (Petrak, 2002).

3. Probleme de sănătate

În plus, la victimele violenței între parteneri a fost găsită o legătură și cu aspecte de ordin fizic, cum ar fi: probleme de spate și ale membrilor, pierderi de memorie, amețeli, boli cu transmitere sexuală, și gastrointestinale și probleme de stomac (Campbell, 2002; Carbone-Lopez, Kruttschnitt, Macmillan, 2006; Dutton et al., 2006).

4. Dificultăți și probleme de relaționare

Este cunoscut faptul că persoanele care au fost maltratate în copilărie au raportat ca adulți trăirea mai multor emoții negative și mai multe dificultăți de relaționare interpersonală (Busby, Walker, Holman, 2011; Frederick, Goddard, 2008; Glaser, Van Os, Portegijs, Myin-Germeys, 2006).

Cercetările în domeniu susțin ideea conform căreia există o legătură între maltratarea copilului și probleme de relaționare (Frederick, Goddard, 2008; Howe, Campling, 1995). Ele au arătat că, în general, copiii maltratați sunt mai susceptibili de a găsi relațiile amenințătoare și dureroase (Ornduff, 2000) și să atribuie intenții ostile partenerilor (Dodge, Pettit, Bates, Valente, 1995). Deși câteva studii s-au concentrat până în prezent pe relațiile intime la maturitate la persoanele care au fost maltratate în copilărie (Colman, Widom, 2004), evidențele sugerează că acestea raportează mult mai probabil probleme de relație (DiLilio, Long, 1999) și percepții negative atât ale partenerilor lor cât și ale relației (Mullen, Martin, Anderson, Romans, Herbison, 1994; Webb, Otto Whitmer, 2001). Maltratarea în copilărie a fost, de asemenea, legată de rate mai ridicate de divorț atât la bărbați cât și la femei (Colman, Widom, 2004).

5. *Consumul de alcool*

Evenimentele traumatice cronice au fost, de asemenea, asociate cu problematica consumului de alcool (Clark, Foy, 2000; Simpson, 2003; Stewart, 1996).

Expunerea repetată la evenimente traumatice interpersonale a fost asociată cu consumul de alcool și cu tulburări ale consumului de alcool (Nelson et al., 2002, Volpicelli, Balaraman, Hahn, Wallace, Bux, 1999). În special violența interpersonală este asociată cu riscul mai mare al consecințelor legate de alcool la femei (Rice et al., 2001). Într-un studiu prospectiv de mare anvergură, violența interpersonală în timpul primului an de căsătorie a fost predictivă pentru tulburări grave ale consumului de alcool, un an mai târziu (Testa, Livingston, Leonard, 2003).

Relația dintre evenimentele traumatice cronice și consecințele legate de alcool, precum și tulburările grave ale consumului de alcool pare a fi explicată prin simptome de tulburare de stres posttraumatic (Jacobsen, Southwick, Kosten, 2001, Stewart, 1996), astfel încât pentru cei care îndeplinesc criteriile includerii în tulburarea de stres posttraumatic, probabilitatea de a se confrunta cu consecințele consumului de alcool, inclusiv cu tulburările grave ale consumului de alcool, este mai mare. Mai mult, cercetările care au examinat relațiile funcționale dintre traumă, sindromul de stres posttraumatic și consumul de alcool au evidențiat în mod consistent faptul că, cel mai adesea, consumul de alcool are la bază motive legate de coping. Acestea includ folosirea alcoolului:

- ca medicație pentru dificultățile de somn (Nishith, Resick, Mueser, 2001),
- pentru reducerea afectelor negative (Cannon et al., 1992), ale tensiunii intrapsihice (Simpson, 2003), și ale simptomelor de hiperexcitabilitate (Stewart, Conrod, Samoluk, Pihl, Dongier, 2000).

6. *Comportament violent*

Rata actelor de violență între covârșnici și între parteneri foarte tineri e mai mare în rândul persoanelor (în special a tinerilor) care au fost maltratate când au fost copii. Ratele de săvârșire a actelor de violență între parteneri tineri au fost mai mari în rândul adolescenților cu istoric de maltratare în copilărie decât în rândul unui eșantion normativ, se arată într-un studiu de prevenire a violenței între parteneri la tinerii cu risc (Wolfe Crooks, Lee, McIntyre-Smith, Jaffe, 2003).

În ceea ce privește **consecințele experienței traumatice asupra copiilor**, este importantă diferențierea între trauma

singulară – de tip șoc, și trauma complexă, durabilă, așa cum apare ea în violența domestică. Cele două tipuri de experiențe traumatice conduc la percepții și consecințe pe termen lung diferite. În trauma de tip șoc, copiii găsesc adesea explicații magice pentru eveniment, atâta vreme cât, pe baza dezvoltării lor cognitive nu sunt în stare să pătrundă conexiunile complexe. Aceasta face ca atribuirile de vinovăție să se facă adesea asupra propriilor persoane. Atunci când sunt mai mari, și pot înțelege ceea ce se întâmplă, se confruntă cu situația în care trebuie să accepte că situația traumatizantă este cauzată de unul dintre părinți și să se lupte cu toate consecințele care derivă din această terifiantă înțelegere.

Trauma ca urmare a violenței domestice este o traumă de tip durabil, și traumele de acest tip duc la negare și anestezie emoțională, apărând frecvent depersonalizarea și disocierea (Terr, 1991). Cele mai frecvente consecințe emoționale sunt distanțarea și anestezia, forme de apărare pe care în mod obișnuit copiii nu le dezvoltă după trauma de tip șoc. Mânia și furia durabile apar drept consecințe ale maltratării severe prelungite, alternând cu pasivitatea, tendința de automutilare (autorănire) și suicid. În unele cazuri, agresivitatea resimțită se transferă în exterior și victimele se transformă în făptași. Adesea sunt afectate mai multe arii de dezvoltare; aceasta poate stagna, iar forțele de dezvoltare să mai fie folosite doar pentru adaptarea, respectiv supraviețuirea la situația traumatică. Aceasta se traduce în comportamente simptomatice compensatorii ca depresia, anxietatea, disocierea, atacuri psihogene sau dependența.

Experiența de maltratare în copilărie a fost legată de numeroase aspecte problematice în ceea ce privește sănătatea și comportamentul, în adolescență și la vârsta adultă. Anda et al. (2007) în studiul *Experiențe adverse în copilărie/Adverse Childhood Experiences (ACE)* a demonstrat o relație puternică între experiențele de abuz, violență domestică, sau disfuncții grave la nivel familial și prevalența numărului de tulburări afective și de sănătate la maturitate, inclusiv alcoolism și consumul de droguri, dificultăți în controlul furiei, și risc pentru comiterea violenței între parteneri în rândul bărbaților și femeilor. O consecință importantă a maltratării copiilor este comportamentul de risc în adolescență, reflectat în violența între parteneri tineri („dating violence”), necăsătorii și în abuzul de substanțe.

Cercetătorii în domeniu au găsit dovezi care susțin o legătură cauzală directă între istoria maltratării copilului și riscul

de consum de alcool, precum și rate crescute ale violenței interpersonale la maturitate (Schafer, Caetano, Cunradi, 2004; White, Widom, 2003). Deși s-a examinat legătura dintre alcool și violența interpersonală, de obicei se atribuie rolul cauzal consumului de alcool, astfel că niveluri mai ridicate de consum crește riscul de comitere a violenței interpersonale în timp (Cunradi, Caetano, Schafer, 2002; Thompson, Kingree, 2004), este posibil și ca maltratarea în copilăria să crească probabilitatea de comiterea a violenței între parteneri mai târziu, care, la rândul său, duce la un mai mare consum de alcool.

De asemenea, cercetările sugerează că riscul pentru violența între covârșnici și violența între parteneri tineri crește odată cu creșterea ratei de maltratare în copilărie. De exemplu, într-un sondaj efectuat în rândul a peste 13.000 de elevi de liceu, Duke, Pettingtell, McMorris și Borowsky (2010) au constatat că o mai mare expunere la experiențele negative din copilărie (abuz sau disfuncționalitate familială) a crescut riscul de comitere a violenței în adolescență de 38% - 88% pentru fete (raport de cote = 1.6) și 35% - 144% pentru băieți (raport de cote = 2.44). Pentru băieți, acest risc a fost deosebit de mare pentru cei cu antecedente de abuz fizic și sexual.

CONCLUZII

Printre diversele categorii de evenimente traumatizante, o categorie aparte o reprezintă trauma produsă de violența umană. Având în vedere faptul că o astfel de experiență invadează identitatea și demnitatea persoanei, ea poate dezvolta sentimente de vinovăție și frică, alterarea stimei de sine, culpabilizare și expectanțe reduse privind viitorul. Persoanele afectate devin rigide și inadaptabile, incapabile de a funcționa pe plan personal, interpersonal, social și profesional. Adeseori astfel de persoane au probleme de reglare a afectelor, dificultăți de autocontrol al agresivității, furiei, comportamente impulsive și autodestructive. Foarte important de menționat este faptul că apar modificări ale relaționării cu ceilalți în sensul că sunt incapabili de a acorda încredere și de a menține relații cu alte persoane. Tendința de a fi revictimizat și de a victimiza pe alții este adesea menționată iar sentimentul neajutorării și pierderea credințelor și convingerilor avute până la un moment dat sunt alte consecințe grave.

Expunerea copiilor la acte de violență - psihică, emoțională, fizică, sexuală - poate fi devastatoare pe termen lung. Mai mult, copiii repetă, ca viitori adulți, pattern-urile de comportament învățate, perpetuând astfel, la nesfârșit, ciclul abuzurilor.

În final, așa cum afirmă și Louis Crocq: „Nimeni nu poate uita o traumă infantilă: tot ce poate să facă este să și-o amintească altfel, să elaboreze o amintire construită a ceea ce, la început, nu era decât o amintire brută de imagini și trăiri senzoriale și – în loc să rămână fixat la o imagine inexprimabilă și inacceptabilă - să dea nume evenimentului și să îl rescrie în continuitatea fluidă a poveștii sale de viață” (Crocq, 2014, p.107).

Secțiunea III. INTERVENȚIA

Capitolul 6. RECUNOAȘTEREA VIOLENȚEI ÎN CUPLU

Éva László, Imola Antal

Abstract

Capitolul tratează tema recunoașterii violenței în cuplu din două perspective: pe de o parte, identificarea semnelor, indicatorilor și leziunilor care indică violență; pe de altă parte, aspectele sensibile legate de modul în care să fie purtate discuțiile cu victima pentru a-i asigura un climat de siguranță și a crește gradul de cooperare al acesteia în acceptarea ajutorului oferit. Este discutată tema controversată a obligativității raportării. Ca răspuns la studiile care arată că profesioniștii rareori sunt formați să răspundă eficient la violența domestică, se accentuează nevoia formării adecvate a acestora.

Cuvinte chei: identificare, semnele violenței domestice, screening, formarea specialiștilor

O mare parte a cazurilor de violență în cuplu rămân necunoscute pentru serviciile de specialitate și de poliție din variate motive (frica sau dependența de agresor, frica de stigmatizare etc). În cazul violenței în cuplu doar una din trei victime, iar în cazul violenței comise de altă persoană decât partenerul una din patru victime a raportat ultimul incident la poliție sau altă autoritate (FRA, 2014). Primii specialiști cărora se adresează majoritatea victimelor sunt cei din sistemul medical (medicul de familie, medicii și asistenții medicali de la urgențe, ortopedii, stomatologii, ginecologii, psihiatrii etc.) (Ansara, Hindin, 2010, Feder et al., 2009). Violențele deseori cauzează leziuni fizice care necesită intervenții medicale sau probleme sociale și financiare la care femeile caută ajutor medical (FRA, 2014, WHO, 2009).

Studiile care analizează comportamentele de căutare a ajutorului arată că, în prima fază, femeile apelează la rude și prieteni. În cazul în care actele de violență persistă și se escaladează femeile apelează la serviciile medicale, apoi la biserici, poliție, servicii specializate (adăposturi, help-line etc.) (Duterte et al., 2008). Ansara și Hildin (2010) într-un studiu al solicitării ajutorului de către victimele femei și bărbați susțin că în cazul violenței ușoare ambele categorii de victime apelează la sistemul de suport informal (familie, prieteni), și pe măsură ce

crește severitatea actelor (prin frecvență și intensitate) apelează în principal la ajutorul poliției și profesioniștilor din sectorul medical. În ciuda faptului că acești specialiști ar avea un rol central în identificarea victimelor violenței și documentarea situației, aceștia rar sunt formați corespunzător în a răspunde eficient la violența domestică. În studiul FRA (2014), femeile au fost întrebate dacă ar fi acceptabil pentru ele să fie interogate în cazul unor leziuni dacă acestea au fost provocate de violență domestică. Rezultatele arată că 87% au răspuns afirmativ și doar 8% au considerat că astfel de întrebări ar fi nepotrivite, iar 5% nu au știut ce să răspundă.

O serie de obstacole pot să limiteze specialiștii să identifice și să sprijine victimele violenței domestice: lipsa cunoștințelor privind natura și proporțiile violenței în relația de cuplu, lipsa instrumentelor/procedurilor de identificare, dificultatea de a face față emoțiilor puternice provocate de aceasta, neîncrederea față de evenimentele relatate de femei, lipsa experienței, lipsa timpului și a spațiului să se ocupe de probleme de acest gen, nu simt că ar fi responsabilitatea lor, frica de a nu jigni victima, frica de a acuza agresorul (Campani, Romanin, 2013, WHO, 2009).

Semnele relațiilor abuzive, violente

În viața fiecărei familii și cuplu există situații de criză sau perioade mai dificile în care neînțelegerile și certurile pot fi mai frecvente. Capacitatea diferențierii stării conflictuale a unei relații de una violentă este o responsabilitate pe care poate să și-o asume fiecare specialist care prin caracterul muncii sale intră în contact cu oameni. Cu atât mai mult, această capacitate este necesară celor care oferă servicii medicale, sociale, juridice persoanelor care provin din medii cu risc ridicat de violență domestică.

Protocolul Întrebări de Rutină în Cazul Violenței Interpersonale (IPV Routine Enquiry Protocol) (Standing Together Against Domestic Violence, 2006) abordează tema recunoașterii violenței în cuplu de personalul medical. Protocolul identifică simptome și indicatori ai abuzului și leziuni specifice.

Posibile teme sau simptome de care se plâng pacientele victime

Pacienta se plânge concret de violență domestică;
Pacienta se plânge des de răni cauzate de “căzături”;
Pacienta suferă agresiuni din partea “necunoscuților”;

Pacienta suferă de dureri cornice;

Pacienta are tentative de suicid sau gânduri suicidare;

Pacienta suferă de anxietate, depresie, se plânge de multiple probleme somatice;

Pacienta suferă avort/ avorturi spontane, se plânge de dureri, dureri ginecologice vage (ex. durere peviaună);

Pacienta se plânge de simptome psihosomatice.

Potențiali indicatori ai abuzului care reies din relatările pacienților/ istoricul medical

Simptomele și/sau urmele nu corespund evenimentelor descrise de pacient;

Refuzarea îngrijirii medicale;

Pacient „predispus la accidente”;

Nivel ridicat de stres în familie (probleme financiare, sarcină, mutări, pierderea sau schimbarea locului de muncă, doliu);

Consum de substanțe sau alcoolism în familie;

Solicitarea, „vizitarea” frecventă a serviciilor sociale sau a medicilor de familie cu diferite probleme (care nu par a fi ”reale”).

Potențiali indicatori comportamentali ai abuzului

Pacient cu comportament evaziv/defensiv;

Pacient timorat de contactul vizual/evitarea contactului vizual;

Pacient depresiv cu leziuni;

Pacient care neagă abuzul prea vehement;

Pacient care se supune partenerului;

Pacient timorat, intimidat de partener;

Pacient care minimizează leziunile sau are reacții necorespunzătoare situației.

Leziuni – indicatori specifici (pot indica violență severă)

Leziuni pe antebraț (de autoapărare);

Urme de strangulare;

Leziuni în zone neobișnuite pentru a fi cauzate de căderi;

Urme sau leziuni cauzate de arme;

Leziuni simetrice;

Leziuni multiple;

Leziuni în diferite stadii de vindecare;

Mușcături și arsuri (ex. de țigară);

Leziuni în diferite părți ai corpului;

Subnutriție, alimentație necorespunzătoare.

Leziuni obișnuite

Ochi învinețit;

Leziuni dentare;
Leziuni abdominale/toracice;
Leziuni în locuri acoperite de îmbrăcăminte;
Leziuni interne.

În cazul în care au fost identificate de personalul medical unele dintre semnele de mai sus, pasul următor ar fi o discuție purtată cu pacientul.

Sunt recomandate discuțiile:

- în condiții sigure: purtate în spații care oferă intimitate, iar presupusul agresor este în afară câmpului vizual și auditiv (în cazul în care este de față când se observă prezența semnelor abuzului trebuie găsite soluții pentru a-l trimite într-o altă încăpere sau a duce victima într-un alt spațiu).
- confidențiale (vezi mai jos și *Obligativitatea raportării*).
- deschise, în care specialistul are o atitudine deschisă față de temă (dacă profesionistul nu este pregătit să asculte experiențele pacientului, nu este capabil să discute deschis despre violență, pacienților o să le fie cu atât mai greu să facă acest lucru).
- cu întrebări directe care reflectă disponibilitatea profesionistului de a oferi ajutor (în limitele posibilităților creionate de atribuțiile și pregătirea lui).
- fără reacții emoționale vehemente; ascultarea experiențelor dureroase pot trezi emoții intense de furie, dezgust, revoltă, impuls de a interveni urgent și cu forță etc., pe care profesionistul trebuie să le gestioneze bine în fața pacienților.
- cu respectarea și asumarea atribuțiilor și limitelor profesionale; este important să fie făcute promisiuni realiste, și realizabile de către profesionist.
- cu respectarea dreptului pacientului de a decide, de a alege. Recunoașterea semnelor violenței, chiar și confirmarea acesteia de către victimă, agresor sau aparținător nu este o garanție la acceptarea ajutorului din partea victimei (aparținătorului sau persoanei cu comportament violent). Cu cât specialistul este mai format, mai competent, cu atât crește șansa ca victima să accepte ajutorul, să aibă mai multă încredere în cei care oferă serviciile necesare opririi violenței.

Olson, Rickert și Davidson (2004) atrag atenția, că pe lângă importanța identificării cazurilor trebuie să avem în vedere și modul în care abordăm persoanele implicate în cazul existenței bănuielii (cum formulăm întrebările adresate victimelor, aparținătorilor și/sau persoanelor cu comportament violent). Scopurile sunt duble:

1. Aflarea unor informații esențiale;
2. Minimalizarea efectelor adverse (anxietate, disconfort, teamă de agravarea violenței după aflarea dezvăluirii de către agresor, încălcarea confidențialității) (Nelson, Bougatsos, Blazina, 2012).

Exemple pentru așezarea întrebărilor într-un context:

La început:

- Poate ați văzut afară afișele și pliantele. Întrebăm pacienții și despre evenimentele violente în familie.
- Pe lângă întrebările referitoare la sănătatea dumneavoastră o să vă punem și câteva întrebări referitoare la violența în familie.
- Multe dintre pacientele/clientele mele suferă de violență domestică. Lor le este frică să vorbească despre asta sau le este jenă. De aceea eu le întreb pe pacientele mele.

La sfârșit:

- Vă asigur că tot ce mi-ați spus va rămâne confidențial, dar dacă ați fost abuzată vrem să vă oferim o șansă ca să vorbiți despre asta. Putem discuta după aceea ce se poate face și decizia vă aparține.

Exemple pentru întrebări directe:

- S-a întâmplat să vă fie frică de partenerul dumneavoastră?
- Vă simțiți în pericol? Credeți că sunteți în pericol?
- Partenerul dumneavoastră v-a lovit vreodată?
- V-a amenințat vreodată partenerul că vă lovește pe dumneavoastră sau pe cineva apropiat?
- S-a întâmplat să vă certați sau să vă luptați pentru ceva? Au devenit vreodată fizice aceste lupte?
- Partenerul dumneavoastră este gelos? Vă acuză des de infidelitate?
- Astfel de leziuni apar când cineva este abuzat. Este posibil ca și în cazul dumneavoastră să se întâmple un abuz? Există ajutor pentru astfel de situații.

Instrumente de screening

Aceste instrumente sunt scurte, conțin doar câteva întrebări. Unele dintre cele mai folosite instrumente sunt: Abuse Assessment Screen; Hurt, Insulted, Threatened with harm and Screamed at (HITS); Indicators of Abuse Screen; Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT); Partner Violence Screen (PVS). HITS a fost dezvoltat în SUA pentru medicii de familie.

Acestea conțin 4 întrebări de bază:

1. Cât de des vă rănește fizic partenerul dvs ?
2. Cât de des vă insultă sau vă vorbește de sus partenerul dumneavoastră?
3. Cât de des vă amenință partenerul dumneavoastră că vă face rău?
4. Cât de des urlă sau vă înjură partenerul dumneavoastră?

Folosirea acestor instrumente s-a dovedit a fi utilă în creșterea ratei de identificare în mai multe studii (O'Campo et al., 2011, O' Reilly et al., 2010). Ancheta clinică efectuată trebuie să fie mai mult decât evaluarea în scopul „găsirii cazurilor”. O anchetă eficientă presupune identificare și oferirea unui suport acestor femei (documentarea informațiilor, referirea cazului, informare) (O'Campo et al., 2011).

Programe educative pe tema violenței și identificării victimelor

Lipsa educației în ceea ce privește violența domestică constituie o barieră importantă în recunoașterea, identificarea și sprijinirea victimelor. Sporirea cunoștințelor personalului medical, social și judiciar despre caracteristicile fenomenului (cum ar fi prevalența, factorii de risc și semnele violenței domestice, înțelegerea dinamicii violenței, obstacolele raportării), despre posibilitățile de stopare a violenței și asigurarea protecției victimelor (metode de evaluare a riscului și/sau a pericolozității, documentarea indiciilor, referirea cazului către serviciile specializate, modele de colaborare interinstituțională etc.) duc la identificarea mai multor cazuri și în stadiile mai ușoare ale violenței. Participarea cursanților la programe de formare le întăresc și oferă sprijin și în gestionarea mai fermă a cazurilor după dezvăluire (O'Campo et al., 2011, Feder et al., 2011, WHO, 2009). Depistarea semnelor și cu atât mai mult dezvăluirile și solicitarea ajutorului trebuie să fie urmate de o intervenție imediată pentru a

spori eficiență intervenției (Adorjani, Roth, Amazilitei, 2012, Nelson et al., , 2012, Feder et al., 2009).

Într-un studiu recent privind serviciile sociale pentru victimele violenței în familie (adulți și copii) (Fundatia Sensiblu et al., 2013) realizat de 11 ONG-uri din România, active pe domeniul prevenirii și combaterii violenței domestice s-a abordat inclusiv situația pregătirii specifice a profesioniștilor care lucrează cu cazuri de violență în familie la nivelul celor 41 de județe și 6 sectoare în București. Din totalul de 92 unități de asistență socială pentru care au fost completate rubricile legate de personal, în total 632 persoane, doar 128 au participat la formări pe tematica violenței. Dacă urmărim răspunsurile furnizorilor de servicii specializate pentru prevenirea și combaterea violenței în familie, personalul care a beneficiat de cursuri în ultimii 3 ani (2011 – 2013) provine din 11 dintre centre (13% dintre centre). Una dintre cele două lipsuri în privința centrelor rezidențiale s-a dovedit a fi lipsa pregătirii inițiale specifice și a pregătirii, formării continue a personalului care deservește adăposturile (doar 11,4% din personal a urmat un curs de pregătire în domeniu), și nici supervizare nu se asigură, cu toate că este o muncă care generează traumatizare secundară.

Obligațivitatea raportării

În unele țări există legislație care prevede obligativitatea raportării violenței domestice (ex. Australia, Canada, Anglia, Africa de Sud și unele din statele SUA). Ca și în cazul obligativității raportării prin lege a violenței împotriva copilului, există multe discuții legate de eficiența acestor legi. Suporterii consideră că victimele au mai multe șanse să primească ajutor, iar cei care sunt împotriva susțin că atunci când raportarea este obligatorie, victimele nu mai au putere de decizie în ceea ce privește viața lor, și pot fi chiar sancționate de agresor, astfel ele probabil nu vor mai apela nici la serviciile medicale. Există puține cercetări care să confirme sau să infirme eficiența acestor legi (WHO, 2009).

O astfel de cercetare au realizat Sullivan și Hagen (2005). Ei au discutat în cadrul unor focus grupuri cu 61 victime ale violenței domestice sau sexuale despre obligativitatea raportării violenței la Poliție și alte autorități. Din 61 persoane, doar una a fost de acord, toate celelalte au împărtășit convingerea că până nu

se fac anumite schimbări în sistemul de justiție, sistemul de protecție a copilului, media etc. ele mai degrabă pot fi revictimizate decât protejate, de aceea nu ar dori ca personalul medical să raporteze violența în cuplu.

STUDIU DE CAZ- MARIA

Lucrați la o asociație în cadrul unui proiect de integrare socială a comunităților marginalizate. În luna august faceți muncă pe teren, discutați cu părinții înscrierea copiilor la școală. În acest context vă întâlniți cu familia cea mai înstărită din comunitate, cu Maria, de etnie romă, de 28 de ani și Ștefan, de etnie română, de 50 ani. Maria are 5 copii, 3 fete și 2 băieți dintr-o căsnicie anterioară cu Cornel, care a băut mult și a bătut-o. Maria l-a lăsat și s-a mutat la Ștefan, cu care s-a întâlnit în timpul unor munci. Ștefan era cel care a adus mai mulți muncitori din localitatea lui, era un fel de patron care comanda și organiza munca. Inițial a luat-o pe Maria și pe copiii ei la el ca să-i facă munca casnică, dar cei doi ulterior au devenit un cuplu și au avut un copil împreună.

Familia avea destul de multe lucruri, comparativ cu ceilalți din comunitate: energie electrică, apă, mașină de spălat, televizor. Ștefan împrumta bani celorlalți din comunitate cu dobândă mare. De asemenea, tăia animale și vindea carnea cu un preț mult peste prețul din magazine și cine nu cumpăra de la el era amenințat și bătut de oamenii lui.

Adulții locuiau într-o casuță care avea o cameră și o bucătărie, iar copiii Mariei într-o cocioabă în curte. Copiii lucrau când ați ajuns. Ștefan nu era acasă, iar Maria nu a putut să ia o decizie legată de proprii ei copii în privința școlii, ci vă roagă frumos să discutați și cu Ștefan aceste lucruri. Când vă întoarceți, aflați că Ștefan este de acord cu înscrierea copiilor la școală, și ca și persoană de contact se trece pe el în formulare. Pe Maria o vedeți cu un pulovăr pe gât, deși este cald. Ulterior aflați că ascunde o leziune.

La înscrierea copiilor în școală mama vine cu ei, după ce s-a discutat cu Ștefan și a fost de acord ca să lipsească câteva ore de acasă. După o oră vedeți că este sunată de mai multe ori. Pretextul este că este foarte mult de lucru acasă.

Obiectivele de învățare:

- Identificarea semnelor violenței în cuplu
- Identificarea factorilor de risc
- Formularea unor întrebări de screening

Rezolvare:

- Semenele violenței în cuplu:
 - Deciziile sunt luate de Ștefan
 - Ștefan o controlează pe Maria
 - Maria trebuie să își ceară voie de la el
 - Copiii sunt ținuti în condiții necorespunzătoare, inferioare adulților
 - Exploatează copiii
 - Exploatează comunitatea
 - Mariei îi este frică de el
 - Are leziuni pe corp pe care le ascunde

CONCLUZII

Abilitatea de a recunoaște și identifica nevoile victimelor este de o importanță crucială în ceea ce privește suportul acordat victimei și ajutorul în vederea depășirii situației de violență.

Majoritatea victimelor violenței suferite din partea partenerilor dezvăluie cele suferite în prima fază persoanelor apropiate, membrii ai familiei sau prietenilor. În cazul în care violența se repetă și/sau escaladează, se manifestă și asupra copiilor, victimele solicită ajutorul poliției, serviciilor medicale sau cele sociale. Victimele nu sunt însă pregătite de fiecare dată, să se confrunte cu agresorul și cu evenimentele care pot urma dezvăuirilor. Din partea specialiștilor este necesară o acțiune proactivă, recunoașterea riscurilor, identificarea victimelor prin recunoașterea semnelor și susținerea victimelor în accesarea suportului necesar.

Specialiștii din sistemul de sănătate ar avea un rol central în identificarea victimelor violenței, deoarece ei sunt cel mai des apelați de acestea. Cu toate acestea, rareori ei sunt formați să răspundă eficient la violență domestică. Recunoașterea violenței ar implica cunoașterea semnelor, a dinamicii violenței domestice, dar și screening, sprijin și referire la servicii, utilizarea întrebărilor care vizează o evaluare inițială a situației. Ar fi necesar să fie mandatați prin lege sau portocoale prin care să fie specificate responsabilitățile sectoarelor medical și social referitor la aceste cazuri.

Capitolul 7

EVALUAREA RISCULUI

Imola Antal, Éva László

Abstract

Predicția episoadelor violente sunt foarte importante în protejarea victimelor. Capitolul prezintă câteva modalități și instrumente prin care specialiștii încearcă să evalueze riscurile revictimizării. Pe lângă instrumentele specifice de evaluare sunt prezentate evaluarea profesională nestructurată și evaluarea prin anamneză. Instrumentele specifice prezentate sunt de două feluri: cele actuariale (ex. CAADA-DASH Risk Identification Checklist) și cele bazate pe judecată profesională pe baza unor itemi bine definiți (ex. 'SARA', chestionarul de verificare pentru evaluarea pericolului).

Cuvinte cheie: evaluarea riscului, factori de risc și de protecție, chestionare de evaluare a pericolului

Victimele violenței domestice sunt într-un risc constant de a fi revictimizate (Logar, 2006). Situațiile severe de violență domestică au în general un istoric de episoade violente, episodul actual fiind ultima verigă dintr-un lanț de evenimente. Violenta domestică reprezintă un tipar de comportament care se repetă de-a lungul timpului, având aceleași personaje ca și victimă și agresor și care se agravează în timp. Cazurile de omucidere de cele mai multe ori au fost cunoscute de polițiști, lucrători la urgență sau servicii de violență domestică (Rösemann, Logar, Vargova, 2012). Sharps, Koziol-McLain, Campbell, McFarlane, Sachs, Xu (2001) au prezentat rezultatele unei cercetări în care 74% dintre femeile omorâte de partenerii lor și 88% dintre femeile care au supraviețuit unor tentative de omor au fost văzute în urgențe în anul precedent. Predicția unor astfel de evenimente devine foarte importantă în a proteja victimele. Prin consecință, specialiștii care vin în contact cu victimele violenței domestice au posibilitatea de a le proteja în cazul în care recunosc semnele violenței, evaluează corect riscurile și au cunoștințe și abilități de a le referi, securiza și proteja. Toate sistemele care interacționează cu victimele au responsabilitatea să protejeze și să avertizeze victimele (Rösemann et al., 2012).

Prin evaluarea riscului înțelegem procesul prin care sunt identificați factorii de risc și de protecție. Evaluarea riscurilor și a pericolului constituie un proces complex, care nu poate fi calculat științific, nu reprezintă doar un total obținut din mai multe părți. Prin

risc înțelegem “probabilitatea ca persoana examinată, evaluată să se angajeze în viitor într-un anumit comportament” (Northcott, 2012, p.5).

Au fost efectuate numeroase studii cu scopul de a identifica acei factori de risc care stau la baza ciclului de abuz. Există în studii un consens destul de mare legat de acești factori, majoritatea “listelor” incluzând următoarele: istoricul comportamentului abuziv, atitudini și comportamente antisociale, stabilitatea relațiilor, stabilitatea locului de muncă, sănătate mentală și tulburări de personalitate, abuz în copilărie, motivația pentru tratament, atitudini vis-à-vis de femeii (Dutton, Kropp, 2000). Campani și Romanin (2013) subliniază că cea mai imediată cauză a oricărui act de violență (inclusiv violența domestică) este decizia pe care o ia agresorul de a acționa într-un mod violent, astfel, doar el poate fi tras la răspundere pentru acțiunile sale, nu faptul că a consumat alcool sau alte substanțe, sau faptul că el însuși a fost abuzat în copilărie etc. Rösemann și colaboratorii (2012) afirmă că sunt prea puține studii legate de instrumentele de evaluare a riscului violenței domestice, în schimb Heilbrun (2009) analizează multe studii cu privire la instrumente specifice.

Factorii de risc și de protecție care sunt de obicei evaluați în cadrul procesului de evaluare a riscului sunt următorii:

- Cel mai simplu și mai valid factor de risc este **revictimizarea repetată**. Dacă în trecut comportamentul violent s-a repetat cu o anumită frecvență, este foarte probabil că se va repeta și în viitor (Logar, 2006).
- Al doilea factor des amintit în literatura de specialitate este **separarea**. Multe victime apelează la ajutor tocmai în acest stadiu (Logar, 2006, Walby, Myhill, 2000).
- Campani și Romanin (2013) consideră că **propria viziune a victimei** asupra pericolului este cel mai bun indicator referitor la prezența altor factori de risc. Atunci când victimele sunt foarte înspăimântate, când le este frică de viitoare violențe, când le este frică să nu fie omorâte și se tem să nu fie răniți copiii lor, probabilitatea de a se confrunța cu violență adițională este mai mare. Cu toate acestea, minimizarea abuzului și autoblamarea reprezintă o caracteristică comună a victimelor abuzului domestic: uneori pot să nu recunoască amenințările sau acțiunile curente ale agresorului ca fiind îngrijorătoare.
- **Elemente de pericolozitate legate de agresor** pot fi următoarele comportamente: manipularea, minimizarea și

justificarea violenței, amenințări cu violență, cu moartea etc., violență exercitată împotriva partenerii însărcinate, antecedente de violență domestică, antecedente criminale, încălcarea unor ordine civile sau penale (ex. ordinul de protecție), posesie sau acces la arme, tulburări și condiții mentale (ex. tulburare de personalitate antisocială, consumul de substanțe, tentative de suicid) sau sociale (lipsa profesiei și a locului de muncă, dependență financiară de victimă) etc. Anturajul infracțional, acceptarea violenței de comunitatea în care trăiește familia sunt factori care conduc la agravarea violenței.

- **Elemente de vulnerabilitate legate de persoana victimei:** izolare din punct de vedere social, separare de familie și prieteni, dependența din punct de vedere financiar de agresor, lipsa veniturilor proprii, lipsa unei profesii, lipsa unui loc de muncă, apartenența la o minoritate etnică supusă discriminării, sarcină, abuzul de substanțe, existența unei deficiențe, boală mentală sau somatică cronică.
- Cu toate că există o suprapunere în ceea ce privește factorii de risc ai **revictimizării** și **omuciderii**, se pare că totuși există anumite diferențe în combinarea factorilor (ex. abuzul de substanțe și violența împotriva copiilor par mai degrabă să fie asociați cu revictimizarea, iar tentativele de suicid și posesia unor arme par mai degrabă să fie asociați cu violența letală) (Roehl, O’Sullivan, Webster, Campbell, 2005, Rösemann et al., 2012).

Evaluarea riscului și planificarea siguranței trebuie neapărat să fie integrate în oferta serviciilor. Evaluarea sistematică a riscurilor folosind chestionare mai lungi sau mai scurte sunt proceduri standard în multe din serviciile de suport ale victimelor în țări ca și Austria sau UK. Logar (2006) consideră că acestea ar trebui introduse nu numai în procedurile standard ale serviciilor de sprijin pentru victime, dar și în instituțiile de prevenire și urmărire a criminalității (poliție, procuratură, instanțe penale etc.).

Motivele pentru care evaluarea riscurilor este importantă sunt (Campani, Romanin, 2013, Bumbuluț, Antal, 2001):

- Prevede și poate să prevină intensificarea pe viitor a violenței;
- Ajută victima în conștientizarea gravității situației;
- Ajută la dezvăluirea violenței, inclusiv a unui trecut violent;
- Contribuie la luarea unor decizii profesionale informate;
- Îl ajută pe practician să decidă care este cea mai bună linie

- de acțiune instituțională/legală pentru a gestiona eficient riscurile;
- Ajută la crearea unui limbaj comun între specialiști și promovează acțiunile inter-instituționale;
 - Ajută la monitorizarea deciziilor luate și la efectuarea altor evaluări pe viitor.

Instrumente de evaluare

Heilbrun (2009) clasifică instrumentele de evaluare astfel:

- Evaluare actuarială
- Evaluare profesională structurată
- Evaluare profesională nestructurată
 - Evaluare prin anamneză

Evaluarea profesională nestructurată se bazează pe intuiția ce provine din experiență și judecata specialistului. Heilbrun (2009) compară eficiența acestui tip de evaluare cu instrumentele specifice și ajunge la concluzia că sunt cu mult sub precizia celor din urmă.

Instrumentele specifice de evaluare sunt de două feluri: cele **actuariale** (ex. CAADA-DASH Risk Identification Checklist folosită în Marea Britanie) și **cele bazate pe judecată profesională** pe baza unor itemi bine definiți (ex., SARA, chestionarul de verificare pentru evaluarea pericolului de Roehl, O'Sullivan, Webster și Campbell, 2005).

Caracteristica definitorie a **evaluării actuariale** implică folosirea unei combinații obiective, mecaniciste și reproductibile de factori de predicție, selectați și validați prin cercetare empirică. Cei care folosesc aceste instrumente calculează un scor final care aproximează riscul apariției violenței (Heilbrun, 2009).

În cazul **evaluării / judecății profesionale structurate** factorii de risc și cei protectivi sunt selectați din literatura de specialitate și pe urmă operaționalizați. Cei care folosesc astfel de instrumente analizează mai multe surse pentru a verifica itemii respectivi, dar aceștia nu sunt cuantificați în cifre. Judecata profesională structurată este mult mai flexibilă decât evaluarea actuarială, dar mai puțin precisă (Heilbrun, 2009).

