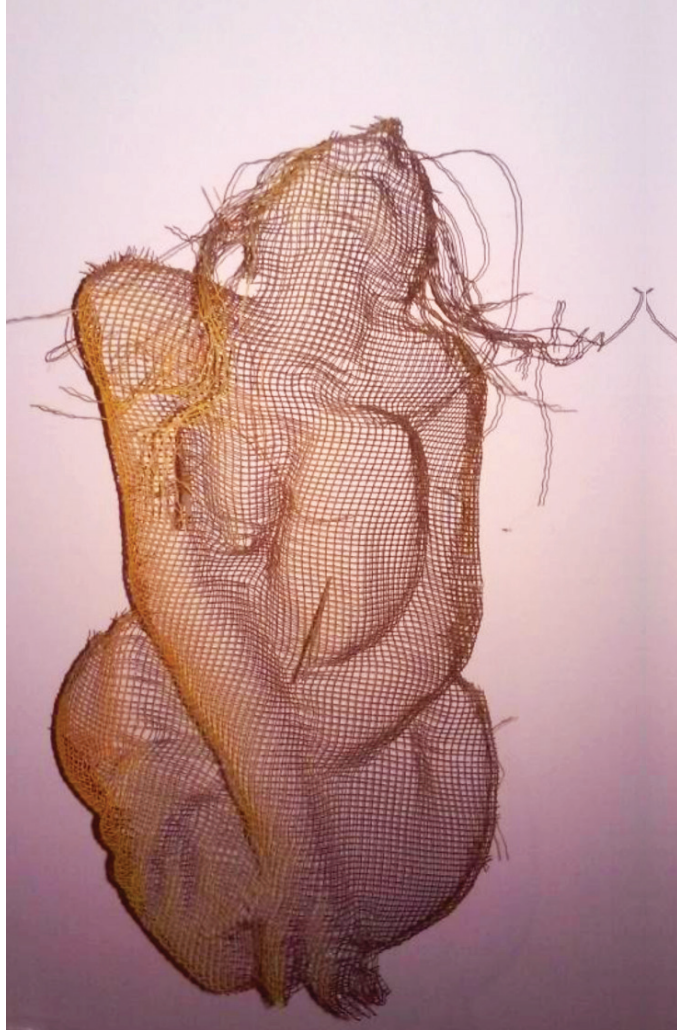


PROGRAMUL DE GRANTURI MICI



ARTA DE A OFERI SPRIJIN

Ghid pentru specialiștii care
oferă sprijin victimelor violenței în
bază de gen, inclusiv servicii de
reabilitare

CHIȘINĂU 2022

Autoare:

Ludmila Popovici

Cu sprijinul:

Svetlana Vișanu

Liliana Spătaru

Cătălina Bulgaru

Realizarea acestei publicații a fost posibilă datorită suportului financiar oferit în cadrul Programului de granturi mici IMPULS, finanțat de Suedia și implementat de Centrul de Drept al Femeilor

Fotografii copertă:

Ludmila Popovici

Autor sculpturi fotografiate:

Peter Robinson Smith

www.peterrobinsonsmithwiremeshart.com

CUPRINS

Recenzie	5
Declarație de autor	9
Recunoștință	9
Cuvânt înainte	10
CAPITOLUL 1. Violența în bază de gen – definiții, aspecte specifice și particularități	12
Ce este violența în bază de gen?	14
Violența în bază de gen și ciclul de viață	16
Copilul-martor sau copilul-victimă	18
Violența în familie și trauma	19
Construirea unei practici informate despre traume	21
CAPITOLUL 2. Consecințe ale violenței asupra sănătății fizice și mintale	24
Consecințele fizice ale diferitor forme de violență	24
Consecințele psihologice ale violenței	27
Consecințele sociale ale violenței	29
Tulburarea de stres posttraumatic	31
Instrumente de măsurare a consecințelor stresului traumatic	41
CAPITOLUL 3. Reabilitarea victimelor diferitor forme de violență	44
Principiile de bază ale reabilitării medicale și psihosociale	45
Standarde în reabilitarea victimelor VBG	48
Cum și de ce trebuie să oferim sprijin supraviețuitorilor VBG	53
Principalele etape ale unui program de reabilitare	54
Abordarea centrată pe victimă și pe traumă în dezvoltarea serviciilor de reabilitare	58
Modele de sprijin și asistență a victimelor VBG	62
Reguli și recomandări pentru programele de reabilitare	63
CAPITOLUL 4. Reabilitarea psiho-socială a victimelor VBG, inclusiv tineri și copii	66
Raționamente practice și soluționarea consecințelor post-traumatice	67
Metode și tehnici terapeutice în asistența victimelor VBG, inclusiv tineri și copii	68
Tehnici și instrumente folosite în asistența victimelor	71
Psihoeducația	72
Relaxarea	73

Exercițiile de respirație	76
Relaxarea musculară progresivă (RMP)	78
Terapia Bowen	79
Metoda Feldenkrais	79
Construcția narațiunii despre traumă.	80
Crearea unui grup de sprijin. Lucrul pe grupuri	81
Tehnici/Instrumente (lucrul cu un grup de sprijin)	82
Alte terapii destinate recuperării post-traumatice la adulți, tineri și copii	82
Terapia prin artă creativă și terapia prin exprimare artistică	83
Terapia prin muzica	84
Terapia prin teatru	87
Terapia prin dans sau mișcare	87
Terapia prin poezie și biblioterapia	88
Terapia prin jocul cu păpuși și alte jucării	88
Sandwork-ul expresiv	90
CAPITOLUL 5. Arta de a trăi după traumă	92
Reziliența psihologică în întrebări și răspunsuri	93
Imagina de sine, stima de sine și încrederea în sine	97
Grija de sine	102
Lucrul cu familiile victimelor	107
Recomandări pentru rude, parteneri și prieteni apropiați ai victimelor	109
Concluzii finale	113
Bibliografie, literatura recomandată și link-uri utile:	116
Anexe	119
Anexa 1: Cercul violenței	119
Anexa 2: Erori posibile în cadrul interviurilor sau al consilierii victimelor	122
Anexa 3: Studii de caz	124
Studiu de caz Nr1	124
Studiu de caz Nr 2	130
Studiu de caz Nr 3	137
Anexa 4: Raport de evaluare-Constatare pe caz de violență în familie (model)	146
Anexa 5: Lista de abrevieri privind violența în bază de gen	152
Anexa 6: Definiții ale violenței în bază de gen prin prisma cadrului legal internațional	154