Este foarte important să se efectueze și o **anamneză** cu victima, ca să se dezvăluim regularitățile, patternurile comportamentului violent, această metodă fiind doar complementară instrumentelor specifice. Majoritatea instrumentelor sunt utilizate împreună cu victima pentru a aduna informații despre comportamentul agresorului. Pentru completarea unora se folosesc mai multe surse, cum ar fi, de exemplu, chestionarul SARA, care

inițial a fost elaborat pentru evaluarea agresorilor. Unele dintre instrumente au fost construite pentru a prezice riscul omuciderii (SPECSS), a violenței letale (ex. Danger Assessment, MOSAIC-20). Altele au fost create pentru a prevedea riscul revictimizării (ex. SARA, ODARA, DVI, K-SID). Sunt câteva instrumente care și-au propus ambele (Rösemann et al., 2012).

În continuare prezentăm câteva dintre aceste chestionare.

Ariile acoperite de chestionarul **SARA** (Dutton, Kropp, 2000) sunt:

- Experiențele din copilărie legate de abuz și neglijare
- Istoric ocupațional și social
- Istoricul relației
- Istoricul sănătății fizice și mentale
- Sănătate mentală actuală
- Istoricul comportamentelor abuzive
- Istoric criminal
- Stresori actuali
- Rețeaua social de sprijin.

Pentru a folosi instrumentele de evaluare este nevoie de pregătire specializată. Instrumentele de evaluare diferă inevitabil în funcție de specialistul care le folosește și de contextul în care sunt folosite (Campani, Romanin, 2013).

Un instrument complex poate fi utilizat doar în cadrul unor interviuri în profunzime, efectuate cu femeii într-un mediu sigur și protejat, fără posibilitatea de a fi întrerupt și cu suficient timp alocat, de exemplu când victima raportează violența sau depune o plângere penală. În timpul apelurilor de urgență, poliția poate utiliza o listă mai scurtă de întrebări, de ex. SPECSS, utilizată în Marea Britanie (Campani, Romanin, 2013).

SPECSS conține întrebări legate de factori cu risc crescut asociați riscului de omucidere (Campani, Romanin, 2013):

- Separarea și contactul cu copilul
- Sarcina și nașterea din nou
- Aggravarea abuzului
- Izolarea de comunitate sau izolarea culturală
- Urmărire/Hărțuire
- Abuzul sexual.

Chestionarul **CAADA-DASH - Chestionarul de Identificare a Riscului** este un instrument care permite o evaluare actuarială. O versiune scurtă a Chestionarului de Identificare CAADA-DASH cu rol de evaluare a riscului crescut în cazurile de violență domestică, hărțuire și “violență bazată pe onoare” a fost

validată și adaptată pentru România de Grupul de Lucru în Violență Domestică Cluj și prezentată de Campani și Romanin (2013).

Utilizarea instrumentelor de evaluare a riscului are multe avantaje: acestea pot oferi un limbaj comun mai multor categorii de specialiști; pe baza informațiilor din chestionar și a documentației care însoțește chestionarul deciziile specialistului devin mult mai transparente; prin întrebările care se formulează se pune accent pe siguranța victimei etc. Dar, au limitele lor, în primul rând prin faptul că în general nu există standard minime legate de cunoștințele profesionistului care le aplică. Mulți aplică chestionarele fără formare, experiență și cunoștințe necesare. În plus, există unele discuții între experți dacă aceste instrumente spun mai mult despre risc, decât cele care evaluează riscul violenței în general, sau estimările victimelor (Northcott, 2012).

STUDIU DE CAZ - SVETLANA

Svetlana are 35 de ani și este de origine din Moldova. Este căsătorită cu Ioan, un bărbat de 40 de ani și au împreună 2 copii. S-au cunoscut în Italia și după un an s-au întors acasă și s-au stabilit în orașul natal al lui Ioan. Aici Svetlana a descoperit că acesta era un bărbat cu totul diferit de cel pe care îl cunoscuse în Italia, unde fusese blând și atent cu ea. O lovea în mod repetat, o închidea în casă și o trata ca pe o sclavă, umilind-o tot timpul, spunându-i că nu are nicio valoare și că dacă nu face ceea ce îi spune el, o va putea alunga, oricând va dori și îi va lua copiii. Svetlana a aflat de la una dintre colegele ei care îl cunoștea în tinerețe, că întotdeauna a avut probleme cu violența. Această colegă i-a povestit că a fost dat în judecată pentru că a violat o tânără, dar nu a mai făcut pușcărie pentru că cei doi s-au “împăcat”, el plătind o anumită sumă ca și daune morale. Odată, după ce a bătut-o și a amenințat că o omoară, a dat-o afară din casă în timpul nopții. Svetlana avea câteva colege la care ar fi putut să meargă, dar nu a vrut să le deranjeze. Și-a petrecut noaptea în parc, fiind extrem de speriată. Apoi, el i-a permis să se întoarcă acasă, spunându-i că a iertat-o. În urma a numeroase episoade de violență, Svetlana a fugit cu cele două fete. Când s-a dus să i se facă un control medical de urgență, a fost ținută acolo peste noapte, iar apoi i s-a recomandat un adăpost temporar pentru femei. Câteva zile mai târziu, Ioan a reușit să o contacteze telefonic și i-a spus: „Vezi că o să-ți iau copiii, și chiar dacă ar rămâne la tine, i-ar lua statul pentru că nu ești cetățean român.” Svetlana era extrem de îngrijorată. Svetlana era manichiuristă, lucra doar câteva ore pe zi și avea venituri puține și nu-și permitea cu cele două fete să-și plătească o chirie. Nu avea rude, doar câteva colege cu care a ținut legătura. Prin urmare, a fost de acord să se reîntoarcă la Ioan din nou. Ioan era foarte prezentabil și

manipulator și credea că avea dreptul să o controleze pe Svetlana. Atunci când Svetlana a plecat, el a declarat-o dispărută. Atunci când ea a încercat să fugă, el a folosit toate mijloacele posibile pentru a se asigura că ea se va întoarce. I-a spus că are o armă, și dacă mai pleacă, o va omorâ și pe ea și pe fete. Svetlana s-a simțit obligată să continue relația cu el pentru ca să le ofere fetelor un tată, să beneficieze de sprijinul lui financiar și să aibă unde să trăiască. După un timp a fugit din nou cu fetele, iar asistentul social cu care ținea legătura i-a găsit loc într-un adăpost. Svetlana a sesizat poliția de mai multe ori, dar apoi și-a retras acuzațiile, temându-se de contraatac.

Obiective de studiu:

- Depistarea factorilor de risc;
- Estimarea riscului scăzut, mediu sau ridicat;
- Înțelegerea gravității violenței domestice și a faptului că poate avea urmări fatale.

Rezolvare

Cazul este un caz cu **grad ridicat de risc**, ținând cont de următoarele **elemente de periculozitate**:

Elemente de periculozitate în comportamentul agresorului:

- manipulare, minimizare și justificare a violenței;
- amenințări cu moartea;
- antecedente de violență;
- posedă sau are acces la arme.

Elemente de vulnerabilitate legate de persoana victimei:

- izolată din punct de vedere social și separată de familie;
- venituri puține;
- nu are cetățenie.

Elemente care măresc riscurile:

- separarea;
- faptul că femeia are copii mici.

CONCLUZII

Prin evaluarea riscului înțelegem procesul complex prin care sunt identificați factorii de risc și de protecție într-o situație de violență domestică. În multe servicii de sprijin pentru victime sunt aplicate chestionare de evaluare a riscului ca și procedură standard. Cu ajutorul acestor chestionare se evaluează riscurile în două feluri: cantitativ, adunând niște cifre asociate răspunsurilor afirmative la itemii chestionarului, ori dând un teren mai mare judecării specialistului care adună informații în general din mai multe surse. Aceste chestionare se pot utiliza în spații care oferă siguranță și

intimitate victimelor. Evaluarea riscului este o procedură recomandată de Consiliul Europei (2011) pentru toate agențiile și serviciile care vin în contact cu victimele violenței (art. 51). În cazul apelurilor de urgență de obicei se recomandă folosirea unor liste de întrebări mai scurte. Specialiștii pentru a aplica chestionarele de evaluare a riscurilor au nevoie de formare profesională. Au fost efectuate numeroase studii cu scopul de a identifica acei factori de risc care stau la baza ciclului de abuz. Va trebui în viitor investit mai mult în cercetări care să evalueze eficiența acestor instrumente în prevenirea violenței.

Capitolul 8 **INTERVENȚIA: PROTECȚIA VICTIMELOR**

Sorina Bumbuț, Maria Popa

Abstract:

Protecția și securizarea victimelor reprezintă obiectivul principal al intervenției în munca cu femeile victimizate. În prima parte sunt discutate nevoile femeilor care se confruntă cu violența în cuplu, iar cea mai mare parte a capitolului este dedicată muncii cu femeile abuzate în cadrul serviciilor specializate pentru victime. Sunt prezentate scopurile serviciilor, domeniile de acțiune și sunt recomandate principii de lucru care să răspundă cât mai bine nevoilor femeilor. Beneficiile abordării centrate pe persoană și situația ei concretă sunt puse în evidență în raport cu aspectele de vulnerabilitate ale acestor femei și nevoia lor de a opri violența în care au trăit și de recăștigare a controlului asupra vieții lor.

Cuvinte cheie: nevoile femeilor abuzate, servicii specializate de intervenție, principii de lucru, abordarea centrată pe persoană.

Nevoile femeilor care se confruntă cu violența în cuplu

Victimele care solicită ajutor se află în diferite stadii ale relației sau conștientizării violenței. Adesea, când femeile apelează la diferite instituții, servicii și agenții, ele nu sunt pregătite să recunoască că sunt victime ale violenței, dar speră că profesioniștii își vor da seama de situația în care se află ele, vor recunoaște semnele abuzului și vor înțelege ce nevoi au ori ce ar putea face ca violența care li se întâmplă să se oprească. Pentru identificarea nevoilor și acordarea sprijinului necesar pentru protecția victimelor - adulte și minore, este esențial ca specialiștii să aibă o bună cunoaștere a naturii și dinamicii violenței între parteneri, dar și să ia în considerare nevoile victimei și experiența ei personală, prin ascultarea activă a ceea ce are de spus victima.

Majoritatea victimelor care caută ajutor prezintă următoarele nevoi (Appelt, Kaselitz, Logar, 2000):

- să fie protejată, ea și copiii ei;
- să primească îngrijire medicală;
- să fie crezută;
- să fie înțeleasă;
- să nu se simtă judecată;
- să fie sprijinită să înțeleagă situația în care se află;
- să primească informații clare și corecte despre posibilitățile de a fi sprijinită practic în situația în care se află;

- să primească informații despre modalitățile prin care legea o protejează și cum să ajungă la măsurile legale efective;
- să fie ajutată pentru a părăsi locuința comună și a găsi un loc protejat, sigur, inclusiv prin sprijin financiar;
- să primească ajutor în depășirea izolării sociale și a neputinței;
- să fie sprijinită să identifice soluții pentru calea pe care alege să continue, să ia decizii benefice ei și copiilor ei;
- să-i fie recunoscut curajul de a face cunoscută violența.

Referitor la nevoile femeilor victimizate în cuplu, din raportul Agenției Uniunii Europene pentru Drepturi Fundamentale (2014), precum și din alte studii anterioare (WHO, 2002, WAVE Report, 2015) reiese că una din problemele mari care interferează cu intervenția efectivă este neraportarea. Ele ar avea nevoie să fie încurajate și sprijinite să caute sprijin și protecție, dar și serviciile din prima linie ar trebui să identifice cazurile și să le îndrume pentru îngrijire, protecție, soluționare.

Raportul FRA indică 3 nevoi la care femeile primesc un răspuns insuficient: să vorbească cu cineva despre ce li se întâmplă și să fie sprijinite (33-54%), să li asigure protecție (12-25%) și să primească sprijin practic (13-21%). Serviciile specializate pentru a sprijini femeile, furnizate de organizațiile nonguvernamentale independente, care lucrează în interesul victimei, sunt cel mai bine echipate să răspundă nevoilor femeilor supraviețuitoare ale violenței (WAVE Report 2014). Datele Raportului FRA arată însă că în România 74% din respondente nu știu de existența niciunui serviciu specializat ori vreunei organizații care sprijină victimele și doar 12% cunosc o organizație sau un serviciu (FRAa, 2014, p. 162-165). Raportul FRA mai demonstrează nevoia urgentă ca victimele să cunoască drepturile lor și legislația existentă, de vreme ce 36% din femei nu sunt conștiente de legi și inițiative specifice pentru prevenirea violenței domestice împotriva femeilor (FRAb, 2014, p. 36).

Serviciile specializate pentru femei victimizate în relația de cuplu

O intervenție efectivă și eficientă în situațiile de violență domestică are trei direcții de acțiune: protecție pentru victime, responsabilitate și schimbarea climatului de toleranță la violență (Pence, McDonnell citați în Shepard, Pence, 1999). Punctul de pornire este împărtășirea unei abordări comune asupra naturii violenței domestice, a unei aceleiași înțelegeri a fenomenului și

priorităților care ar trebui să călăuzească răspunsul comunității la acest tip de violență. Din această perspectivă comună asupra violenței domestice va decurge agreerea și adoptarea politicilor și practicilor de implementare a concepției de bază, crearea rețelei inter-agenții care să asigure o abordare sistemică și consistentă, stabilirea și monitorizarea programelor pentru victime și abuzatori, evaluarea rezultatelor etc. (Shepard, Pence, 1999). Modelul Duluth, primul program de intervenție în violența domestică este un răspuns comunitar coordonat pentru astfel de cazuri, care a fost preluat și pus în practică în multe alte țări – Marea Britanie, Germania, Austria, Australia etc.

Un program de intervenție este construit pe următoarele elemente esențiale (Pence, 1996, Appelt et al., 2004, Logar, Rösemann, Rösslumer, Zachar, 2006):

1. **Împărtășirea aceleiași înțelegeri a fenomenului** implică acordarea unei atenții speciale violenței în fața relației dintre abuzator și victimă, ceea ce înseamnă pentru practicieni, servicii și instituții cu rol în orice etapă a intervenției că trebuie să urmărească să asigure victimei **securitate și autonomie**.

Preocupările specialiștilor care fac intervenția trebuie să includă evaluarea violenței abuzatorului, cu accent pe colectarea informației despre frecvența actelor de abuz și violență, severitatea consecințelor, înțelegerea tiparului comportamentului violent, precum și a impactului asupra victimei și eventualilor martori (cel mai adesea, copiii). Dintr-o asemenea perspectivă, violența nu poate fi redusă la o problemă de relație, simptom al unei neînțelegeri în cuplu. Mai degrabă, problemele relaționale trebuie văzute ca simptom al violenței - nimeni nu poate avea o relație *bună* cu un partener care își impune voința cu violență.

2. **Elaborarea unui set de politici și proceduri de lucru** mutual agreeate, realizate ca parte a unui răspuns integrat, la nivelul agențiilor din comunitate ori al sectoarelor de activitate cu rol în prevenire, intervenție și recuperare, care să furnizeze modalitățile specifice și concrete prin care intervenanții să asigure în primul rând securitatea fizică a victimelor.
3. **Munca în rețea – cooperarea la nivel sectorial, precum și la nivel de agenții și servicii**, pentru contracararea efectului de minimalizare, trivializare, a fenomenului violenței domestice.

Munca în rețea înseamnă în primul rând împărtășirea informațiilor între diferitele servicii și agenții implicate în intervenția, protecția și asistența victimelor. La fel de important este ca specialiștii să pună la dispoziția femeilor informații despre posibilitățile de acțiune legală, despre serviciile existente în comunitate și să le încurajeze să apeleze la aceste resurse, pentru că în acest mod ele vor fi „împuternicite” pentru acțiune și susținute în eforturile de (re)stabilire a controlului asupra propriei lor vieți.

4. **Monitorizarea**, urmărirea evoluției cazului.
Cele mai bune politici de intervenție pot rămâne fără rezultat în termeni de sporire a securității fizice și autonomiei victimelor, dacă nu sunt și transpuse efectiv în acțiune, în realitatea persoanelor.
5. Crearea de **servicii specializate** pentru femei care sunt în situație de violență domestică și care trebuie:
 - să răspundă eficient nevoilor victimelor și să reducă incidența violenței domestice în comunitate;
 - să-și stabilească principii în munca pe care o desfășoară, astfel încât să nu perpetueze dinamica de control și putere existente în relațiile abuzive;
 - să furnizeze femeilor supraviețuitoare servicii gratuite și în regim de confidențialitate, în care acestea să fie sprijinite în ce privește:
 - protecția - asigurarea sau sporirea securității fizice;
 - depășirea situației de criză;
 - resursele existente în comunitate – informare;
 - sprijin practic - răspuns adecvat la diferitele nevoi;
 - referire spre serviciile complementare.
 - să aplice politici și principii nediscriminatorii în furnizarea serviciilor;
 - să-și desfășoare munca în echipă pluridisciplinară și rețea comunitară inter-agenții;
 - să desfășoare programe de informare, creștere a cunoștințelor și înțelegerii fenomenului (conștientizării) în rândul populației din comunitate, astfel încât persoanele care caută sprijin să fie încurajate să se adreseze serviciilor existente.
6. Al șaselea element al intervenției implică **programele de reabilitare pentru bărbații cu comportament violent**.

Aceste programe, **alternativă la violență**, intenționează să ajute bărbații cu probleme de comportament violent să înțeleagă originile credințelor care legitimează dominația și abuzul bărbaților asupra femeilor, natura violenței domestice – faptul că este un comportament învățat, instrumental/intențional, că este responsabilitatea lor 100%, că doar ei sunt în măsură să decidă schimbarea, că alternativa este să înțeleagă, accepte și învețe modul de relaționare sănătoasă, echilibrată, întemeiată pe încredere și sprijin reciproc.

7. În final, este important să fie asigurată **evaluarea**, care să includă și perspectiva victimelor. Succesul intervențiilor se poate măsura pe baza unei grile care cuprinde criteriile concordante cu principiile expuse mai sus. Reușita intervenției înseamnă oprirea violenței în fiecare situație, precum și reducerea incidenței violenței domestice în comunitate.

Scopurile serviciilor specializate pentru munca cu victime

Scopurile sunt cele care ghidează și orientează în permanență munca specialiștilor, Ele sunt definite astfel (Appelt et al., 2000; Logar et al., 2006; Antal, Bumbuluț, 2001):

- Creșterea siguranței fizice pentru femeile victimizate și copiii lor.
- Îmbunătățirea sănătății fizice și emoționale, a bunăstării generale a femeilor.
- Furnizarea de mesaje clare pentru înțelegerea violenței la care au fost supuse.
- Promovarea unor așteptări realiste despre serviciile existente.
- Susținere pentru procesul de restabilire emoțională și funcțională, de întărire a abilităților și resurselor personale, pentru a găsi și aplica soluții adecvate în organizarea independentă, autonomă și liberă a vieții în continuare.

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

O intervenție eficientă în munca cu femeile victimă a abuzului implică cunoașterea și respectarea unor principii, printre care (Appelt et al., 2000; Logar et al., 2006):

1. **Asigurarea protecției și securității fizice a victimelor/supraviețuitoarelor.** Acest principiu, al prioritizării protecției și autonomiei este promovat începând cu primul program consistent, coordonat, comunitar de intervenție – modelul Duluth, și ulterior de toate programele de intervenție.

2. **Confidențialitate** maximă pentru femeii/victime. Excepție fac situațiile în care sunt puși în pericol copiii, iar mamele nu au resursele și capacitatea necesare protejării copiilor. În asemenea cazuri se analizează în prealabil cu femeia situația și implicațiile ei asupra copiilor; este important ca ea să fie informată asupra măsurilor ce urmează a fi luate. Din aceleași motive de asigurare a protecției femeii și/sau copiilor, bărbaților care intră în programul de prevenire a violenței li se oferă o confidențialitate limitată.

3. **Complexitate și specificitate.** Printre consecințele acestui principiu se numără faptul că serviciile pentru femeii nu pot fi înlocuite de consilierea pentru cupluri/familie. Atunci când consilierea cuplurilor e eficientă, ea permite ambelor părți implicate să-și exprime trăirile, sentimentele. Dacă o femeie exprimă furia ei față de abuzuri sau alte situații din trecut, ea rămâne în siguranță pe parcursul ședinței, dar poate să fie în situație de risc după aceea. Pe de altă parte, dacă ea nu își permite să vorbească deschis în timpul ședințelor pentru a nu-și periclita securitatea, consilierea cuplului este foarte puțin probabil să fie de folos. În oricare din situații, consilierea încetează de a fi un teren de egalitate și poate servi la exacerbarea relației, deja inegală, de putere dintre bărbat și femeie.

4. **Tratarea diferențiată** a violenței domestice față de alte acte de violență.

5. Instituțiile care furnizează servicii specializate trebuie să **promoveze relațiile pozitive, sănătoase între persoane**, bazate pe:

- respect pentru autonomie și autodeterminarea tuturor indivizilor;
- credința în egalitatea fundamentală a tuturor ființelor umane;
- disponibilitate de a negocia și face compromisuri;
- acceptarea puterii ca folositoare doar dacă e împărtășită și negociată;
- voința de a căuta și aplica modalități nonviolente de relaționare;
- refuzul de a accepta, tolera și practica credințe ori conduite care încalcă aceste principii.

6. **Profesioniștii ar trebui să aplice aceste principii în propriile relații.**

7. **Responsabilitate socială, munca în rețea.** Serviciile specializate pentru victime - de informare și consiliere, adăposturi – cele pentru agresori, precum și toate celelalte servicii și instituții

cu rol în intervenție sunt parte a răspunsului comunității la violență. Organizațiile, instituțiile și profesioniștii implicați au responsabilitatea conlucrării eficiente în vederea combaterii violenței și protecției și asistării victimelor, pentru promovarea *toleranței zero* față de orice formă de violență, pentru asigurarea funcționării serviciilor necesare și atragerii fondurilor pentru desfășurarea activităților lor, sensibilizării comunității și promovarea măsurilor și politicilor necesare.

Abordare centrată pe persoană, nondirectivă, suportivă

Femeile abuzate găsesc adesea persoane preocupate de situația în care ele se găsesc și care le dau sfaturi despre ce ar trebui să facă; unele le presează să plece, altele gândesc că ar trebui să rămână, să se străduiască să remedieze relația; unele sunt figuri de autoritate care le spun că divorțul este de neconceput. Femeia este astfel împinsă de colo-colo, forțată să facă ceea ce nu dorește ori nu poate, sau ajunge într-o stare de indecizie paralizantă.

Multe femei pleacă dintr-o relație violentă la sugestia, sau chiar insistența, familiei, prietenilor sau chiar a practicienilor, dar revin la familie ori partener din cauză că nu se simt cu adevărat pregătite să se separe. Odată ce femeia se întoarce, violența va continua - și poate chiar să se agraveze – pentru simplul motiv că a *îndrăznit* să plece. Mai mult, pe parcurs unele persoane își retrag sprijinul pentru că nu pot înțelege de ce ea se întoarce, lăsând-o și mai izolată și vulnerabilă.

O abordare centrată pe femeia victimizată reprezintă un angajament de a o sprijini să găsească propria cale și soluțiile adecvate nevoilor și posibilităților ei. Pentru profesioniști înseamnă abținere de la a-i spune ce să facă sau să nu facă și o atitudine suportivă, de încurajare a clienței să preia controlul asupra propriei vieți. Acest mod de lucru este o provocare pentru specialist, ca el/ea să aibă încredere în femeie și să o ajute să ia deciziile *ei*, în special decizia de a rămâne ori a pleca din relație.

Abordarea centrată pe situația și nevoile victimei înseamnă pentru practicieni:

- să accepte că depinde de ea să preia controlul asupra vieții ei;
- să acorde femeii timp și spațiu pentru clarificare, înțelegere, dezvoltare, schimbare;
- să îi ofere informațiile necesare pentru ca ea să poată decide în cunoștință de cauză;
- să o ajute să exploreze posibilitățile pe care le are în situația concretă, particulară, în care se află la momentul respectiv;

- să prelucreze împreună cu clienta ce anume o înfrânează să iasă din relația violentă;
- să accepte că femeia poate face alegeri pe care specialistul/consilierul le consideră greșite sau periculoase;
- să rămână disponibil/ă pentru clientă indiferent ce alegeri face aceasta.

Domenii ale muncii cu femeile care se confruntă cu violența domestică

În literatura de specialitate Appelt și colaboratorii (2000) și Logar (2006) fac referire la principalele domenii de acțiune în munca cu femeile victimă a violenței în familie:

- A. **Informare** realistă despre modalitățile de intervenție, posibilitățile de asistare și tratament, pentru promovarea unor expectanțe realiste.
- B. Transmitere de **mesaje clare** pentru ca femeia să înțeleagă situația ei.
- C. Planificarea unor acțiuni care să sporească protecția victimelor, gradul lor de siguranță, în funcție de o evaluare a riscului în care se află victimele (gradul de pericol pe care îl prezintă agresorul).
- D. **Sprijin emoțional** – individual sau în grup.
- E. **Colaborare** cu alte agenții, instituții, profesioniști din rețea, pentru soluționare adecvată și cât mai completă.

În continuare toate aceste cinci domenii, aspecte vor fi detaliate, pentru o mai clară înțelegere a practicii specifice fiecăruia.

A. Informare și îndrumare

Serviciile pentru femei nu pot să asigure orice nevoie a solicitantelor – victime ori supraviețuitoare. Ceea ce pot face specialiștii este să cunoască resursele comunității în care activează – alți specialiști sau/și agenții specializate care ar putea să răspundă diferitelor nevoi - și să îndrume, să refere femeia spre acele servicii. În acest sens, este necesar ca profesioniștii din serviciile specializate în munca cu cazurile de violență să întrunească câteva condiții esențiale:

- să-și cunoscă limitele;
- să fie capabili să ofere informații despre resursele locale – servicii, specialiști, grupuri de sprijin, organizații, unde femeile pot găsi ajutor;

- să dezvolte contacte bune cu agențiile și serviciile complementare, și în special cu cele care au un rol esențial în asigurarea protecției și soluționarea nevoilor urgente ale victimelor, pentru a îndruma femeia cu rapiditate în locul cel mai potrivit;
- să transmită clienței mesaje clare, folositoare și accesibile, inclusiv cu privire la detaliile privind agențiile unde va fi referită pentru sprijin complementar.

B. Mesaje clare

O femeie primește mesaje din mai multe surse despre violența pe care o trăiește, ca de exemplu: familia și prietenii ei, mass-media, lideri ai comunității, profesioniști cu care a luat legătura. Aceste mesaje pot fi despre situația ei în particular, despre violența domestică în general, despre cum trebuie să se comporte ea, personal, sau femeile, în general. Unele dintre aceste mesaje pot fi încurajatoare sau folositoare, dar, din păcate, unele pot să nu fie de ajutor sau chiar pot fi de-a dreptul primejdioase și opresive.

Serviciile care sunt contactate de femei sau acordă orice fel de asistență victimelor trebuie să transmită mesaje clare bazate pe înțelegerea corectă a violenței domestice pentru a contracara mesajele dăunătoare pe care ele le primesc. Astfel, este util :

- să se pună sub semnul întrebării mesajele care blamează victima și care minimizează abuzul și acțiunile violente ale agresorului;
- să i se permită femeii să dea sens experienței proprii;
- femeile să fie încurajate să chestioneze și să se opună mesajelor negative venite din partea societății.

Câteva exemple de mesaje care să fie transmise femeilor (Appelt, Kaselitz, Logar, 2000):

- **Violența domestică este total inacceptabilă.** Fiecare femeie are dreptul la o viață liberă de violență, abuz, intimidare și teamă.
- **Violența domestică este fapt comun și frecvent.** Datele obținute prin nenumărate studii și cercetări arată în mod constant că o femeie din patru suferă cel puțin un episod de violența domestică într-un moment din viața ei.
- **Violența domestică este foarte primejdioasă.** În ultimii 10 ani, în țara noastră, numărul victimelor omorurilor între soți variază între 51 (2012) și 169 (2005), conform statisticilor Ministerului Public și Inspectoratului General al Poliției Române:

Separarea pune în pericol și mai mare femeia.

- **Violența domestică nu se referă doar la un incident izolat de abuz.** E vorba de o gamă largă de acte de intimidare, constrângere, manipulare și agresiune fizică și sexuală, care se repetă în diferite combinații; este un proces cumulativ.
- **Violența domestică este un comportament intenționat și instrumental.** Este folosită pentru a constrânge o femeie să facă ceea ce dorește partenerul, ori de a o împiedica să facă ce dorește ea să facă.
- **Abuzatorul este responsabil 100% pentru faptele sale.**
- **„Nu este vina ta”.** Nimeni, și prin urmare nicio femeie nu merită să fie agresată, indiferent de ceea ce a spus sau a făcut. Fiecare om trebuie să își asume responsabilitatea pentru actele sale, iar dacă e vorba de o faptă care încalcă drepturi, norme sau legi, să suporte consecințele sociale sau legale; violența nu este un răspuns acceptabil social.
- **Un bărbat se poate schimba dacă dorește acest lucru.** Comportamentul său este în controlul său și poate alege să se oprească.
- **„Nu poți să-l schimbi”.** El singur este capabil să decidă să se schimbe și să pună capăt propriei violențe.
- **Nu îl putem schimba.** Participarea lui la programele pentru abuzatori este importantă, necesară, dar nu și suficientă; prezența lui la program nu va garanta schimbarea lui – unii bărbați reușesc, iar alții nu, în funcție de motivația și resursele proprii.
- **S-ar putea schimba puțin.** Bărbații fac unele schimbări mici, pot deveni mai puțin violenți, dar rămân abuzatori și intimidează în continuare. Doar partenera poate decide dacă el s-a schimbat suficient raportat la nevoile, așteptările, ei.
- **Nu trebuie să rezolvi tu situația ei.** O femeie are dreptul la siguranță și respect, în primul rând să se pună în siguranță pe ea și pe copiii și să se concentreze pe nevoile ei.
- **Poți să contribui la creșterea siguranței.** Dacă un bărbat intenționează să devină violent, partenera lui nu va fi capabilă să-l oprească, dar sunt lucruri pe care le poate face pentru a-și crește siguranța. Transmițând mesaje ca acestea de-a lungul procesului de asistare și consiliere, o femeie va fi capabilă să

dea sens experienței sale proprii și un înțeles mai larg contextului relațional și social în care a avut loc abuzul.

C. Planul de securizare fizică

Scopurile pe care le avem în vedere atunci când discutăm un plan de securitate sunt:

- Să ajute femeia să anticipeze și să planifice, nu doar să reacționeze la evenimente.
- Să pregătească femeia ca în situații critice când (ex)partenerul este violent să reacționeze într-un mod care oferă mai multă protecție pentru ea și pentru copii.
- Să o ajute să conștientizeze ce poate să facă pentru a se proteja pe ea și pe copii.
- Să o ajute pe femeie să-și focalizeze atenția asupra securității și bunăstării ei și a copiilor pe termen lung.

Planul de securizare, stabilit împreună cu femeia are următorii pași:

1. Evaluarea pericolului

Este important ca femeia să conștientizeze gradul de pericol la care este expusă ea și copiii ei și să acționeze corespunzător (frecvența, gravitatea leziunilor, antecedente penale ale agresorului, abuz împotriva copiilor, amenințare cu moartea, suicidalitate etc.). Pentru a realiza o evaluare consistentă a riscurilor sau pericolului în care se află femeia și copiii, e nevoie să parcurgem împreună cu ea următoarele aspecte (Appelt et al., 2000; Logar et al., 2006):

- Istoria abuzului;
- Frecvența actelor de violență și severitatea efectelor (răni, handicap);
- Folosirea de arme;
- Pericolul pentru viața victimei(lor) pe care îl prezintă violența;
- Consumul de alcool și/sau alte substanțe;
- Comportamentul agresorului în afara familiei/relației - dacă este sau a fost violent în cu alți membri ai familiei, în alte relații, la locul de muncă, alte contexte;
- Antecedente contravenționale și/sau penale;
- Gelozie și comportament de control;
- Tendința de a o controla și modalitățile în care o controlează;
- Dacă exercită abuz împotriva copiilor;
- Dacă au existat tentative de divorț sau perioade de separare;
- Suicidalitate;
- Strategiile de rezistență ale victimei – dacă și în ce fel ripostează în apărare.

2. Reducerea vulnerabilității față de violență

Pentru ca o femeie care trăiește într-o relație în care este abuzată și agresată de partener să își poată mobiliza resursele interioare, energia și abilitățile, pentru a se proteja și a-și pune viața pe un făgaș non-violent, liberă și autonomă, are nevoie:

- să înțeleagă și să se convingă că a fost prinsă într-un proces de victimizare;
- să primească informație despre ce este violența în relație, despre tacticile abuzatorilor și să înțeleagă efectele și strategiile ei de supraviețuire;
- să-și reconstruiască încrederea în sine, în percepțiile și observațiile proprii.

Putem să îi prezentăm și să analizăm împreună cu ea roata violenței, modalitățile de intimidare și constrângere, abuzul emoțional și violența economică, izolarea, precum și negarea și atribuirea vinei în exterior, blamarea sau folosirea copiilor. La fel de util este să vorbim despre egalitate și respect în relație, despre non-violență, parteneriat economic, atmosferă lipsită de amenințare, apreciere și respect, încredere, suport, onestitate și responsabilități egale față de copii și de sarcinile gospodărești, despre negociere și rezolvare de probleme ori situații de neînțelegere, dispută.

3. Prelucrarea de strategii care ajută la prevenirea, minimizarea sau evitarea violenței: se discută ce a mers până acum, ce nu, ce ar putea să facă atunci când simte că se aproprie o descărcare violentă.
4. Creșterea autonomiei femeii vizează reducerea dependenței față de alții. Clienta poate fi sprijinită prin consiliere pentru soluționări, dar principiul de bază trebuie să fie ca femeia să rămână în control și să nu-și asume nimeni decizii în locul ei.
5. **Găsirea unui spațiu în care femeia să fie în siguranță.** Unul din aspectele centrale care diferențiază violența în cuplu față de alte tipuri de violență asupra femeilor este dat de realitatea că locuința, domiciliul, este un loc nesigur. În acest caz ea va avea nevoie de un refugiu, care poate fi un **adăpost**, sau un alt spațiu în care poate fi primită în regim de urgență și unde i se asigură protecție.
6. **Pregătiri pentru plecare.** În cazul în care femeia ia decizia să plece din locuința comună, se prelucrează **măsurile de securizare** necesare: unde va pleca, cum va pleca, ce să ia cu

ea (chei, bani, numere de telefon, documente, haine pentru ea și pentru copii), cum să-i pregătească pe copii, cum să se protejeze în continuare.

7. **Includerea copiilor în planul de securizare:** în ce măsură îi va informa pe copii despre deciziile ei, când este cazul să o facă, când nu și alte aspecte legate de situația copiilor.
8. **Protecția legală** reprezintă o direcție esențială de acțiune în munca cu femeile victime ale violenței. Majoritatea solicitantelor de servicii doresc să afle care sunt posibilitățile de intervenție pe cale legală, astfel că e important să existe colaboratori juriști care să le ofere informația și consilierea necesară, cât mai curând pentru a beneficia de anumite măsuri, precum un ordin de protecție, în timp util.
9. **Dezvoltarea unei rețele de sprijin.** Deoarece izolarea este o modalitate de control frecvent utilizată de către agresor, femeile abuzate nu au un anturaj protector sau o rețea socială satisfăcătoare, pentru multe dintre ele nici măcar familia nu le mai este alături. Astfel că devine important să se lucreze pentru formarea de noi relații sau restabilirea unor relații vechi care s-au întrerupt. Participarea la grupuri de sprijin poate fi importantă pentru ca să învețe că pot avea încredere în anumite persoane.

Această primă fază a muncii - stabilirea securității fizice - poate să dureze în cazul abuzului cronic între luni și ani și există multe obstacole, așa cum s-a arătat în capitolul introductiv (frică de represalii, de stigmatizare socială, dependență emoțională de agresor, strategii de supraviețuire dăunătoare: autorânire, neglijență față de autoprotecție etc.). Munca se complică proporțional cu severitatea, durata și instalarea timpurie a abuzului.

Pentru construirea unui plan de securizare, protecție, se lucrează împreună cu femeia. Prima etapă constă în evaluarea riscului pe care îl prezintă situația de abuz, violență; se analizează modalitățile de autoprotejare la care a recurs până la momentul respectiv – ce a făcut pentru se proteja, cu ce efecte, rezultate; apoi se discută intențiile sau deciziile pentru perioada următoare. După schițarea măsurilor pe care le poate lua, este util să se fixeze informația și chiar să fie antrenate, exersate, acțiuni concrete.

Planurile de protecție, de sporire a securității fizice, se construiesc împreună cu femeia pentru situația concretă din momentul respectiv sau în perspectiva unei schimbări în baza unei

decizii pe care o ia – de plecare, de rîntoarcere. Situațiile au fost grupate în 3 categorii (Wiemann, 2013):

- criză – episod de violență;
- pregătire pentru plecare;
- după plecare, după ieșirea din relația violentă, când riscul este estimat ca fiind maxim.

Diversele tipuri de situații și măsurile care se recomandă a fi luate sunt descrise nu numai în manualele de instruire pentru profesioniști, dar și în broșuri sau pliante, ori pe paginile de internet ale organizațiilor care lucrează cu victime sau pentru intervenție în violența domestică, în relații partenoriale, intime.

În continuare sunt furnizate câteva aspecte utile în ceea ce privește planurile de securizare pentru principalele tipuri de situații – exemple de măsuri ce pot fi luate:

A. Femeia locuiește încă cu partenerul, s-a întors în relație, la locuința comună

Analiza experienței acumulate:

În caz de urgență, ce a făcut, ce efecte a avut și ce ar mai putea face pentru ca să se simtă mai în siguranță? Dacă a solicitat ajutor în timpul crizelor, de la cine, cu ce rezultate, pe cine mai poate conta?

Construirea de noi măsuri:

- Identificarea locurilor mai sigure din casă – spații largi, cu acces la ieșire.
- Identificarea locurilor periculoase – bucătăria, baia, pivnița – pentru evitarea lor în situații de criză, în timpul episodului de violență.
- Îndepărtarea, ascunderea, mutarea, armelor – dacă există în casă.
- Să vorbească despre situația ei cu persoane care ar putea să o ajute în timpul unui nou episod de violență: pot stabili un cod de urgență – bătăi în calorifer, un gest, un obiect afișat la fereastră etc., care să însemne că acestea trebuie să sune la 112, sau să intervină.
- Memorarea numerelor de telefon ale persoanelor de sprijin.
- Pregătirea unor căi de fugă dacă va fi posibil, solicitare de ajutor – la vecini, la un telefon sau un loc public.
- Unde poate să se refugieze dacă va reuși să iasă din casă, să fugă. Scrieți adresele și numerele de telefon.

Amintiți-i că, în mijlocul unei situații de criză cel mai bine este pentru ea să creadă în propria-i judecată cu privire la ce este de făcut: uneori este bine să fugă, alteori să se împace, orice simte că poate face pentru propria protecție este valabil.

B. Femeia se pregătește să plece – discutați și construiți răspunsurile la întrebări precum cele care urmează (Schechter, Ganley, 1995):

- Cum și când poate să plece în siguranță? Are un mijloc de transport? Bani?

Un loc unde să meargă?

- Se simte confortabil apelând la poliție atunci când are nevoie de ea?
- Cui îi va spune (sau cui nu) despre plecarea ei?
- Cum poate ea și alții să prevină posibilitatea de a fi găsită de partenerul ei?
- În care sistem de protecție are ea încredere?
- Cum se va deplasa în siguranță la/de la locul de muncă sau școală sau când îi scoate pe copii de la școală?
- Ce resurse legale sau comunitare o vor ajuta să se simtă în siguranță? Să scrie adresele și numerele de telefon.
- Cunoaște numărul de telefon al adăpostului din oraș (în caz că există)?
- Ce fel de custodie sau măsuri de vizitare o fac să se simtă pe ea și pe copiii ei în siguranță?
- Are în vedere solicitarea unui ordin de protecție (în caz că este posibil)?

Sfătuiți clienta să aibă la îndemână următoarele, în caz că trebuie să fugă:

- Buletin, pașaport, certificat de naștere (copie sau original);
- Certificatul de căsătorie, permisul de conducere și actele mașinii, alte acte importante;
- Numărul contului de la bancă, cartea de credit, bani;
- Cardul de sănătate, medicamente sau rețete;
- Acte de divorț sau alte acte de la judecătoria, documente care să ateste violența care a fost exercitată asupra ei;
- Numere de telefon și adrese ale unor familii, prieteni sau organizații din localitate;
- Haine sau alte obiecte de confort pentru ea și copii ;
- Chei.

C.Femeia locuiește singură (cu copiii) – fie că are ordin de protecție prin care partenerul a fost evacuat, fie a plecat și stă într-o altă locuință, analizați opțiunile pe care le are:

- Transmiterea noii adrese doar persoanelor de încredere.
- Schimbarea traseelor și locurilor frecventate anterior – magazine, ATM-uri, transport, locurile de joacă ale copiilor etc.
- Schimbarea încuietorilor de la uși și ferestre.
- Dacă este posibil, instalarea unui sistem de securitate: uși cu grilaj, încuietori mai sigure, sistem de alarmă, iluminare mai bună pe casa scărilor, în curte etc.
- Antrenarea copiilor pentru a nu lăsa în casă străini și a nu deschide ușa când sunt singuri acasă, pentru a ști și fi capabili să sune la 112 pentru a chema poliția, sau familia ori persoane de încredere, într-o situație periculoasă.
- Contactarea și informarea persoanelor care vin în contact sau îngrijesc copiii despre cine are dreptul să-i scoată de la școală după terminarea orelor și să se dezvolte măsuri speciale pentru protecția copilului.

- Schimbarea telefonului și numărului de telefon, verificarea apelurilor și ignorarea apelurilor cu numere ascunse; atenționarea ei cu privire la posibilitățile de depistare a locației noi prin sisteme GPS ori fotografii – atenție specială cu privire la rețelele de socializare și utilizarea internetului.

D. Sprijin emoțional

Serviciile pentru femei pot oferi un cadru protejat pentru ca fiecare femeie:

- să vorbească despre experiențele ei: o femeie poate să aibă nevoie să povestească de multe ori aceleași evenimente, incidente de violență, pentru a înțelege ce i se întâmplă;
- să lucreze pe efectele violenței: există o multitudine de consecințe de scurtă și de lungă durată, de care are nevoie să se ocupe, să le identifice și să prelucreze pentru a-și optimiza starea emoțională și funcționarea psihică și socială;
- să-și reclădească stima de sine;
- să reevalueze strategiile de supraviețuire;
- să reia controlul asupra propriei vieți.

E. Colaborare: sprijin și asistență practică

Serviciile specializate pentru victime pot fi solicitate să susțină în mod direct femeile în fața altor servicii și instituții. Sunt situații în care este necesar să se ofere clientelor sprijin practic și asistare în demersurile pe care le fac. De exemplu:

- redactarea unor acte, documente, scrisori;
- contactarea unor instituții și stabilirea de întâlniri;
- însoțirea unei femeie cu nevoi speciale, cum ar fi un handicap, probleme de sănătate mentală, la servicii sociale care să-i ofere asistență specializată.

Poate să apară un moment în viața oricărei femei când este așa de istovită de experiența sa de violență domestică, încât este incapabilă să se mobilizeze pentru a face demersuri necesare pentru ea și copiii ei. Oricum, în ideea de a nu încuraja dependența, această formă de ajutor trebuie să se completeze cu alte forme de suport care să încurajeze femeia să-și construiască propriile abilități, să-și dezvolte stima de sine și să învețe să preia controlul asupra propriei vieți. Pe de altă parte, pentru că resursele umane în serviciile sociale, fie generale sau specializate, sunt de regulă limitate, trebuie să decidem cât de mult din această muncă angajăm, cu atât mai mult cu cât este o muncă consumatoare de timp. Pentru fiecare caz se decide în concordanță cu nevoile

concrete, exprimate sau recunoscute de clientă. E important să diferențiem între femeile care sunt capabile să dea un telefon, să scrie o scrisoare, să adune informația de care au nevoie, și cele care într-un anumit moment, din diferite motive, nu pot. Scopul principal este să încurajăm femeile să-și câștige independența și să facă lucruri pentru ele însele.

Pot să apară situații în care specialiștii să fie solicitați să întocmească rapoarte despre cliente, prin care să le sprijine să rezolve diferite probleme practice, ca de exemplu:

- rapoarte către instanțele civile sau penale;
- declarații, scrisori de susținere pentru obținerea unei locuințe;
- rapoarte către medicul de familie sau alți medici prin care să fie susținute cererile femeilor de a beneficia de tratament medical specializat;
- rapoarte către autoritățile tutelare sau servicii de protecție a copilului.

Este o situație dificilă emoțional pentru o femeie ca persoane străine (chiar dacă sunt profesioniști sunt totuși străini) să aibă acces la detalii cu privire la experiența ei de violență domestică. Orice întâlnire cu solicitantele de servicii trebuie să fie reglementată și în acord cu principiul confidențialității; transpunerea în practică înseamnă informarea clienței despre conținutul, în special datele personale mai sensibile, cuprinse într-un raport sau orice alt document de referire spre o altă instituție sau un alt profesionist, înainte de a le trimite, astfel încât ea să poată indica dacă există ceva cu care nu este de acord să apară despre ea și situația ei. Schimbările din raport se negociază cu ea dacă este posibil și conversațiile telefonice se poartă în prezența ei, ca să audă ceea ce se spune despre ea. Acest lucru este important și sprijină femeia în (re)construirea încrederii și controlului personal.

STUDIU DE CAZ - SANDA

Sanda are 42 ani, iar soțul ei, Petre 43 ani. Au trei copii, un băiat de 16 ani, o fată de 9 ani și un băiat de 7 ani. S-au cunoscut când erau studenți. Petre era atent și curtenitor cu ea, însă uneori se manifesta gelos într-un mod care o deranja pe Sanda – o acuza că flirtează cu colegi, că îi place să fie admirată, că se aranjează special pentru a atrage privirile celorlalți bărbați. Se liniștea doar dacă Sanda făcea ceea ce îi spune el: se oprea sau scurta conversațiile dacă erau și bărbați prezenți, a rărit ieșirile

în oraș cu colegile și colegii. Petre spunea că va câștiga siguranță în relația cu ea dacă se vor căsători. Ceea ce au și făcut. Au avut vreo doi ani destul de buni, s-au stabilit în orașul în care amândoi au găsit slujbele pe care și le doreau, au fost preocupați să-și aranjeze micul apartament pe care l-au cumpărat, apoi Sanda a născut. Bodgan, fiul lor, avea vreo doi ani când, după un eveniment la care au participat, Petre a făcut un scandal teribil, acuzând-o din nou de interes pentru alți bărbați, pentru că la petrecere, reîntâlnindu-se cu prieteni din adolescență, Sanda a petrecut „inadmisibil de mult timp” în compania acestora. Degeaba i-a arătat Sanda cum exagerează și deformează realitatea, Petre a pus capăt clarificărilor cu câteva palme și lovituri ce au învinețit-o în mai multe locuri. Sanda a fost șocată și confuză câteva zile. Nu putea crede că se întâmplă așa ceva.

După câteva săptămâni în care Petre părea că regretă, crizele de gelozie s-au repetat, iar certurile se încheiau tot cu bătăi. Bogdan era foarte atașat de mama lui și, dacă era de față sărea s-o apere, se puneau în fața ei. Sanda povestește că odată l-a bătut foarte rău și pe Bogdan și au ajuns amândoi la spital. Sanda avea un serviciu bun și îi plăcea să participe la activități de specializare suplimentară, însă asta îl irita pe Petre, care îi reproșa că nu e o soție, gospodină, mamă, așa cum trebuie, că o interesează distracția și bărbații și neglijează familia.

În încercarea de a-l convinge pe Petre că nu există alt bărbat în viața ei, că e devotată lui și familiei lor, pentru că el îi reproșa că ea nu ține la el de vreme ce nu mai dorește copii cu el și devenea adesea chiar furios când ea îl respingea pe motiv că nu e perioada potrivită, Sanda a acceptat să rămână însărcinată și să-și consolideze – cum spunea Petre – familia, și așa au apărut cei doi copii mai mici. Relația lor părea că s-a liniștit, au cumpărat o casă și au aranjat-o, iar Sanda era foarte prinsă cu creșterea copiilor și munca.

La scurt timp după ce a reluat munca, Sanda a fost promovată în cadrul companiei la care lucra și a trebuit să participe la câteva cursuri de pregătire pentru noua poziție. După o lună, Petre a reluat scandalurile și bătăile au revenit și mai urâte – de vreo două ori a lovit-o atât de puternic peste urechea dreaptă încât și-a pierdut cunoștința, o dată i-a spart buza, altă dată s-a ales cu un ochi învinețit, iar colegii ei au devenit îngrijorați și preocupați de situația ei. După ultima bătaie Sanda s-a dus la serviciul de medicină legală și a scos un certificat medico-legal. A consultat și un avocat și s-a decis să pună capăt violențelor, a inițiat acțiune de divorț și a fost sfătuită să ceară și ordin de protecție, însă a cerut puțin timp să se gândească - îi era și frică să nu-l provoace mai rău, dar cumva îi era și milă de el să-l scoată din casă. Când a aflat Petre de acțiunea la avocat,

s-a zgâriat pe piele și și-a provocat niște umflături. S-a dus și el la medicină legală acuzându-și soția că l-a bătut, a obținut și el un certificat medico-legal. Și-a acuzat soția și de relații extraconjugale și spunea că el este victima soției lui, care vrea ca el să-și piardă afacerea și să rămână pe drumuri, după ce a muncit atâta pentru familia lui.

Sanda era derutată, furioasă și extrem de speriată de evoluția lucrurilor. A apelat la doctorița de familie cu care se înțelegea bine și care știa de situația ei. Auzind care era starea lucrurilor la acest moment, a înțeles că Sanda era într-un pericol și mai mare, într-un fel era „care pe care” și Petre putea recurge la gesturi extreme. Foarte îngrijorată, i-a recomandat să vorbească cu cineva la poliție, să afle cum să se protejeze. Sanda și-a adus aminte că a găsit odată pe internet ceva informații ale unor organizații care le ajutau pe femeile în situații asemănătoare. Cum calculatorul ei era la Petre, a rugat-o pe doamna doctor să o lase să caute o astfel de organizație sau informație care să-i fie utilă. A găsit destul repede un număr de telefon și tot din cabinetul doamnei doctor a sunat. A avut noroc și a putut vorbi destul de mult și în detaliu despre ce posibilități de acțiune ar avea. S-a convins că era important să solicite și măsuri de protecție. Pentru că a avut și sprijinul colegilor de muncă care au mers ca martori pentru ea și pentru că judecătorul l-a audiat și pe Bogdan care văzuse atât de multe și era marcat de suferința mamei și izbucnirile tatălui, Sanda a obținut ordinul de protecție pentru ea și copii: Petre a fost evacuat din locuința comună. Dar Sandei îi era foarte frică de ce ar putea Petre face ca să se răzbune. Nu mai putea să se odihnească noaptea, stând la pândă la fereastră, așteptându-se ca el să vină la locuință și să o atace. Îi suna pe copii și le spunea că tot ce se întâmplă e din vina mamei lor, care are relații cu alți bărbați și probabil vrea să se recăsătorească, că vor avea un alt tată și multe alte asemănătoare. Sfătuită de colegi, dar și de organizația la care a și ajuns în consiliere, Sanda a înregistrat convorbirile, mai apoi a schimbat cartelele de telefon și chiar telefonul ei principal; le-a schimbat numerele de telefon și le-a cerut copiilor să folosească cât mai puțin rețelele de socializare, în special să evite să comunice cu necunoscuți, ori să dea detalii despre ei sau despre părinți.

Imediat după ce Petre a fost evacuat, Sanda a schimbat încuietorile casei, dar mai apoi a decis că are nevoie și un sistem de alarmă și de o iluminare mai bună pe alea de la stradă. Încurajată de consiliera de la organizație, a vorbit cu două cupluri vecine, cu care se înțelegea bine și care știau câte ceva din ce se întâmpla la ei acasă, rugându-i să fie atenți și să o sune dacă observă ceva neobișnuit în jurul casei. Una dintre vecine s-a oferit să aibă grijă de copiii mai mici în perioadele când ea e încă la

lucru.

A trebuit să schimbe și locurile în care făcea cumpărături – de câteva ori l-a văzut pe Petre în zonele respective și un timp a rugat o colegă să-i facă cumpărăturile și să i le aducă la serviciu. Un coleg care locuia în cartierul vecin s-a oferit să o ducă dimineața la lucru și să o aducă acasă; cu toate că Sanda avea mașina ei a fost o ușurare să primească această ofertă; copiii cei mici mergeau cu alți doi colegi și tatăl acestora la școală. Deși Petre avea interdicție pentru a se întâlni cu copiii, dădea târcoale școlii și de vreo două ori a vorbit cu băiatul cel mic. A fost încurajată să meargă și să vorbească și cu directoarea școlii frecventate de cei mici pentru a-i prezenta situația lor. Au vorbit și cu învățătoarea și au stabilit ce să facă dacă tatăl va mai apărea la școală.

Astfel că, cu sprijin din partea colegilor, vecinilor și a câtorva profesioniști dedicați muncii lor, rând pe rând Sanda a găsit soluții la probleme care la început i se păreau imposibil de rezolvat. Desigur că încă mai erau multe obstacole de trecut, însă se simțea încrezătoare că va reuși să asigure copiilor o viață din care să lipsească teroarea, violența.

CONCLUZII

Sintetizând cele prezentate anterior, e important să reținem că obiectivul central al muncii cu femeile victimizate în cuplu este asigurarea protecției lor și a copiilor lor. Lucrând pentru o evaluare a situației din perspectiva riscurilor pentru integritatea lor corporală și chiar viața lor, transmitând informație corectă despre abuz și violență – intențiile și tacticile agresorilor, caracteristicile cunoscute deja ale violenței în relații apropiate, între parteneri – femeile vor înțelege ceea ce s-a întâmplat în timp cu ele, cum au fost prinse în capcana abil construită de partener. Preocupările concrete și competente pentru creșterea securității fizice și sprijinul practic pe care îl vor primi le va mobiliza pentru protecția lor și pentru copii. Fiind ascultate, crezute și susținute emoțional, vor ajunge să aibă încredere în practicieni și împreună vor lucra pentru consolidarea resurselor personale și recâștigarea controlului în viață.

Capitolul 9

SANȚIONAREA AGRESORULUI

Mihaela Săsărman

Abstract

Capitolul tratează cadrul sancționatoriu în domeniul violenței domestice în legislația din România din perspectiva recomandărilor și tratatelor internaționale și în comparație cu prevederile cele mai importante din țări cu bune practici în prevenirea și combaterea fenomenului. Sunt analizate impactul nivelului de sancționare asupra eficienței programelor de schimbare a comportamentului de violență domestică al agresorilor, abordările programelor înregistrate în prezent pe plan internațional și eforturile de creștere a calității programelor prin cercetare sistemică. Față de standardele legislative și ale programelor privitoare la agresori, în țara noastră situația este încă inadecvată la nevoile de protecție ale victimelor.

Cuvinte chei: violență domestică, programe pentru agresori, legislație

În tabloul complex al intervențiilor pentru prevenirea și combaterea fenomenului violenței domestice sancționarea agresorilor constituie un segment controversat și cu un ritm mai lent de dezvoltare decât cel al serviciilor și protecției pentru victime. Câteva probleme fundamentale au generat decalajul: contextul socio-cultural ce a definit târziu și numai în puține țări violența domestică drept infracțiune distinctă (dintre țările europene doar în Spania și Suedia) cu toate consecințele sancționatorii slabe ce decurg de aici, divergențele între profesioniști cu privire la cauzele fenomenului, dilema etică intrinsecă fenomenului: cum se justifică intruziunea statului în viața privată, în mod deosebit în viața de cuplu a cetățenilor adulți, în democrațiile liberale.

Statisticile cele mai recente indică o prevalență ridicată a formelor de violență fizică și sexuală împotriva femeilor. În Europa între 10% și 39% (FRA, 2014), iar la nivel mondial 30% dintre femei (WHO, LSHTM, SAMRC, 2013) au fost victimele unei forme de violență în cuplu de-a lungul vieții. Aceste valori constituie o bază suficientă pentru criminalizarea fenomenului așa cum se recomandă în Manualul Națiunilor Unite de legislație privind violența împotriva femeilor (UN, DESA, DAW, 2009). Capitolul 3.8.2 detaliază recomandările privind incriminarea, în primul rând aceea că responsabilitatea

declanșării acțiunii penale trebuie să revină procurorului și nu victimei (UN, DESA, DAW, 2010, p.36). Cu toate acestea, foarte puține state iau următoarele măsuri legislative:

- Protecție imediată pentru victime prin ordine de protecție de urgență;
- Eliminarea reală a factorilor de risc pe durata valabilității ordinului de protecție: îndepărtarea agresorului de victimă pentru un timp suficient de lung pentru ca victima să își poată reorganiza viața, eliminarea armelor, interzicerea explicită a formelor de violență fără atingere fizică („*hands off*”);
- Incriminarea din oficiu a agresorului fără obligația victimei de a depune plângere penală;
- Judecarea cazurilor în regim de urgență;
- Protecția copiilor prin reguli speciale de acordare a tutelei pentru părintele agresor;
- Respingerea medierii și continuarea procesului chiar atunci când victima își retrage plângerea;
- Condamnări proporționale cu gravitatea faptei.

Sanționarea slabă a agresorului de către stat, reflectată pe două niveluri - în legislație și în implementarea acesteia - exprimă atitudinea de toleranță a societății respective față de fenomen. Într-o asemenea situație violența domestică, cu excepția formelor de vătămare corporală gravă și omor, nu poate fi sancționată cu regularitate prin pedepse privative de libertate și nu aduce cazier judiciar, schimbarea statutului social al autorului și marginalizare, așa cum sentințele consistente pentru alte fapte penale determină. Acolo unde legea nu condamnă explicit comportamentul de violență domestică, strategiile de educație nu conțin programe obligatorii de informare și conștientizare pentru prevenirea formării comportamentului de agresor domestic și a toleranței victimelor față de acest comportament. Ca urmare sursa fenomenului rămâne validă, generând în continuare întregul tablou de probleme cu care ne confruntăm.

Motorul dezvoltării sistemelor de sancționare a agresorului ca parte din prevenirea și combaterea violenței domestice au fost mișcările feministe de după anii '70 din Europa și America (o descriere amănunțită a istoricului acestora se găsește în Barnett, 2011, capitolul 1 Istoric și definiții ale violenței în familie). Succesele notabile au fost obținute pe plan

internațional, primul moment important a fost *Convenția asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei* intrată în vigoare la 3 septembrie 1981. Aceasta a creat o relativă presiune asupra statelor membre prin *Declarația pentru eliminarea violenței împotriva femeilor* (Adunarea Generală a Națiunilor Unite, rezoluția 48/104 din 1993) și prin recomandările nr. 12 (1989) și nr. 19 (1992) ale Comitetului pentru Eliminarea Discriminării față de Femei CEDAW (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Woman, 1989, 1992). Cel mai recent instrument legislativ internațional de la care se așteaptă o schimbare majoră în evoluția către reducerea fenomenului este *Convenția de la Istanbul* care a intrat în vigoare la 1 august 2014 (Consiliul Europei, 2011). Convenția dă un răspuns controverselor etice și profesionale cu privire la sancționarea agresorilor. În Preambul se afirmă că: „violența împotriva femeilor este o manifestare a relațiilor istoric inegale de putere dintre femei și bărbați, care au condus la dominarea asupra, și la discriminarea împotriva, femeilor de către bărbați și la împiedicarea avansării depline a femeilor” (Consiliul Europei, 2011, p.3) și că „violența domestică afectează femeile în mod disproporționat” (p.4). Modelul de intervenție descris și care stabilește la ce nivel trebuie sancționat agresorul pentru ca victimele să se afle în cel mai ridicat nivel de siguranță posibil și, pe termen lung, fenomenul să se reducă simțitor, este cel din Manualul de legislație al UN (UN, DESA, DAW, 2010). La ratificarea Convenției statele nu vor putea să exprime rezerve cu privire la explicația violenței domestice, ca urmare programele recomandate vor fi acelea ce își asumă și integrează caracterul socio-cultural, structural și de încălcare a drepturilor omului prin discriminare de gen al violenței domestice.

În prezent, principala măsură împotriva agresorului este ordinul de protecție. Regăsit terminologic și în formele ușor diferite de ordin de restricție și ordin de interdicție, el nu este o sancțiune penală, ci o măsură pentru limitarea accesului agresorului la victimă sau victime pentru un anumit interval de timp. În această privință legislațiile diferă și găsim un tablou recent și complet al situației în Studiul cu privire la ordinul de protecție în 27 de state din Europa (POEMS PROJECT, 2015). Urgența cu care un ordin de protecție poate fi emis diferă de la stat la stat. În câteva legislații (Austria, Spania, Marea Britanie,

USA, Bulgaria, dar nu numai) există posibilitatea de a împiedica imediat după incident sau în maximum 72 de ore agresorul să mai vină în contact cu victima. Dacă violența domestică nu constituie o infracțiune, încălcarea ordinului de protecție în schimb reprezintă infracțiune, ceea ce determină ca prevederile ordinului să fie luate în considerare cu oarecare seriozitate de agresori. Fiind, însă, o chestiune de procedură, urgența în implementarea legii rămâne la latitudinea lucrătorilor din teren și, de exemplu, în SUA a fost nevoie de adoptarea unor politici pro-arrest pentru asigurarea eficienței măsurilor de protecție și de sancționare existente (Aldarondo, 2009). Prevederile conținute în ordinul de protecție de asemenea variază. Dar în majoritatea cazurilor se pot impune: distanța pe care agresorul trebuie să o păstreze față de victimă, evacuarea agresorului din domiciliul comun chiar dacă este proprietatea agresorului, plata unor sume pentru victimă pentru a-i asigura subzistența pe o perioadă determinată, predarea armelor de către agresor, obligarea la o formă de tratament. În mod normal, atunci când se încalcă oricare dintre prevederile unui ordin de protecție agresorul ar trebui incriminat întrucât realizează o infracțiune. În țările în care procedurile de supraveghere sunt clare și eficiente, acest lucru se poate realiza.

În concluzie sancțiunile pentru comportamentul de agresiune domestică sunt: limitarea accesului la victimă, limitarea accesului la proprietate sau pierderea unei părți din ea, obligarea la o formă de tratament, sancțiuni economice sub formă de amenzi sau plata unor compensații sau acoperirea unor cheltuieli ale victimei, pedeapsa cu închisoarea cu executare sau cu suspendare sub supraveghere, acestea din urmă fiind cele mai puțin frecvente sancțiuni, pedeapsa cu închisoarea aplicându-se cel mai adesea în cazuri extreme de vătămare corporală gravă și omor.

Pe acest fundal legislativ realizarea unei schimbări a comportamentului de violență domestică este extrem de dificilă. Primele programe pentru schimbare pentru agresorii domestici au fost dezvoltate în contextul unei abordări generale în anii '70 și '80 a infracționalității ca o problemă de responsabilitate socială care impune sistemelor să ofere nu numai un loc de deținere și izolare în siguranță față de comunități a agresorilor, ci și căi competente de reabilitare a acestora, cu condiția ca ei să fie cu adevărat motivați să se schimbe și să reîntreze

post-pedeapsă într-un mod de viață prosocial. În cadrul proiectului *Domestic Abuse Intervention Program*, Duluth, Minesota a apărut la începutul anilor '80 programul de psihoeucație pentru agresori domestici în cadrul intervenției multi-dimensionale în rețea comunitară denumite Dulth Model. Programul se bazează pe afirmația că violența domestică este o formă de violență de gen cauzată de relațiile istorice de putere dintre bărbați și femei în care bărbatul are poziția dominantă și, în consiliere, pe abordarea cognitiv-comportamentală (Gondolf, 2007). În prefața manualului programului editat de Michael Paymar (1993) este subliniat faptul că se adresează acelor agresori care sunt cu adevărat motivați să se schimbe și că accentul se pune pe educație iar participanții sunt încurajați să lucreze cu ei înșiși, autorul atenționând cititorii asupra limitelor de utilizare ale programului. Totuși, acest program a generat cele mai multe programe de intervenție subsecvente acreditate în SUA și a constituit baza de plecare pentru numeroase programe de grup ce se află la dispoziția agresorilor în prezent. Programele disponibile sunt periodic evaluate de instituții și agenții guvernamentale sau de entități independente în scopul evident de a eficientiza sumele cheltuite și investițiile materiale și umane din domeniu, de exemplu (Aldarondo, 2009), studiul realizat pentru Serviciul de Probațiune California (Webster, Bechtel, 2012), sau New York City Bar Association (2004) și studiul lui Miller, Drake, Nafziger (2013).

Studii similare există în majoritatea țărilor care au introdus în sistemele lor de prevenire și combatere a violenței domestice componenta de programe pentru agresori. Una dintre cele mai citate lucrări de analiză, evaluare și prognoză în domeniul programelor este lucrarea lui Edward W. Gondolf, *The Future of Batterer Programs - Reassessing Evidence-Based Practice* (Gondolf, 2012). Găsim aici cea mai minuțioasă analiză a coerenței paradigmatelor și ipoteze pertinente cu privire la impactul slabei corelări a itemilor analizați asupra validității rezultatelor.

Majoritatea studiilor clasifică programele pe criteriul teoriilor pe care se bazează și pe criteriul structurii grupului de lucru. Astfel se fac distincții între abordările cognitiv-comportamentale, psihodinamice și feministe și modalitățile de lucru în grup omogen, individual sau în cuplu (situație specifică terapiei sistemice) (Cluss, Bodea, 2011). Meta-analizele

disponibile consideră eficiența programului măsurabilă în primul rând prin rata de recidivă, un rezultat relevant social a cărui prioritate poate fi ușor înțeleasă în pofida ipotezei relevanței reduse sistemice a corpusului de date analizat (Göndolf, 2004).

În spațiul european există standarde pentru programele pentru agresori bazate pe principiile Convenției de la Istanbul. Este semnificativ faptul că aceste programe sunt întotdeauna puse în perspectiva coordonării cu demersurile legale pentru protecția victimei, dar și cu evoluția victimei în procesul ei specific de schimbare. Pentru a depăși sarcina de armonizare cu atât de numeroase sisteme legale, condiții de lucru, contexte culturale din statele Europei, standardele recomandă obiectivele, condițiile necesare organizării unui program performant și principiile ce vor trebui respectate pentru a asigura calitatea intervenției (WWP Project, 2008). Reproducem în continuare din **Standarde**:

„Obiectivul principal al lucrului cu agresorii de sex masculin constă în sporirea gradului de securitate a victimelor violenței. Programele pentru agresori trebuie să acorde prioritate protecției partenerilor femei și a copiilor acestora la fiecare etapă a programului.”

Condițiile sunt:

1. Colaborarea cu serviciile de asistență a victimelor și serviciile de intervenție.

2. O înțelegere teoretică și o concepție explicită.

Teoria trebuie să includă următoarele aspecte:

- teoria sexelor - înțelegerea ierarhiei sexelor și a trăsăturilor proprii masculinității, inclusiv cele sociale, culturale, religioase, etnice, și influențele politice;
- definiția violenței domestice și tipurile de abuz;
- originile violenței - înțelegerea cauzelor și mecanismelor care conduc la violență;
- teoria intervenției / teoria schimbării – înțelegerea motivelor datorită cărora intervențiile propuse urmează să modifice comportamentele și atitudinile agresive ale participanților.

3. Concentrarea asupra aspectelor relevante ce vizează folosirea violenței.

O abordare adecvată trebuie să țină seama de:

- factorii socio-culturali

- factorii relaționali
- factorii individuali
 - factori cognitivi
 - factori emoționali
 - factori comportamentali

4. Principii importante privind lucrul cu agresorii de sex masculin.

- *Contactarea și asistența partenerului*

În vederea sporirii nivelului de securitate a partenerului, programele destinate agresorilor trebuie să se asigure că partenerul bărbatului este la curent cu obiectivele și conținutul programului, cu limitele acestuia (ex. nu există garanția non-violenței), cu modul în care partenerul poate folosi participarea lui la program pentru a o manipula sau a o controla în continuare precum și cu posibilitatea de a beneficia ele însele de asistență și de planificarea protecției.

- *Politica de protecție a copilului*

Este necesar de elaborat în cadrul programului o strategie specifică de protecție a copilului.

- *Abordări și atitudini în cadrul lucrului nemijlocit cu agresorii*

Una din ipotezele fundamentale ale programelor trebuie să pornească de la presupunerea că folosirea violenței constituie o alegere. O atenție detaliată asupra comportamentului agresiv prin reconstruirea acțiunilor lor concrete, a gândurilor și sentimentelor, ajută bărbații să recunoască rolul activ pe care-l joacă în folosirea violenței.

- *Evaluarea riscului*

E necesar să se pună în aplicare o evaluare sistematică a riscului.

- *Calificările personalului*

- Adepți ai relațiilor lipsite de violență și egalității de gen;
- Instruire specială cu privire la recunoașterea manifestărilor de violență;
- Reflectarea propriului raport față de rolurile de gen și identitate și sensibilitate față de ierarhiile de gen și sexism;
- Reflectarea propriului comportament dominant și agresiv, cunoașterea istoriei personale de violență;
- înțelegere multilaterală a dinamicii relațiilor violente;
- Pregătirea profesională continuă și supervizare;
- Deprinderi necesare activității de grup (pentru facilitatorii de grup);

- Dacă facilitatorii nu sunt profesioniști cu un cod etic reglementat (ex. psihologi, psihoterapeuți aprobați) aspectele etice precum confidențialitatea, caracterul secret al informației, raportul facilitator-beneficiar, etc. trebuie reglementate în mod special.
 - *Asigurarea calității, documentarea și evaluarea*
- Ședințe de echipă regulate și supervizare;
- Documentarea constantă a procesului de lucru;
- Analiza documentației;
- Evaluarea internă și externă a rezultatelor programului.

În România odată cu introducerea în legislație a ordinului de protecție pentru victimele violenței domestice (Legea 25 din 2012) și cu intrarea în vigoare a noului Cod penal în 2014 există posibilitatea definirii în sentințe a faptelor de violență domestică (în textele de lege termenul este de „violență în familie”) și, în consecință, există și posibilitatea de a recomanda agresorilor domestici participarea la programe specifice. În prezent există creat contextul legislativ și – parțial – și contextul instituțional, pentru un management mai complex al cazurilor de agresori domestici.

Sistemul destinat agresorului este alcătuit din:

- centrele pentru agresori prevăzute de Legea 217 din 2003 revizuită cu modificări, unde i se oferă informație cu privire la opțiunile sale, indiferent dacă este sau nu inclupat, și consiliere;
- servicii specifice din sistemul de sănătate, pentru tratarea unor dependențe acolo unde este cazul;
- cabinete psihologice individuale ce pot oferi consiliere;
- organizații non-guvernamentale ce activează pentru drepturile persoanelor considerate agresori domestici;
- avocat din oficiu pentru situațiile prevăzute de lege;
- unitățile de poliție responsabile cu punerea în executare și supravegherea ordinilor de protecție.

Punctele în care agresorul poate intra în sistem sunt:

- **Centrele pentru agresori**, atunci când agresorii nu sunt încă identificați printr-un act al unei instanțe.

În asemenea cazuri agresorii sunt în căutarea căilor de a-și reface relația cu victima și pot fi motivați să se schimbe și să intre într-un program de educație sau de consiliere. Este posibil ca agresorul să declare doar că dorește să facă

eforturi pentru schimbare, iar adevărata sa motivație să fie identificarea locației victimei.

- **Serviciul 112** în urma intervenției unui echipaj de poliție.
În cazul în care fapta constatată este foarte gravă, agresorul poate fi reținut, urmând cursul legal poate ajunge, dacă este cazul, în stare de arest preventiv. Dacă nu, identificarea sa se va petrece ulterior și numai dacă victima depune plângere sau solicită un ordin de protecție.
- **Unitățile de poliție** în urma unor sesizări, a plângerilor prealabile sau a unor denunțuri.
În ultimele două cazuri agresorii fac obiectul unor înregistrări specifice ale faptelor lor în sistem. Aceste înregistrări nu au neapărat consecința că agresorul este trimis în justiție. Conform datelor din „Studiul la nivel național cu privire la implementarea ordinului de protecție” din 2014 doar 2% din cazurile de violență domestică semnalate prin plângeri prealabile ajung să fie judecate în instanțe (Asociația Transcena, 2014).
- **Instanțe de judecată**, atunci când victima sau instituțiile abilitate conforma legii depun o cerere de emiteră a unui ordin de protecție împotriva agresorului.

Finalitățile evoluției agresorilor care au intrat în sistem pot fi:

- Să fie declarat de justiție nevinovat, fie de către parchet, fie de către o instanță de judecată;
- Să se emită împotriva sa un ordin de protecție, urmare a căruia poate fi:
 - Evacuat din locuință: sunt cazuri în care agresori evacuați din locuință sunt găzduiți în centre pentru persoanele fără adăpost;
 - Restricționat în contactul cu victima sau cu copiii, acolo unde este cazul;
 - Obligat să predea armele, acolo unde este cazul;
 - Obligat să urmeze programe de consiliere sau tratamente.
- Să fie condamnat la amendă sau pedeapsă cu suspendare sub supraveghere sau pedeapsa închisorii.

În cazurile măsurilor cuprinse în ordinul de protecție și în cazul pedepsei cu suspendare, agresorul poate fi obligat să participe la un program. În cazul executării pedepselor privative de libertate, agresorului domestic i se poate recomanda, fie condiționat prin Planul Individualizat de Intervenție Educativă

și Psihosocială să participe la un program, dar nu poate fi obligat. Dacă nu participă la programele prevăzute în acest plan individualizat nu va putea fi eliberat condiționat atât de ușor.

În noul Cod Penal Art. 199 Violența în familie, precizează:

(1) „Dacă faptele prevăzute în art. 188, art. 189 și art. 193 - 195 sunt săvârșite asupra unui membru de familie, maximul special al pedepsei prevăzute de lege se majorează cu o pătrime.

(2) În cazul infracțiunilor prevăzute în art. 193 și art. 196 săvârșite asupra unui membru de familie, acțiunea penală poate fi pusă în mișcare și din oficiu. Împăcarea înlătură răspunderea penală.”

Aceasta înseamnă că într-un viitor nu foarte îndepărtat vor exista persoane condamnate pentru violență în familie. Existența programelor specializate pentru acești agresori va fi extrem de importantă. Dintr-un anumit punct de vedere, deși mediul penitenciar nu este un mediu favorabil dezvoltării personale în sens pro-social - cel puțin deocamdată - totuși răgazul de timp și izolarea de factorii sociali care justifică și întăresc comportamentul violent al agresorului domestic centrat numai pe victimă constituie două premise favorabile pentru ca agresorii să se poată angaja într-un proces de schimbare.

Dar punerea în aplicare a noului Cod Penal a început de curând, iar dosarele pentru fapte de violență în familie se cercetează, se instrumentează și se judecă în intervale extrem de lungi de timp.

În prezent Legea 217/2003 revizuită cu modificări prevede înființarea unor „centre de asistență destinate agresorilor (...) centre de zi, cu sau fără personalitate juridică, care asigură reabilitarea și reinsertia socială a acestora, măsuri educative, precum și servicii de consiliere și mediere familială” (art. 19, alin. 1). În primul rând trebuie să precizăm că serviciile de mediere familială conform legii au rămas opționale și la implementarea prevederilor *Convenției de la Istanbul* vor fi complet eliminate din lege, nici agresorul, nici specialiștii și nici judecătorii nu pot obliga victima să intre în mediere cu agresorul ei. Au fost înființate în țară câteva astfel de centre, dar numărul de beneficiari care s-au adresat aici pentru servicii este slab documentat și, oricum, mic. Aceasta se explică prin faptul că agresorii domestici nu consideră că au o problemă pentru care ar trebui să beneficieze de servicii de consiliere sau de reabilitare. În acest an (2015) în procesul de culegere de date

pentru raportul anual al rețelei WAVE ANES a comunicat existența unui număr de 9 programe pentru agresori, dintre care 7 sunt furnizate în cadrul centrelor pentru victime (Informație primită de la A.L.E.G. – focal point pentru România al rețelei WAVE).

Perspectivile lucrului cu agresorii în țara noastră depind de următoarele modificări legislative:

- *Introducerea procedurilor de supraveghere a ordinului de protecție;*
- *Introducerea ordinului de protecție de urgență;*
- *Prelungirea duratei posibile a ordinului de protecție pentru a o corela cu dinamica împuternicirii victimelor în condițiile economice specifice României;*
- *Introducerea criteriilor pentru începerea acțiunii penale împotriva agresorului *ex officio*;*
- *Mărirea pedepselor pentru încălcarea ordinului de protecție.*

Într-un cadru legislativ îmbunătățit se va putea corela programul recomandat agresorului de instanță cu responsabilizarea acestuia prin pedeapsă și vor exista motive, chiar dacă extrinseci, pentru respectarea măsurilor instanței și participarea sa cu mai multă implicare în programe.