RECENZIE

Date de identificare a publicației	
Titlul	<i>Arta de a oferi sprijin</i> Ghid pentru specialiștii care oferă sprijin victimelor violenței în bază de gen, inclusiv servicii de reabilitare
Anul publicării	2022
Autoare	Ludmila POPOVICI, Medic epidemiolog, Psihologă, Directoare executivă a RCTV Memoria
Cu sprijinul	Svetlana VIȘANU, Psihoterapeut, RCTV Memoria Liliana SPĂTARU, Medic terapeut, RCTV Memoria Cătălina BULGARU, Psihologă, RCTV Memoria
Instituția la care sunt afiliați autorii	Centrul de Reabilitare a Victimelor Torturii „Memoria” (RCTV Memoria)
Date de identificare și opinii ale a recenzorilor	
Nume, prenume	Olga PATLATI
Experiența și locul de muncă	Președintă a AO „Onoarea și Dreptul Femeii Contemporane”- organizație membră a Coaliției Naționale „Viață fără violență” și a Platformei Egalității de Gen. Expertă în domeniul anti violență și anti trafic de ființe umane; Profesoară de fizică și astronomie, Colegiul Politehnic din Bălți.
Titluri științifice și didactice	Grad didactic superior
<p>Prezenta lucrare „Arta de a oferi sprijin. Ghid pentru specialiștii care oferă sprijin victimelor violenței în bază de gen, inclusiv servicii de reabilitare” supusă recenzării, este bine structurată și corespunde standardelor pentru ghiduri destinate utilizării practice și include următoarele compartimente: Cuvânt înainte, cinci capitole tematice, prolog, bibliografia și literatura recomandată, și anexe. Lucrarea este concisă, explicită, accesibilă oricărui cititor prin limbajul clar de înțeles la orice vârstă sau nivel intelectual.</p> <p>La <i>Cuvânt înainte</i> este relatat detaliat: scopul și utilitatea pentru profesioniștii a <i>ghidului</i>, cadrul conceptual, metodologia de elaborare, actualitatea problemei și contextul abordării ei. În acest context, este foarte convingător explicat, că printre fenomenele negative din societate care au consecințe grave asupra psihicului uman și a sănătății fizice, se evidențiază și violența interumană. Se accentuează că faptele de violență nu trebuie să fie ascunse și că autorii lor trebuie să fie pedepsiți conform legii. Dar cu regret, în instanțele de judecată ajung foarte puține cazuri. Aceasta dovedește faptul că sunt puține organizații specializate care oferă servicii și suport victimelor violenței, documentând adecvat cazurile.</p> <p>În capitolul 1 „Violența în bază de gen - Definiții, aspecte specifice și particularități” se relatează că în Republica Moldova numărul cazurilor de violență în familie, sesizate și înregistrate de autorități este în continuă creștere. În acest capitol se descrie că violența țineste în demnitatea umană și reprezintă o multitudine de acțiuni și factori traumatizanți, care au influență negativă asupra tuturor domeniilor de activitate ale oamenilor: „Traumele suferite creează impedimente în implicare victimei în diferite activități sociale, în realizarea sarcinilor, în comunicare și relaționare de diferite niveluri (familie, comunitate, societate)” (p. 6).</p>	

Capitolul 2 „Consecințe ale violenței asupra sănătății fizice și mentale” dezvăluie consecințele fizice și psihice ale diferitor forme de violență. Aici se spune că metodele de violență și abuz pot fi repartizate în câteva categorii mari, definite prin acțiuni care provoacă: dureri, epuizare fizică sau psiho-emoțională, frică intensă, depresie, anxietate severă, uneori schilodire, invaliditate sau chiar deces. Consecințele fizice ale violenței pot afecta toate sistemele de organe. În rezultatul violenței psihologice ar putea apărea: 1) tulburări cognitive, care se manifestă prin: sindromul mental acut, pierderea simțului realității - lumea interioară a victimei se transformă în haos; 2) tulburări emoționale și reacții psihologice, manifestate prin: stări de anxietate, teamă, frică, neliniște, stări depresive, care pot ajunge până la tentative de sinucid, sentimente de umilință, vinovăție, neputință .

În capitolul 3, „*Reabilitarea victimelor diferitor forme de violență*” se descriu modalitățile și aspectele principale de asistență multidisciplinară de reabilitare: siguranța victimei, informarea victimei, sănătatea și bunăstarea ei cu formularea planului de asistență și reabilitare, documentarea violenței suferite pentru acces la justiție și compensarea prejudiciului.

Capitolul 4 „*Reabilitarea psiho-socială victimelor VBG, inclusiv tineri și copii*” se axează pe raționamente practice și soluționarea consecințelor post-traumatice; metode specifice de consiliere și asistență psihologică a victimelor VBG, inclusiv tineri și copii; tehnici și instrumente folosite în asistența victimelor: psihoeducația, relaxarea, exercițiile de respirație, relaxarea musculară progresivă RPM, terapia Bowen, metoda Feldenkrais, construcția narațiunii despre traumă, crearea unui grup de sprijin, lucrul pe grupuri, tehnici/instrumente, alte intervenții sau terapii destinate recuperării post-traumatice, terapia prin artă creativă și terapia prin exprimare artistică, terapia prin muzică, terapia prin teatru, terapia prin dans sau mișcare, terapia prin poezie și biblioterapia, terapia prin jocul cu păpuși și alte jucării, Sandwork-ul expresiv.

Capitolul 5 „*Arta de a trăi după traumă*” se referă la modul perceperii imaginii de sine, stima de sine și încrederea în sine. Aici se relatează despre grija de sine, include un scurt mesaj pentru cei care au supraviețuit diferitor forme de violență și recomandări pentru rude, parteneri și prieteni apropiați ai victimelor. În acest capitol sunt incluse și recomandări în cazul dacă persoana dragă suferă de depresie.

În *Prolog* se atenționează că acest ghid a fost elaborat în baza experienței de lucru de 22 ani ai Centrului de Reabilitare a Victimelor VBG „Memoria”, precum și practicilor și publicațiilor colegilor din rețeaua de centre și programe de reabilitare din UE.