STUDIU DE CAZ - VERONICA

Veronica este victima violenței concubinului ei. Locuiesc împreună, vecinii știu de violență, dar Veronica nu apelează la niciun serviciu pentru victimele violenței domestice deoarece locuiește într-un județ unde nu există astfel de servicii. Nu au copii. Se spune despre cei doi că beau împreună și că bătăile au loc atunci când se îmbată. Urmare a uneia dintre bătăi Veronica ajunge la spital în stare atât de gravă încât personalul din spital, deși s-a dovedit în multe ocazii că are o atitudine disprețuitoare față de victimele violenței domestice, este obligat să sesizeze cazul către poliție. Se începe acțiunea penală împotriva agresorului pentru vătămare corporală gravă (conform vechiului Cod penal). Cercetarea se face lăsând agresorul în libertate. După 12 luni procurorul de caz îl anunță pe agresor că dosarul va fi trimis în instanță și agresorul va fi judecat pentru fapta sa. Agresorul vine acasă și o ucide pe Veronica.

Obiectiv de învățare:

- Importanța formării polițiștilor cu privire la evaluarea gradului de risc în cazurile de violență domestică.

Rezolvare:

- Lobby pentru înființarea serviciilor județene;
- Formarea polițiștilor pentru utilizarea instrumentelor de evaluare a gradului de risc pentru victimă.

STUDIU DE CAZ - RODICA

Rodica este victima violenței domestice și beneficiara unui serviciu de consiliere psihologică în cadrul unui centru specializat non-rezidențial. În trecut a ajuns la spital de mai multe în urma unor lovituri de gravitate medie. Nu are documente de la aceste vizite la urgențe și nu a solicitat certificat medico-legal. Are un băiat de 3 ani. Dorește ca relația ei cu soțul să se îmbunătățească, nu dorește să depună plângere penală împotriva soțului deoarece este tatăl copilului ei. Vine la ședințele de consiliere regulat. Dorește ca soțul să participe la un program pentru ca să se schimbe. În cadrul centrului există un specialist care poate face consiliere cu agresorul. Rodica anunță că soțul va veni la consilierea specifică pentru că a fost convins de către preot. La prima ședință programată soțul nu se prezintă. Abia la a treia ședință programată soțul Rodicăi se întâlnește cu psihologul. Psihologul are o puternică suspiciune că Nelu a consumat alcool înainte de ședința de consiliere, datorită mirosului specific și instabilității motorii. Îl confruntă, iar acesta neagă. Nelu insistă că a venit doar pentru a demonstra că s-a schimbat și că el face toate eforturile să fie bine.

Obiectiv de învățare:

- Abordarea beneficiarilor dificili când încalcă regulile de consiliere

Rezolvare:

- Opțiunea corectă este confruntarea beneficiarului cu privire la faptul că s-a prezentat în stare de ebrietate și reprogramarea ședinței, chiar dacă beneficiarul aduce justificări pentru starea sa și apoi amenință psihologul.

CONCLUZII

Contextul internațional legislativ s-a cristalizat și s-au produs instrumentele strict necesare pentru o sancționare adecvată a agresorului. În România în prezent singurul instrument funcțional este ordinul de protecție, dar eficiența acestuia este redusă datorită duratei medii ce se scurge de la incident până la emiterea ordinului de protecție. Legislația românească are nevoie de numeroase îmbunătățiri, ce pot fi

realizate, mai ales, ca urmare a ratificării de către România a Convenției de la Istanbul. Toate agențiile active care au sarcina de a realiza intervenții pentru protecția victimei vor avea o sarcină extrem de dificilă ce se poate rezolva în primul rând prin formări adecvate în tehnici preluate de la cele mai de succes modele de lucru.

Capitolul 10

INTERVENȚIA PE DOMENII PROFESIONALE

Abstract:

Capitolul de față se adresează tuturor specialiștilor cu activitate și responsabilități în domeniul violenței domestice conform legii, și descrie în secțiuni separate rolul asistentului social, psihologului, medicului, polițistului și reprezentanților justiției. Un accent deosebit se acordă atitudinii adecvate a acestora față de femeia abuzată și copiii victimă sau martori ai abuzului. În ultima secțiune este tratat modul în care se recomandă cooperarea acestor specialiști în cadrul echipei multidisciplinare și coordonarea instituțiilor reprezentate. Un studiu de caz ilustrativ exemplifică colaboarea în practică a echipei multidisciplinare.

Cuvinte cheie: intervenție în violența domestică, roluri ale specialiștilor, echipa multidisciplinară.

10.1. ROLUL ASISTENTULUI SOCIAL

Marinela Șimon

Intervenția specializată în domeniul violenței domestice este una nu doar foarte delicată, dată fiind natura problemei, ci și una extrem de complexă întrucât consecințele acestui fenomen sunt multiple, afectând victima pe diverse paliere ale vieții sale.

Așadar, specialiștii care lucrează cu victimele violenței domestice trebuie să cunoască și să înțeleagă necesitatea lucrului în echipă și a interacțiunii cu o serie de instituții și instanțe menite să soluționeze problema dintr-o perspectivă holistică. Este evident faptul că victimele violenței domestice pot avea o constelație de nevoi cum ar fi: nevoia unei locuințe după părăsirea domiciliului conjugal, a unui loc de muncă, iar dacă există și copii atunci putem adăuga nevoia de educație și de protecție a copilului (Davies et al., 1998; Schechter, 1999; Sullivan și Rumpitz, 1995; Sullivan, Tan, Basta, Rumpitz, și Davidson, 1992, citați în Allen, Bybee, Sullivan, 2004). Necesitatea intervenției de tip colaborativ sau complementar, care să ia în considerare efectele violenței asupra victimei, atât în plan fizic cât și în plan psihic și social, este subliniată și de Peled și Edleson (1994 citați în Denis, 2003). Aceștia identifică 10 sisteme majore care ar trebui să interacționeze la nivelul sistemului comunitar/social în prevenirea și combaterea violenței domestice:

✓ **Sistemul legal/juridic**

Acesta este reprezentat de ansamblul instituțiilor/instanțelor judecătorești la care o victimă a violenței domestice poate apela în cazul în care dorește să solicite ordin de protecție în scopul garantării integrității și libertății personale, atât fizice cât și psihice, față de agresor sau atunci când decide să divorțeze de abuzator.

✓ **Sistemul de aplicare a legii**

Eficiența intervenției în cazurile de violență domestică este dată și de modul în care este pusă în aplicare legislația în vigoare de către instanțele sau instituțiile abilitate. Timpul de așteptare până la emiterea ordinului de protecție, până la decăderea din drepturile părintești sau până la pronunțarea unui divorț sunt doar câteva elemente ce pot influența rezultatele procesului de intervenție.

✓ **Sistemul de sănătate publică**

Victima violenței domestice are nevoie de cele mai multe ori de îngrijire medicală adecvată în ambulatoriu sau chiar de spitalizare. Prin efectele sociale precum avortul, mortalitatea maternă și sănătatea reproducerii, violența este mai mult decât o problemă intimă, individuală și/sau familială. Violența domestică poate fi considerată o problemă de sănătate publică deoarece prin consecințele sale afectează drepturile fundamentale ale omului la viață, siguranță, libertate, integritate fizică și psihică.

✓ **Sistemul agențiilor de ocupare a forței de muncă**

Victima se confruntă adesea cu problema locului de muncă, fie pentru că anterior separării sau divorțului nu avea un loc de muncă sau pentru că veniturile nu mai sunt suficiente pentru întreținerea sa și a copiilor (dacă este cazul).

✓ **Sistemul locuințelor sociale**

În cazul părăsirii domiciliului familial, victima se poate găsi în fața unei probleme serioase ce face referire la satisfacerea nevoii de securitate a individului și anume problema locuinței și a locuirii. Coroborată această problemă cu cea a angajării sau a angajabilității victimei (mai ales în cazul în care are în îngrijire copii minori) poate atrage după sine ajungerea în stradă. Locuința socială reprezintă o soluție intermediară, pe termen mediu, ce oferă victimei oportunitatea de (re)dobândire a autonomiei sale psihice și sociale.

✓ **Sistemul serviciilor sociale publice**

Conform Legii asistenței sociale 292/2011 serviciile sociale, în general, reprezintă activitatea sau ansamblul de activități realizate pentru a răspunde nevoilor sociale, precum și celor speciale, individuale, familiale sau de grup, în vederea depășirii situațiilor de dificultate, prevenirii și combaterii riscului de excluziune socială, promovării incluziunii sociale și creșterii calității vieții. În acest sens, serviciile sociale destinate victimelor violenței domestice vizează oferirea de asistență și suport în vederea asigurării nevoilor de bază ale persoanelor în cauză, inclusiv prin protecția în adăposturi special amenajate.

✓ **Alte programe destinate victimelor violenței domestice și/sau agresorilor**

Este posibil ca o serie de servicii destinate victimelor violenței domestice și/sau agresorilor să fie oferite (doar) în cadrul unor programe derulate la nivelul unor organizații neguvernamentale din comunitate, iar în acest caz specialiștii din sistemul public de servicii sociale, care lucrează în domeniul prevenirii și combaterii violenței domestice au datoria să cunoască și să valorifice resursele puse la dispoziție de aceste organizații în cadrul procesului de intervenție individuală și /sau familială.

✓ **Sistemul familial**

În cazul violenței domestice, sistemul familial este profund afectat, atât ca structură cât și ca funcționalitate. Intervenția tuturor factorilor implicați este în sensul restabilirii homeostaziei individuale și/sau familiale, indiferent dacă acest lucru înseamnă divorțul partenerilor, pedepsirea agresorului sau îngrijirea copilului/copiilor în cadrul sistemului public de protecție.

✓ **Sistemul educațional**

Intervenția trebuie să țină cont de acest sistem în situațiile în care violența domestică se manifestă în cuplurile cu copii. Copiii, asemenea părintelui abuzat, sunt victime și sunt afectate din toate punctele de vedere. Una dintre sferele vieții copilului afectată este cea educațională: fie că ridică probleme de adaptare, fie înregistrează rezultate școlare scăzute sau este necesară mutarea la

o altă instituție de învățământ ca urmare a schimbării domiciliului părintelui căruia i-a fost încredințat spre îngrijire.

✓ **Sistemul de protecție a copilului**

În cazul în care se constată că unui copil minor îi este periclitată integritatea sa fizică, psihică și/sau socială în cadrul familiei, iar acest lucru se aplică cu atât mai mult în cazul familiilor în care există violență domestică, instanța poate decide scoaterea aceluși copil din mediul familial și aplicarea uneia dintre măsurile de protecție specială prevăzute în legislația în vigoare, după caz.

Odată argumentată complexitatea problemei abordate și a necesității imperioase de cunoaștere și intervenție pe diverse paliere ale vieții victimelor violenței domestice, se impune delimitarea rolurilor pe care fiecare specialist cu atribuții în domeniu și le poate asuma, în sensul realizării unei intervenții eficiente, atât sub aspectul resurselor implicate, cât și a rezultatelor obținute.

În continuare, sunt prezentate **atribuțiile** unuia dintre acești specialiști, și anume, cele ale **asistentului social**, așa cum sunt ele prezentate în legislația românească în vigoare.

Conform art. 14 din Legea 217/2003 republicată, principalele atribuții ale persoanelor desemnate de autoritățile publice pentru instrumentarea cazurilor de violență în familie (ce pot fi asistenți sociali) vor fi următoarele:

a) monitorizarea cazurilor de violență în familie din sectorul sau unitatea teritorială deservită; culegerea informațiilor asupra acestora; întocmirea unei evidențe separate; asigurarea accesului la informații la cererea organelor judiciare și a părților sau reprezentanților acestora;

b) informarea și sprijinirea lucrătorilor poliției care în cadrul activității lor specifice întâlnesc situații de violență în familie;

c) identificarea situațiilor de risc pentru părțile implicate în conflict și îndrumarea acestora spre servicii de specialitate;

d) colaborarea cu instituții locale de protecție a copilului și raportarea cazurilor, în conformitate cu legislația în vigoare;

e) îndrumarea părților aflate în conflict în vederea medierii;

f) solicitarea de informații cu privire la rezultatul medierii;

g) instrumentarea cazului împreună cu asistentul social.

Figura 1. Responsabilitățile asistentului social în situațiile de violență în familie



Din perspectiva practicii asistenței sociale mult mai edificatoare este prezentarea principalelor atribuții, responsabilități ale asistentului social în fiecare dintre etapele instrumentării unui caz de violență domestică.

1. Identificarea situațiilor de violență în familie

Conform punctului IV.1.2. din HG 49/2011, „identificarea situațiilor de violență în familie se realizează de către profesioniștii care intră primii în contact cu adultul victimă din următoarele domenii de activitate: sănătate, poliție, jandarmerie și asistență socială (unitățile de prevenire și combatere a violenței în familie publice sau private)”.

De asemenea, asistenții sociali din cadrul Serviciilor Publice de Asistență Socială (SPAS) identifică situațiile de violență în familie, prin colectarea și verificarea informațiilor de la reprezentanții instituțiilor relevante din comunitate: directorii unităților de

învățământ, șefii unităților/structurilor teritoriale ale Poliției Române, cadrele medico-sanitare (medicul de familie, asistența medicală comunitară, mediatorul sanitar), preoții etc.

2. Semnalarea/Sesizarea situațiilor de violență în familie

Odată identificate de asistenții sociali sau ceilalți profesioniști, cazurile de violență în familie vor fi semnalate la DGASPC, instituție publică care oferă asistență și sprijin pentru copii, familie, persoane singure, persoane vârstnice, persoane aflate în nevoie, abuzate, marginalizate sau cu dizabilități și oricărei persoane aflate în nevoie.

De reținut este faptul că asistentul social are responsabilitatea de a aduce la cunoștința autorităților abilitate să ia măsuri în interesul victimei, situațiile de violență în familie, urmând ca acestea să asigure accesul victimei la serviciile specializate din domeniu și o atitudine potrivit legii față de presupusul făptuitor/agresor.

Ce trebuie remarcat este faptul că, dacă în cazurile de violență asupra copilului, asistentul social, în general, și cel din cadrul SPAS, în special, are obligativitatea de a semnala cazul către DGASPC, în cazul în care victima este un adult această obligativitate este înlocuită cu *posibilitatea*: „... în situația în care există acordul victimei adulte, cazul acesteia *poate fi referit* către DGASPC de către autoritățile mai sus menționate” (HG 49/2011). În practică, această condiție respectă dreptul la confidențialitate a persoanei abuzate și libertatea de a decide pentru propria viață. Pe de altă parte, în cazul în care victima nu este de acord, ea nu poate beneficia de ajutorul instituțiilor abilitate.

3. Evaluarea cazurilor de violență

Data fiind complexitatea situațiilor de violență domestică, argumentată anterior, evaluarea cazurilor este absolut necesară să fie realizată de o echipă multidisciplinară și interinstituțională pentru a avea un tablou complet, unitar al elementelor de natură psihică, fizică și socială ce țin de victimă și agresor.

Deși legislația nu prevede o componentă standard, există câteva categorii de profesioniști care fac parte din componența minimă obligatorie:

1. *Asistentul social*, care de regulă este și managerul de caz (dacă acesta are competențele cerute de legislație);
2. *Psihologul* (de regulă dintr-un compartiment/serviciu specializat al DGASPC);
3. *Medicul* (de regulă dintr-un serviciu specializat al DGASPC).
4. *Polițistul*: în funcție de tipologia cazului, se poate colabora cu unul sau mai mulți polițiști, cu predilecție din cadrul următoarelor structuri: Investigații criminale, Ordine publică (poliția de proximitate și posturile de poliție), Analiză, prevenire și cercetare, Cercetare penală și Combaterea crimei organizate, precum și ofițerul de poliție care este membru desemnat în Comisia pentru Protecția Copilului (CPC);
5. *Juristul* (de regulă, juristul DGASPC);

Datorită complexității și importanței acestei etape la care participă mai mulți specialiști, pentru detalii privind evaluarea riscului consultați și capitolul 5.

Asistentul social are responsabilitatea de a întreprinde **evaluarea socială** a victimei violenței domestice, având în vedere următoarele aspecte ce vor fi înscrise în ancheta socială (H.G. 49/2011, IV.2.4. litera C):

- a) Voința persoanei de a utiliza sprijinul profesioniștilor pentru îmbunătățirea situației sale sau eliminarea formelor de violență în familie;
- b) Gradul de integrare a persoanei în comunitate (sentimentul de apartenență la grupurile sociale, responsabilitățile asumate în cadrul comunității, modul de utilizare a resurselor comunitare pentru a răspunde nevoilor personale sau familiale etc.);
- c) Aspectele de natură intelectuală (modul de utilizare a informațiilor pentru înțelegerea propriei persoane, a problemelor și a celorlalți, modalitatea de folosire a informațiilor și cunoștințelor pentru a lua decizii etc.);
- d) Aspectele economice (disponibilitatea resurselor și capacitatea de a administra și de a aloca banii necesari plății bunurilor și serviciilor etc.).

Evaluarea socială a cazului de violență domestică are menirea nu doar de a completa datele despre victimă culese de ceilalți specialiști din echipa multidisciplinară, ci și de a face posibilă o

intervenție individualizată și lipsită de idei preconcepute (Roth-Szamosközi, 2003).

4. Întocmirea planului de rehabilitare și/sau de reintegrare socială pentru adulții victimă a violenței în familie, care rămân sau nu în familie, reprezintă o altă responsabilitate a asistentului social, manager de caz.

Asistentul social, dacă acesta are competențele cerute de legislație, poate să își asume rolul de **manager de caz**. Responsabilitățile unui asistent social - manager de caz, sunt prezentate în definiția dată de NASW (citat în Cojocaru și Cojocaru, 2008, p. 24) managementului de caz în asistența socială: „o metodă de a oferi servicii, prin care asistenții sociali profesioniști evaluează nevoile clientului și ale familiei clientului în colaborare cu acesta, coordonează, monitorizează, evaluează și susțin clientul pentru a accesa servicii sociale care să corespundă acestor nevoi”.

La punctul IV.3. din HG 49/2011 se precizează că planul de rehabilitare și/sau de reintegrare socială se întocmește de către asistentul social - manager de caz, pe baza raportului de evaluare detaliată în colaborare cu echipa multidisciplinară, cu alți profesioniști colaboratori și cu participarea nemijlocită a adultului victimă a violenței în familie, în funcție de discernământul acestuia. Prestațiile și serviciile prevăzute în planul de rehabilitare se adresează atât victimei, cât și familiei acesteia și agresorului și vizează atât planul individual, cât și cel comunitar și interinstituțional.

5. Furnizarea serviciilor

Asistentul social - manager de caz are responsabilitatea facilitării accesului adultului victimă și familiei la serviciile cuprinse în plan, prin sprijinul permanent acordat acestora, inclusiv acompaniere atunci când este cazul, comunicare cu membrii echipei și restul profesioniștilor din rețea, medierea conflictelor etc.

În cazul serviciilor de rehabilitare propuse pentru presupușii făptuitori/agresori care nu sunt în urmărire penală, managerul de caz va asigura negocierea cu aceștia și legătura cu profesioniștii care oferă aceste servicii.

În cazul în care victima dorește inițierea procedurilor legale pentru pedepsirea presupusului făptuitor/agresor sau în situațiile

grave care impun acest lucru, profesionistul abilitat va prezenta instanței propunerile de servicii de reabilitare și/sau de reinserție socială, care sunt consemnate tot în planul de reabilitare și/sau de reintegrare socială. Conform art. 11 din Legea 217/2003 republicată, „Serviciul de probațiune din cadrul tribunalului, în colaborare cu organizațiile neguvernamentale care desfășoară activități specifice în domeniu sau cu specialiștii, va desfășura activități de reinserție socială a infractorilor condamnați pentru infracțiuni de violență în familie”. Putem reține faptul că activitățile de reinserție socială pot fi derulate în cadrul serviciului de probațiune și de către asistenții sociali, specializați în lucrul cu persoanele care comit infracțiuni.

6. Monitorizarea cazului

Monitorizarea este definită ca fiind „observarea unui proces /acțiune /șir de activități pentru a ne asigura că regulile stabilite sunt respectate. Monitorizarea se referă la înregistrarea continuă a ceea ce se întâmplă pe parcursul desfășurării acțiunilor” (Anghel, (MMFES, 2008, p.29).

În cazurile de violență în familie, responsabilitatea monitorizării revine tot asistentului social - manager de caz și presupune (H.G. 49/2011, punctul IV.5):

- Urmărirea îndeplinirii celor înscrise în planul de reabilitare și/sau de reintegrare socială și adaptarea acestora în funcție de progresele sau dificultățile întâmpinate pe parcurs;
- Evaluarea riscurilor contribuie și ea la adaptarea planului. Se poate pune problema la un moment dat de a separa victima de familie, dacă, în ciuda implementării și adaptării repetate a planului, adultul victimă continuă să se afle într-o situație de violență;
- Organizarea întâlnirilor de caz în mod special pentru reevaluarea cazului. Se recomandă organizarea cel puțin a unei întâlniri la mijlocul implementării planului, dacă nu sunt semnalate probleme care implică adaptarea acestuia, și ori de câte ori este necesară reajustarea majoră a planului;
- Reevaluarea situației adultului victimă a violenței în familie se realizează o dată la 3 luni, conform legii (care dintre ele), și managerul de caz, împreună cu echipa multidisciplinară, decide, la nevoie, revizuirea planului;
- Documentarea cazului.

7. Închiderea cazului

Cazul este considerat închis după ce s-a finalizat etapa de 6 luni de monitorizare postservicii, iar victima violenței în familie este reintegrată socio-profesional. În această etapă a managementului de caz, asistentul social își poate asuma responsabilitatea monitorizării postservicii pentru a urmări în ce măsură rezultatele obținute în urma furnizării serviciilor sunt menținute.

8. Supervizarea

Supervizarea nu este o etapă în sine în procesul de management de caz, ci mai curând o activitate care ar fi de dorit să se desfășoare pe tot parcursul intervenției și tocmai de aceea este prezentată la final.

Este știut faptul că, specialiștii care lucrează cu oamenii cu probleme, în general, și cu victimele violenței domestice, în special, trebuie să respecte principiul confidențialității datelor și să nu împărtășească nimănui poveștile clienților lor. Pe de altă parte, studiile în domeniu (Furniss, 1991; Killén, 1996; Lundén, 2004 citați de Lundén, 2007) demonstrează că lucrul cu copiii și cu familiile vulnerabile provoacă diverse sentimente, iar nevoia de a vorbi cu alții despre gândurile, emoțiile și îngrijorările trăite este foarte puternică. Modalitatea adecvată și eficientă de rezolvare a acestei contradicții este reprezentată de supervizare.

Supervizarea este descrisă de majoritatea autorilor ca fiind „o activitate care transferă cunoștințe, abilități și atitudini de la o persoană cu experiență la una cu mai puțină experiență” (Lundén, 2007, p.162). Supervizarea permite integrarea cunoștințelor teoretice cu cele practice, ajutând astfel la o îmbunătățire a înțelegerii de către specialist a ceea ce se întâmplă cu și între membrii unei familii.

Indiferent dacă asistentul social este supervisor (are experiență în domeniul prevenirii și combaterii violenței domestice și o poate transfera celorlalți) sau supervizat, ceea ce merită reținut este faptul că accesul la supervizare a specialiștilor constituie o condiție a gestionării eficiente a sentimentelor de către aceștia și implicit a oferirii de ajutor profesionist.

Așadar, asistentul social își poate asuma responsabilități în fiecare dintre etapele managementului de caz utilizat în rezolvarea situațiilor de violență în familie, indiferent dacă lucrează într-o instituție publică sau privată. De asemenea, deși materialul de față a pus accent pe rolul asistentului social în intervenția în cazurile de violență, trebuie menționat că acest specialist se poate implica foarte bine și în activitatea de prevenire a fenomenului.

Cu toate acestea, trebuie reamintit faptul că eficiența activității desfășurate de asistentul social va fi dată nu doar de pregătirea și calitățile sale profesionale, ci și de calitatea relațiilor pe care le va avea cu ceilalți specialiști din echipă și de calitatea supervizării de care va avea parte.

10.2. ROLUL PSIHOLOGULUI

Mihaela Dana Bucuța

Psihologul, prin natura profesiei sale, poate veni în contact cu femei abuzate, agresori sau copii agresati sau martori ai violenței în familie, într-una din următoarele situații: în cadrul serviciilor specializate care lucrează în domeniul abuzului (ex. Direcția Generală de Protecție a Copilului, Direcția de Servicii Sociale din cadrul Primăriilor, ONG-uri, adăposturi etc.); în cabinetele de consiliere școlară, unde copiii cu probleme comportamentale și/sau emoționale sunt direcționați de cadrele didactice; în spitale, prin direcționarea de către personalul medical care poate suspecta sau avea certitudinea că problemele medicale sunt cauzate de violență; în cabinete private de psihologie, mai rar, când femeia abuzată poate apela pentru evaluare, consiliere sau terapie, fie pentru ea, ori de cele mai multe ori pentru copii.

De câte ori există suspiciunea că femeia a fost ținta unui act de violență domestică psihologul trebuie să declanșeze procedura de screening (vezi capitolul 7), care are ca scop tocmai decelarea comportamentelor abuzive care ori sunt trecute sub tăcere de femeie, ori nu sunt conștientizate ca atare (Vrasti, 2012). La fel se procedează și în cazul copiilor pentru care există suspiciunea că problemele sale psihosomatice, emoționale sau comportamentale se pot datora violenței în familie. Copiii pot fi ghidați de psiholog prin

joc, desen, discuții despre familie (ex. desenul familiei) să povestească sau să proiecteze aspecte legate de abuz; acestea sunt explorate mai departe în anamneza copilului pe care psihologul o face cu părintele. Deși psihologul, prin codul etic garantează confidențialitatea informațiilor obținute, există situații în care confidențialitatea este limitată, spre exemplu dacă se consideră că viața copilului este în pericol și trebuie sesizate instanțele care pot lua măsuri.

Rolurile psihologului în cazurile de violență domestică sunt fi următoarele:

- I. **Sesizare și referire** către servicii specializate (dacă intră primul în contact cu femeia/copilul).
- II. **Informare** cu privire la serviciile de suport, existente pentru femeile abuzate (adăposturi, centre de consiliere, grupuri de suport etc.). Decizia dacă va apela sau nu la ele aparține femeii și este respectată.
- III. **Evaluare - consultația clinică**
- IV. **Consiliere, terapie**

În continuare, sunt prezentate evaluarea, consilierea și psihoterapia, specifice activității psihologului, în timp ce sesizarea și informarea sunt activități care revin tuturor specialiștilor din echipa multidisciplinară.

Evaluarea în violența domestică

Creșterea incidenței violenței domestice creează o nevoie mare de intervenții psihologice și implicit de psihologi specializați în această problematică. În acest context, **consultația clinică** - în sensul cel mai larg al cuvântului - centrată pe evaluare dar și pe relația de ajutor sau/și de îngrijire este principala activitate a psihologului. Desfășurarea unei consultații, forma și structura sa, depind de obiectivele vizate. Funcție de obiectivele vizate, consultația psihologică poate avea diferite forme și structuri, numitorul comun al tuturor fiind „producerea unei verbalizări, a unui discurs” (Montreuil, 2009). Acest aspect devine extrem de important atunci când clienții sunt persoane victime ale violenței domestice, dat fiind faptul că adesea, odată cu această consultație, victimele rup

pentru prima dată cercul tăcerii. În plus, verbalizarea este primul pas, esențial în elaborarea traumei și intervenția adecvată.

Nu trebuie uitat, și este important de abordat și evaluarea și intervenția psihologică asupra agresorilor; în această secțiune ne vom referi însă la evaluarea și intervenția psihologică în cazul femeilor și copiilor victime ale violenței domestice.

În procesul de evaluare, psihologul are la îndemână mai multe metode și tehnici cu care poate opera:

- direct: prin observație și interviu,
- indirect: cu ajutorul chestionarelor, testelor și scalelor.

Interviul clinic „vizează dobândirea de informații și înțelegerea funcționării psihologice a unui subiect prin focalizarea asupra trăirilor acestuia și punând accent pe relația stabilită în cadrul situației de interviu” (Dafinoiu, 2002, p.167) și este considerat de mulți practicieni dar și teoreticieni drept cea mai eficientă metodă de evaluare.

În orice evaluare trebuie să se țină cont de principalele caracteristici care cirkumscriu fenomenul de violență domestică. În acest context, obiectivele evaluării în violența domestică (după Vraști, 2012) sunt:

- identificarea tipului de violență, a actului sau actelor de violență și evaluarea situației în care se află victima.
- identificarea dinamicii actului de violență: factori precipitatori, factori declanșatori, escaladarea violenței, tendințe de dezamorsare.
- evaluarea severității și frecvenței actelor de violență.
- identificarea contextului în care s-a petrecut violența: rolul fiecărui actor implicat, factori care potențează comportamentul violent și severitatea acestuia.
- istoria de violență domestică, tipul actelor de violență, repetabilitatea și ciclurile de violență.
- identificarea agresorului și a relațiilor victimei cu acesta: nume, adresă, istoria relației, separări sau tentative de separări anterioare. O atenție specială se acordă identificării tacticilor de control utilizate de agresor asupra victimei.
- dacă există copii în familie, atunci după identificarea relației victimei cu copiii (copii naturali, din relații anterioare, adoptați, în plasament), identificarea eventualelor acte de violență asupra

acestora. Se au în vedere consecințele violenței directe și/sau indirecte asupra copiilor.

- evaluarea siguranței imediate: dacă se simte în continuare amenințată ea și copiii; în ce fel și de ce se simte amenințată.
- identificarea prezenței ideatei suicidare și evaluarea riscului suicidar – se recomandă aplicarea procedurilor standard de evaluare și intervenție a riscului suicidar.
- evaluarea probabilității de perpetuare în viitor a actelor de violență.
- evaluarea consecințelor violenței domestice asupra femeii și asupra copiilor martori și/sau victimă ei înșiși ai violențelor.
- probabilitatea repetării actelor de violență și gradul lor de pericolozitate, măsura în care viața victimei este pusă în pericol.
- consumul curent de alcool și/sau droguri, dat fiind faptul că se cunoaște vulnerabilitatea victimelor violenței domestice la consumul de alcool și droguri; se acordă o atenție sporită semnelor de dependență sau oricăror semne de tulburare a consumului de alcool.
- identificarea strategiilor de coping cu violența domestică; identificarea surselor și resurselor de suport și accesibilitatea acestora.

Evaluarea diferitelor tipuri de riscuri în violența domestică este nu numai unul dintre principalele obiective, ci și una dintre cele mai mari provocări cu care se confruntă psihologul. Teoreticienii și practicienii în domeniul violenței domestice au elaborat o seamă de liste de indicatori ai diferitelor forme de risc, grile și ghiduri de interviu și /sau evaluare care pot fi un ajutor prețios. În plus, psihologul este abilitat și poate utiliza o serie de probe psihologice standardizate, teste, chestionare, scale care-i pot aduce informații prețioase. Câteva exemple de astfel de instrumente pentru femeile abuzate sunt: Dangerousness Assessment (Campbell, 1995); Propensity for Abusiveness Scale (Dutton, 1995a); Psychological Maltreatment of Women Inventory (Tolman, 1989); Risk checklist/Psychological Violence Inventory (Sonkin, 2000). Pentru evaluarea copilului victimă Chestionarul de Simptome ale Traumei pentru Copii (TSCC, John Briere) a fost normalizat pe populația românească (8-16 ani) și este folosit de psihologi în activitatea clinică și pentru realizarea rapoartelor pentru justiție.

Important de menționat este faptul că expertiza psihologică pentru instanță se realizează de către psihologi experți recomandați de Institutului de Psihologie Judiciară – Tabloul Experților Psihologi – secțiunea Minori și Familie:

(<http://www.psihologiejudiciara.ro/files/TEP.pdf>).

Personal, împărtășim opinia lui Vraști (2012) „că există și instrumente standardizate de evaluare a violenței domestice dar personal nu sunt partizanul folosirii acestora din cauza lipsei de fidelitate și validitate. Meritul lor ar putea fi în a oferi un ghid de interviu, un portofoliu de întrebări care pot fi puse în contextul evaluării directe, flexibile și în dinamica dialogului natural” .

Psihologul trebuie să fie preocupat și de eventualitatea unei evoluții patologice a stării psihice a femeii. Trebuie să fie atent la simptomele care ar pute confirma un tablou traumatic emergent. O atenție sporită trebuie acordată următoarelor aspecte: imposibilitatea de a transforma imaginile și trăirile senzoriale în cuvinte, persistența unei trăiri de derealizare și/sau depersonalizare (vezi cap.5 Trauma), tresăririle puternice la zgomote și apariția precoce a primelor retrairi (Crocq, 2014), agitație psihomotorie marcantă, comportament dezorganizat, imposibilitatea de a se gândi la viitor sau la altceva decât la ceea ce i s-a întâmplat.

Atunci când vorbim despre interviul de evaluare, despre evaluarea riscului în violența domestică, dincolo de obiectivele evaluării, metodele, instrumentele și tehnicile de evaluare, esențială rămâne consultația clinică, în sensul cel mai larg al cuvântului. Ea presupune o relație față în față între psihologul-expert care este chemat să evalueze și să intervină oferind ajutor, și subiectul victimă al violenței domestice. De calitatea relației dintre cei doi depinde atingerea obiectivelor anterior enunțate și în ultimă instanță asigurarea serviciilor psihologice în acest domeniu. Caracteristicile fenomenului de violență domestică generează particularități ale victimelor ce-și pun amprenta asupra relației psiholog-victimă. Astfel:

- Femeile victimă adesea ascund experiența de violență, și atunci când se hotărăsc să o facă vorbesc greu despre experiența lor.
- Apelarea la ajutor se face adesea în criză.

- Sentimentele centrale pe care le încearcă sunt acelea de vinovăție, rușine, disperare, neputință și neajutorare.
- Frica intensă, teroarea (frica de răzbunarea/pedeapsa agresorului dacă acesta află că au „spart tăcerea”) și convingerile negative și limitative că nimeni și nimic nu le poate ajuta, că nu există soluții pentru problema lor, pot fi adevărate obstacole în calea stabilirii relației și implicit a evaluării.

În acest context, poate cel mai important lucru de reținut atunci când vorbim despre evaluarea riscului în violența domestică devine **atitudinea** psihologului.

Atitudini și comportamente care facilitează evaluarea și consilierea

Stabilirea alianței de lucru între psiholog și victimă este condiția preliminară începerii evaluării, chiar dacă relația dintre cei doi are o dinamică ce conduce la structurarea ei pe parcursul întregii întâlniri.

La început:

- Întâlnirea dintre psiholog și femeia victimă trebuie să aibă loc într-un loc retras, securizant, fără foarte mulți stimuli. Este important să nu fie altcineva prezent, iar psihologul să nu părăsească locul întâlnirii, sau să intervină alți specialiști în timpul acestei întâlniri. Același psiholog este indicat să aibă continuitate în lucru cu o femeie victimă.
- Este indicat ca psihologul să explice rolul pe care îl are în această circumstanță și cum poate el ajuta.
- Este important să o asigure cu privire la confidențialitate și siguranța deplină a prezenței ei, precum și cu privire la consecințele întrevederii (ce va urma după această întrevedere).
- Extrem de util este un preambul oferit de psiholog cu privire la fenomenul violenței domestice: prevalență, manifestare, consecințe. Femeia are nevoie să știe că nu este singura căreia i se întâmplă ceea ce se întâmplă, că este crezută, că nu are de ce să-i fie rușine, sau că nu ea este de vină.
- Trebuie să i se acorde suficient timp pentru a se acomoda cu spațiul, situația nouă și a-și aduna curajul și puterea pentru a putea vorbi.
- Nu trebuie presată să vorbească! Nu se trece la un interviu structurat de tip întrebare răspuns și sub presiunea timpului.

- Psihologul trebuie să practice ascultarea empatică, atitudinea de compasiune și disponibilitate, acceptarea necondiționată, încurajări verbale și atitudinale pentru a provoca confesiunea victimei.
- Se începe cu povestea ei, apoi continuă cu istoria problemei, grijile și problemele ei.

Pe parcursul evaluării:

- Este indicat să fie cunoscute și aplicate tehnici de comunicare, tehnici de spargere a rezistențelor care să faciliteze verbalizarea femeii victima.
- Psihologul validează experiența și spusele femeii, clarifică ce nu a înțeles, cere feedback femeii cu privire la ce a înțeles.
- Psihologul trebuie să identifice nevoile, temerile, dorințele dar și resursele femeii.
- Psihologul o ajută să formuleze un plan pentru a fi în siguranță.
- Femeia este informată despre resursele existente în cazul femeii abuzate în familie.
- Stabilește nevoia de suport specific și face legătura cu serviciile respective.
- Furnizează psihoeducație atât pentru a înțelege ce i se întâmplă, cât și pentru a putea să se susțină singură, să preia controlul asupra vieții proprii și să rămână în siguranță împreună cu copiii ei.
- Ajută femeia să formuleze un plan de acțiune pe termen scurt.
- Foarte important este ca atitudinea de acceptare necondiționată, de ascultare empatică, de angajare personală puternică în discuția cu victima, dar fără implicare emoțională să fie menținute pe tot parcursul evaluării.

La final:

- La finalul evaluării, psihologul trebuie să știe ce intenționează să facă victima pe termen scurt și lung în relație cu agresorul (se întoarce acasă sau dorește să se separe) și care sunt nevoile ei imediate și pe termen lung cu privire la siguranța personală, a ei și a copiilor, sănătate, suport psihologic, și alte tipuri de nevoi și sprijin (financiar, juridic etc.) .
- Psihologul validează alegerile și capacitățile femeii.
- Evaluarea se încheie cu asigurarea femeii că este în siguranță, că va primi tot suportul necesar și cu afirmația că lucrătorul are mandatul de a anunța la poliție orice caz de violența domestică, mai ales dacă au fost expuși și copiii. În acest punct al evaluării se solicită victimei consimțământul de a dezvălui la Poliție

actele de violență la care a fost supusă. Tot acum se discută și se stabilește dacă femeia îndeplinește criteriile de a rămâne în programul de intervenție în criză pentru un răspuns la criza actuală sau va fi referită la alte programe în funcție de nevoile curente (evaluare și intervenție medicală, consiliere familială, servicii sociale care oferă adăpost pentru femeile victime ale violenței domestice etc.).

Planul de siguranță ce rezultă în urma întâlnirii este o prioritate (vezi cap.7 și 8).

Intervenția

O particularitate a intervenției în violența domestică, specifică de altfel oricărei intervenții în criză, este aceea că intervenția începe încă din timpul evaluării. Pentru ca o intervenție să fie adecvată, ea trebuie să răspundă nevoilor victimei. După Vraști (2012), intervenția în cazul femeii victime a violenței familiale se centrează pe patru puncte principale:

1. Siguranța femeii
2. Avizarea/informarea femeii
3. Bunăstarea femeii
4. Documentarea violenței și formularea planului de siguranță.

Reguli generale în intervenția în violența domestică:

- Persoanele traumatizate au o nevoie acută de a fi protejate și asigurate. O altă nevoie - inhibată de frică la femeile victime ale violenței domestice - este aceea de a-și verbaliza experiența traumatică în fața unui *interlocutor dispus să asculte, de încredere și care nu le judecă*.
- A adopta o atitudine calmă, a asculta cu atenție și empatie femeia abuzată, a o crede, a o asigura că nu este greșeala ei, a-i recunoaște emoțiile și a le valida ca trăire umană normală în circumstanțele respective, este primul și cel mai bun răspuns în cazul unei femei care a experimentat violența domestică (Vraști, 2012).
- Extrem de important este ca intervenția să fie făcută cât mai devreme.
- Femeia abuzată nu trebuie lăsată singură în încăpere. Trebuie obligatoriu evaluat riscul suicidar și întocmit planul de siguranță. Este important să nu părăsească serviciul de criză fără aceste obiective atinse.

- Dacă îndeplinește criteriile unei situații de criză, este important ca femeia victimă a violenței domestice să rămână în serviciul de criză.

Posibile capcane în evaluarea riscului și intervenție

În plus față de cele menționate, psihologul trebuie să fie atent la:

- Subestimarea sau supraestimarea stării victimei. Atunci când o femeie este (pare) pasivă, nu cere nimic, este tăcută, liniștită și imobilă, starea ei nu trebuie interpretată automat ca fiind „normală”; adesea acest tablou ascunde o stare de profundă traumatizare. Și reciproca este valabilă, psihologul putând să patologizeze mult prea ușor (Crocq, 2014).
- Insistențele de a vorbi pot ușor să fie resimțite de victimă ca fiind hărțuire.
- Psihologul trebuie să informeze, să asigure și să conțină victima, dar este important să nu monopolizeze discuția. Nu este ușor să respecti tăcerea clientului/femeii, dar este necesar să se respecte pauzele, ritmul și nevoile acesteia.

Consiliere suportivă centrată pe empowerment

În consilierea suportivă numită și *consiliere centrată pe persoană*, psihologul încurajează persoana să vorbească despre probleme sale și să-și exteriorizeze și chiar să-și confrunte emoțiile autentice. Consilierea suportivă se oferă cu precădere în timpul crizei și atâta timp cât femeia locuiește încă cu agresorul, până când se elaborează și pune în aplicare planul de siguranță și este scoasă din mediul violent într-un loc care îi oferă siguranță fizică. Printre obiectivele centrale ale consilierii suportive sunt împuternicirea femeii (empowerment) și identificarea resurselor personale și exterioare care o pot ajuta să reziste în dinamica relației violente și ulterior separării (când se decide în acest sens).

Consilierea on-line

Oferă un mediu securizat pentru femei de a primi de la specialiști informații și asistență specializată: pentru a clarifica dacă se află sau nu într-o situație abuzivă, a afla ce drepturi are, cum poate fi stopat abuzul și ce pași trebuie să urmeze pentru a ieși din situația dificilă în care se află. Este convenabilă prin faptul că nu necesită deplasarea la cabinetul psihologului și oferă confidențialitatea care femeia victimă are atâta nevoie. Astfel de servicii sunt oferite la noi

în țară prin intermediul unor ONG-uri, cum ar fi Asociația A.L.E.G. (<http://aleg-romania.eu/consiliere/>).

Intervenții de grup

Multe cercetări demonstrează fără echivoc faptul că terapia de grup este o formă de psihoterapie cu eficiență înaltă, cel puțin egală cu psihoterapia individuală prin capacitatea sa de a oferi beneficii semnificative (Yalom, Leszcz, 2008). Practica lui Irvin Yalom și numeroasele cercetări pe care le-a condus au dus la descrierea a unsprezece factori fundamentali curativi de grup, și anume: inocularea speranței, universalitatea, transmiterea informațiilor, altruism, recapitularea corectivă a grupului familial primar, dezvoltarea tehnicilor de socializare, comportamentul imitativ, învățarea interpersonală, coeziunea grupului, catharsisul și factori existențiali (Yalom, Leszcz, 2008, p. 22).

Din această perspectivă, grupurile pentru femei abuzate comparativ cu consilierea / psihoterapia individuală au avantajul de a le oferi posibilitatea de întâlnire cu femei care au trăit experiențe similare, de a simți că nu sunt singurele care trec sau au trecut prin astfel de evenimente traumatizante, de a afla modul în care alte persoane fac față situației de violență, de a împărtăși și învăța unele de la altele, de a cunoaște supraviețuitoare care au reușit să iasă din ciclul violenței și să-și recapete încrederea și stima de sine, de a se reconstrui cu ajutorul celorlalte femei.

Cele mai răspândite modalități de lucru în grup în domeniul violenței domestice sunt *grupurile de suport*, *grupurile de autoajutorare* și *grupurile on-line*. *Grupurile terapeutice*, centrate pe prelucrarea traumei, sunt recomandate numai după ce femeia este în siguranță fizică și sunt încheiate demersurile legale.

Grupurile de suport pentru victimele violenței în familie

Aceste grupuri fac parte din oferta „standard” a serviciilor adresate victimelor violenței domestice în alte țări (<http://leavingabuse.com/support-groups-for-victims-of-domestic-abuse>), iar în România le întâlnim în special în serviciile din sectorul non-guvernamental (ONG-uri). Grupurile de suport pot fi: *grupuri*

de suport conduse de un profesionist, grupuri de autoajutorare, grupurile de suport pe internet.

Grupurile de suport conduse de un profesionist

Un grup de suport/sprijin oferă membrilor acestuia posibilitatea de a împărtăși temerile și grijile cu alte persoane care au experiențe similare și înțeleg ce simt acestea. Un grup de suport nu este un grup de terapie. Jacobsen și Gottman (1998) enumără printre beneficiile obținute prin participarea la un grup de suport pentru femei abuzate: o atmosferă de respect, siguranță, și empatie care stimulează reziliența, recâștigarea puterii, spațiu de explorare a unor alternative privind scopurile și stilul de viață, acces la moduri diferite, creative în care alte femei au făcut față situației umiltoare și înfricoșătoare de abuz și pericol. Autorii atrag atenția asupra faptului ca locația întâlnirilor de grup să fie sigură și să nu fie făcută publică.

Psihologul coordonator/facilitator al unui grup de suport poate utiliza metode și tehnici de lucru cu grupul care pot aparține unor orientări terapeutice diverse (în funcție de specializarea sa), ținând cont de obiectivul principal al grupului, care nu este cel terapeutic, ci suportiv.

Grupurile de suport/sprijin pot fi nestructurate, bazate pe întâlniri în care temele abordate la fiecare întâlnire sunt stabilite pe loc, la fiecare întâlnire sau pot fi structurate, când numărul de întâlniri precum și temele abordate la fiecare întâlnire sunt stabilite încă de la formarea grupul. Spre exemplu, în cadrul proiectului EMPOWER adresat femeilor victimă a violenței de gen (finanțat prin Programul European Daphne III sub coordonarea Universității Padova, cu participarea a 6 țări: Italia, Portugalia, Austria, Romania, Bulgaria, Albania) a fost implementat, evaluat și dovedit ca eficient un model de intervenție suportivă de grup prin metode psihodramatice (fără elaborarea terapeutică a traumei) cu teme prestabilite (25 sesiuni) (Dima, Pătrașcu, Bucuță, 2014). Dintre acestea enumerăm: intercunoaștere, clarificarea așteptărilor, explorarea relațiilor sociale (atomul social), explorarea relațiilor familiale (atomul familial), atașamentul familial, uidentificarea agresorului în familia și viața lor, ciclul violenței, cunoaștere rolului

agresorului și victimei și sesiuni deschise temelor provenite de la grup.

Grupurile de autoajutorare

Grupurile de autoajutorare se aseamănă cu grupurile de terapie prin utilizarea extensivă a unor factori terapeutici precum altruismul, coeziunea, universalitatea, catharsisul, inocularea speranței, comportamentul imitativ, însă lipsește munca în „aici-și-acum” ca experiență trăită și analizată (Yalom, Leszcz, 2008). Larga utilizare a grupurilor de autoajutorare se justifică prin faptul că sunt deschise și accesibile, oferă suport psihologic oricui are caracteristicile definitorii ale grupului, pun accent pe resursele disponibile în grup, nu a experților externi, împărtășirea unei experiențe comune îi face pe membri atât tovarăși, cât și experți credibili, iar membrii sunt simultan „furnizori” și „consumatori” de suport.

Grupurile de suport pe internet

Au luat o amploare mare odată cu dezvoltarea tehnologiei și pot fi de mai multe feluri: pot fi conduse activ, moderate sau se pot desfășura fără nicio intervenție a unui specialist; pot fi limitate în timp sau nedeterminate; pot fi sincrone (în timp real, gen discuții online) sau asincrone (membrii postează mesaje și comentarii) (Yalom, Leszcz, 2008). Toate grupurile de suport pe internet își dezvoltă propriul set specific de norme și dinamici. Printre avantajele lor este posibilitatea participării persoanelor care nu pot frecventa alte grupuri din cauza distanței geografice, stigmatizării, dizabilităților fizice; sunt disponibile 24 ore/7 zile (fără specialist) și reprezintă un mediu protejat pentru femeile abuzate. Dintre problemele intrinseci ale acestor grupuri fac parte: confidențialitatea și protejarea intimității, membrii pot să afișeze mesaje lipsite de acuratețe, intenționat sau nu, identitățile și poveștile pot fi fictive, comunicarea stărilor emoționale este limitată sau poate fi distorsionată de absența indicilor nonverbalii, se pot naște comportamente antigrupale, presiuni nesănătoase etc.

Yalom și Leszcz (2008) atrag atenția asupra faptului că, în cazul în care aceste grupuri sunt facilitate de specialiști aceștia trebuie să clarifice natura contractului lor, cum vor fi plătiți pentru servicii, limitele responsabilității lor online la orice tip de urgență;

ei trebuie să obțină un consimțământ în cunoștință de cauză și să ofere o platformă pentru o comunicare sigura.

Intervenția terapeutică

În orice abordare psihoterapeutică, o primă intervenție o constituie asigurarea unui mediu de securitate, atât în mediul terapeutic cât și în viața celui în cauză. Atât în cazul femeii cât și a copilului victimă a violenței domestice, efectele pozitive se pot obține doar după asigurarea unui cadru lipsit de violență fizică, pentru cel puțin câteva luni. Aceeași cerință este valabilă și pentru martorii violenței domestice (în special copiii sunt în această ipostază) (Muntean, 2009).

Fiind atinsă securitatea și stabilitatea mediului, urmează stabilirea unui „pod relațional” cu adultul în cauză, sau între terapeut, copil și părinții acestuia (Benga, 2009). Diagnosticul, planul de intervenție și monitorizarea rezultatelor sunt organizate în funcție de nevoile, resursele și scopurile adultului sau ale copilului, bazate pe punctele lor tari (factorii de reziliență) și au ca scop dezvoltarea abilităților de autoreglare emoțională, cognitivă și somatică, de autoreglare a conștiinței și motivației (Benga, 2009).

Un alt aspect deosebit de important este stabilirea momentului la care sunt abordate și prelucrate terapeutic amintirile cu conținut traumatic.

Unul din aspectele intervenției terapeutice îl reprezintă problema mijloacelor de supraviețuire pe care persoana umană le are la dispoziție după ce s-a confruntat cu diferite traume. Astfel nu trebuie neglijată valoarea terapeutică a mecanismelor superioare de adaptare precum de pildă este sublimarea. Munca, activitățile în care persoana se simte utilă, se simte acceptată pot deveni surse de valorizare, inducere treptată a sentimentului de siguranță, de a putea face față exigențelor realității. Pentru copii școala, activitățile extracurriculare pot avea această funcție. O formă mai elevată de sublimare este creația, accesibilă atât omului obișnuit, cât și copilului. Indiferent de nivelul de complexitate sau cel valoric al produsului creat (desen, modelaj, eseu, jocuri etc.), această activitate este nu numai un mijloc de expresie, ci și un reparator al durerilor

sufletești (Munteanu, 2011). Confesiunea prin viu grai sau scrisă sunt, de asemenea, benefice. Întreținerea unui jurnal, nu doar restituie frânturi de amintiri, ci constituie și o bună strategie de supraviețuire după o experiență traumatică.

Etapale terapiei sindromului posttraumatic, după Andrews și colaboratorii (citați în Munteanu, 2011) sunt:

- Stabilirea crizei și implicarea în tratament cu necesitatea eliminării dificultăților agresive de ordin familial, profesional, financiar cu care se confruntă victima și apoi construirea unei relații terapeutice bazate pe încredere reciprocă și comunicare.
- Psihoeducația urmărește edificarea victimei cu privire la trauma suferită și tratamentul la care va fi supus.
- Managementul simptomatologiei urmărește optimizarea stilului de viață și dominarea în timp a simptomelor.
- Procesarea traumei presupune confruntarea dureroasă, dar necesară cu amintirile terifiante.
- Restructurarea cognitivă.
- Prevenirea recidivei și consolidarea recuperării.

În ceea ce privește atitudinea terapeutului în terapia traumei, Fischer atrage atenția că o poziție „neutră” (recomandată în alte tipuri de intervenții) față de victimele violenței duce adesea la retraumatizare. Este necesar ca terapeutul să-și afirme clar poziția de a fi alături de victimă, de a o crede și susține. Această „disponibilitate internă de reacție adecvată în terapia traumei este nu de neutralitate, ci de abstenență” (Fischer, Riedesser, 2001, p.187).

Tot mai multe studii arată că asocierea psihoterapiei cu metodele de relaxare și cele sugestive (controlul respirației, relaxarea musculară progresivă, imagieria mentală ș.a.) eficientizează intervenția în traumă. Meditația și rugăciunea ocupă un loc important în efortul de supraviețuire și apoi de reconstruire personală a persoanei care s-a confruntat cu o experiență traumatică. Este dovedit științific faptul că starea meditativă la o persoană cu o practică susținută a meditației induce o activare a lobului prefrontal stâng și apariția undelor gama în această zonă; această arie cerebrală regizează tocmai apariția emoțiilor pozitive, atât de importante în terapia simptomului de stres posttraumatic. Credința și rugăciunea

reprezintă cele mai vechi forme de „auto-psihoterapie”. Rugăciunea revitalizează și energizează numai dacă persoana se implică integral și cu autentică devoțiune în actul respectiv.

10.3. ROLUL MEDICILOR

Sorina Bumbuț

Prin impactul major asupra sănătății somatice, psihologice și sexuale a fetelor și femeilor, violența împotriva femeilor – printre care violența domestică care afectează un număr semnificativ de femei de-a lungul vieții - este o **problemă de sănătate publică**. Este o cauză majoră de morbiditate și mortalitate pentru populația feminină.

Profesioniștii din sistemul de sănătate sunt adesea primii care vin în contact cu femeile afectate de violența în relații de cuplu, iar pentru femeile care sunt controlate strict și limitate în libertatea de mișcare de partenerii lor, medicul de familie este poate singurul cu care femeia are voie să se întâlnească. Cu ocazia controlului de rutină la care se prezintă femeia, ori în timpul sarcinii și la naștere, când solicită tratament pentru alte probleme, sau în orice alte situații când femeia ajunge în contact cu serviciile medicale, medicii au posibilitatea să depisteze abuzul și violența prin efectele acestora asupra sănătății. În asemenea împrejurări, medicii pot observa semnele violenței și pot fi primii care examinează femeile agresate. Statisticile Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) arată că femeile care trăiesc în relații violente recurg la serviciile medicale mai frecvent decât cele care nu sunt abuzate (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano, 2002). Medicii mai pot afla despre femei care suferă abuz în relație și indirect, prin referire din partea altor practicieni ori instituții, ori de la persoane din anturajul victimelor. Oricare ar fi calea prin care victimele ajung în fața unui medic, acesta este o persoană de încredere, astfel că se pot simți în siguranță să dezvăluie violența la care sunt supuse.

Drept urmare, medicii sunt într-o poziție favorabilă pentru a identifica victimele abuzului și violenței, pentru a le acorda îngrijirile necesare, de urgență și pe parcurs, precum și a îndruma pacientele spre alte servicii complementare, în funcție de ceea ce

decid ele. Adesea furnizorii de servicii de sănătate pot fi singura sursă de ajutor pentru victimele abuzului, aspect cu o semnificație deosebită pentru femeile victimizate în cuplu, întărit și de cele 87% dintre respondentele în cadrul studiului Agenției UE pentru Drepturi Fundamentale care s-au pronunțat în favoarea practicii prin care medicii să pună sistematic întrebări despre violență atunci când examinează femeii cu anumite leziuni, în activitatea lor curentă (EUAFR, 2014, p.37).

Știm că există o multitudine de motive pentru care victimele nu dezvăluie și nu solicită sprijin și intervenție, astfel că pentru a identifica cazurile e nevoie de voința specialiștilor de a se implica și de o pregătire specifică. În ce privește activitatea medicilor, există două abordări care pot facilita dezvăluirea abuzului și violenței: ancheta de rutină – screening și anamneza clinică (WHO, 1997).

Ce pot întreprinde furnizorii de servicii de sănătate

Primele servicii la care apelează victimele sunt cele medicale, astfel că încă primele programe de intervenție coordonată au accentuat rolul vital al sistemului de sănătate, al instituțiilor și al cadrelor medicale în intervenția și prevenirea violenței (Ganley, 1998; Wells, Taylor, 2003, WHO, 2013). Dacă în perioada anilor '90 rolul medicilor în cazurile de violență în cuplu era în principal să identifice cazurile, să evalueze, să intervină și să documenteze (Ganley, 1998), cu timpul sistemul de sănătate și-a asumat un rol tot mai complex care cuprinde mai multe direcții de acțiune: abordarea pro-activă a pacientelor cu sensibilitate, respect pentru intimitate și autodeterminare; identificarea cazurilor și a factorilor de risc pentru violență domestică; sprijinirea emoțională și cu informație corectă despre violența pe care o îndură femeile; îndrumare spre soluționare legală; documentarea cazului prin înregistrarea interviului și examinare atentă; referire spre servicii complementare care să le ofere asistența de care au nevoie (WAVE, 2009).

Recomandările OMS pentru furnizorii de servicii de sănătate (Krug et al., 2002; WHO, 2013) sunt :

- să promoveze **cunoașterea și înțelegerea violenței** care se exercită în relații de cuplu, violență domestică; să încurajeze cadrele medicale să cunoască modul de manifestare al celor implicați, afectați, efectele pe plan somatic, comportamental, psihologic, asupra victimelor;
- să acorde atenție **depistării** cât mai timpurii a **victimelor**, să fie atenți la semne de alarmă și simptome sugestive și să le monitorizeze. În măsura posibilului, să introducă în **anamneza de rutină a consultațiilor** preventive întrebări legate de antecedentele de abuz;
- să acorde **îngrijirile** adecvate și necesare;
- să **înregistreze detaliat în documentele** medicale situațiile de abuz, inclusiv amănunțele legate de autor;
- să asigure **intimitatea și confidențialitatea** informațiilor și documentelor medicale;
- să **sprijine emoțional** victimele; o atitudine lipsită de compasiune, de minimalizare a gravității violenței și ignorare a riscurilor, ori de blamare a victimei, poate submina încrederea de sine și reprimă demersul femeii de a căuta soluții pentru oprirea violenței;
- să sprijine intervenția – îndrumând-o spre măsuri de protecție pentru ea și copiii ei, spre sprijin emoțional și practic prin care să-și redobândească controlul asupra propriei vieți;
- să **cunoască și să îndrume pacientele către resursele de asistență** specializată existente în comunitate;
- să contribuie la măsurarea fenomenului.

Identificarea pacientelor victimizate în relație de cuplu

Violența asupra femeilor generează multe probleme de sănătate, atât imediate, cât și pe termen lung: răni, uneori dizabilitante sau chiar letale; o multitudine de afecțiuni cronice; afecțiuni ginecologice, de sănătate a reproducerii; tulburări psihice, până la suicid; comportamente nesănătoase precum consumul de alcool, droguri sau medicamente.

Semne de alarmă pentru violența în cuplu (Beuran, Bumbuluț, 2003) sunt:

A. Leziuni – în mod particular:

- aspect al leziunii neconcordanț cu relatarea anamnestică
- leziuni în stadii diferite de vindecare
- consultații repetate pentru traumatisme minore
- prezentarea cu întârziere pentru tratamentul leziunii
- leziuni faciale (dinți, maxilar, perforație de timpan)
- leziuni ale trunchiului (torace, sâni, abdomen, pelvis, perineu etc.)
- arsuri sau echimoze cu localizări neobisnuite
- plăgi mușcate
- leziuni produse de obiecte contondente.

B. Afecțiuni cronice:

- sindroame dureroase cronice (ex. cefalee, abdominale, pelvine)
- fatigabilitate, astenie, acuze somatice nespecifice
- sindrom de colon iritabil
- tulburări gastrointestinale
- fibromialgii.

C. Probleme ginecologice, sexuale și de sănătate a reproducerii:

- probleme ginecologice inexplicabile (ex. vaginite, dureri pelviene)
- disfuncții sexuale
- boli cu transmitere sexuală, boală inflamatorie pelviană
- îngrijorări extreme pentru copilul încă nenăscut
- travaliu înainte de termen
- complicații ale sarcinilor anterioare (ex. avort spontan, hemoragii de prim sau al doilea trimestru, travaliu/naștere prematură, greutate mică la naștere, abrupcio placentae)
- sângerări anormale
- nutriție maternă inadecvată
- sarcină la adolescență.

D. Probleme psihologice:

- anxietate, atacuri de panică
- depresie
- scădere a stimei, respectului de sine
- ideeație sau tentative suicidare
- tulburări de comportament alimentar
- consum curent de tranchilizante/sedative

- pacientă “dificilă”
- solicitări excesive de prescripții medicamentoase (analgezice, sedative)

E. Aspecte comportamentale:

- atitudine defensivă
- evitarea contactului vizual
- plâns sau oftat frecvent
- afirmații de auto-minimizare
- *placiditate excesivă* – expresie emoțională redusă sau absentă
- comportament nonverbal sugerând mânie sau anxietate

F. Schimbări în tiparul de prezentare la cabinet:

- neprezentare sau prezenare cu întârziere la programări
- programări anulate de partener
- creștere sau scădere subită a frecvenței consultațiilor
- prezentarea în urgență sau după terminarea consultațiilor
- schimbare frecventă a medicului de familie

G. Comportament de dominare (control) sau coerciție asupra partenerului:

- partener detașat sau excesiv de preocupat, care evită să lase pacienta singură
- încearcă să reducă la minimum timpul petrecut de pacientă cu furnizorul de servicii medicale
- pacienta are rețineri să vorbească sau să facă afirmații diferite de ale partenerului
- teama de partener – partenerul răspunde la întrebări în locul pacientei.

Screening/anamneza de rutină

În multe țări se practică includerea întrebărilor standardizate și de rutină despre posibile agresioni și/sau abuzuri din partea partenerului în anamneza generală privind condițiile de viață și muncă (împreună cu întrebările despre fumat, alcool etc.). Organizații internaționale cu preocupări constante pentru combaterea violenței de gen, precum Organizația Mondială a Sănătății, Fondul Națiunilor Unite pentru Populație, au recomandat medicilor să introducă în activitatea lor un set de întrebări care să conducă spre o identificare timpurie a cazurilor de violență în relație de cuplu, în special dacă pacientele prezintă indicii evidente de

agresare și abuzare. În cazul în care femeile prezintă probleme de sănătate care inițial apar nelegate de violența partenerului, printr-o abordare sensibilă și avizată, cauzele reale ies la suprafață și conduc la depistarea violenței și posibilitatea de a veni în sprijinul victimei cât mai curând. Un argument important este și faptul constatat că verificările de rutină pentru semne de violență constituie și mijloc de educare a pacientelor, le transmite preocuparea pentru această problemă care e una de sănătate publică.

Organizația Mondială a Sănătății recomandă ca medicii să respecte următoarele cerințele minime pentru a pune întrebări de rutină pacientelor despre violență din partea partenerului: să dispună de protocoale sau proceduri standardizate, precum și o pregătire pentru a conduce un interviu structurat, într-un cadru privat, asigurarea confidențialității și un sistem adecvat de referire spre servicii complementare (WHO, 2013).

Fundamentarea interviurii

În contextul desfășurării unui interviu semi-structurat, de depistare timpurie a abuzului, violenței asupra unei femei, sunt câteva aspecte esențiale care trebuie incluse în introducere. Principiile care stau la baza abordării pacientelor pentru care cadrele medicale au suspiciuni sau indicii că sunt supuse abuzului și/sau violenței în relația lor de cuplu sunt aceleași cu cele care ghidează intervenția celorlalți specialiști cu rol în intervenție, și anume: abordare centrată pe nevoile femeilor, prioritizarea securității, respectarea confidențialității și intimității, disponibilitate și empatie în oferirea sprijinului, respectarea deciziilor femeii (Beuran, Bumbuluț, 2003; UNFPA, 2001).

Identificarea abuzului/violenței

- „În ultima vreme s-a constatat că stările tensionale legate de viața cotidiană sau evenimente din familie joacă un rol foarte important în sănătatea femeii, de aceea printre întrebările de rutină pe care medicii le pun pacienților se numără și cele legate de acest aspect...”
- „Când examinez femei cu răni ... leziuni ... urme ... precum cele pe care le văd la dvs., ele arată că cineva le-a lovit ori agresat fizic. S-a întâmplat la fel și cu dvs.?”

Credeți că am putea discuta despre ce vi se întâmplă ?

- Cum ați descrie relația cu partenerul?
- Vă rezolvați disputele, certurile...
- Atunci când vă certați, vă simțiți neputincioasă, fără speranță ori dezamăgită?
- Se întâmplă ca în timpul sau în încheierea certurilor, să vă lovească, împingă, să arunce cu lucruri în dvs.?
- V-ați simțit speriată de ceea ce spune sau face partenerul dvs.?
- Ați fost vreodată abuzată fizic de partner?
- Ați fost vreodată abuzată emoțional de partenerul dvs.?
- Ați fost vreodată abuzată sexual de partenerul dvs.?

Dacă răspunsul este „DA” la cel puțin 3 întrebări, se trece la pasul următor și se discută securitatea imediată a pacientei; pentru o evaluare mai riguroasă a riscului se pot aplica instrumente standardizate.

Securitatea imediată a pacientei

Discutarea securității imediate a pacientei va capacita persoana abuzată să caute și să decidă asupra modului în care va proceda în continuare:

- Există un pericol imediat pentru pacientă? (Ce crede că se va întâmpla în momentul când se întoarce acasă?)
- A folosit vreodată partenerul amenințarea cu moartea? (Există vreo armă în casă?)
- Partenerul (abuzatorul) este violent și față de alți membri ai familiei?
- Este abuzatorul consumator de alcool/ droguri?
- I se întâmplă pacientei să recurgă la alcool sau droguri pentru „a rezista”?
- S-a gândit (sau a încercat) vreodată pacienta să se sinucidă?

Conduita imediată

- a. Dacă considerați că există un pericol iminent:
 - asigurați pacienta privind siguranța personală în medii medical sau în timpul deplasării;
 - încurajați pacienta să ia în considerare un loc unde poate sta în siguranță.
- b. Oferiți materiale privind resursele de sprijin în situații de violență domestică, în cuplu sau cel puțin un număr de telefon la care poate apela.
- c. Asistați pacienta pentru un plan de securizare și oferiți-i oportunitatea de a discuta opțiunile.

- d. Nu propuneți consilierea cuplului, căci dovezile clinice au arătat că partenerul se poate răzbuna atunci când cuplul rămâne singur.
- e. Îndrumați pacienta spre servicii specializate pentru victime.
- f. Asigurați un canal deschis de comunicare cu pacienta pentru întâlnirile ulterioare, întrucât în această fază pacienta poate să nu fie pregătită să discute deschis problema ei de violență.

Planificați conduita ulterioară

Programați pacienta pentru o consultație de control (îngrijirea leziunilor, continuarea evaluării, sprijin - la nevoie). Este esențial ca evaluarea și sprijinul la consultațiile ulterioare să fie făcute în funcție de gradul de determinare a pacientei și nu de agenda practicienilor.

Documentarea abuzului

Nici sistemul de sănătate, nici instituțiile medicale și, cu atât mai puțin, medicii singuri nu pot rezolva problema violenței împotriva femeilor, dar cu sensibilitate și implicare pot produce un impact semnificativ. Un element important pentru a ajunge la măsuri efective și adecvate de protecție a victimelor și responsabilizare a agresorilor este documentarea efectelor violenței asupra victimei. Documentarea leziunilor poate sprijini victima dacă se decide să meargă la poliție, ori dacă decide să solicite măsuri legale de protecție – un ordin de protecție, sau dacă va lua în considerare calea penală pentru sancționarea legală a făptuitorului.

Pentru a realiza documentația, în primul rând medicul trebuie (Wells, Taylor, 2003, WHO, 2013):

- să prezinte pacientei procedura, etapele și acțiunile;
- să obțină consimțământul pacientei pentru înregistrarea în actele medicale și efectuarea examinării, inclusiv a fotografiilor;
- să realizeze examinarea stării fizice și mentale a pacientei cu respect și grijă pentru stima de sine; pentru o femeie traumatizată prin abuz și violență, examenul clinic este o experiență retraumatizantă ori umilitoare, astfel că e nevoie de calm, răbdare, explicarea în amănunt a procedurilor;
- să înregistreze constatările în fișa medicală, să realizeze harta leziunilor, să facă fotografii - după caz;

- să consemneze complet și acurat relatările și descrierile pacientei despre cum au fost produse leziunile și cum este afectată emoțional, funcțional și în relațiile ei; consemnarea trebuie să conțină cuvintele pacientei; e important să fie consemnate informația despre agresor și relația pacientei cu acesta, precum și date relevante despre acesta;
- să păstreze documentația – pacienta poate să nu fie pregătită pentru a merge la poliție sau medicină legală, dar va avea nevoie de documentele medicale dacă se decide ulterior.

Ganley (1998) descrie elementele esențiale ale realizării documentației în cazurile de violență în relații apropiate:

- consemnarea istoricului cazului – acuzele principale ale pacientei, afecțiunile prezente; antecedente relevante;
- examenul clinic;
- investigații de laborator și alte proceduri în sprijinul diagnosticării;
- evaluarea securității fizice;
- raportarea cazului – în acord cu prevederile legale din fiecare țară.

Asigurarea îngrijirilor în continuare și monitorizarea cazului sunt elemente importante, atât pentru impactul pozitiv asupra protecției efective a victimelor și diminuarea consecințelor violenței, sau chiar reducerea fenomenului, cât și pentru că transmit femeilor preocuparea constantă a profesioniștilor din sistemul de sănătate, consolidând încrederea în profesioniștii din domeniu.

10.4. ROLUL POLIȚISTULUI

Sorina Bumbuț, Maria Popa

O societate democratică trebuie să fie capabilă să-și protejeze cetățenii față de orice violare a drepturilor fundamentale ale oamenilor. Violența asupra femeilor – în relație de cuplu, violența sexuală, hărțuirea sexuală și toate celelalte tipuri de violență – sunt încălcări ale unor drepturi umane fundamentale: dreptul la viață, libertate și securitatea persoanei, dreptul de a nu fi supus torturii, nici la tratamente degradante.

Serviciile de urgență au rolul de a asigura protecție și îngrijire imediată; două instituții au rol primordial: poliția și serviciile medicale – ambulanța și urgența.

Poliția, ca organ abilitat cu aplicarea legilor, îndeplinește trei funcții esențiale: protejează, intervine și apără drepturile cetățenilor și siguranța lor. Modul de exercitare a acestor funcții are o influență directă asupra calității vieții cetățenilor și a societății în ansamblul ei. Poliția este instituția care are datoria și posibilitățile de a asigura siguranța cetățenilor din cel puțin două motive:

- Are mandat legal, cu atribuții, sarcini, responsabilități specifice.
- Este adesea singurul serviciu de urgență accesibil 24 de ore din 24 și 7 zile pe săptămână, precum și o acoperire geografică largă prin stațiile sale.

Cel mai adesea polițiștii sunt primii care ajung la locul unde se desfășoară acte de agresiune și violență, chiar în timpul derulării ori la scurt timp după încheierea incidentului. Polițiștii vin în contact atât cu victimele cât și cu agresorii, precum și cu martorii direcți ori indirecți. Făcând parte și din sistemul de justiție penală, au rolul principal în colectarea și asigurarea probelor, în dovedirea faptelor petrecute, în vederea tragerii la răspundere a făptuitorilor, conform legilor existente. Pentru a ajunge la rezultate efective e nevoie de prevederi legislative clare, consistente, cuprinzătoare și de proceduri pe care polițiștii să le urmeze. Pentru a crește eficiența răspunsului poliției la violența domestică, mai multe țări (Statele Unite, Marea Britanie, Austria etc.) au constituit și instruit unități sau departamente specializate. Cele mai recente inițiative ale polițiilor sunt adoptarea și aplicarea de instrumente standardizate pentru evaluarea riscului în cazurile de violență domestică și conferințele MARAC – conferințe multi-agenții pentru evaluarea riscului (Robinson, 2004) sau MACC – conferințe multi-agenții pe caz (Protect II, 2013).

Obiectivele activității polițiștilor în situațiile de violență domestică pot fi sintetizate astfel:

- identificarea efectivă a victimelor;
- asigurarea securității fizice pe tot parcursul intervenției – creșterea măsurilor de siguranță pentru victime;

- documentarea cazurilor;
- cercetarea penală a faptelor care constituie infracțiuni conform cu legislația în vigoare;
- colectarea și asigurarea transmiterii datelor în mod eficient, coordonat;
- îndrumarea victimelor infracțiunilor care se produc cu violență spre alte instituții și servicii;
- colaborare cu celelalte instituții și servicii care au rol în intervenție.

Poliția și parchetul, la fel ca toate agențiile care intervin pe cazuri, au nevoie de proceduri standardizate de lucru care să reglementeze pașii în activitatea specifică, rolurile și responsabilitățile în acord cu mandatul instituției. De calitatea muncii polițiștilor va depinde dacă se vor institui proceduri judiciare și dacă va fi sancționat agresorul (Logar, 2008).

Munca polițiștilor în situații de violență în familie sau în cuplu începe cu solicitarea de ajutor prin numărul de urgență – 112 – sau la secția de poliție. Etapele intervenției, de la luarea la cunoștință a cazului și până la închiderea lui, decurg în modul descris mai jos:

1. *Identificarea și preluarea cazurilor*

Sunt mai multe modalități prin care poliția poate afla despre o situație de violență în relație de cuplu: solicitare de intervenție de urgență din partea victimei, dezvăluire din partea victimei – la sediul poliției, alte persoane solicită intervenția poliției, alte instituții sau servicii referă cazul spre poliție.

2. *Intervenția în situațiile de violență în relații de cuplu/în familie*

2.1. În situația în care un echipaj se deplasează la o adresă, locuință, ca urmare a unui apel-solicitare de urgență, intervenția se realizează la fața locului și depinde de mai mulți factori – posibilitatea separării victimelor de agresor pentru protecție și o primă evaluare; colaborarea părților implicate etc. Polițiști care intervin trebuie să efectueze (NSW Police Force, 2009; Pence, 1996; Romani, Campani, 2012):

- Verificarea imediată a stării victimelor, cu atenție specială asupra minorilor.

- Asigurarea securității fizice a celor implicați – e util ca victima/victimele să fie separate de agresor, să se verifice dacă există arme la îndemâna agresorului și să fie reținute.
- Asigurarea accesului la îngrijirile medicale de urgență – de regulă se solicită o ambulanță, se organizează transportul la spital, urgență, sau se îndrumă persoanele spre un serviciu medical.
- Evaluarea situației la locul evenimentului – locuință, starea persoanelor și lucrurilor, potențiale pericole care există la locul faptei (arme și alte obiecte periculoase, amenințări severe din partea agresorului, furie explozivă).
- Asigurarea probelor observate la locul agresiunii – în special în cazul violenței fizice, sexuale, cu vătămare corporală sau periclitarea vieții – pentru a le conserva, ori pentru a nu fi contaminate, schimbate etc.
- Îndepărtarea agresorului, conducerea lui la secție pentru continuarea evaluării; dacă există temei legal, acesta se reține.
- Informarea victimei adulte despre posibilitățile de a fi asistată și măsurile legale de protecție (ordinul de protecție, acțiune penală) și încurajarea ei să apeleze la sprijin specializat sau, dacă e posibil, facilitarea contactării serviciilor potrivite.
- Dacă victima adultă decide să plece la un loc unde consideră că va fi în siguranță – familie, vecini, colege, adăpost, servicii pentru victime – poate fi însoțită sau să i se asigure un transport sigur.
- Dacă nici agresorul nici victimele nu pot fi îndepărtate, se realizează o monitorizare a situației, până ce agresorul se calmează.

2.2. În situația în care victima se prezintă la secție, sediul poliției, ori cazul este referit de alt serviciu/instituție, trebuie luați în considerare următorii pași (ACPO, 2008, NSW Police Force, 2009):

- Primirea: poate fi nevoie de intervenție în criză, dacă victima e în stare de șoc și poate să aibă manifestări comportamentale mai dezorganizate, cu treceri bruște de la plâns la râs nestăpânit, de la calm, apatie, lipsă de reacții la izbucniri de furie; este bine să vă rețineți de la a o critica, apostrofa, ori judeca pentru astfel de manifestări care sunt trăiri, efecte ale traumei suferite.
- Prezentarea și informarea în legătură cu rolul polițistului: de cele mai multe ori femeia are nevoie de explicații clare, chiar în mod repetat, despre rolul poliției și ce poate face pentru ea.