Punctele tari: Metodologiile incluse în capitolul 4 și 5, utilizarea cărora ar contribui eficient la reabilitarea victimelor.

Așteptări: Utilizarea cu succes a ghidului de către specialiști. Îmbunătățirea rezultatelor în lucrul cu victimele violenței.

Concluzii:

- 1) Acest ghid este foarte practic, actual și oportun pentru utilizare, cu dezvăluiri clare, metode și instrumente de lucru pentru supraviețuitorii/supraviețuitoarele violenței.
- 2) Lucrarea are limbaj accesibil și este ușor de a fi utilizată în practică de către oricare specialist și/sau utilizator, cititor.
- 3) Anexele sunt documentele care perfectează conținutul acestei lucrări.
- 4) În baza acestui ghid, este bine să se organizeze instruirii cu specialiștii din domeniu.
- 5) Consider că această lucrare este la nivelul superior și merită să fie utilizată de către toate entitățile care oferă servicii și asistență victimelor violenței.

Nume, prenume.	Alexandru DONOS
Experiența și locul de muncă	Președinte, AO „Centrul Național de Formare, Asistență, Consiliere și Educație din Moldova”- organizație membră a Coaliției Naționale „Viață fără violență”. Expert în domeniul antivioolență și antitrafic de ființe umane. Psiholog/consilier de programe asistență și consiliere.

Prezenta lucrare „*Arta de a oferi sprijin. Ghid pentru specialiștii care oferă sprijin victimelor violenței în bază de gen, inclusiv servicii reabilitare*” este absolut necesară pe masa de lucru a specialiștilor în domeniu, în special pentru cei începători, pentru că contribuie considerabil la consolidarea nivelului de cunoștințe cu privire la fenomenologia violenței în familie, dar, totodată, acest Ghid este așteptat de practicieni, deoarece conține metode și tehnici terapeutice în asistența persoanelor victime VBG, inclusiv tineri și copii. Și da, bineînțeles, persoanele care trec sau au trecut prin aceste drame, sunt îndemnate să se familiarizeze cu principiile de bază ale procesului de reabilitare, descrise în această lucrare și să conștientizeze necesitatea adresării după asistență calificată. Însă, în situația când o anumită persoană și-a conștientizat comportamentul și gândirea, ca fiind una pro-violentă, această lucrare îi va deschide multe raționamente practice și teoretice, care poate ghida pe calea schimbărilor comportamentelor abuzive, prin conștientizarea consecințelor violenței asupra sănătății fizice și mintale ale unui om.

Este important de menționat, că astfel de lucrări trebuie să fie elaborate de organizații cu o suficientă experiență în domeniul asistenței (în special) directe a persoanelor care suferă de violență și alte forme de discriminare. Cum și s-a întâmplat în cazul acestui Ghid, care a fost elaborat de către echipa Centrului de Reabilitare a Victimelor Torturii „Memoria”, condus, începând cu anul 1999, de Doamna Ludmila Popovici și ai cărui misiune constă în reabilitarea prin asistență medicală, socială și juridică a persoanelor, care din diferite motive, au devenit victime ale torturii, tratamentelor inumane și/sau degradante sau altor forme de violență.

În această lucrare, putem observa cu câtă grijă și profesionalism, sunt abordate aspectele practice ale întregului proces de reabilitare, oferindu-ne instrumente concrete de lucru, ceea ce, de fapt, reprezintă o abordare centrată pe soluții. Metodele și tehnicile terapeutice selectate și pregătite pentru specialiști în special, răspund cu siguranță așteptărilor și necesităților întregului proces de formare continuă a angajaților și membrilor diferitor instituții și organizații, care oferă asistență directă, și pentru care formarea abilităților practice de asistență și protecție a categoriilor de beneficiari asumați (inclusiv copii), este cheia succesului.

Punctele tari: Răspuns practic la așteptările specialiștilor practicieni din domeniu, sursă de inspirație și suport în muncă de zi cu zi.

Așteptări: Ghid tradus în varianta rusă și engleză.

Concluzii: Elaborarea și desfășurarea unui program de instruire în baza Ghidului, pentru consolidarea capacităților profesionale a specialiștilor, atât la etapa de instruire inițială, cât și pentru formarea continuă în domeniu.

Nume, prenume.	Cristina MUNTEANU
Experiența și locul de muncă	<p>Directoare, IP Centrul Maternal „Pro Familia din Căușeni”, membru a CN „Viață fără Violență”, membră AO „Asociația Psihologilor Tighina”, membră în cadrul Comisiei raionale a Copilului în dificultate din Căușeni și Comisiei raionale Antitrafic, din Căușeni.</p> <p>Expertă în domeniul prevenirii/combaterii violenței în familie și traficului de ființe umane;</p> <p>Psiholog/directoare consilier de programe asistență și consiliere.</p> <p>Licență în psihologie</p> <p>Master în asistența psiho-socială în sistemul legal</p>
<p>Prezenta lucrare, „<i>Arta de a oferi sprijin</i>”- <i>Ghid pentru specialiștii care oferă suport victimelor violenței în bază de gen, inclusiv servicii de reabilitare</i>”, este una de mare valoare, deoarece conține noțiuni teoretice generale și specifice despre ce este violența în bază de gen, inclusiv violența în familie, formele ei, consecințele acestui fenomen asupra personalității victimei, trauma, studii de caz. Îmbucurător este faptul, că acest ghid este bogat în tehnici și instrumente de lucru, în scopul reabilitării victimei VBG. Lucrarea este scrisă într-o manieră profesionistă, impresionantă și ușor de citit, reținut.</p> <p>Pentru mine personal, să fi avut acest ghid de prin anii 2008, absolventă a UPS „I. Creangă” avea să-mi fie de mare ajutor în reabilitarea victimelor violenței în familie. Pe atunci, mult studiam, conspectam, aplicam. Ghidul va fi o resursă de o valoare enormă pentru tinerii specialiști, care își vor dori să cunoască acest domeniu, care nu e destul de ușor, pe alocuri chiar emoționant.</p>	
<p>Așteptări: Ghid tradus în varianta rusă și engleză. Să fie tipărit în mai multe exemplare</p>	
<p>Concluzii: Elaborarea și desfășurarea unui program de instruire în baza Ghidului, atât pentru începători, cât și pentru consolidarea capacităților profesionale ale specialiștilor din diferite domenii.</p>	

DECLARAȚIE DE AUTOR

Lucrarea de față este rezultatul propriilor eforturi. Declarăm că toate materialele care nu sunt propria noastră muncă, au fost identificate și confirmate în notele de subsol. Lista referințelor, a literaturii relevante și a linkurilor utilizate și recomandate, este prezentată la finele acestei publicații.

Ghidul conține cinci capitole cu informații pe care le-am considerat importante și relevante, și câteva anexe cu studii de caz sau suport informațional adițional. Nu ne-am propus să venim cu rețete de-a gata pentru un program de reabilitare, cu pași și măsuri concrete, deoarece fiecare caz trebuie tratat în mod aparte, cu abordare individuală, multi-disciplinară, centrată pe victime și pe traumele suferite.

RECUNOȘȚINȚĂ

Aducem sincere mulțumiri colegelor de la Centrul de Reabilitare a Victimelor Torturii „Memoria” (RCTV Memoria), pentru munca și eforturile depuse pe parcursul a peste douăzeci de ani, în sprijinul victimelor violenței în bază de gen (VBG).

De asemenea, aducem sincere mulțumiri colegilor și colegelor din diferite organizații-membre ale Coaliției Naționale „Viața fără violență în Familie”, ale Platformei pentru Egalitate de Gen, pentru cooperare, pentru contribuțiile pe parcursul cooperării și implementării proiectului, pentru dialogul constructiv din cadrul întâlnirilor de lucru și al diferitor evenimente organizate, pentru unificarea eforturilor în prevenirea violenței în bază de gen, dar și pentru sprijinul acordat victimelor.

Cuvinte aparte de recunoștință și mulțumire aducem echipei Centrului de Drept al Femeilor (CDF), pentru susținerea acestui proiect, cu sprijinul Suediei în Moldova.



CUVÂNT ÎNAINTE

Printre fenomenele cu impact negativ din societate, care au consecințe grave asupra psihicului uman și a sănătății fizice, este și violența interumană. Potrivit numeroaselor rapoarte ale organizațiilor locale și internaționale pentru Drepturile Omului, în diferite țări ale lumii, VBG și violența în familie crește semnificativ în perioadele instabile de dezvoltare și consolidare a valorilor democratice.

Aceste fenomene au un impact devastator asupra unor persoane aparte – a victimelor, dar și cu o rezonanță puternică în societate. Faptele nu ar trebui să fie ascunse. Autorii lor trebuie să fie pedepsiți conform legii, dar practica demonstrează o persistență a impunității. În pofida numărului mare de astfel de infracțiuni și vieți distruse, în instanță ajung foarte puține cazuri, inclusiv din cauza reticenței victimelor sau a fricii care le domină. Aceasta se explică și prin faptul, că în momentul de față există prea puține organizații specializate sau centre, capabile să ofere servicii de reabilitare, să sprijine victimele și să documenteze prompt și minuțios cazurile.

Pe de altă parte, prea puțini avocați își manifestă dorința de a ajuta victimele VBG, din mai multe motive, printre care: persistența impunității, iar asemenea cazuri sunt deseori clasate, „în lipsa probelor”; documentarea insuficientă a cazurilor; dificultatea și complexitatea problemelor cu care se confruntă victimele, dar și lipsa sau insuficiența experienței și competențelor necesare pentru a le oferi ajutor. O altă dificultate majoră pentru avocați, reprezintă lipsa sau insuficiența examinării medico-legale, a evaluării stării de sănătate fizică și mentală a victimelor, cu o documentare minuțioasă a consecințelor traumelor suferite. Dosarele medicale obișnuite nu sunt suficient de informative, deoarece în cele mai multe cazuri, după ce suferă traume și diferite forme de abuzuri, victimele nu se adresează imediat după ajutor sau sunt împiedicate de către agresor să ajungă la vreun medic.

Experiența traumatică și violențele repetate, au un impact negativ și foarte puternic nu numai asupra victimei, dar și asupra multor persoane din jur, în special a copiilor, care devin victime chiar și prin simpla lor prezență în „scena” actului de violență.

Starea psiho-emoțională a victimelor prezintă un interes deosebit în ceea ce privește simptomele tulburării de stres posttraumatic – TSPT (PTSD¹), care încă mai este sub-diagnosticat în Republica Moldova. Astfel, un accent aparte în acest Ghid, este pus pe Tulburarea de stres post traumatic (TSPT).

În aspect social și relațional, există dovezi clinice, că tulburarea de stres post-traumatic afectează întreaga gamă de relații², interpersonale și sociale, care implică victimele - de cuplu, familiale parentale, amicale, în societate sau la locul de muncă. În ceea ce privește relațiile din cuplu, acestea se schimbă și se distorsionează, ca urmare a diverselor forme de abuz și violență.

¹ Din Eng: Post Traumatic Stress Disorders

² <https://www.terapiastrategica.ro/stresul-posttraumatic-si-relatiile-de-cuplu/>

Scopul acestui ghid este de a ajuta pe cei care sunt interesați de fenomen, sau care lucrează în programe de susținere a victimelor violenței în familie sau violenței în bază de gen (VBG), să-și extindă orizontul de cunoștințe asupra anumitor subiecte legate de nevoia de reabilitare a victimelor, să formeze legături de cooperare cu alți specialiști, să dezvolte parteneriate, pentru a le putea oferi un ajutor prompt și eficient.

Informațiile furnizate îi vor ajuta să dezvolte strategii eficiente de sprijin, ținând cont de toate aspectele și consecințele traumelor suferite în fiecare caz particular, să identifice problemele, precum și să dezvolte împreună cu victima, un program individual de reabilitare complexă, focalizat pe nevoile și problemele stringente, abordate pe rând, după prioritatea și gravitatea lor.

Ghidul este conceput pentru specialiști din diferite domenii, implicați și interesați de efectele post-traumatice ale VBG și în stabilirea unor pași concreți, dar și în cooperare interdisciplinară, pentru a sprijini victimele.

Avocații, activiștii pentru drepturile omului și alți profesioniști care lucrează cu victimele diferitor forme de violență, ar trebui să studieze problema respectivă în asociere cu drepturile victimelor, dar și cu nevoia lor de reabilitare, folosind o listă de agenții și organizații care oferă asistență specializată.