- Luarea primelor date: se solicită victimei să se prezinte și să relateze cele solicitate.
- Verificarea stării ei și a copiilor, precum și a altor persoane care au fost implicate în cele petrecute: dacă ea sau copiii au nevoie de îngrijire de urgență, cazul este deferit serviciilor competente, iar persoanele îndrumate, spre serviciile medicale de care este nevoie.
- Oferirea informației despre ce consideră că e important să afle, să știe, în legătură cu intervenția, despre ce se poate face pentru a o proteja de agresor, despre cum poate fi el sancționat, despre prevederile legale și procedurile de urmat etc.
- Clarificarea principiilor de lucru, intervenție: aspecte legate de confidențialitate, de nevoia de protejare a intimității ei.

3. *Evaluarea riscului și asigurarea protecției victimelor*

Obiectivele care vizează creșterea siguranței victimelor, care au la bază recomandări construite pe baza practicii actuale a polițiștilor care intervin în situațiile de violență în familie, în acord cu prevederile și procedurile legale sunt (Romani, Campani, 2012; Wiemann, 2013):

- Obținerea acordului victimei pentru serviciile care urmează să le furnizați, precum și pentru informațiile care urmează a fi împărtășite cu alți specialiști, din cadrul instituției/serviciului și spre alte servicii/instituții, despre implicațiile referirii cazului spre rezolvare.
- Clarificarea rolul instituțional: ce poate face și ce nu polițistul care răspunde solicitării la situații de violență domestică/în familie, modul de lucru, procedurile specifice, inclusiv colaborarea cu alte servicii.
- Informare despre drepturile legale pe care le are și cum le poate exercita.
- Prezentarea opțiunilor legale – căile legale de a obține protecție pentru ea și copii, sancționarea agresorului – ordin de protecție, cum poate solicita această măsură de protecție și efectele acestuia (avantaje și limite), calea penală ca modalitate de sancționare legală a făptuitorului.
- Înregistrarea relatării victimei și clarificarea faptului că un raport sau proces-verbal de înregistrare a evenimentului nu înseamnă acțiune penală, că se poate decide ulterior în legătură ce modalitatea de a acționa juridic.

- Evaluarea riscului de violență cu care se confruntă victima – este o componentă cheie a intervenției poliției în multe țări (ACPO 2008; NSW Police Force, 2009); în țara noastră încă nu se realizează în mod sistematic și pe bază de regularitate. Pot fi folosite instrumente standardizate sau scheme de interviu. Oricare ar fi modalitatea de efectuare a evaluării riscului, acesta este un proces care necesită timp și colaborarea cu victima.
- Discutarea alternativelor posibile, clarificarea asistenței care poate fi oferită pentru ca ea să poată lua decizii informate.
- Prezentarea procedurilor legale și posibilităților de a primi consiliere juridică în continuare.
- Evitarea confruntării cu agresorul și reducerea posibilităților să se întâlnească cu agresorul; pentru că îndepărtarea agresorului nu poate fi realizată în multe cazuri, e extrem de important să existe adăposturi de urgență unde să poată fi protejate victimele.
- Analizarea împreună cu victima adultă a modalităților prin care poate crește securitatea fizică pentru ea și copiii ei: dacă rămâne în locuința comună și agresorul nu poate fi îndepărtat; dacă pleacă din locuință; dacă e deja separată și este, ori se teme că poate fi urmărită; dacă are un ordin de protecție, dar copiii au program de vizită la tată.

4. *Colectarea probelor/dovezilor*

În acord cu prevederile legale în vigoare și procedurile specifice de lucru existente, polițiștii care intervin vor:

- solicita victimei/supraviețuitoarei să predea lucruri care pot dovedi agresiunea – în special pentru actele de violență fizică și sexuală, ori înregistrări care să susțină existența unor amenințări făcute de agresor la adresa ei ori altor persoane din anturajul ei;
- înregistra urmele vizibile ale agresiunii / fotografiere, înregistrare video, sau cel puțin pot realiza schița locului în care s-a petrecut agresiunea, cu consemnarea detaliilor relevante;
- îndruma victima spre serviciul de medicină legală.

Documentarea cazului de violență domestică va include (Pence, 1996; Appelt et al., 2000; ACPO, 2008):

- informația și probele colectate;
- observațiile făcute de polițiști la locul faptelor ;
- observațiile despre comportamentul victimei/victimelor și cel al agresorului;
- relatările celor implicați;
- natura și gravitatea rănilor – fizice și emoționale;

- actele de violență relatate și cele constatate ori care decurg din analiza contextului;
- folosirea de arme;
- dacă violența a fost planificată;
- dacă actele de violență fizică sunt însoțite de alte violențe – de natură emoțională, psihologică – tactici de constrângere și de control, de manipularea copiilor, de violență economică, socială – izolare de familie și anturaj, religioasă etc.
- incidente/episoade de violență anterioare;
- detalii despre amenințări făcute de agresor înainte ori după eveniment;
- detalii despre martori – copii, alții;
- detalii relevante despre membri ai familiei;
- măsurile de protecție luate;
- alte observații și constatări relevante.

5. *Raportarea cazului:*

- serviciilor de consiliere și asistare – adăpost;
- serviciilor medicale – în funcție de nevoile de îngrijire pe care le are (rănile fizice, starea emoțională);
- spre consiliere și asistare juridică.

Înainte de a raporta cazul spre servicii specializate sau alte agenții cu rol în asistarea victimelor, e util să se discute cu victima adultă despre ce nevoi are, despre ce posibilități de asistare există în comunitate, despre condițiile în care poate beneficia de îngrijire, asistare, consiliere etc. Apoi e nevoie de consimțământul ei pentru împărtășirea de informații cu serviciile spre care e îndrumată, precum și de o clarificare a datelor ce vor fi transmise și a aspecte care vor fi menținute confidențiale.

6. *Monitorizarea cazului*

Reevaluarea riscului de violență

Pentru ca intervenția poliției să aibă rezultate în ce privește asigurarea protecției victimelor și sancționarea făptuitorilor, e nevoie de o colaborare strânsă cu celelalte instituții și servicii cu rol în intervenția în violența domestică, în primul rând cu:

- Parchetul;
- Medicina legală;

- Serviciile de îngrijire medicală – ambulanța, urgența, spitale, medici de familie etc.
- Serviciile pentru protecția copilului;
- Servicii pentru victime/femei – adăposturi/centre rezidențiale, centre de consiliere;
- Serviciile de asistență socială;
- Unitățile de educație la care sunt înscriși minorii.

Este important ca și polițiștii să respecte în munca lor cu victimele violenței principiile abordării centrate pe persoană și nevoile ei, la fel ca toți ceilalți profesioniști cu rol în intervenția în cazurile de violență în relații partenariale:

- protecție și îngrijire - acordarea atenției maxime acestor nevoi imediate ale victimelor;
- informare și referire spre servicii complementare - servicii specializate pentru victime, asistență psiho-socială, juridică, protecția copiilor;
- confidențialitate;
- autonomie și control asupra propriei vieți - respectarea deciziilor pe care le ia femeia;
- nondiscriminare.

10.5. ROLUL REPREZENTANȚILOR JUSTIȚIEI

Mihai Pop, Rodica Enescu

Aspecte procedurale

Legislația actuală permite luarea unor măsuri de protecție pentru victima violenței domestice, atât din punct de vedere penal, cât și civil.

Legislația penală

Codul penal prevede sancțiuni pentru infracțiunile de violență ale agresorului, în cadrul secțiunilor privitoare la infracțiuni contra integrității corporale, asupra unui membru al familiei, contra libertății persoanei, a integrității sexuale, cât și a celor ce aduc atingere domiciliului și vieții private. Se pot stabili și aplica pedepse pentru genul acesta de infracțiuni: lovire și vătămare corporală, violență în familie, lipsirea de libertate, amenințare, șantaj, hărțuire,

viol, agresiuni sexuale, violarea domiciliului, a sediului profesional, a vieții private (art.193-226 cod penal).

Din punct de vedere procedural, victima se poate adresa instituțiilor abilitate (poliție, parchet) în rezolvarea unor astfel de incidente penale, prin formularea unei plângeri penale prealabile. Competența teritorială, pentru formularea și depunerea unei plângeri penale prealabile ne este dată de art.49 codul de procedură penală.

Legislația civilă

Legea specială care guvernează protejarea unei victime supuse violenței domestice este Legea 217/2003. Această reglementare prevede o procedură urgentă de soluționare a unor astfel de incidente, prin luarea unor măsuri de protecție a victimei și de îndepărtare a pericolului instituit de agresor, prin rolul activ al instanțelor de judecată. Măsurile aplicate sunt cu caracter vremelnic și urgent și pot fi instituite împotriva agresorului și pentru protecția membrilor familiei.

În capitolul I al legii speciale se definesc violența, tipul, formele și manifestarea acesteia, caracterul general al membrilor de familie, dar și drepturile și libertățile victimei domestice.

“ART.4: a) violența verbală - adresarea printr-un limbaj jignitor, brutal, precum utilizarea de insulte, amenințări, cuvinte și expresii degradante sau umilitoare; b) violența psihologica - impunerea voinței sau a controlului personal, provocarea de stări de tensiune și de suferința psihică în orice mod și prin orice mijloace, violența demonstrativă asupra obiectelor și animalelor, prin amenințări verbale, afișare ostentativă a armelor, neglijare, controlul vieții personale, acte de gelozie, constrângerile de orice fel, precum și alte acțiuni cu efect similar; c) violența fizică - vătămarea corporală ori a sănătății prin lovire, îmbrâncire, trântire, tragere de pîr, înțepare, tăiere, ardere, strangulare, mușcare, în orice formă și de orice intensitate, inclusiv mascate ca fiind rezultatul unor accidente, prin otrăvire, intoxicare, precum și alte acțiuni cu efect similar; d) violența sexuală - agresiune sexuală, impunere de acte degradante, hărțuire, intimidare, manipulare, brutalitate în vederea întreținerii unor relații sexuale forțate, viol conjugal;

e) violența economică - interzicerea activității profesionale, privare de mijloace economice, inclusiv lipsire de mijloace de existență primară, cum ar fi hrana, medicamente, obiecte de primă necesitate, acțiunea de sustragere intenționată a bunurilor persoanei, interzicerea dreptului de a poseda, folosi și dispune de bunurile comune, control inechitabil asupra bunurilor și resurselor comune, refuzul de a susține familia, impunerea de munci grele și nocive în detrimentul sănătății, inclusiv unui membru de familie minor, precum și alte acțiuni cu efect similar;

f) violența socială - impunerea izolării persoanei de familie, de comunitate și de prieteni, interzicerea frecventării instituției de învățământ, impunerea izolării prin detenție, inclusiv în locuința familială, privare intenționată de acces la informație, precum și alte acțiuni cu efect similar;

g) violența spirituală - subestimarea sau diminuarea importanței satisfacerii necesităților moral-spirituale prin interzicere, limitare, ridiculizare, penalizare a aspirațiilor membrilor de familie, a accesului la valorile culturale, etnice, lingvistice ori religioase, impunerea aderării la credințe și practici spirituale și religioase inacceptabile, precum și alte acțiuni cu efect similar sau cu repercusiuni similare.”

Persoana care consideră că se află în una din situațiile stipulate mai sus, se poate adresa instanței de judecată pentru emiterea a unui ordin de protecție fie prin completarea unui formular, fie printr-o simplă cerere. Din punct de vedere al competenței teritoriale, cererea se adresează judecătorei din raza teritorială a domiciliului victimei. Hotărârea civilă de emitere a ordinului de protecție se comunică părților (se poate solicita și fără citarea, somarea părții), dar și Poliției Române din raza teritorială a domiciliului victimei și a agresorului. În baza acestui ordin, poliția este obligată să verifice îndeplinirea obligațiilor impuse agresorului, să soluționeze orice sesizare de nerespectare a unei hotărâri judecătorești.

Prin instituirea unor măsuri urgente, victima supusă unei violențe domestice va fi protejată pe o perioadă de timp, perioadă care pentru agresor reprezintă îndeplinirea unor obligații impuse prin forța coercitivă a instituțiilor statului. După expirarea perioadei pentru care a fost dispus ordinul de protecție, dacă violența este din nou prezentă, se poate solicita un nou ordin de protecție. Astfel rolul avocatului este acela ca prin intermediul instanței să participe efectiv la protecția persoanelor victime ale violenței domestice.

Aspecte metodologice

Ca și prim pas al tratării unui caz de violență domestică, avocatul victimei trebuie să efectueze în prealabil o evaluare juridică a cazului. Evaluarea juridică privește identificarea problemelor de drept relevante în speță, iar când sunt implicați și copiii, privește în plus identificarea drepturilor și obligațiilor copilului și ale reprezentanților săi legali, ale altor persoane fizice sau juridice, precum și a modurilor de exercitare a acestor drepturi și obligații.

Evaluarea are drept scop planificarea unor intervenții adecvate interesului victimei respectiv interesului superior al copilului din punct de vedere juridic, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung. Pentru o evaluare pertinentă, avocatul trebuie să aibă în vedere:

- a) situația familială a victimei: cine exercită drepturile părintești asupra minorilor și în ce condiții; dacă este cazul decăderii din drepturi a părinților; dacă este cazul luării unei măsuri de protecție; dacă familia a beneficiat de servicii de prevenire sau ce servicii și prestații pot fi acordate, potrivit legii;
- b) situația profesională și socială a victimei: nivelul educațional al victimei; dacă este vorba de discriminare sau lipsa accesului la anumite servicii; ce servicii pot fi acordate, potrivit legii;
- c) situația economică a victimei - dacă există surse de venit/ are loc de muncă; primește prestațiile sociale la care are dreptul; ce servicii pot fi acordate, potrivit legii;

După evaluarea juridică a cazului avocatul trebuie să treacă la inițierea procedurilor judiciare care, în funcție de caz, pot fi: formularea unei sesizări către autoritățile competente (plângere, plângere prealabilă sau denunț), solicitarea ordinului de protecție (pentru mamă sau pentru mamă și copiii), evacuarea agresorului, divorțul, schimbarea domiciliului minorilor și încredințarea lor în grija victimei sau a altor persoane abilitate, evacuarea agresorului din locuința familială etc.

Pe termen scurt, cea mai eficientă procedură juridică o reprezintă cererea pentru emiterea unui ordin de protecție, procedură prevăzută și reglementată de Legea 217/2003. Eficiența este dată de durata scurtă de obținere a ordinului de protecție și de aplicabilitatea imediată a acestuia, lucru care îi conferă victimei protecția necesară în fața agresorului. Mai mult de atât, cererea pentru emiterea

ordinului de protecție poate fi formulată prin completarea unui formular care se regăsește la finalul Legii 217/2003, dându-i o operativitate mai mare întregii proceduri.

În momentul elaborării cererii de emitere a ordinului de protecție, avocatul, având concluziile evaluării juridice făcute asupra cazului, va solicita instanței de judecată: impunerea față de agresor a obligațiilor și interdicțiilor enumerate la art. 23 din Legea 217/2003, durata pe care acestea să se aplice și în cazul interdicției prevăzute de alin (1) lit d), indicarea distanței minime pe care agresorul trebuie să o păstreze față de victimă și/sau familia acesteia.

Motivarea cererii trebuie făcută succint și la obiect, avocatul trebuind să pună accent pe probatoriul care urmează să fie administrat în fața instanței de judecată. Avocatul trebuie să cunoască faptul că în aceasta procedură, pe lângă probele cu înscrisuri, interogatoriu și martori, se mai pot administra și alte probe care pot duce la incriminarea agresorului: înregistrări telefonice, mesaje text (sms), poze etc. De asemenea, pentru administrarea probatoriului, trebuie solicitat și ajutorul procurorului, a cărui participare este obligatorie în acest tip de procese.

Pentru operativitate, este indicat ca până la fixarea primului termen de judecată: avocatul să efectueze toate adresele necesare pentru obținerea diverselor înscrisuri necesare ca și probe în dosar, să formuleze întrebările la interogatoriu pentru a fi administrat la primul termen de judecată și să înștiințeze victima cu privire la aducerea martorilor în fața instanței.

Rolul avocatului nu se limitează doar la formularea și susținerea cererii în fața instanței de judecată, acesta este obligat ca după finalizarea procesului să obțină ordinul de protecție ce a fost redactat de către judecător, să-l comunice victimei și să-i explice modul în care acesta se aplică: întinderea interdicțiilor impuse agresorului, durata pe care victima este protejată prin acest ordin, consecințele nerespectării ordinului de către agresor, măsurile care pot fi luate de victimă etc.

10.6. ECHIPA MULTIDISCIPLINARĂ - COLABORAREA INTERINSTITUȚIONALĂ

Sorina Bumbuluț, Maria Popa

Nici o instituție și nici un serviciu, chiar specializat fiind, nu poate rezolva doar prin eforturile proprii problemele generate de violența în relații apropiate-parteneri; nicio agenție, lucrând izolat, nu are capacitatea să ofere toate elementele unei intervenții eficiente.

Oprirea violenței, protecția victimelor, consilierea psihologică și sprijinul practic, asistența socială, consilierea legală sunt direcțiile principale de lucru, acțiune, atunci când o victimă solicită sprijin. Pentru a răspunde acestor nevoi complexe e nevoie de participarea și colaborarea mai multor instituții și servicii din comunitate.

Inițiativele multi-agenție au început să funcționeze începând din anii '80; au fost și sunt în continuare explorate o varietate de modele. Rolul lor primordial este să remedieze lipsa de coordonare între toți cei care au un rol în intervenție și în soluționarea cazurilor de violență domestică.

Primele modele de intervenție coordonată au fost cele de răspuns comunitar, care și-au propus să cuprindă și să asigure coordonarea tuturor agențiilor implicate în procesul de intervenție, având la bază o înțelegere comună a fenomenului și un set de politici și practici mutual agreeate, cu schimb de informații între agenții și coordonare a deciziilor (Pence, 1996). Aceste practici au condus la implementarea unor măsuri eficiente pentru a proteja victimele, pentru a le asigura servicii cât mai adecvate nevoilor lor, pentru a preveni apariția unor noi atacuri și a reduce incidența fenomenului.

Mecanismele și standardele de cooperare între agenții diferă de la o comunitate sau regiune la alta, în funcție de voința, determinarea factorilor implicați, existența unor resurse necesare funcționării, încurajarea prin rezultatele obținute etc. Barbara Kavemann (citată în Logar, Rösemann, Rösslhumer, Zachar, 2006) încadrează tipurile de cooperare pentru o intervenție efectivă în situații de violență asupra femeilor în familie și în cuplu astfel:

- cooperare impusă, în general implică instituții: poliție – parchete;

serviciile de protecție a copilului – instanțele civile, pentru minori și familie;

➤ acorduri bilaterale de cooperare:

poliție – serviciile de urgență – intervenție în criză – centre de consiliere;

➤ rețele sau grupuri de cooperare instituționalizată:

proiecte de intervenție, grupuri de lucru tematice, comunitare;

➤ cooperare la nivel individual – grupuri de lucru multi-profesionale sau interdisciplinare; se referă la colaborarea profesională între practicienii cu rol în intervenția în violență în familie sau domestică.

Modelul răspunsului comunitar coordonat și-a dovedit eficiența de-a lungul a peste 40 de ani de când a fost pus în aplicare în Duluth, Minnesota, iar apoi preluat și dezvoltat în multe alte comunități din întreaga lume. Rezultatele benefice pentru comunitățile care adoptă o astfel de intervenție – protecție sporită față de violență și efectele ei asupra victimelor, dar și o informare mai bună a comunității – sunt efectul scopurilor pe care le propune un răspuns coordonat (Pence, 1996):

➤ evaluarea coordonată a riscului de revictimizare, a istoriei de abuz, a nevoilor victimei, a resurselor acesteia și a celor existente la nivelul comunității în care aceasta trăiește;

➤ mobilizarea eficientă a furnizorilor de servicii specifice și a resurselor victimelor;

➤ conectarea victimelor la rețeaua furnizorilor de servicii, la resurse și oportunități pentru normalizarea vieții lor;

➤ dezvoltarea capacității victimelor de a face față dificultăților lor acute și de a se adapta la situația de după traumatizarea suferită, cu efectele ei;

➤ planificarea serviciilor și intervențiilor în beneficiul victimei, sub forma planului individualizat de servicii.

Instituții și agenții cu rol în intervenția și prevenirea violenței domestice și care ar trebui să fie implicate în construirea răspunsului coordonat sunt:

➤ servicii specializate pentru victime (adăposturi sau centre de găzduire, centre de consiliere/de informare și prevenire, centre de criză, linii telefonice de ajutor)

➤ poliția

➤ servicii/unitățile medicale

➤ serviciile de asistență socială

- servicii de protecție a copilului
- parchetul
- instanțele – civile, pentru minori și familie, penale
- probațiunea
- educația
- organizații nonguvernamentale
- lideri comunitari
- supraviețuitoare de violență domestică.

Toate aceste instituții, agenții și servicii trebuie să-și stabilească și agreeze principiile activității lor împreună, împărtășire de valori și scopuri, respectul și dialogul fiind pilonii fundamentali care pot conduce la rezultate pe termen lung. Aspectele care generează dezacord trebuie discutate, clarificate și negociate, opiniile fiecărui reprezentant fiind respectate și valorizate.

Pașii care sunt de parcurs pentru a ajunge la un răspuns coordonat multi-instituțional încep cu înțelegerea unitară, congruentă, din partea profesioniștilor a fenomenului violenței în relații apropiate și continuă cu generarea resurselor și structurarea modului de lucru, după cum urmează (Appelt, Kaselitz, Logar, 2000):

1. Împărtășirea unei înțelegeri comune ca bază pentru cooperare, împreună cu principiile și obiectivele ce decurg: siguranța victimelor, tragerea la răspundere a agresorilor, implicarea comunității.
2. Convenirea unor proceduri de cooperare care să prevină traumatizarea secundară și să răspundă corect nevoilor victimelor.
3. Monitorizarea cazurilor - pentru a asigura responsabilizarea specialiștilor - și clarificarea rolurilor fiecărui grup profesional.
4. Coordonarea schimbului de informații între profesioniști: accent pe împărtășirea, dezvoltarea înțelegerii normelor de confidențialitate.
5. Furnizarea de resurse și servicii pentru victime adulte și minore.
6. Asigurarea de sancțiuni, restricții și servicii pentru agresori.
7. Evaluarea răspunsului coordonat al sistemului de justiție: răspunsul poliției, procurorilor și judecătorilor, precum și al serviciilor de probațiune.
8. Formare și supervizare continuă în beneficiul profesioniștilor și muncii desfășurate de aceștia.

Pentru a ajunge la o cooperare eficientă este esențial ca instituțiile și serviciile care lucrează în domeniul violenței în relații apropiate să agreeze principiile de bază ale intervenției. Câteva exemple ar fi (Pence, 1996; Logar et al., 2006):

- Violența domestică nu e o chestiune privată ci una de interes public.
- Victimele nu sunt responsabile pentru violența suferită.
- Comportamentul antisocial trebuie oprit și agresorii responsabilizați.
- Securitatea victimelor trebuie să fie obiectivul prioritar al intervențiilor coordonate.
- Victimele au dreptul la sprijin și asistență adecvată din partea fiecărei agenții implicate - respectarea drepturilor lor, inclusiv la intimitate și demnitate, confidențialitate.
- Toleranță zero la violență și oricare din tipurile și formele ei.
- Respect și acceptare - conduită neincrimatoare și nediscriminativă față de victime; profesioniștii trebuie să se controleze pentru a nu transmite mesaje acuzatoare.

Este important ca pe parcursul procesului de încheiere a cooperării să se creeze spațiu pentru diferitele moduri de relaționare la temă, pentru a înțelege punctele de vedere ale fiecărui participant, perspective dependente de pregătirea profesională specifică, de un mandat reglementat de norme specifice. O altă direcție ce necesită soluționare este generarea resurselor pentru susținerea funcționării grupului de lucru. Cooperarea este un proces complex, care se confruntă cu diverse provocări - unele generate de diferențele individuale, altele de cele instituționale. Cu toate acestea, beneficiile unei *cooperări formalizate* sunt evidente în timp și sunt resimțite pe mai multe planuri, atât de profesioniști, cât și de solicitanții de servicii.

Beneficiile unei cooperări formalizate evidențiate de Logar și colaboratorii (2006) sunt:

- Dezvoltarea unei înțelegeri comune a obiectivelor, politicilor și rolurilor diferitelor părți.
- Sporirea cunoașterii și schimb de informații definit.
- Principii mutual agreeate pentru cooperare (clarificare și agreeare mutuală a rolurilor, sarcinilor și drepturilor, comunicare,

transparență, responsabilitate, luarea deciziilor etc.) pentru evitarea neînțelegerilor.

- Formarea unui nivel benefic de încredere mutuală prin exercițiul cooperării sistematice, continue.
- Posibilitatea ca atât responsabilii cu aplicarea legii, cât și furnizorii de servicii specializate să reacționeze prompt, în timp util; garanția că vor îndruma victimele violenței domestice spre asistență și servicii adecvate.
- Protecție și sprijin efective și adecvate nevoilor victimelor.

Profesioniștii care au atribuții în intervenția în violența domestică au ei înșiși nevoie de anumite condiții pentru a-și desfășura activitatea și atinge obiectivele părții lor specifice din intervenție, fără ca activitatea să le afecteze sănătatea – somatic, psihic ori social. Printre *nevoile* lor se regăsesc următoarele:

- să beneficieze de sprijinul comunității profesionale;
- să le fie asigurată protecția;
- să aibă roluri și sarcini clare, delimitate, să poată stabili planuri de lucru în etape potrivite;
- să-și desfășoare munca în echipă și să fie sprijiniți în acest sens;
- să aibă relații și condiții prielnice pentru a colabora cu profesioniștii din celelalte agenții cu rol în intervenție;
- să li se asigure supervizarea muncii, echipei și individuală – pentru a controla sănătos propriile reacții și a depăși efectele emoționale (temeri, presiuni, încărcare, frustrări, revoltă), să învețe să trăiască cu trăiri și sentimente contradictorii, să accepte limitele rolului lor;
- să aibă acces și să realizeze instruire și perfecționare continuă;
- să se mențină sănătoși emoțional, să dispună de condiții de combatere a stresului muncii – odihnă, timp liber, pentru a funcționa pozitiv atât pentru beneficiare, cât și pentru ei înșiși.

Sistemul de referire a cazurilor de violență în cuplu

Referirile de caz sunt un pas important în managementul de caz, ca parte a muncii multi-sectoriale, împreună cu revizuirea cazului, monitorizarea lui și sprijinirea persoanelor în continuare.

Referirea de caz descrie procesul, modul în care o femeie intră în contact cu o instituție, un serviciu sau un specialist în legătură cu situația ei și modul în care profesioniștii și instituțiile comunică și

lucrează împreună pentru a-i oferi sprijinul de care are nevoie, efectiv, adecvat și complet.

Un **sistem de referire** poate fi definit ca un cadru instituțional cuprinzător în care se conectează diverse entități cu mandate, responsabilități și competențe bine definite și delimitate, într-o rețea de cooperare, cu scopul general de a asigura protecția și asistență supraviețuitorilor violenței în cuplu, pentru a ajuta la recuperarea și împuternicirea lor deplină, prevenirea violenței și sancționarea legală a făptașilor. Mecanismele de referire lucrează pe baza unei comunicări eficiente și stabilirea unor căi și proceduri de sesizare definite clar, cu etape secvențiale simple și clare (UNFPA, 2010).

O rețea de referire reunește de obicei diferite departamente guvernamentale, organizații/servicii specializate pentru femei, organizații comunitare, instituții medicale.

Există, de asemenea, posibilitatea **autoreferirii**, în cazul în care o femeie se prezintă singură la o agenție, serviciu.

Pentru ca acest lucru să-și atingă obiectivele, este necesar ca profesioniștii:

- să aibă cunoștințe suficiente despre violența în familie și cea care se exercită asupra unui partener în relații de cuplu;
- să fie capabili să faciliteze dezvăluirea violenței exercitate în relație și/sau în familie;
- să evalueze situația și nevoile fiecărei supraviețuitoare, precum și riscul de violență în care se află femeia și copiii în perioada următoare;
- să aibă cunoștințe despre intervenție și serviciile existente spre care poate îndruma victima;
- să sprijine solicitanta în identificarea celor mai bune opțiuni pe care le are;
- să cunoască legislația națională privind violența și abuzul;
- să obțină consimțământul solicitantelor înainte de a referi cazul spre alte servicii, profesioniști, instituții.

Pentru a asigura sustenabilitatea și eficiența, funcționarea mecanismelor de referire trebuie să fie reglementată prin legi sau prin protocoale standardizate care să definească rolurile și responsabilitățile sectoarelor și agențiilor implicate. Mecanismele de referire pot funcționa la diferite niveluri – național, regional și/sau locale – și trebuie să realizeze:

- **Construirea, dezvoltarea și consolidarea capacităților personalului** din sectoarele și agențiile cu rol în intervenția în situații de violență domestică/în familie pentru a se asigura referiri și furnizare de servicii eficiente; *instruirile multi-sectoriale* pot fi un prim pas către stabilirea unui parteneriat de lucru, precum spre dezvoltarea și menținerea capacității de a furniza servicii și referi eficiente.
- Un **mecanism coordonat de monitorizare**, cum ar fi o bază de date comună pentru monitorizarea sistemului de referire și îmbunătățirea calității serviciilor oferite femeilor. Analiza datelor va permite urmărirea modului în care sunt utilizate diferitele servicii, identificarea femeilor care au nevoie de sprijin pe o perioadă mai lungă de timp și a celor care abandonează, precum și obținerea de feedback pentru a îmbunătăți gestionarea și planificarea serviciilor. Un accent deosebit trebuie pus pe colectarea aprecierilor de la supraviețuitori care folosesc serviciile oferite și pe asigurarea siguranței și confidențialitatea datelor lor personale.

STUDIU DE CAZ – EMA

Emma are 42 de ani, este traducătoare de meserie și are două fetițe. Soțul ei, Marian studiază dreptul, dar a muncit toată viața ca agent de pază. S-au căsătorit în urmă cu 10 ani. Soțul ei era de la început foarte gelos, dar Emma a interpretat acest lucru la început ca și semn al iubirii. Era gelos pe bărbații cu care s-ar întâlni la serviciu, pe prietenii ei și inclusiv pe familia. Emma și-a întâlnit prietenii și familia din ce în ce mai puțin, și după nașterea fetițelor, nu s-a mai întors nici la serviciu. Mai traducea din când în când de acasă, iar banii pe care-i primea intrau în contul soțului. Treptat, singura ei legătură cu lumea reală a rămas soțul ei.

Bătăile au început cam de cinci ani. Mai întâi o palmă, apoi o înjurătură și, în cele din urmă, de fiecare dată când nu făcea ce voia el, o bătea cu cruzime folosind o bâtă, centură sau alte obiecte și provoca răni ce deseori necesitau spitalizare. Deseori a amenințat-o că o va omorî dacă îl mai enervează cu neascultarea ei. Emma i-a găsit circumstanțe atenuante, aducându-și vină ei: poate nu este destul de atentă cu el. Din păcate fetele erau și ele prezente la aceste scene, și una dintre ele avea coșmaruri noaptea, iar cealaltă enurezis. Când Emma era la spital, fetele stăteau la soacra ei.

La ultima spitalizare medicului de urgență i s-a părut că ceva nu era în regulă cu povestea lor. A apărut umflată, plină cu sânge împreună cu soțul ei, soțul ei a povestit că a căzut de pe bicicletă, și probabil i s-a spart nasul. Fiind condusă într-o altă încăpere pentru niște analize și întrebată și ea ce a pățit, ea spunea că s-a lovit de pereți. Medicul i-a pus niște întrebări de rutină privind violența în cuplu, ea părea foarte dezorientată, și se uita cu frică spre ușă, să nu cumva s-o audă soțul ei. Medicul a realizat din fișa ei că a fost deja internată cu tot felul de fracturi și leziuni interioare și a luat legătura cu asistentul social din spital, care după ce a vorbit cu Ema a considerat că este un caz cu un nivel ridicat de pericolozitate și că va organiza o întâlnire interdisciplinară pentru a construi un plan de acțiune pentru siguranța Emei și a fetelor. Ema ar fi dorit să se oprească violența dar nu a fost sigură că nu din vina ei se întâmplă. Nu știe unde să plece, nu are deloc bani pentru o chirie.

Întrebări

1. Pe cine ați invita la întâlnirea interdisciplinară?
2. Care ar fi rolul diferitelor categorii de specialiști?
3. Cum ar arăta un posibil plan de acțiune în favoarea siguranței Emei și a fetelor?

Răspunsuri

Întâlnirea cu specialiștii se poate realiza în cadrul:

- grupului interdisciplinar (de ex.) EIL, creat pe baza HG 49/2011
- unui grup mai restrâns al grupului interdisciplinar EIL
- grupului de lucru pe tema violenței domestice
- grupului convocat pentru conferință pe caz (întâlnire la care sunt invitați toți specialiștii direct implicați deja în caz sau cu mare probabilitate vor fi implicați)

În cazul adulților pentru a discuta detaliile cazului avem nevoie de acordul victimei.

Scopul întâlnirii: analizarea și evaluarea riscului de revictimizare, evaluarea cazului din punctul de vedere al tuturor (medical, juridic, psihologic, social) și elaborarea planului de acțiune.

1. La întâlnire au fost invitați reprezentanți ai centrului de consiliere pentru victime, poliției, protecției copilului, procuror, servicii de asistență socială, avocați, medici.
2. Rolul diferiților specialiști:
 - a) Medici: recunoașterea semnelor, screening, contactarea asistentului social de la serviciul specializat;
 - b) Asistent social: evaluarea riscului, contactarea diferitelor instituții, oferirea informațiilor, coordonarea cazului, planificarea siguranței;

- c) Psiholog serviciu specializat: planificarea siguranței, întărire, capacitate, pregătire pentru adăpost;
 - d) Polițist: confruntare agresor, adunarea dovezilor;
 - e) Avocat: elaborare acte pentru ordinul de protecție;
 - f) Protecția copilului: planificarea siguranței, consilierea/terapia copilului.
 - g) Planul de acțiune
- Va rămâne în spital până se clarifică unde se va putea duce cu copiii;
- a) va vizita psihologul din serviciul specializat care îi va prezenta adăpostul și vor discuta despre planul de siguranță;
 - b) Psihologul va veni cu avocatul pentru a întocmi actele pentru un ordin de protecție;
 - c) Este planificată plecarea ei acasă, precum și plecarea ei de acasă împreună cu copiii la adăpost.

CONCLUZII

Nicio instituție singură sau niciun individ nu poate avea imaginea completă a situației victimei, dar toți pot avea informații cruciale pentru siguranța acesteia. Instituțiile care pot aduce o contribuție sunt: reprezentanți ai poliției locale, ai serviciilor de sănătate, ai protecției copilului, ai serviciilor specializat de asistență în cazurile de violență domestică și ai altor agenții locale. Este util să existe o colaborare formală între aceste instituții, materializate în protocoale de colaborare interagenții, în care se definesc scopurile și definițiile agreeate în comun, rolul și responsabilitățile fiecăruia dintre părți, dar și felul în care se vor schimba și se vor înregistra informațiile. Pentru coordonarea intervențiilor în cazurile grave este necesară organizarea unor întâlniri regulate, în care reprezentanții discută opțiunile existente pentru creșterea siguranței victimei și transformă aceste opțiuni într-un plan de acțiune coordonat.

Capitolul 11 **MODEL DE BUNĂ PRACTICĂ ÎN DOMENIUL** **VIOLENȚEI DOMESTICE: NORVEGIA**

Karl-Johan Johansen

Abstract

Prezentarea se va axa asupra modului în care li s-a acordat prioritate, de mai mulți ani, în Norvegia, eforturilor de prevenție și de tratare a violenței domestice. În special, s-a pus accentul pe descoperirea căilor de consolidare a drepturilor și poziției victimelor, dar și ale rudelor apropiate acestora, în situații de evaluare sau de raportare efectivă a violenței. O chestiune importantă a fost reprezentată, de asemenea, de modul de protejare și monitorizare a victimelor înainte și pe parcursul procesului legal. Au fost dezvoltate câteva noi modele și măsuri; de asemenea, a fost necesară schimbarea unor practici și roluri din cadrul sistemului, în vederea obținerii de rezultate mai bune. Prezentarea va oferi exemple și va explica modul în care diferite servicii, dar și practici ale furnizorilor de servicii, au condus la dezvoltarea de noi tipare de colaborare, cu scopul de a face față cu succes provocărilor.

Cuvinte cheie: modele de colaborare, agenda politică, elaborarea politicilor, măsuri practice

Introducere

Violența distruge vieți. În conformitate cu *Raportul Mondial privind Violența și Sănătatea*, pe tot cuprinsul lumii, aproape o jumătate de milion de oameni sunt uciși, în fiecare an. În afară de aceste decese, alte milioane de copii, femei și bărbați suferă consecințele multiple ale violenței din propriile cămine, din școli și comunități. Violența exercită un impact negativ asupra vieților omenești, adeseori conducând în timp la dependență de alcool și de droguri, la depresie, suicid, abandon școlar, precum și la dificultăți relaționale recurente.

Organizația Mondială a Sănătății a lansat primul *Raport Mondial privind Violența și Sănătatea* pe 3 Octombrie 2002. De atunci, peste 30 de guverne au organizat conferințe naționale sau dezbateri asupra politicilor referitoare la acest subiect și au fost promulgate rezoluții pornind de la datele cuprinse în acest raport, iar o serie de forumuri precum Adunarea Mondială a Sănătății, Întalitul Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului,

precum și Uniunea Africană solicitau implementarea recomandărilor din raport (WHO, 2002).

Raportul Mondial privind Violența și Sănătatea este prima trecere cuprinzătoare în revistă, a problemei violenței, la scară globală – ce este aceasta, pe cine afectează și ce se poate întreprinde, în această privință. În decursul elaborării sale, timp de trei ani, Raportul a beneficiat de participarea unui număr de peste 160 experți din întreaga lume, primind atât recenzii din partea oamenilor de știință, cât și contribuții și comentarii din partea reprezentanților tuturor regiunilor lumii (WHO, 2003).