Odată porniți în combaterea fenomenului violenței împotriva femeilor și altor persoane vulnerabile, este necesar să se obțină asigurări, că victimele primesc sprijinul necesar și că beneficiază de servicii comprehensive, *inclusiv cu scop de reabilitare*. Doar în așa mod, ele vor fi în măsură să-și depășească suferința, să meargă în instanțe pentru apărarea drepturilor și să demareze un proces de vindecare și reintegrare socială.

În contextul sănătății fizice și mentale, reabilitarea reprezintă un proces de durată care se planifică și asigură o schimbare activă, prin care o persoană afectată de o traumă fizică și/sau psihică, beneficiază de sprijin, tratamente necesare și dobândește cunoștințe și abilități necesare, pentru o funcționare optimă din punct de vedere fizic, psihologic și social.

Un program individual de reabilitare reflectă răspunsul consolidat al mai multor specialiști, la nevoile și problemele cu care se confruntă victimele, pentru a le ajuta să le depășească și să-și continue viața cu demnitate.

Sperăm că în acest Ghid, veți găsi răspunsuri la unele întrebări, care vă deranjează sau chiar vă creează un disconfort esențial. Am dorit să vă sprijinim, ca să puteți lua măsuri pentru a elimina problemele legate de lucrul cu trauma și cu victimele, pentru a ajunge la un echilibru și pace interioară și, cel mai important, la o conștientizare sporită a vieții.

Ludmila POPOVICI,

Autoare

În Republica Moldova, numărul cazurilor de violență în familie, sesizate și înregistrate de autorități, este în continuă creștere. În 2020, cifra a ajuns la aproape 13.000 de cazuri, conform unui studiu³ realizat de Centrul de Drept al Femeilor. Printre alte constatări ale studiului, se menționează și numărul insuficient de servicii gratuite acordate victimelor violenței în familie. Numărul cazurilor raportate crește, dar victimele nu au unde să se adreseze după ajutor, sau serviciile oferite sunt limitate.

Unele probleme persistă de peste zece ani, după cum putem vedea și din concluziile ex-raportorului special privind violența împotriva femeilor, cauzele și consecințele acesteia, Yakin Ertürk⁴, care a vizitat Republica Moldova între 4 și 11 iulie 2008, împreună cu ex-raportorul special pentru tortură și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante, Manfred Novak. În documentul menționat se atenționează că violența împotriva femeilor este strâns legată și de alte fenomene sociale, precum sărăcia, migrația (legală sau ilegală), traficul de ființe umane, iar în unele situații, femeile îndură suferințe care pot fi considerate ca fiind tortură și rele tratamente. De aceeași părere este și Organizația Mondială contra Torturii (OMCT), care consideră că violența domestică este o formă de tortură, dacă statul nu intervine și dă dovadă de un consimțământ tacit⁵.

Violența țintește în demnitatea umană și reprezintă o multitudine de acțiuni și factori traumatizanți, care au o influență negativă asupra tuturor sferelor de activitate ale ființei umane. Violența afectează profund sănătatea fizică și mentală, precum și starea sufletească sau viața spirituală a victimei. Traumele suferite creează impedimente în implicarea victimei în diferite activități sociale, în realizarea sarcinilor cotidiene, în comunicare și relaționare de diferite niveluri (familie, comunitate, societate).

Răspunsul la traumele suferite este unul individual, care poate fi modelat sau influențat de diferiți factori, cum ar fi: vârsta, genul, tipul de personalitate, statutul social, anturajul, circumstanțele, durata și repetitivitatea evenimentelor traumatice, copii mici sau alte persoane avute în custodie sau îngrijire, gradul de independență financiară, cercul de sprijin sau lipsa lui. Lista factorilor e vastă. Nimeni nu știe cum va reacționa o persoană într-o situație de traumă extremă, la care se aștepta sau nu.

³ „Evaluarea răspunsului sistemului de justiție penală la cazurile de violență în familie”, realizat în patru regiuni ale țării: Criuleni, Soroca, Cimișlia și Comrat, în cadrul proiectului „Consolidarea eficienței și accesului la justiție în Moldova”, implementat de PNUD Moldova, cu suportul financiar al Suediei

⁴ <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G09/131/24/PDF/G0913124.pdf?OpenElement>.

⁵ <http://blog.omct.org/violence-women-private-actors-state-responsibility-convention-torture/>.

În contextul violenței interumane, cuvântul ”agresiune” definește o mare varietate de acțiuni abuzive (sau inacțiuni⁶), care afectează integritatea fizică sau psihică a unei alte persoane. Aceste abuzuri pot provoca victimelor traume psihice grave, leziuni fizice, precum și daune morale sau materiale. Pe termen lung, violența repetată afectează grav sănătatea și demnitatea persoanei, împiedică exercitarea sarcinilor cotidiene, sau pot să ducă la patologii grave sau distrugerea lor psihică.

Metodele de abuz pot fi atât fizice, cât și psihice, dar ambele pot avea consecințe fizice (somatice) și psihologice (mentale).

De exemplu, agresiunea verbală, reprezintă o acțiune, în care instrumentul de impact este cuvântul. Este regretabil, că agresiunea sau violența verbală încă mai este considerată ca fiind inofensivă, sau mai puțin periculoasă și distructivă, decât agresiunea fizică. Pe de altă parte, agresiunea verbală poate fi considerată drept primul pas spre agresiunea și violența fizică.

În ultimii ani, mai multe rapoarte pe țară, relevă informații despre hărțuirea la locul de muncă (inclusiv bullying-ul și hărțuirea sexuală)⁷. VBG prezintă o îngrijorare profundă pentru societate, deoarece poate aduce durere și suferință în orice casă. Consecințele VBG afectează toți membrii familiei victimei, deoarece atacă însuși scopul existenței noastre și speranța pentru un viitor mai bun.

În contextul actual, în Republica Moldova este necesară o coagulare a eforturilor și o cooperare strânsă între specialiști din diferite structuri de stat, private sau neguvernamentale, precum și din cadrul instituțiilor internaționale, care activează în domeniul asistenței victimelor și prevenirii violenței în bază de gen, pentru:

- a) identificarea timpurie a victimelor;
- b) asigurarea unui răspuns ferm, bine coordonat, centrat pe victime, pe traumele suferite, pe consecințele individuale și colective;
- c) identificarea ariilor care au nevoie de acoperire și implicare a specialiștilor care acordă servicii necesare victimelor și agresorilor;
- d) colectarea corectă, detaliată, multilaterală și comprehensivă a datelor statistice;
- e) găsirea celor mai eficiente măsuri de eradicare și prevenire a fenomenului.

La etapa actuală, în Republica Moldova este necesară o revizuire a practicilor existente și a cadrului legal național, pentru a asigura o îmbunătățire a situației în ansamblu și o concentrare pe servicii eficiente pentru victimele violenței în bază de gen, cu implementarea de programe eficiente de rehabilitare, elaborate prin abordarea comprehensivă și interdisciplinară a cazurilor.

⁶ în caz de neglijare sau violență comportamentală, care au un scop anumit – de a intimida, de a umili, de a crea presiune, confuzii, dereglare a echilibrului psiho-emoțional al victimei.

⁷ https://www.jil.go.jp/english/reports/documents/jilpt-reports/no.12_eu_finland.pdf

Este important să ne amintim, că toate formele de violență sunt interzise de către cadrul legal internațional, inclusiv și de **Convenția de la Istanbul**⁸, ratificată și de către Republica Moldova și intrată în vigoare la 1 mai 2022.

Ce este violența în bază de gen?

Violența în bază de gen este o infracțiune, o încălcare gravă a drepturilor omului și una dintre cele mai răspândite forme de inegalitate bazată pe gen, de unde își trage rădăcinile și pe care o consolidează. Acest fenomen cauzează prejudicii enorme femeilor, copiilor, familiilor, comunităților și societăților.

Violența în bază de gen nu poate fi abordată și înțeleasă în afara structurilor sociale, a normelor și a rolurilor de gen, care pot susține și justifica violența în bază de gen, în special cea împotriva femeilor.

Eliminarea violenței împotriva femeilor implică provocarea divizării inegale a puterii sociale, politice și economice între femei și bărbați și modul în care această inegalitate este perpetuată prin intermediul instituțiilor de la toate nivelurile societății⁹.

Violența în bază de gen¹⁰, în special violența împotriva femeilor, este larg răspândită la nivel global și este legată de alte fenomene, cum ar fi sărăcia sau migrația, de cataclisme sociale (situații de război, revolte) sau naturale (cutremure, inundații, uragane.¹¹).

Sintagma „violență în bază pe gen” este adesea percepută ca „violență împotriva femeilor” în întreaga lume, deoarece violența în bază de gen are aproape întotdeauna un impact negativ mai mare asupra femeilor și fetelor.

Violența în bază de gen afectează persoane din orice comunitate sau pătură socială, poate apărea pe parcursul întregului ciclu de viață al unei femei și poate include diferite forme – de la amenințări și presiuni, până la abuz și exploatare sexuală, discriminare, violență, femicid.

Una din trei femei din întreaga lume este supusă violenței psihologice, fizice sau sexuale. Circa 30% dintre femeile care se află într-o relație intimă trec prin experiența violenței fizice sau sexuale din partea partenerului lor intim¹².

⁸ <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168008482e>

⁹ Pentru mai multe detalii accesați pagina Institutului European pentru Egalitate de Gen (The European Institute for Gender Equality): <http://eige.europa.eu/gender-based-violence>.

¹⁰ Mai multe detalii despre VBG pot fi găsite la: <http://www.health-genderviolence.org/training-programme-for-health-care-providers/facts-on-gbv/defining-gender-based-violence/21>.

¹¹ <http://nu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1177294/FULLTEXT01.pdf>.

¹² World Health Organization (WHO), 2016, *Violence against Women: Intimate Partner and Sexual Violence against Women*. Fact sheet. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/ [noiembrie 2016].

„Violența în bază de gen (VBG) este termenul general utilizat pentru a cuprinde violența care are loc ca urmare a așteptărilor de rol asociate fiecărui gen, împreună cu relațiile inegale de control și putere dintre cele două genuri, în contextul unei societăți specifice.”¹³

În timp ce atât femeile/fetele, cât și bărbații/băieții pot fi victime ale violenței în bază de gen, o atenție mai mare se concentrează pe violența împotriva femeilor și a fetelor. Aceasta nu înseamnă că violența împotriva bărbaților nu există. De exemplu, bărbații pot deveni ținte ale atacurilor fizice sau verbale pentru încălcarea conceptelor predominante ale masculinității. Bărbații, de asemenea, pot deveni victime ale violenței în familie, fiind agresați de către parteneri sau copii.¹⁴

Faptul că majoritatea persoanelor afectate de violența în bază de gen sunt femei și fete, este recunoscut în mare parte ca urmare a distribuției inegale a puterii în societate între femei și bărbați.

În plus, femeile și fetele victime ale violenței suferă consecințe specifice ca urmare a discriminării de gen. După cum rezumă Fondul ONU pentru Populație (UNFPA): *„Țintele principale ale VBG sunt femeile și fetele, care nu numai că prezintă un risc ridicat de violență, ci și îndură consecințe exacerbate, în comparație cu ceea ce suferă bărbații. Ca urmare a discriminării de gen și a statutului socioeconomic inferior, femeile au mai puține opțiuni și mai puține resurse la dispoziția lor, pentru a evita sau a scăpa de situațiile abuzive și pentru a căuta dreptate. De asemenea, ele suferă (...) consecințe [asupra sănătății sexuale și reproductive], inclusiv sarcini forțate și nedorite, avorturi periculoase și decese, diverse consecințe traumatice și riscuri mai mari de infecții cu transmitere sexuală (ITS) și HIV.”¹⁵*

Semnificația conceptului de violență a fost extinsă dincolo de aplicarea forței fizice, astfel încât să cuprindă și noțiunile de „abuz” și „coerciție” (constrângere).

Pentru a putea face mai vizibilă relația dintre diferite forme de violență și consecințele acestora, atât pentru documentarea cazurilor, cât și pentru identificarea pârghiilor de sprijin al victimelor, este mai bine să restrângem conceptul de „violență” la o definiție mai exactă, legată de actele intenționate (fizice sau de altă natură) care dăunează victimei. Chiar și așa, mulți dintre cei care utilizează o definiție mai precisă a violenței împotriva femeilor subestimează amploarea consecințelor fizice și mintale, lăsând aceste dimensiuni să devină insuficient de documentate și, practic, invizibile.