Un ghid pentru implementarea recomandărilor *Raportului Mondial privind Violența și Sănătatea* a fost publicat, cu sprijinul generos primit din partea Guvernului Belgiei și grație contribuțiilor oferite de practicienii din domeniul prevenirii violenței, din întreaga lume. Documentul se concentrează asupra primelor șase recomandări, și anume:

- Creșterea capacității de culegere a datelor privind violența;
- Cercetarea violenței – cauzele, consecințele și prevenirea acesteia;
- Promovarea prevenției primare a violenței;
- Promovarea egalității de gen și sociale, pentru a preveni violența;
- Consolidarea serviciilor de îngrijire și suport, oferite victimelor.
- Unificarea tuturor acestora – dezvoltarea unor planuri naționale de acțiune.

Raportul Global referitor la Prevenirea Violenței din 2014 cuprinde date provenite din 133 țări și este primul raport de acest fel, ce reflectă evaluarea fenomenului de violență interpersonală, și anume: maltratarea copilului, violența în rândul tinerilor, violența sexuală și asupra partenerului intim, precum și abuzul față de persoanele vârstnice.

Prin acest Raport Global referitor la Prevenirea Violenței (WHO, 2014) este evaluat modul în care guvernele produc o schimbare, prin analiza măsurilor adoptate de către țări, în scopul prevenției și combaterii violenței interpersonale. Raportul constată că o activitate considerabilă de prevenire a violenței este în curs de desfășurare, în întreaga lume.

În acest capitol, am analizat felul în care violența din Norvegia influențează:

- Elaborarea politicilor în domeniu
- Planurile de acțiune
- Modelele de colaborare
- Măsurile practice.

Cum a influențat conștientizarea situației, prioritățile și agendele politice

Elaborarea politicilor în domeniu

Ca parte a efortului de a transforma violența asupra femeilor într-un subiect de interes public, a fost înființat un grup de lucru interdepartamental, în 1983, cu scopul de a elabora un program de acțiune. Activitatea acestuia a avut drept rezultat identificarea unor „Măsuri împotriva Abuzului asupra Femeilor” (Grupul de Lucru Interdepartamental, 1983). Grupul de lucru a descris problema violenței împotriva femeilor în Norvegia și a reliefat nevoia de a lua măsuri. De atunci, au fost promulgate de către diverse guverne o serie de planuri de acțiune, în scopul prevenirii violenței domestice asupra femeilor și asupra altor grupuri vulnerabile (Jonassen, 2013).

Guvernul a acordat prioritate prevenirii și combaterii violenței domestice, prin acțiunile întreprinse în scopul unei societăți mai sigure, corecte și egalitare. În conformitate cu platforma sa politică, Guvernul a continuat să-și intensifice și să-și îmbunătățească acțiunile împotriva violenței domestice, considerând că este crucial să se asigure că această formă de violență primește mai multă atenție, că tot mai multe cazuri sunt raportate, precum și că modalitățile de abordare a acesteia, dar și de sprijinire și protejare a victimelor sunt în continuu ameliorate.

Norvegia se află în fruntea țărilor care fac eforturi în combaterea violenței domestice. Cu toate acestea, nu toată lumea este sensibilizată și numeroase persoane suferă ca urmare a acestei forme de violență. Deși diferite guverne au inițiat numeroase măsuri de tratare a violenței domestice, rămân multe de făcut. În această privință, este important să se cunoască istoria din spatele violenței domestice, ca domeniu de politici.

Statisticile din *Norwegian National Review* arată că violența domestică constituie o problemă socială persistentă în Norvegia,

9% dintre femei și 2 % dintre bărbați fiind supuși violenței, cu un risc ridicat de vătămare, din partea unui partener curent sau anterior (The Norwegian Government, 2014). Numeroși alții au experimentat un nivel mai scăzut de violență sau de utilizare a forței. În ultimii ani, numărul de incidente din sfera violenței domestice raportate poliției a crescut semnificativ, cel mai probabil datorită unei tendințe ascendente de alertare a poliției, în asemenea situații. Acest lucru poate indica o încredere crescândă în modul de abordare și tratare a cazurilor de violență, de către poliție.

Planuri de acțiune

În baza planurilor de acțiune, a fost construită o structură funcțională pentru a unifica eforturile naționale, regionale și locale, împotriva violenței domestice. Centrul Norvegian de Studii privind Violența și Stresul Traumatic a fost înființat în 2004 și cinci centre regionale de resurse privind violența, stresul traumatic și suicidul au fost înființate, în decursul perioadei 2006–2008. De asemenea, au fost înființate centre de primire pentru victimele violenței și abuzului în fiecare județ, precum și case de copii, până acum în șapte orașe. Structura a fost consolidată prin introducerea unei echipe sau a unui coordonator pe problema violenței în familie în fiecare circumscripție de poliție, creând un program la scară națională de ajutorare și de tratament pentru făptași, transformând astfel înființarea unui departament de centre de criză, într-o necesitate legală. Acum este necesar să se urmărească îndeaproape dacă structura respectivă are o bază profesională temeinică și dacă există o bună diviziune a responsabilităților și o strânsă cooperare între aceste agenții și alte servicii relevante.

După câteva planuri de acțiune derulate de-a lungul ultimilor 30 de ani, am putut constata că elaborarea de noi obiective politice, noi strategii și metode de lucru, precum și schimbarea atitudinilor într-o nouă zonă problematică, necesită timp și presupune răbdare din partea tuturor celor implicați. În același timp, s-au ivit noi provocări, una dintre ele fiind numărul în creștere de imigranți în Norvegia, precum și diferite forme de violență și utilizare a forței, asociate cu diferite tradiții naționale (Norwegian Ministry of Justice, 2012).

Odată cu trecerea timpului, planurile de acțiune au început să includă așa-numitele „grupuri vulnerabile”, și anume: persoane

cu dizabilități, vârstnici, homosexuali și lesbiene, precum și minorități etnice. Aceste categorii din urmă sunt de curând clasificate ca fiind potențiale victime ale violenței domestice. Acțiunilor care vizează copiii și tratamentul infractorilor li s-a acordat o mai mare atenție, cu fiecare nou plan de acțiune. Ultimul plan de acțiune ia în considerare mai ales victimele de gen masculin ale violenței domestice. Aceasta este îndeobște o chestiune de mare actualitate, întrucât adăposturile au început să răspundă nevoilor victimelor de gen masculin ale violenței domestice.

În cadrul ultimului plan de acțiune al Guvernului Norvegian, împotriva violenței domestice 2014-2017 „O viață fără violență” sunt avansate 45 de noi măsuri care vor fi urmărite îndeaproape, de-a lungul perioadei respective (Norwegian Ministry of Justice and Public Security, 2014).

De la planuri de acțiune, la intervenție și bune practici

Modele de colaborare

Eforturi ample, trans-sectoriale, au fost investite în sfera intervenției timpurii. Acestea includ monitorizarea sistematică a familiilor, dintr-un stadiu timpuriu, cu accent pe prevenție și pe organizarea unei cooperări strânse, eficiente, interdisciplinare la nivel municipal. Una dintre măsurile luate, constă în dezvoltarea programului educațional „Intervenție timpurie – sănătate mentală, abuz de substanțe și violență”.

Angajații din sectorul public, de exemplu profesorii și lucrătorii din domeniul sănătății, au îndatorirea de a raporta Serviciilor de Protecție a Copilului, în cazul în care există suspiciuni de violență, în familia unui copil pe care l-au întâlnit în decursul activității desfășurate. Serviciile de Protecție a Copilului vor raporta cazul Poliției, dacă este necesar.

Experiența indică faptul că o concentrare mai mare asupra violenței domestice, duce la contactarea Serviciilor de Asistență Socială și a Poliției, de către un număr mai mare de victime și determină serviciile respective să fie mai vigilente la posibilitatea apariției violenței în cămin. Prin urmare, este important, de asemenea, să se dețină capacitatea de a gestiona toate cazurile ce apar.

Măsuri practice

Programul educațional „Intervenție timpurie – sănătate mentală, abuz de substanțe și violență” are scopul de a deprinde personalul cum să practice intervenția timpurie, pentru a preîntâmpina creșterea copiilor într-un climat de violență și conflict. Aceasta se realizează prin oferirea de ajutor femeilor însărcinate și familiilor cu copii mici dintr-un stadiu timpuriu, pentru a preîntâmpina o dezvoltare negativă de-a lungul timpului. Un aspect important al programului este ca personalul din diferite servicii să se reunească în procesul de învățare și formare, promovând astfel cooperarea trans-sectorială și interdisciplinară și conducând la o intervenție timpurie mai bună și mai eficientă. Asistențele medicale de circumscripție sunt un grup important în acest context.

Servicii competente:

Intervenția în cazurile de violență domestică poate fi realizată prin apelarea la următoarele mijloace/servicii:

- Asistență Acordată Victimelor Violentei
- Centre de Criză/ Adăposturi (de asemenea, pentru bărbați)
- Centre de Îngrijire și Protecție a Familiei
- Servicii de Protecție a Copilului
- Case pentru Copii
- Măsuri de tratament pentru contravenienții violenți, gestionarea furiei etc.
- Semnale de Alarmă, în caz de violență.

Modele de colaborare

Centrul de asistență pentru victimele violenței a fost înființat în 2004, ca proiect între Trondheim, autoritatea de urmărire penală Troendelag, și ca urmare a parteneriatului între Județul South Troendelag și Circumscripția de Poliție South Troendelag. Astfel, *Centrul de asistență pentru victimele violenței* este o acțiune de colaborare, între Municipality Trondheim și Poliția din South Troendelag. A început ca proiect pilot în 2004 și își are sediul în Secția Centrală de Poliție. La ora actuală, are doi angajați și este condus de un asistent social, cu competențe clinice și familiale. Luând în calcul experiențele și evaluările, centrul pare să fi avut un efect major în sprijinirea victimelor violenței.

De la deschiderea sa, Centrul a ajutat peste 500 de victime ale unor infracțiuni grave. Aceștia li s-a oferit ajutor să gestioneze

evenimentul, să depună mărturie în instanță și să-și continue viața. În anumite cazuri, în special în rândul tinerelor victime ale violenței, acest sprijin preîntâmpină comiterea de noi infracțiuni.

Principalele obiective ale Centrului de asistență sunt:

- A se asigura că victimele infracțiunilor grave primesc înțelegere și monitorizare;
- A scădea pragul de recidivă a violenței și abuzului sexual;
- A diminua consecințele negative ale violenței, abuzului și ale altor acte infracționale, asupra victimelor și a rudele acestora;
- A preîntâmpina traumele, prin ajutarea victimelor să-și depășească rolul de victimă și să-și redobândească controlul asupra propriilor vieți;
- A contribui la sporirea disponibilității și îmbunătățirea coordonării, în cadrul serviciilor de asistență, în special între agențiile de sprijin și poliție;
- A preîntâmpina dezvoltarea violenței, în rândul tinerelor victime ale violenței, prin oferirea unei asistențe îmbunătățite.

Centrul de asistență este organizat în cadrul Serviciului Municipal de Monitorizare și funcționează alături de adăpostul destinat victimelor și de coordonatorul pe probleme de violență.

Evaluările care au fost efectuate arată că sprijinul pentru persoanele vătămate în cazurile penale, este de succes (Berg, 2007). Împreună cu Poliția, Centrul de asistență în funcție de plângerile zilnice sosite, evaluează fiecare caz în parte și îi contactează pe cei care au cea mai mare nevoie de ajutor și monitorizare. În cadrul evaluărilor, numeroase persoane susțin că nu au mai avut nevoie să caute ulterior sprijin psihologic, întrucât au primit deja sprijin la depunerea plângerii.

Centrul de asistență este un serviciu ușor accesibil unui public selecționat, prioritar. Membrii acestui public îl pot contacta, chiar fără necesitatea vreunei recomandări prealabile, însă majoritatea oamenilor au cunoștință de Centru și sunt îndrumați într-acolo de poliție, în conexiune cu depunerea plângerii. Grupurile țintă ale Centrului sunt:

1. Victime ale violenței și abuzului, în relațiile intime, precum și persoanele aflate în întreținerea acestora: violența partenerului, în sau prin conviețuire, copii care asistă la violență, ori suferă violența exercitată de către îngrijitor, violență sexuală, inclusiv incest, adulți care au fost abuzați sexual în copilărie.

2. Tinere victime ale violenței, abuzului și ale infracțiunilor în domeniul proprietății: tinere care sunt violate, care au suferit o tentativă de viol sau care au fost vătămate sexual sau în alte chipuri, tineri care sunt respinși de o gașcă și cărora le este teamă, din cauza represaliilor, să meargă la școală, copii care locuiesc în familii ce sunt victime ale violenței.
3. Oameni care sunt expuși unor puternice și grave violări ale integrității: abuz sexual, viol, violență și amenințări în relațiile apropiate, jaf, furt precum și persoane care sunt în relații apropiate cu alte victime ale omuciderilor, sinuciderilor și omorurilor calificate.

Victimelor infracțiunilor obișnuite în domeniul proprietății, precum și ale contravențiilor rutiere, nu li se acordă prioritate de către Centrul de asistență.

Din vara anului 2004 până la sfârșitul anului 2009 Centrul a oferit servicii de sprijin pentru victime și familiile acestora, în aproximativ 500 de cazuri penale. Nu există indicii asupra modificării imaginii de ansamblu. Cazurile au fost distribuite după cum urmează:

- 55% au reprezentat violență domestică, inclusiv incest;
- 20% au reprezentat violență sexuală și brutală, în cadrul căroro suspecții sunt prieteni, cunoștințe sau necunoscuți;
- 15% au fost tinere victime, sub 18 ani
- 10% au fost rude ale victimelor unor crime, sinucideri, morți suspecte și accidente.

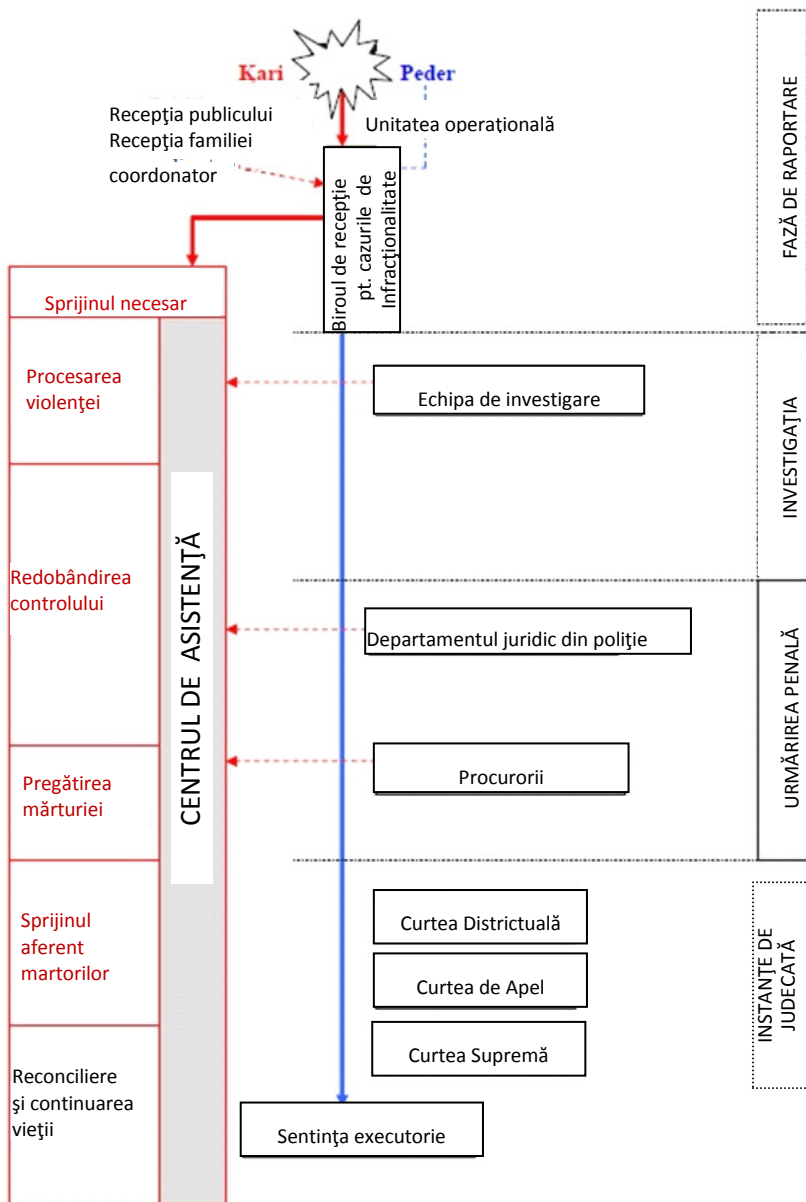
Există trei factori principali care conferă Centrului de asistență un caracter special: situarea sa în sediul Secției de Poliție, competența personalului și faptul că este în coordonarea administrației publice locale. Faptul că Centrul este situat în sediul Poliției, prezintă câteva avantaje:

- Centrul este situat în interiorul secției de poliție, pentru a lua de timpuriu contact cu victimele și a preîntâmpina birocratia.
- Centrul de asistență organizează zilnic ședințe, în cadrul cărora primește copii ale rapoartelor realizate de Poliție în urma plângerilor depuse de victime și ia contact cu victima, într-un interval de maxim 48 de ore.
- Prin această situație, Centrul de asistență are un acces mai facil la informații din partea poliției, cu privire la proceduri și la progresul fiecărui caz, decât ar putea dobândi altcumva.

- Pentru victime, reprezintă o cale de acces în sistemul de sprijin, dat fiind că nu trebuie să intre în legătură decât cu un singur loc – și anume Centrul de asistență – care este în strâns contact cu toate agențiile de sprijin, la nivel local și regional (ex. Protecția Copilului este situată în imediata apropiere a centrului).
- Prin prezența fizică a Centrului de asistență, în incinta Secției de Poliție perspectiva victimei va fi mai relevantă, pentru poliție. Astfel, Poliția și sistemele de sprijin stabilesc împreună prioritățile referitoare la cei care au cea mai mare nevoie de monitorizare și își gestionează resursele, în mod corespunzător.

Majoritatea cazurilor sunt deferite de garda Centrului de asistență în scop corecțional, Secției Centrale de Poliție. Însă și coordonatorul pe probleme de violență domestică, investigatorii, procurorii și prestatorii de servicii sociale din Trondheim pot deferi cazuri. Grupul țintă al Centrului este reprezentat de oamenii a căror integritate a fost vătămată. Victimele violenței private/furtului, în spațiile publice, precum și ale delictelor sexuale.

Sprijinul pentru victimele infracțiunilor implică, de asemenea, pe lângă convorbiri în scop de clarificare, îndrumare și sprijin, pregătiri înainte de prezentarea victimei în fața instanței de judecată și depunerea mărturiei. Pregătirea victimei prin informare cu privire la ceea ce se va întâmpla în cadrul ședinței de judecată este foarte importantă și se realizează atât prin conversații la birou, cât și, de pildă, prin permisiunea ce i se acordă de a vizita tribunalul, de a vedea o sală de ședințe goală și de a face o probă în boxa martorilor, în avans. Persoana este vegheată îndeaproape înainte, pe parcurs și după depunerea mărturiei, atunci când este cazul. În anumite situații, în special de violență domestică, această procedură a fost și este decisivă pentru însuși capacitatea martorului de a participa și de a depune mărturie.



Din totalul cazurilor de violență familială, aproximativ 500 sunt copii care fie sunt victime ale violenței, fie au asistat la violența domestică.

Intervenția în situațiile de violență domestică urmează de obicei un curs care poate fi descris după cum urmează:

1. Adaptarea la ceea ce s-a întâmplat;
2. Redobândirea controlului;
3. Pregătirea pentru depunerea mărturiei;
4. Sprijinul aferent martorilor, în cadrul procedurilor judiciare;
5. Reconcilierea și modalitățile de continuare a vieții;

Casele pentru Copii

Înființarea caselor pentru copii este o măsură importantă din planul de acțiune al Guvernului Norvegian împotriva violenței domestice. Serviciul se desfășoară la nivel național. Există 10 case pentru copii situate în: Oslo, Bergen, Kristiansand, Stavanger, Hamar, Sandefjord, Aalesund, Trondheim, Bodø și Tromsø (Ministerul Norvegian de Justiție, [regjeringen.no](http://www.statensbarnehus.no) și [statensbarnehus.no](http://www.statensbarnehus.no), 2015, <http://www.statensbarnehus.no/>).

Ideea din spatele înființării caselor pentru copii este de a avea grijă ca acelor copii care au fost expuși la violență și abuz sexual să li se asigure asistență coerentă, de bună calitate, precum și servicii de tratament amplasate într-un singur loc. Prin reunirea specialiștilor sub același acoperiș și prin posibilitatea de a coopera, copiii primesc sprijin și îngrijire de o calitate superioară. Un copil care este o victimă a abuzului sexual sau care a asistat la violență, trebuie să simtă că este tratat cu seriozitate. Copilul va trăi în preajma unor adulți care îi vor demonstra protecție și care se vor asigura de încetarea abuzului.

Casele pentru copii sunt amenajate și echipate atât pentru investigații juridice, cât și pentru controale medicale și au încăperi pentru consiliere și terapie. Astfel, interviurile, examinările și tratamentul copilului se pot desfășura în același loc. Atât copilul, cât și părinții sau îngrijitorii acestuia pot primi consiliere și sprijin. În plus, casele pentru copii vor fi în măsură să alerteze serviciile de asistență, protecție și îngrijire, pe plan local, cu privire la nevoile de ajutor.

Casa pentru copii nu este doar un lăcaș fizic, ci și o măsură de cooperare între diferite sectoare, care va coordona sarcinile instanțelor competente, în ceea ce privește copiii care au fost

supuși abuzului sexual. Casele pentru copii sunt conduse de o echipă ce acoperă mai multe domenii profesionale și are experiență în lucrul cu copiii supuși abuzului fizic și sexual. În același timp, poliția, serviciile de asistență medicală, serviciile de protecție a copilului, tribunalele, oamenii legii, avocații apărării și autoritățile municipale pot coopera cu casele pentru copii. Acestea au rolul de a completa serviciile publice destinate copiilor, în general. Toate instanțele publice pot recurge la casele pentru copii pentru a discuta cazurile anonime, în care există suspiciunea de abuz și violență asupra copiilor și tinerilor. Instituțiile preșcolare, serviciile municipale de protecție a copilului și școlile pot lua legătura cu casele pentru copii, pentru a obține asistența necesară, cu scopul de a gestiona aceste cazuri de o manieră optimă, în interesul copiilor.

Toți funcționarii guvernamentali au acum obligația de a contacta poliția, în cazul în care se sesizează că, foarte probabil, cineva fie a comis, fie va comite infracțiuni grave împotriva copiilor. Sarcina de prevenție a fost extinsă, pentru a acoperi toate actele sexuale cu copii, orice formă de violență domestică, și abuzul de pozițiile de încredere. Se consideră că este important să se preîntâmpine, să se detecteze și să se oprească abuzurile, cu eforturi direcționate. Cel mai important lucru, atunci când abuzul s-a produs, este de a acorda copiilor cel mai bun ajutor cu putință. În acest caz, casele pentru copii aduc o contribuție importantă.

Studiul de caz prezentat în continuare este descris în baza raportului de evaluare (Berg, 2007). Acesta provine din notițe de mână aparținând liderului Centrului de asistență și ilustrează ședințele de consiliere. Este precizată ordinea cronologică oferită prin data sau luna din cadrul procesului.

STUDIUL DE CAZ - ELSE

Else fusese prietena lui Peter. Existaseră câteva despărțiri și câteva indicii de violență. Acest lucru o făcuse sceptică. Totuși, atunci când el a vizitat-o, cu ocazia celei de-a 30-a aniversări, cu un cadou constând într-o călătorie, ea a ales să accepte. Au plecat împreună într-un tur în străinătate. Turul s-a încheiat în mod dramatic. O altercație, în camera de hotel, a degenerat într-o bătaie. Else a fost grav rănită. Ea nu își mai amintește cum a ajuns înapoi acasă, în Norvegia; însă a ajuns, în orice caz, la spital, în ghips și sedată cu analgezice puternice. Tot trupul o durea. Cazul împotriva fostului ei prieten a fost analizat, iar Else a fost îndrumată către Hanne, de la Centrul de Asistență.

Hanne a purtat numeroase conversații cu Else. Multe au gravitat în jurul

desenelor ei. Recent externată din spital, cu alarmă de securitate, telefon mobil și cărje, ea a început deja să deseneze și să picteze.

Aprilie: Moartea

Cerc, părul ei lung și negru atârând, ea se apără cu mâinile, de mâini care vin de nicăieri. Lacrimi și sânge, a fost mult sânge. De asemenea, munți, natură și soare strălucitor, în cercul vieții. Soare, copaci împrejur, desenați ulterior, pentru a reliefa ceea ce este important și bine, în viață. În exteriorul cercului, al vieții, al crucii, (moarte) și copaci.

11 Iulie: Posibilitatea

Mai târziu, în cursul acelei zile, pe o vreme superbă de vară și în cântece de păsări, ea stătea pe verandă, cu o pălărie largă de soare, încă înspăimântată, cu spatele sprijinit de perete, dar ușurată. În cele din urmă o cuprinsese o incredibilă ușurare – de a fi reușit să revină acasă, de a fi acasă și de a fi încheiat cu spitalul și toate celelalte. Verdele optimist simbolizează speranța, cu podșuri, pervazuri de fereastră - oportunități care pot constitui obiectiv, sau puncte de sprijin, după cum poate acum. Păsările sunt abilitatea de a zbura.

30 August: Durerea

Nu mai voia să-și folosească numele, nu mai voia să fie Else – multă durere. Totuși, imaginea o reprezintă pe ea, lacrimi și păr, dar și ochii, un pic, chipul începe să i se ivească de dincolo de păr. O imagine a modului în care se înfățișa, la exterior, în vizitele prin sat, la întâlnirile cu părinții, la magazin. Își spune ei înseși Chili – simbolul contrariului a ceea ce simțea, însă ceea ce putea fi – ardere intensă.

August: Chili

Inima care bate este chiar imaginea vieții, și a canalelor sale – începe să curgă prin acele canale. O imagine a vieții sale interioare, în același mod în care primul desen era o imagine a vieții sale exterioare.

Decembrie: Viața

Este din nou Else și desenează, o dată în plus, o nouă viață. Două inimi simbolizând o nouă credință în posibilitatea ca doi oameni să țeasă împreună fire pozitive, vede din nou oportunități pentru ea. Are numai 30 de ani, crede că este cu puțință ca două inimi să bată împreună,

Pentru Else, cea mai bună cale de a procesa în cadrul consilierii o experiență traumatică dureroasă, a constat în desen, pictură și discuții. Imaginile, precum și conversațiile cu privire la reprezentări, au constituit instrumentele sale cele mai importante, în procesul de vindecare.

Primul lucru pe care l-a spus, atunci când a auzit verdictul pentru agresor - 60 de zile condiționate și 25.000 drept despăgubiri – a fost: "Mi s-a dat crezare!" În acea zi și-a adus la lumină întregul chip – cu părul în spatele urechilor.

CONCLUZII

După cum s-a precizat în acest capitol, sunt posibile câteva măsuri pentru a interveni eficient în cazurile de violență domestică. Au fost menționate: Centrul de Asistență pentru Victimele Violenței, Centre de Criză/ Adăposturi (de asemenea, pentru bărbați), Centre de Îngrijire și Protecție a Familiei, Servicii de Protecție a Copilului, Case pentru Copii, măsuri de tratament pentru contravenienții violenței, gestionarea furiei etc., semnale de Alarmă, în caz de Violență

Două dintre aceste măsuri au fost tratate detaliat, întrucât considerăm că au o relevanță aparte în procesul de intervenție în cazurile de violență. Este, în special, cazul Centrului de Asistență pentru Victimele Violenței și al Caselor pentru Copii.

Considerăm de mare importanță faptul că există câteva organisme și instanțe competente ce își desfășoară activitatea, în acest domeniu, dar și posibilitatea de a valorifica avantajele competenței și experienței fiecărui serviciu. Aceasta va conferi gestionării cazurilor și oferirii de sprijin, un caracter mai flexibil și adaptabil la nevoile variate ale celor care au nevoie de ajutor și va duce la intensificarea și creșterea calității tratamentului specializat.

De asemenea, este importantă cooperarea cu perspectiva victimelor și a rudelor acestora, după cum am descris. Dar, indiferent de profesia și serviciul pe care îl reprezintă, atitudinile specialiștilor, precum și abilitatea de a veni în întâmpinarea celor afectați, ascultându-i, vor fi cruciale pentru calitatea serviciilor.

Bibliografie

1. Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D. (2002), Date violence and date rape among adolescents: Associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse & Neglect*, 26, pp.455–473.
2. Ackerman, J. (2015), Over-reporting intimate partner violence in Australian survey research, *British Journal of Criminology*, June, 2015. <http://www.researchgate.net/publication/279196059>.
3. Adorjányi, J., Roth, M., Amazilitei, O. (2012), Percepția femeilor victime ale violenței domestice asupra sistemului de justiție. În *În spatele ușilor: Violența domestică și sistemul de justiție*, I. Antal, M. Roth, J. Creazzo (coord.), Cluj –Napoca, Presa Universitară Clujeană.
4. Adunarea Generală a Națiunilor Unite (1993), Declarația pentru eliminarea violenței împotriva femeilor 48/104, <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.html>, accesat la 18.10.2015.
5. Aldarondo, E., *Assessing the Efficacy of Batterer Intervention Programs in Context*, Discussion paper presented at *Batterer Intervention: Doing the work and measuring the progress*, National Institute of Justice, 2009.
6. Allen, N.E., Bybee D.I., Sullivan C.M. (2004). *Battered Women's Multitude of Needs*, *Violence Against Women*, vol. 10, nr. 9, pp. 1015-1035.
7. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J., Giles, W. H. (2006), The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 256, pp.174–186.
8. Ansara, D. J., Hindin, M. J. (2010), Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Social Science & Medicine*, vol. 70, 7, pp. 1011-1018.
9. ANPCA (2003), Raportul centrului comunitar Buftea, USAID, București.
10. Antal, I., Bumbuluț, S. (2001), Ghid de lucru în violență domestică / suport de curs. AFIV-Artemis (nepublicat)
11. Antal, I. (2008), *Erőszak a párkapcsolatokban*, Presa Universitară Clujeană.
12. Appelt, B., Kaselitz, V., Logar, R. (2000), *Training programme on violence against women*. WAVE-Office, Vienna, Austrian Women's Shelter Network.
13. Appelt, B., Kaselitz, V., Logar, R. (Ed.) (2004), *Away from Violence. Guidelines for setting up an running a women's refuge*, WAVE-Office, Vienna. http://www.wavenetwork.org/sites/default/files/Away%20from%20Violence_English_1.pdf, accesat la data de 4.10.2015.
14. Asociația Transcena (2014), *Studiul la nivel național cu privire la implementarea ordinului de protecție*, București, <http://transcena.ro/wp-content/uploads/studiu-national-ordine-de-protectie-2014.pdf>, accesat la data de 15.10.2015.
15. Association of Chief Police Officers (ACPO) (2008). *Guidance on Investigating Cases of Domestic Abuse*, http://library.college.police.uk/docs/npia/Domestic_Abuse_2008.pdf, accesat la 10.10.2015.

16. Atwoli, L., Stein, D. J., Williams, D. R., Koenen, K. C. (2013), Trauma and posttraumatic stress & disorder in South Africa: analysis from the South African Stress and Health Study. *BMC Psychiatry*, 13:182, pp.1-12.
17. Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., McLaughlin, K. A. (2015), Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current Opinion Psychiatry*, 28, pp.307-311.
18. Australian Bureau of Statistics (2005), Crime and Safety, Australia, <http://www.abs.gov.au/Ausstats/abs%40.nsf/95553f4ed9b60a374a2568030012e707/669c5a997eaed891ca2568a900139405!OpenDocument>, accesat în data de 1 septembrie 2015.
19. Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Englewood Cliffs, New York, Prentice Hall.
20. Barnett, O., W., Miller-Perrin, C., L., Perrin, R., D. (2011), *Family violence accross the life span*, Thousand Oaks, SAGE Publications Inc.
21. Beldianu, I.F., Iancu,D., Breazu, A. (2006), *Manualul formatorului. Consolidarea inițiativelor comunitare de prevenire și combatere a HIV/SIDA și violenței în familie, în România*, Organizația Internațională pentru Caritate creștin-ortodoxa IOCC și John Snow Institute for Research and Training.
22. Benga, O. (2009), Trauma la copii: Caracteristici dependente de dezvoltare, Factori de risc vs. Reziliență, Tipuri de psihopatologie și criterii diagnostice, În: 1,2,3... Pași în reabilitarea copilului care a suferit o traumă – ghid pentru terapeuți, Iași, Editura Spiru Haret, pp.5-21.
23. Berg, B. (2007), Støttespiller og samtalepartner. Evaluering av Støttesenter for fornærmede i straffesaker. Trondheim. NTNU Samfunnsforskning AS, <http://samforsk.no/Sider/Publikasjoner/St%C3%B8ttespiller-og-samtalepartner--Evaluering-av-St%C3%B8ttesenter-for-forn%C3%A6rmede-i-straffesaker.aspx>, accesat 07.09.2015.
24. Beuran M., Bumbuluș S. (2003). *Îndrumar de evaluare și intervenție în situațiile de violență domestică – pentru specialiști cadre medicale* (suport de curs nepublicat).
25. Berkowitz, L. (1988), Frustration, Appraisals and Aversively Stimulated Aggression, *Aggressive Behavior*, 14, pp. 3-11.
26. Busby, D. M., Walker, E. C., Holman, T. B. (2011), The association of childhood trauma with perceptions of self and the partner in adult romantic relationships. *Personal Relationships*, 18, pp.547–561.
27. Breslin, F. C., Riggs, D. S., O'Leary, K. D., Arias, I. (1990), Family precursors: Expected and actual consequences of dating aggression. *Journal of Interpersonal Violence* 5, pp. 247-258.
28. Callahan, M. R., Tolman, R. M., Saunders, D. G. (2003), Adolescent dating violence victimization and psychological well-being. *Journal of Adolescent Research*, 18, pp.664–681.
29. Campani, A., Romanin, A. (2013), *Violența domestică: accesul femeilor la siguranță și la justiție*. Un pachet de instruire menit să îi sprijine pe cei care

- lucrează cu sau în cadrul sistemului de justiție penală, Cluj-Napoca, Presa Universitară Clujeană.
30. Campbell, J. C. (2002), Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), pp.1331–1336.
 31. Campbell, J.C., Boyd, D. (2003), *Violence Against Women: Synthesis of Research for Health Care Professionals*, National Institute of Justice, <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/199761.pdf> accesat 7.10.2015.
 32. Cannon, D.S., Rubin, A., Keefe, C.K., Black, J.L., Keeka, J.K., Phillips, L.A. (1992), Affective correlates of alcohol and cocaine use. *Addictive Behaviors*, 17, pp. 517–524.
 33. Carbone-Lopez, K., Kruttschnitt, C., Macmillan, R. (2006), Patterns of intimate partner violence and their associations with physical health, psychological distress, and substance use. *Public Health Reports*, 121, pp.382–392.
 34. Carmassi, C., Dell’Osso, L., Manni, C., de Girolamo (2014), Frequency of trauma exposure and Post-Traumatic Stress Disorder in Italy: analysis from the World Mental Health Survey Initiative. *Journal of Psychiatric Research*, 59:7, pp.7–84.
 35. Centrul Parteneriat pentru Egalitate (2003), *Cercetarea Națională privind Violența în Familie și la Locul de Muncă*, București, CPE.
 36. Choice P., Lamke L.K., Pittman J.F. (1995), Conflict resolution strategies and marital distress as mediating factors in the link between witnessing interparental violence and wife battering. *Violence and Victims*, 10(2), pp. 107–119.
 37. Clark, A.H., Foy, D.W. (2000), Trauma exposure and alcohol use in battered women. *Violence Against Women*, 6, pp.37–48.
 38. Cluss, P., Bodea, A. (2011), *The Effectiveness of Batterer Intervention Programs - A Literature Review & Recommendations for Next Steps*, University of Pittsburg.
 39. Cojocaru, S., Cojocaru, D. (2008). *Managementul de caz în protecția copilului. Evaluarea serviciilor și practicilor din România*, Iași, Editura Polirom.
 40. Coker, A. L., Smith, P. H., Bethea, L., King, M. R., McKeown, R. E. (2000), Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9, pp.451–457.
 41. Consiliul Europei (2011), *Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*, <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/210.htm>, accesat în data de 26 septembrie, 2015.
 42. Colman, R. A., Widom, C. S. (2004), Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: A prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 28, pp.1133– 1151.
 43. Consiliul Europei (2011), *Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice*, Council

of Europe Treaty Series - No. 210, Istanbul, <http://violentadegen.ro/wp-content/uploads/Conventia-de-la-Istanbul-traducere-rom1.pdf>, accesat la 30.09.2014.

44. Crocq, L. (2014), 16 conferințe despre traumă, București, Editura Trei
45. Cunradi, C. B., Caetano, R., Shafer, J. (2002), Alcohol-related problems, drug use, and male intimate partner violence severity among US couples. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 26(4), pp.493-500.
46. Dafinoiu, I. (2002), *Personalitatea. Metode de abordare clinică. Observația și interviul*, Iași, Editura Polirom.
47. Denis, F.S. (2003), *Social Work Response to Domestic Violence: Encouraging News From a New Look*, AFFILIA, vol. 18, nr. 2, pp. 177-191.
48. DiLilio, D., Long, P. J. (1999), Perceptions of couple functioning among female survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7, pp.59–76.
49. Dima, G., Pătrașcu, C., Bucuță, M.D. (2014), Metoda psihodramei în intervenția în violența domestică în România: Proiectul „EMPOWER”. Psihodrama, Revista română de psihodramă nr.2., pp. 53-63.
50. Dobash, R.E., Dobash, R.P., Cavanagh, K., Lewis, R. (1999), *Changing Violent Men*, New York, SAGE Publication
51. Dobash, R.E., Dobash, R.P. (2009), Reflection. In C. Renzetti, R. Begen, J. Edleson (editors) *Wives: the 'appropriate' victims of domestic violence*. <http://www.tc.umn.edu/~jedleson/ClassicPapers/chapters/Chapter%2012%20Dobash%20&%20Dobash%20reflection%20by%20Dobash.pdf> accesat la data de 6.10.2015.
52. Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Valente, E. (1995), Social information- processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, pp.632–643.
53. Duterte, E.E., Bonomi, A.E., Kernic, M.A., Schiff, M.A., Thompson, R.S., Rivara, F.P. (2008), Correlates of medical and legal help seeking among women reporting intimate partner violence. *Journal of Women's Health*. 2008, 17(1), pp. 85-95.
54. Duke, N. N., Pettingell, S. L., McMorris, B. J., Borowsky, I. W. (2010), Adolescent violence perpetration: Associations with multiple types of adverse childhood maltreatment, 125, pp.778-786.
55. Dutton, D.G. (1995), Trauma symptoms and PTSD-Like profiles in perpetrators of intimate abuse. *Journal of Traumatic Stress*, April; 8 (2), pp. 299 316.
56. Dutton, D., G., Kropp, P. R. (2000), A review of domestic violence risk assessment instruments. *Trauma, Violence and Abuse*, 1 (2), pp. 171 –181.
57. Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A., Krause, E.D. (2006), Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, pp.955–968.