¹³ Mai multe detalii despre VBG pot fi găsite la: <http://www.health-genderviolence.org/training-programme-for-health-care-providers/facts-on-gbv/defining-gender-based-violence/21>.

¹⁴ Bloom, Shelah S., 2008. „Violence Against Women and Girls: A Compendium of Monitoring and Evaluation Indicators”. Carolina Population Center, MEASURE Evaluation, Chapel Hill, North Carolina, p. 14. <http://gbvaor.net/wp-content/uploads/2012/10/Violence-Against-Women-and-Girls-A-Compendium-of-Monitoring-and-Evaluation-Indicators-Shelah-S.-Bloom-2008.pdf>.

¹⁵ UNFPA, Strategy and Framework for Action to Addressing GBV, 2008-2011, p. 7.

Atunci când discutăm despre violența în bază de gen, trebuie luate în considerare nu numai formele fizice, dar și oricare alte forme de violență, care sunt diverse, repetate, deseori foarte severe și care duc la consecințe grave pentru victime și societate. Este foarte important ca atât specialiștii care lucrează în domeniu, cât și întreaga societate să înțeleagă complexitatea stărilor și a situației victimelor, când diferite forme de violență sunt folosite împotriva lor.

Violența în bază de gen și ciclul de viață

Violența împotriva fetelor și femeilor are loc în diferite etape din ciclul lor de viață¹⁶. Multe femei se confruntă cu mai multe episoade de violență, care pot începe din copilărie până la maturitate și vârsta înaintată.

Abordarea bazată pe ciclul de viață privind violența în bază de gen ajută la înțelegerea impactului cumulat al violenței cu care se confruntă fetele și femeile, în special în ceea ce privește consecințele acesteia asupra sănătății fizice și mintale. Aceste aspecte, de asemenea, sunt importante în documentarea cazurilor, dar și în analiza fenomenului.

Din experiența mai multor țări, violența și ciclul de viață feminin pot fi abordate, studiate și monitorizate multidirecțional și în Republica Moldova, unde se pot identifica mai multe forme de violență atât printre persoanele rezidente, cât și printre refugiați sau solicitanții de azil.

¹⁶ UNFPA, Strategy and Framework for Action to Addressing GBV, 2008-2011, p. 7.

Astfel, la persoane din diferite culturi și în funcție de vârstă, se pot identifica și documenta diferite forme de violență, enumerate în tabelul de mai jos:

Perioadele vieții	Formele de violență
Prenatală	Selectarea prenatală a genului; abuz fizic al mamei în perioada de sarcină; sarcină impusă/forțată.
Infantilă	Infanticid; abuz fizic, emoțional și sexual; mediu de trai în condiții de violență în familie; neglijare, inclusiv acces diferențiat la hrană și asistență medicală.
Copilărie	Mediu de trai în condiții de violență în familie; abuz fizic, emoțional și sexual; prostituție infantilă; căsătorie timpurie/forțată; mutilare genitală; neglijare, inclusiv acces diferențiat la hrană, asistență medicală și educație.
Adolescență	Prostituție și pornografie, inclusiv trafic de persoane; hărțuire sexuală (la școală, în stradă sau în alte locuri); căsătorie timpurie/forțată; violență din partea partenerului intim; crime în numele onoarei; viol și hărțuire sexuală din partea unor bărbați cunoscuți (inclusiv rude) sau necunoscuți; mutilare genitală.
Maturitate	Hărțuire sexuală la locul de muncă sau în locuri publice; violență din partea partenerului intim; viol și atac sexual; sarcină impusă/forțată; abuz și constrângeri economice; exploatare sexuală și trafic de ființe umane; urmărire/persecutare; crime în numele onoarei; femicid.
Femeile în etate (de vârstă înaintată)	Abuz fizic; violență din partea partenerului intim; viol; abuz al văduvelor; hărțuire sexuală în spațiul public; abuz instituțional; abuz, neglijare, violență și comportament agresiv din partea copiilor.

Informațiile de mai sus cu privire la formele de violență corelate cu diferite perioade ale vieții ar putea fi relevante și pentru persoanele de sex masculin de orice vârstă.

În sensul identificării, documentării și asistenței eficiente a diferitor forme de violență, trebuie luate în considerare și prevederile Convenției de la Istanbul, în special articolele 33-40, abordate în capitolul 3.

Copilul-martor sau copilul-victimă

Copiii nu aleg atunci când se nasc într-un anumit sistem familial. Dar unii părinți ajung să-și neglijeze copiii, sau comit abuzuri.

O familie în care violența are un grad ridicat sau persistent de manifestare poate deveni un focar¹⁷ de producere și răspândire socială a agresivității. Devenind adult, copilul va reproduce deseori modele de agresivitate însușite prin socializarea în mediul familial.

Familia cu manifestări agresive, organizează și declanșează indirect un comportament agresiv în structura afectivă a copilului, chiar dacă acesta nu participă ca actor și nu este victimă directă, ci doar asistă ca spectator la descărcările agresive (verbale sau fizice) dintre părinți.

Mai mult, modelele familiale disfuncționale, inclusiv cele conflictuale și agresive, tind să se transmită trans generațional și să devină tot mai problematice cu trecerea timpului.

Socializarea prin violență și generalizarea ei prin pedepse fizice, este un factor al sistemului familial care îl fac mai susceptibil la violență. Astfel, copiii învață să asocieze dragostea cu violența, deoarece, în ciuda declarațiilor de iubire, ei pot observa violența atât în interacțiunile dintre părinți, cât și în propria lor experiență cu părinții. Această asociere perpetuează violența mai departe, în viitoarele lor relații maritale și familiale. Pentru mai multe detalii despre perpetuarea violenței, se va studia „Cercul violenței”.

În termeni imediați, copiii care sunt martori la diverse forme de violență (în special violența în familie) dezvoltă diverse probleme, cum ar fi:

- a) tulburări emoționale;
- b) tulburări de anxietate¹⁸;
- c) tulburări afective (depresie majoră, tulburare bipolară etc.);
- d) tulburări de alimentație (anorexie¹⁹, bulimie²⁰);
- e) tulburări de comportament (tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate – ADHD, intenția suicidală etc.);
- f) tulburările de personalitate (stimă de sine scăzută, sindrom de evitare, comportament antisocial, personalitate pasiv-agresivă, tulburări de personalitate limitrofe (borderline)²¹ etc.);

¹⁷ O noțiune importantă în documentarea fenomenului violenței.