58. Dutton, G.D. (2007), *The abusive personality: violence and control in intimate relationships*, New York, Guilford Press.
59. Faulkner, B. (2012), *An Examination of Trauma-mediated Pathways from Childhood Maltreatment to Alcohol and Marijuana Use and the Perpetration of Dating Violence in Adolescence*, Master Thesis, Department of Adult Education and Counselling Psychology, Ontario Institute for Studies in Education, University of Toronto.
60. Feder, G., Ramsay, J., Dunne, D., Rose, M., Arsene C., Norman R., Kuntze, S., Soencer, A., Bacchus, L., Hague, G., Warburton A., Taket A. (2009), How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic review of nine UK National Screening Committee criteria, *Health Technology Assessment*, Vol. 13 (16), Southampton, Alpha House.
61. Feder, G., Davies R. A., Baird, K., Dunne, D., Eldridge, S., Griffiths, C., Gregory, A., Howell, A., Johnson, M., Ramsay, J., Rutterford, C., Sharp, D. (2011), Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, Vol. 378, Issue 9805, pp. 1788-1795.
62. Flatley, J., Kershaw, Ch., Smith, K., Chaplin, R. și Moon, D. (2010), *Crime in England and Wales 2009/10 Findings from the British Crime Survey and police recorded crime*
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/116347/hosb1210.pdf, accesat în 1 octombrie 2015.
63. Ferry, F., Bunting, B., Murphy, S., O'Neil, S., Stein, D., Koenen, K. (2014), Traumatic events and the relative PTSD burden in Northern Ireland: a consideration of the impact of the 'Troubles'. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, pp.435–446.
64. Fischer, G., Riedesser, P. (2001), *Tratat de psihotraumatologie*, București, Editura Trei.
65. Frederick, J., Goddard, C. (2008), Living on an island: Consequences of childhood abuse, attachment disruption and adversity in later life. *Child & Family Social Work*, 13, pp.300–310.
66. FRA - European Union Agency for Fundamental Rights (2014), *Violence against women: an EU-wide survey. Main Results*. Publications Office of the European Union. Luxembourg. 2014 http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf, accesat în data de 1 septembrie.
67. FRA – Agenția pentru Drepturi Fundamentale a Uniunii Europene (2014b), *Violența împotriva femeilor: o anchetă la nivelul UE - Rezultatele pe scurt*. http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_ro.pdf accesat la 06.10.2015
68. Fundația Sensibilu, AFIV-Artemis, IEESR, A.L.E.G (2013), *Studiu exploratoriu privind serviciile sociale pentru victimele violenței în familie*,

<http://www.fundatiasensiblu.ro/wp-content/uploads/2013/08/Studiu-la-nivel-national-servicii-sociale-violenta-in-familie-decembrie-2013.pdf>, accesat în data de 12 august 2015.

69. Gallup (2000), *Barometrul de gen*, Romania August 2000, București. Fundația pentru o Societatea Deschisă.
70. Ganley A.L. (1998). *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Trainer's Manual for Health Care Providers*, San Francisco, Family Violence Prevention Fund.
71. Ganley, A. L., Schechter, S. (1996), *Domestic violence: A national curriculum for child protective services*, San Francisco, Family Violence Prevention Fund.
72. Gaquin, D.A. (1978), Spouse Abuse: Data from the National Crime Survey, *Victimology*, 2, pp. 632-643.
73. Gelles, R. J., Straus, M. A. (1979), Determinants of violence in the family: Toward a theoretical integration, In Burr, W. R., Hill, R. Nye, F.I. Reiss, I.L. (Eds.), *Contemporary theories about the family I*, New York, Free Press, pp. 549-581.
74. Gelles, R.J. și Straus, M.A. (1988), *Intimate violence*. New York, Simon & Schuster.
75. Gelles, R.J., și Cornell, C.P. (1997), *Intimate violence in families*. London, Sage Publications.
76. Glaser, J., Van Os, J., Portegijs, P. M., Myin-Germeys, I. (2006), Childhood trauma and emotional reactivity to daily life stress in adult frequent attenders of general practitioners. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, pp.229–236.
77. Gondolf, E. W. (2004), Evaluating batterer counseling programs: A difficult task showing some effects and implications, *Aggression and Violent Behavior*, 9, Mid-Atlantic Addiction Training Institute (MAATI), Indiana University of Pennsylvania, pp. 605–631.
78. Gondolf, E. W. (2007), Theoretical and research support for the Duluth Model: A reply to Dutton and Corvo, *Aggression and Violent Behavior*, 12, pp.644–657.
79. Gondolf, E. W. (2012), *The Future of Batterer Programs - Reassessing Evidence-Based Practice*, Northeastern University Press.
80. Goode, W. J. (1971), Force and Violence in the Family. *Journal of Marriage and the Family*, 33, pp. 624-636.
81. Graham, D.L.R., Rawlings, E., Rimini, N. (1988), *Survivors of Terror: Battered Women, Hostages, and the Stockholm Syndrome*. În K., Yllo, M., Bograd (eds.) *Feminist Perspectives on Wife Abuse*, Thousand Oaks CA., Sage Publications, pp.217-233 www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=119053 accesat la data de 7.10.2015.
82. Green, B.L., Friedman, M.J., de Jong, J., Solomon, S.D., Keane, T.M., Fairbank, J.A., Donelan, B., Frey-Wouters, E. (Eds.) (2003) *Trauma*

- Interventions in War and Peace Prevention, Practice, and Policy* Social Deprivation [International and Cultural Psychology Series](#) pp. 33-55.
83. Greenfeld, L.A., M.R. Rand, D.Craven, P.A. Klaus, C.A. Perkins, C. Ringel, G. Warchol, C. Maston, J.A. Fox (1998), *Violence by Intimates: Analysis of Data on Crimes by Current or Former Spouses, Boyfriends and Girlfriends* (Bureau of Justice Statistics Factbook: No.NCJ-167237), Washington D.C., U.S. Department of Justice.
 84. Grover, V.K. (2015), Domestic Violence: Implications in terms of causative theories. *Early years: An International Journal of Research and Development* 2(2), pp. 594-598.
 85. Haas, H., Cusson, M. (2015), Comparing theories' performance in predicting violence, *International Journal of Law and Psychiatry*. Volume 38, pp. 75-83.
 86. [Hagemann-White](#), C. (2001), European Research on the Prevalence of Violence Against Women, *Violence Against Women*. July, vol. 7 no. 7, pp. 732-759.
 87. **Heilbrun, K. (2009), *Evaluation for Risk of Violence in Adults (Best Practices for Forensic Mental Health Assessments)*. London, Oxford University Press.**
 88. Heise L., Pitanguy J., Germain A. (1994), *Violence against Women, The Hidden Health Burden*, Washington, D.C, The World Bank.
 89. Heise, L.L. (2011), *What works to prevent partner violence: An evidence overview*, <http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/57/egm/egm-paper-lori-heisse%20pdf.pdf> accesat 06.10.2015.
 90. Herman, J.L. (1992), Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5 pp. 377–391.
 91. Higgins, D. J., McCabe, M. P. (2000), Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse Review*, 9, pp.6–18.
 92. Hornung, C. A., McCullough, C., Sugimoto, T. (1981), Status relationship in marriage: Risk factors in spouse abuse. *Journal of Marriage and the Family*, 43, pp. 675-692.
 93. Holschuh, L. (2014), On Violence as a Social Construct: An Experimental Design, Lukas URJHS, Volume 13.
 94. Home Office (2001), Criminal statistics: England and Wales 1999/2000. London, Government Statistical Service.
 95. Howe, D., Campling, J. (1995), *Attachment theory for social work practice*, London, UK, Palgrave Macmillan.
 96. Huesmann, R. L. (1997), Observational Learning of Violent Behavior. Social and Biosocial Processes. *Biosocial Bases of Violence*, edited by Raine et al., Plenum Press, New York.
 97. Iluț, P. (2005), Sociologia și antropologia familiei, Iași. Polirom.
 98. Iwi, K., Todd, J., (2000) *Working towards safety: a guide to domestic violence intervention work*. London, Domestic Violence Intervention Project.

99. Jacobson, N., Gottman, J. (1998), *When men batter women: New insights into ending abusive relationships*. New York, Simon & Schuster.
100. Jacobsen, L.K., Southwick, S.M., Kosten, T.R. (2001), Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature, *American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 1184–1190.
101. Johnson, H., Sacco, V.F. (1995), Researching violence against women: Statistics Canada National Survey, *Canadian Journal of Criminology*. July 1995, pp. 281-304.
102. Johnson, H. (2005), Assessing the prevalence of violence against women in Canada. Expert paper presented at the *Violence against women: a statistical overview, challenges and gaps in data collection and methodology and approaches for overcoming them*, expert group meeting. 11-14 April 2005, Geneva, Switzerland.
103. Johnson, H. Ollus, N., Nevala, S. (2008), *Violence Against Women: An International Perspective*, New York, Springer Science+Business Media, LLC.
104. Johnson, H., Dawson, M (2011), *Violence Against Women in Canada*, New York, Oxford University Press Canada.
105. Jonassen, W. (2013), From private problem to political issue – Action plans produced by Norwegian governments to combat violence against women. Tidsskrift for kjønnsforskning, Vol. 37, No.1, Universitetsforlaget, Oslo, pp. 46-61.
106. Jones A., Schechter S. (1993), *When Love Goes Wrong: What to Do When You Can't Do Anything Right*, New York, Harper Collins Publisher.
107. Jones, L., Hughes, M., Unterstaller, U. (2001), Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma Violence and Abuse*, 2, pp. 99–119.
108. JSI Research & Training Institute (2007), *Domestic Violence Policy in Romania: Support to the National Coalition Against Violence 2002 – 2006*, București, http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadm195.pdf, accesat 12.10.2015.
109. JSI Research & Training Institute (2007), *Consolidarea inițiativelor comunitare de prevenire a HIV/SIDA și a violenței în familie: Manual de instruire a profesorilor în domeniul violenței în familie*, București, Speed Promotion.
110. Kawakami, N., Tsuchiya, M., Umeda, M., Koenen, K., Kessler, R. C. (2014), Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 53, pp.157 – 165.
111. Kercher G., Weiss A., Rufino K. (2010), *Assessing the Risk of Intimate Partner Violence*, http://www.ncdsv.org/images/CVI_Assessing-the-Risk-of-IPV_1-2010.pdf accesat la 5.10.2015.
112. Kessler, R.C., Molnar, B.E., Feurer, I.D., Appelbaum, M. (2001), Patterns and mental health predictors of domestic violence in the United States:

- Results from the National Comorbidity Survey. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, pp. 487–508.
113. Kinard, E. M. (1994), Methodological issues and practical problems in conducting research on maltreated children. *Child Abuse & Neglect*, 18, pp.645–656.
 114. Klein, E., Campbell, J., Soler, E. (1997), *Ending domestic violence: Changing public perceptions/halting the epidemic*, Thousand Oaks CA., Sage Publications.
 115. Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B., Lozano R., (2002). *World report on violence and health*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665-/42495/1/9241545615_eng.pdf accesat la 25.07.2015.
 116. Levinson, D. (1989) (Ed.), *Family violence in cross-cultural perspective*, Newbury Park, Sage Publications.
 117. Logar, R. (2006), *Identifying and Protecting High Risk Victims of Gender Based Violence*, WAVE, http://www.wave-network.org/sites/wave.local/files/01_intro_english.pdf, accesat în data de 20 septembrie 2015.
 118. Logar, R., Rösemann, U., Rösslhuber, M., Zachar, A. (2006), Bridging Gaps – From Good Intention to Good Cooperation. Manual for effective multi-agency cooperation in tackling domestic violence, WAVE-Office, Vienna.
 119. Logar R. (2008). Good Practices and Challenges in Legislation on Violence against Women, Expert paper for the Expert Group Meeting on Good Practices and Legislation on Violence against Women, http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_legislation_2008/expertpaper/EGMGPLVAV%20Paper%20Rosa%20Logar_.pdf, accesat la data de 10.09.2015.
 120. Luca, C. (2014), Expertiza psihologică a copilului abuzat/neglijat, București, Editura Hamangiu.
 121. Lundén, K. (2007). *Supervizarea ca sprijin pentru profesioniști*, în Muntean, A. (coord.), *Supervizarea. Aspecte practice și tendințe actuale*, Iași, Editura Polirom, pp. 161-169.
 122. MacIntosh, H.B., Whiffer, V.E. (2005), Twenty Years of Progress in the Study of Trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 4, pp. 488-49.
 123. McDonalds, S. (2002), Not in the numbers. Domestic Violence and Immigrant Women. *Canadian Women Studies*. Vol. 13 (3).
 124. Michalski, J.H. (2004), Making Sociological Sense Out of Trends in Intimate Partner Violence. *The Social Structure of Violence Against Women. Violence Against Women*, Vol.10. No.6, pp. 652 - 675.
 125. Miller, N. E., Mowrer, O. H., Doob, L. W., Dollard, J., Sears, R. R. (1958), *Frustration-Aggression Hypothesis*. Cleveland, OH, US, Howard Allen Publishers.
 126. Miller, M., Drake, E., Nafziger, M. (2013), *What works to reduce recidivism by domestic violence offenders?* (Document No. 13-01-1201), Olympia: Washington State Institute for Public Policy.

127. Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse (MMFES) (2008), *Manual pentru implementarea politicilor sociale adresat personalului de specialitate*, pp.29-30
http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Domenii/Incluziune%20si%20asistenta%20sociala/Proiecte_cu_finatare_externa/170809Manual%20pentru%20implementarea%20politicilor%20sociale.pdf, accesat la data de 06.10.2015.
128. Ministerul Sănătății (2005), Studiul sănătății reproducerii în România, <http://y4y.ro/wp-content/uploads/2009/02/studiul-sanatatii-reproducerii-2004.pdf>, accesat în data de 3 septembrie 2015.
129. Moane, G. (1989), Violence. In: *Gender & Psychology*. MPG Books Ltd., Bodmin, Cornwall.
130. Montreuil, M., Doron, J. (2009), *Tratat de Psihologie Clinică și Psihopatologie*, București, Editura Trei.
131. Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1994), The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *The British Journal of Psychiatry*, 165(1), pp.35–47.
132. Muntean, D. (2001), Fața nevăzută a violenței domestice – considerații etologice și efecte psihologice. *Revista de Securitate Comunitară*, I.2., Iași, Centrul de Mediere și Securitate Comunitară, pp.16-21.
133. Muntean, D. (2008), Trauma prin violență: violența domestică - formă specifică de violență, în "*1,2,3...pași în reabilitarea copilului traumatizat*", Salvați Copiii, Iași, Editura Casa Corpului Didactic.
134. Muntean, D. (2009) Intervenții specifice pentru recuperarea copiilor din violența domestică. *Terapia de interacțiune părinte –copil, În : 1,2,3... Pași în reabilitarea copilului care a suferit o traumă – ghid pentru terapeuți*, Iași, Editura Spiru Haret, pp.107-117
135. Muntean, A., Popescu, M., Popa, S. (2000), *Victimele violenței domestice: copiii și femeile*, Timișoara, Ed. Eurostampa.
136. Muntean, E.D. (2002), *Violența domestică – Ghid de recunoaștere și asistare*, Iași, Centrul de Mediere și Securitate Comunitară.
137. Muntean, A. (2003), *Violența în familie și maltratarea copilului*, în G. Neamțu (coord.), *Tratat de asistență socială*, Iași, Ed. Polirom.
138. Muntean, A., Munteanu, A. (2011), *Violență, traumă, reziliență*, Iași, Ed. Polirom.
139. Nelson, E.C., Heath, A.C., Madden, P.A.F., Cooper, L., Dinwiddie, S.H., Bucholz, K.K. et al. (2002), Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59, pp. 139–145.

140. Nelson, S., Bougatsos, Ch., Blazina, I. (2012), Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation., *Annals of Internal Medicine*, 156 (11), pp. 796-808.
141. Nevala, S. (2005), *Violence against women: a statistical overview, challenges and gaps in data collection and methodology and approaches for overcoming them* <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-stat-2005/docs/expert-papers/Nevala.pdf>, accesat în data de 20 septembrie 2015.
142. New York City Bar Association (2004), *Choosing Between Batterers Education Program Models: Recommendations to The New York City Domestic Violence Criminal And Family Courts*, Reports by Committee Domestic Violence, 2004, <http://www.nycbar.org/pdf/report/Batterers-Report%20FinalOct13041.pdf>, accesat la data de 15.10.2015
143. Nishith, P., Resick, P.A., Mueser, K.T., (2001), Sleep difficulties and alcohol use motives in female rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (3), pp. 469–479.
144. Northcott, M. (2012), *Intimate Partner Violence Risk Assessment Tools: A Review*. Department of Justice, Serving Canadians. http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/rr12_8/rr12_8.pdf, accesat în data de 26 septembrie 2015.
145. Norwegian Ministry of Justice (2012), Action Plan against Domestic Violence, <https://www.regjeringen.no/en/dokumenter/action-plan-against-domestic-violence-20/id669093/>, accesat 10.09.2015.
146. Norwegian Ministry of Justice and Public Security (2014), Action Plan against Domestic Violence 2014-2017, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/et-liv-uten-vold/id733697/>, accesat 07.09.2015.
147. The Norwegian Government (2014), Norway's second national report to the UN Human Rights Council under the Universal Periodic Review (UPR) mechanism, https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/UD/Vedlegg/Menneskerettigheter/upr_rapport1401.pdf, accesat 15.09.2015.
148. NSW Police Force (2009), Code of Practice for the NSW Police Force Response to Domestic and Family Violence, State of New South Wales, Crown Copyright https://www.police.nsw.gov.au/data/assets/pdf_file/0016/165202/domestic-and-family-violence-code-of-practice.pdf.pdf, accesat la data de 10.09.2015.
149. O'Campo, P., Kirst, M., Tsamis, C., Chambers, C., Ahmad, F. (2011), Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review, *Social Science & Medicine*, 72(6), pp. 855-866.
150. Office for National Statistic (2015), *Crime in England and Wales, 2015*, http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_411032.pdf, accesat în data de 3 septembrie 2015.

151. Olaya, B., Alonso, J., Atwoli, L., Kessler, R. C., Vilagut, G., Haro, J. M. (2015), Association between traumatic events and posttraumatic stress disorder: results from the ESEMeD-Spain study. *Epidemiology and Psychiatric Science*, 24, pp.172–183.
152. Olson, C. E., Rickert, V. I., Davidson, L. L. (2004), Identifying and supporting young women experiencing dating violence: what health practitioners should be doing NOW. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 17(2), pp.131-136.
153. Ornduff, S. R. (2000), Childhood maltreatment and malevolence: Quantitative research findings. *Clinical Psychology Review*, 20, 997–1018.
154. O'Reilly, R., Beale, B., Gillies, D. (2010), Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: a systematic review. *Trauma Violence & Abuse*, 11(4), pp. 190-201.
155. Paymar, M. (1993), *Violent No More*, Alameda CA, Hunter House.
156. Paymar, M., Barnes, G. (2006), *Countering Confusion about the Duluth Model*, <http://www.theduluthmodel.org/pdf/CounteringConfusion.pdf> accesat la data de 4.10.2015.
157. Pence, E. (1996) *Coordinated Community Response to Domestic Assault Cases: A Guide for Policy Development*, Minnesota Program Development, Inc.
158. Petrak, J. (2002), The psychological impact of sexual assault. In J. Petrak, B. Hedge (Eds.), *The trauma of sexual assault: Treatment, prevention, and practice*, New York, NY Wiley, pp. 19–44.
159. Perreault, S., Brennan, S. (2010), Criminal victimization in Canada, 2009. <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2010002/article/11340-eng.htm>, accesat în data de 3 septembrie 2015.
160. Perttu S., Kaselitz V. (2006), *Addressing Intimate Partner Violence*. Helsinki, Guidelines for Health Professionals.
161. POEMS PROJECT (2015), *Mapping the legislation and assessing the impact of protection orders in the European Member States*, Wolf Legal Publishers.
162. Population Reports (1999) CHANGE Nr.4, vol.XXVII, http://www.vawnet.org/assoc_files_vawnet/populationreports.pdf, accesat la data de 4.10.2015.
163. Raphael, J. (2000), *Saving Bernice: Battered Women, Welfare, and Poverty*, Boston, Northeastern University Press.
164. Rice, C., Mohr, C.D., Del Boca, Nickless, C. (2001), Self-reports of physical, sexual and emotional abuse in an alcoholism treatment sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, pp. 114–123.
165. Riedesser, P., Fischer, P. (2007), *Tratat de psihotraumatologie*, ediția a II-a revizuită și adăugită, București, Editura Trei.
166. Riggs, D. S., Rothbaum, B. O., Foa, E. B. (1995), A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, pp.201–214.
167. Robinson, A.L. (2004), *Domestic Violence MARACs (Multi- Agency Risk Assessment Conferences) for Very High-Risk Victims in Cardiff, Wales: A*

- Process and Outcome Evaluation, <http://www.cardiff.ac.uk/socsi/resources-robinson-marac.pdf> accesat la 10.10.2015.
168. Roehl, J., O'Sullivan, C., Webster, R., Campbell, J. (2005), *Intimate Partner Violence Risk Assessment Validation Study: Final Report*, <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/209731.pdf>, accesat în data de 30 septembrie 2015 .
169. Romani, A., Campani, A. (2012) *Violența domestică. Accesul femeilor la siguranță și justiție*. Cluj-Napoca, Presa Univ. Clujeană.
170. Rosen, K.H. (2001), Using Bowen Theory to Enhance Understanding of the Intergenerational Transmission of Dating Violence. *Journal of Family Issues*, 22 (1), pp. 124- 142.
171. Rösemann, U., Logar, R., Vargova, B.M. (2012), Protect II. *Capacity Building in Risk Assessment and Safety Management to Protect High Risk Victims*, http://www.wave-network.org/sites/wave.local/files/wave-protect_english_0309.pdf, accesat în data de 20 septembrie.
172. Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van den Kolk, B., Mandel, F. (1997), Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trials for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, pp. 539–555.
173. Roth-Szamosközi, M. (2003), *Perspective teoretice și practice ale asistenței sociale*, Cluj-Napoca, Editura Presa Universitară Clujeană.
174. Roth, M. (2003), Gen și violență. În *Gen, Societate, Cultură*. Ed. Magyari-Vincze, E., Mîndruț, P., Cluj-Napoca, Editura Fundației Desire.
175. Rujoiu, V. (2010), Violența în relația de cuplu: aspecte psihosociale, în D. Buzducea (ed.) *Asistența socială a grupurilor de risc*, Iași, Polirom, pp. 223-280
176. Ruppert, F. (2012), *Traumă, atașament, constelații familiale. Psihoterapia traumei*, București, Editura Trei.
177. Schafer, J., Caetano, R., Cunradi, C. B. (2004), A path model of risk factors for intimate partner violence among couples in the United States. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, pp.127-142.
178. Schechter S., Ganley A. (1995), *Domestic Violence – A National Curriculum for Family Preservation Practitioners*, Family Violence Prevention Fund, San Francisco, USA
179. Simpson, T.L. (2003), Childhood sexual abuse, PTSD and the functional roles of alcohol use among women drinkers. *Substance Use and Misuse*, 38, pp. 249–270.
180. Sharps, P. W., Koziol-McLain, J., Campbell, J. C., McFarlane, J., Sachs, C. J., Xu, X. (2001), Health care provider's missed opportunities for preventing femicide. *Preventive Medicine* 33, pp. 373- 380.
181. Shepard M.F., Pence E. (1999), *Coordinating Community Responses to Domestic Violence: Lessons from the Duluth Model*. Sage Publ. New York.
182. Stamm, B.H. (1997), Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8 (2), pp.1-3.

183. Stamm, B.H. (2003), *Sekundare Traumastörungen*, Paderborn, Junferman.
184. Standing Together Against Domestic Violence (2006), *IPV Routine Enquiry Protocol*,
<http://www.domesticviolencelondon.nhs.uk/uploads/downloads/charging-cross-protocol-2006-07.pdf>
185. Stark, E. (2012), *Re-presenting Battered Women: Coercive Control and the Defense of Liberty*, Les Presses de l'Université du Québec
http://www.stopvaw.org/uploads/evan_stark_article_final_100812.pdf
 accesat la data de 4.10.2015.
186. Stepakoff, S. (1998), Effects of sexual victimization on suicidal ideation and behavior in US college women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), pp.107–126.
187. Stewart, S.H. (1996), Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120, pp.83–112.
188. Stewart, S.H., Conrod, P.J., Samoluk, S.B., Pihl, R.O., Dongier, M. (2000), Posttraumatic stress disorder symptoms and situation-specific drinking in women substance abusers. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18, pp.31–47.
189. Stoleru, M., Dávid-Kacsó, Á., Antal, I. (2012), Analiza dosarelor penale având ca obiect infracțiuni de violență domestică. În *În spatele ușilor: Violența domestică și sistemul de justiție*, I. Antal, M. Roth, J. Creazzo (coord.), Cluj–Napoca, Presa Universitară Clujeană, pp. 119-139.
190. Straus, M.A. (1980), Social Stress and Marital Violence in a National Sample of American Families, *Annals of the New York Academy of Sciences* 347, pp.229-250.
191. Straus, M.A. (1987), Primary Group Characteristics and Intrafamily Homicide, Paper Presented At the *Third National Conference For Family Researchers*, Family Research Laboratory, Durham, NH.
192. Straus, M.A. (1990), The conflict Tactics Scales and Its Critics: An Evaluation and New Data on Validity and Reliability, In M.A. Straus and R.J. Gelles, eds., *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8145 Families*. New Brunswick, N.J., Transaction Publishers.
193. Straus, M.A. (1994), *Beating the devil out of them: Corporal punishment in American families*, New York, Lexington Books.
194. Straus, M.A. (1995), Trends in Cultural Norms and Rates of Partner Violence: An update to 1992, In S. Smith and M.A. Straus, eds. *Understanding Partner Violence: Prevalence, Causes, Consequences, and Solutions*. Minneapolis, Minn: National Council of Family Relations.
195. Straus, M.A., Hamby, S.L., Boney Mccoy, S., Sugarman, D.B. (1996), The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Development and Preliminary Psychometric Data, *Journal of Family Issues* 17(3), pp.283-316.
196. Straus, M.A. (2004), Prevalence of Violence Against Dating Partners by Male and Female University Students Worldwide, *Violence Against Women*, vol. 10, no. 7, pp. 790-811.

197. Straus, M.A. (2008), Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. <http://pubpages.unh.edu/~mas2>, accesat în 15 septembrie 2015.
198. *Studiului exploratoriu privind serviciile sociale pentru victimele violenței în familie* (Fundatia Sensiblu, AFIV-Artemis, IEESR, A.L.E.G, 2013) <http://www.fundatiasensiblu.ro/wp-content/uploads/2013/08/Studiu-la-nivel-national-servicii-sociale-violenta-in-familie-decembrie-2013.pdf>
199. Sullivan, C.M., Hagen, L.A. (2005), Survivors' Opinions About Mandatory Reporting of Domestic Violence and Sexual Assault by Medical Professionals, *Affilia Fall* vol. 20 no. 3, pp. 346-361.
200. Sutherland, C.A., Sullivan, C.M., Bybee, D.I. (2001), Effects of Intimate Partner Violence Versus Poverty on Women's Health. *Violence Against Women*, 7 (10), pp. 1122-1143.
201. Terr, L. (1991), Childhood traumas: An outline and overview, *American Journal of Psychiatry*, 1, pp.10-20.
202. Testa, M., Livingston, J.A., Leonard K.E. (2003), Women's substance use and experiences of intimate partner violence: A longitudinal investigation among a community sample. *Addictive Behaviors*, 28, pp.1649–1664.
203. Tjaden, P., Thoennes, N. (2000), Extend, Nature and Consequences of Intimate Partner Violence. *Findings From the National Violence against Women Survey, Research Report*, www. U.S. Department of Justice.
204. Thompson, M. P., Kingree, J. B. (2004), The role of alcohol use in intimate partner violence and nonintimate partner violence. *Violence & Victims*, 19(1), pp.63-74.
205. United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs (DESA), Division for the Advancement of Women (DAW) (2009), *Handbook for Legislation on Violence against Women*, United Nations, <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Handbook%20for%20legislation%20on%20violence%20against%20women.pdf>.
206. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Woman (1989), CEDAW - Eliminarea Discriminării față de Femei, Recomandarea nr. 12 din 1989, <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom12> accesat la data de 18.10.2015.
207. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Woman (1992), CEDAW, Eliminarea Discriminării față de Femei, Recomandare nr. 19 din 1992 <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom19> accesat la data de 18.10.2015.
208. UNFPA (2001), *A Practical Approach to Gender-based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers and Managers*, http://www.who.int/hac/techguidance/pht/gbv_a_programme_guide_health_care.pdf accesat la 6.10.2015.
209. UNFPA (2010), *Addressing Violence against Women and Girls in Sexual and Reproductive Health Services*,

- <http://www.unfpa.org/publications/addressing-violence-against-women-and-girls-sexual-and-reproductive-health-services> accesat la data de 10.09.2015.
210. UN Population Fund (1999), *Violence Against Girls and Women: A Public Health Priority*.
 211. UNICEF (2000), *Domestic Violence Against Women and Girls*, Innocenti Digest, No. 6, <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6e.pdf>, accesat 4.10.2015.
 212. US Department of Justice (1980), *Intimate Victims: A Study of Violence Among Friends and Relatives* (A National Crime Survey Report), Washington, D.C., Bureau of Justice Statistics.
 213. Volpicelli, J., Balaraman, G., Hahn, J., Wallace, H., Bux, D. (1999), The role of uncontrollable trauma in the development of PTSD and alcohol addiction. *Alcohol Research and Health*, 23, pp. 284–291.
 214. Vrasti, R. (2012) *Ghid practic de intervenție în criză*, <http://www.vrasti.org/Ghid%20Practic%20de%20Interventie%20in%20Criza.pdf>, [http://www.vrasti.org/8. Evaluarea si interventia in criza data de violenta domestica.pdf](http://www.vrasti.org/8_Evaluarea_si_interventia_in_criza_data_de_violenta_domestica.pdf)accesat 18.09.2015.
 215. Walby, S. (1999), Comparing methodologies used to study violence against women, Paper at the Seminar: *Men and Violence Against Women*, Strasbourg, 7-8 October 1999.
 216. Walby, S., Myhill, A. (2000), *Reducing Domestic Violence ...What works? Assessing and managing the Risk of Domestic Violence*. A Publication of the Policing and Reducing Crime Unit Home Office Research, Development and Statistics Directorate, Directorate, <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110218135832/rds.homeoffice.gov.uk/rds/prgpdfs/assess.pdf>.
 217. Walby S., Allen, J. (2004), *Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey*, Home Office Research Development and Statistics Directorate. <http://www.avaproject.org.uk/media/28792/hors276.pdf>, accesat în data de 19 septembrie 2015.
 218. Walker, L.E. (1979), *The Battered Woman*, New York, Harper & Row Publishers.
 219. WAVE Report 2014 (2015), <http://www.wave-network.org/sites/default/files/Annual%20Report%202014.pdf>, accesat 10.10.2015.
 220. Wells, D., Taylor, W. (2003), Guidelines for medico-legal cares of victims of sexual violence, WHO.
 221. Webb, M., Otto Whitmer, K. J. (2001), Abuse history, world assumptions, and religious problem solving. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40, pp.445– 453.
 222. Webster, M., Bechtel, K. (2012), *Evidence-Based Practices for Assessing, Supervising and Treating Domestic Violence Offenders*, Crime and Justice Institute <http://www.cjoc.org/assets/Data/dvfullreport.pdf>, accesat la data de 03.10.2015.

223. White, H. R., Widom, C. S. (2003), Partner violence among abused and neglected children in young adulthood; The mediating effect of early aggression, antisocial personality, hostility and alcohol problems. *Aggressive Behavior*, 29, pp.332–345.
224. Wiemann S. (2013), *European Manual of Risk Assessment*, Gottingen, BUPNET GmbH, <http://e-maria.eu/wp-content/uploads/2012/06/Newsletter-E-MARIA-July-2013.pdf> accesat la data de 10.09.2015.
225. Williams, L. (2003), Understanding Child Abuse and Violence Against Women, A Life Course Perspective. *Journal of Interpersonal Violence*, Vol.18(4), pp.441- 451.
226. Williams, S.L., Mickelson, K.D. (2004), The Nexus of Domestic Violence and Poverty. Resilience in Women's Anxiety, *Violence Against Women*, 10 (3), pp. 283-293.
227. Wiemann, S. (ed.) (2013), *European Manual for Risk Assessment*. BUPNET GmbH, Gottingen: <http://e-maria.eu/wp-content/uploads/2013/04/Manual-latest-version-light-colours.pdf>
228. Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., Jaffe, P. G. (2003), The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), pp.171-187.
229. World Health Organisation (WHO) (1997). *Violence against women. A priority health issue*, http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/154.pdf. accesat 6.10.2015.
230. World Health Organisation (WHO) (2002), *World report on violence and health*, Geneva. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf accesat la data de 20.09.2015.
231. World Health Organisation (WHO) (2003), *Recommendations from the World report on violence and health*, http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/vhrecommendations.pdf, accesat 29.09.2015.
232. World Health Organisation (WHO) (2009), *Reducing violence through victim identification, care and support programmes*. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/programmes.pdf, accesat în data de 17 septembrie 2015.
233. World Health Organisation (WHO) (2013), *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf?ua=1, accesat la data de 5.10.2015.
234. World Health Organization (WHO), The London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) and the South African Medical Research Council (SAMRC) (2013), *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-*

- partner sexual violence,
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf.
235. World Health Organization (WHO) (2014), Global status report on violence prevention 2014, Luxemburg, WHO/UNODC/UNDP.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
236. Wiemann S. (2013), *European Manual of Risk Assessment*, Gottingen, BUPNET GmbH, <http://e-maria.eu/wp-content/uploads/2012/06/Newsletter-E-MARIA-July-2013.pdf> accesat la data de 10.09.2015.
237. WWP Project (2008), *Linii directe privind elaborarea standardelor pentru programele destinate agresorilor familiari de sex masculin*, WWP - Lucrul cu Autorii Violenței Domestice în Europa - Proiectul Daphne II 2006 – 2008, <http://www.work-with-perpetrators.eu/index.php?id=19&L=-1>, accesat la data de 03.10.2015.
238. Yalom, I.D., Leszcz, M. (2008), *Tratat de psihoterapie de grup. Teorie și practică*, București, Ed. Trei.
239. Yick, A. (2001), Feminist Theory and Status Inconsistency Theory. *Violence against Women*, 7(5), Sage Publications, Inc., pp. 545-562.
240. Yllö, K. (1983), The status of women, marital equality, and violence against wives, *Journal of Family Issues*, 5, pp. 307-320.
241. Yodanis, C. (2004), Gender Inequality, Violence Against Women, and Fear. A Cross-National Test of the Feminist Theory of Violence Against Women, *Journal of Interpersonal Violence*, 19 (6), pp. 655-675.
242. *** American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing Incorporated.
243. ****An overview of the children's houses in Norway*, <http://www.statensbarnehus.no/>, accesat 01.10.2015.
244. ****Ghid pentru parlamentari* (2013) Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și violenței domestice (Convenția de la Istanbul), A/RES/48/104, p. 20, http://website-pace.net/documents/19879/730532/HandbookParliamentarians_RO.pdf/f1595efe-92f0-4d20-8960-841de64f12dc, accesat 15.10.2015.
245. *** Codul Penal, accesibil la http://www.euroavocatura.ro/legislatie/-1178/Codul_Penal_actualizat_2015_din_data_de_24.10.2015
246. *** Hotărârea de Guvern 49/2011 pentru aprobarea Metodologiei-cadru privind prevenirea și intervenția în echipă multidisciplinară și în rețea în situațiile de violență asupra copilului și de violență în familie și a Metodologiei de intervenție multidisciplinară și interinstituțională privind copiii exploatați și aflați în situații de risc de exploatare prin muncă, copiii victime ale traficului de persoane, precum și copiii români migranți victime ale altor forme de violență pe teritoriul altor state. publicată în Monitorul Oficial nr. 117 din 16 februarie 2011.

247. *** Legea asistenței sociale 292/2011 publicată în Monitorul Oficial nr. 905 din 20 decembrie 2011.
248. ***Legea 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 365 din 30 mai 2012, republicată în 2014 în Monitorul Oficial nr. 205 din 24 martie 2014.
249. ***[Legea nr. 286 din 2009](#) privind Codul Penal, publicată în Monitorul Oficial nr. 510 din 24 iulie 2009, modificată și completată la data de 1 februarie 2014.
250. *** Legea asistenței sociale 292/2011 publicată în Monitorul Oficial nr. 905 din 20 decembrie 2011.
251. *** Legea 25/2012 privind modificarea și completarea Legii nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie, publicată în Monitorul Oficial [nr. 165/13 martie 2012](#).
252. ***Ordinul 288/2006 pentru aprobarea Standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul protecției drepturilor copilului publicată în Monitorul Oficial nr. 637 din 24 iulie 2006
253. ****Roata de Putere și Control* (<http://www.theduluthmodel.org/-training/wheels.html>), accesat în data de 12 august.
254. www.politiaromana.ro, <http://www.mpublic.ro/presa/2015/bilant2014.pdf>).