¹⁸ Anxietate – stare de neliniște, de teamă nedeterminată (însoțită de tulburări fiziologice).

¹⁹ Anorexie s. f. Lipsă a poftei de mâncare întâlnită în multe boli febrile, digestive, cronice etc.; inapetență.

◇ *Anorexie mintală* – repulsie față de alimente, însoțită de pierderea totală a poftei de mâncare.

²⁰ Bulimie s. f. Stare patologică manifestată prin foame excesivă, continuă.

²¹ Din engl. *Borderline personality disorder* (BPD).

- g) tulburări cognitive, caracterizate prin modificări ale structurii și funcției cerebrale care produc afectarea capacităților de învățare, de orientare, de judecată; slăbirea memoriei și a capacității intelectuale;
- h) tulburări comportamentale (devin violenți, se dezorganizează sau se super-organizează, încercând să devină foarte buni sau aproape perfecți);
- i) tulburări de dezvoltare psihosomatică (dereglări funcționale ale diferitor organe sau sisteme de organe, declanșate de factori psihogeni);
- j) tulburări de dezvoltare intelectuală și nereușite academice/școlare (le scad rezultatele la învățătură, se pot retrage de la școală).

În termeni de durată, copilul-martor (care este de fapt o victimă) se confruntă cu următoarele dificultăți și riscuri crescute:

- a) de a dezvolta propriul comportament violent;
- b) de sinucidere;
- c) de consum de substanțe nocive – alcool, droguri etc.;
- d) de agresiuni contra vieții sau sănătății proprii sau a altor persoane;
- e) de a folosi violența pentru a-și compensa cumva stima de sine scăzută;
- f) de a deveni abuziv la rândul lui (cercul violenței).

Din aceste considerente, copiii-martori la diferite forme de violență, ar trebui să beneficieze de o abordare complexă a cazurilor, cu oferirea sprijinului necesar și a unei asistențe specializate, fără a li se cauza noi prejudicii. Este foarte important ca acești copii să beneficieze și de o protecție fermă de orice alte acțiuni de traumatizare și re-traumatizare, inclusiv cele legate de procesele de judecată între părinți.

Evaluările psihologice repetate ale copilului, solicitate deseori de către instanță sau avocații părinților, le pot cauza un prejudiciu enorm, cu re-traumatizări profunde, care amplifică starea lor psiho-emoțională fragilă și instabilă, influențată de stresul cronic și de tulburările posttraumatice.

Violența în familie și trauma

Deși fiecare dispune de o percepție proprie cu privire la traumă, aceasta poate fi totuși definită ca fiind experiența unei amenințări reale sau percepute asupra vieții, asupra integrității fizice (a vătămării unor părți ale corpului, cum ar fi membrele superioare sau inferioare, sau traumatismele cranio-cerebrale) și asupra integrității psihice, inclusiv a sentimentului de sine.

Trauma poate apărea din cauza unor evenimente adverse (ostile) unice sau repetate, care amenință să afecteze (să diminueze) capacitatea unei persoane de a face față și/sau de a integra o experiență în viața sa.

Atunci când factorii de stres traumatic sunt interpersonal (premeditați, planificați și acțiunile sunt comise în relațiile apropiate), aceștia sunt mai dăunători și constituie traume complexe.

Experiența dureroasă, sau doar prezența ca martor la violența domestică, reprezintă o formă de traumă complexă și puternică.

Violența în familie poate include o serie de abuzuri care cauzează traume profunde: abuz emoțional, psihologic și economic, precum și violență sexuală și fizică. Violența domestică se întâmplă predominant între partenerii intimi și este adesea gender, comisă în principal de bărbați împotriva femeilor, dar și împotriva copiilor și a altor persoane vulnerabile.

Copiii expuși violenței la domiciliu sunt deosebit de vulnerabili, iar traumele suferite pot avea un impact profund asupra sănătății și bunăstării lor fizice, psihologice și emoționale, cu urmări pentru tot restul vieții.

Trauma din copilărie care este mediată interpersonal afectează dinamica atașamentului timpuriu. Persoanele care în copilărie observă violența în casă, care au un părinte/părinți abuzivi unul față de celălalt sau care sunt abuzați se vor confrunta cu urmări ale schimbărilor în dezvoltarea și funcționarea creierului, declanșate de această expunere traumatizantă.

Diferite studii²² și cercetările efectuate în domeniul traumei sugerează: cu cât copilul este mai mic, cu atât sunt mai dăunătoare experiențele traumatice în ceea ce privește dezvoltarea creierului. Copiii afectați pot deveni abuzivi în relațiile lor ca adulți, inclusiv în relațiile cu diverse instituții sau servicii. Modelele abuzive, inclusiv atitudinile de gen, li se par sau pot fi acceptate de ei ca fiind normalitate.

Folosirea abuzului de putere și de control, experiența trădării, a secretizării, a tăcerii, a fricii și a rușinii sunt elemente comune în familiile în care au loc abuzuri/violențe. La rândul lor, toți acești factori favorizează perpetuarea ciclurilor de violență/abuz, precum și a traumelor aferente.

Copiii sunt extrem de vulnerabili când vine vorba de traume psihologice, pe termen lung. Impactul violentei asupra copiilor este foarte diferit de cel asupra adulților, deoarece creierul și procesele cognitive ale copilului nu au ajuns încă la maturitate. Modul în care un copil face față unei experiențe stresante sau traumatice, depinde de stadiul de dezvoltare al acestuia și de nivelul său de rezistență. Este posibil ca violența fizică și psihică să lase urmări de lungă durată, probabil în toate etapele de dezvoltare. Din acest motiv, atunci când vine vorba de copii-vicime, este important să se țină cont de impactul unic al factorului de stres sau al traumei asupra copiilor în diferite etape din dezvoltarea lor cognitivă, emoțională și relațională, în scopul soluționării unui spectru cât mai larg al nevoilor copiilor.

²² <https://www.apa.org/news/press/releases/2020/08/experiencing-childhood-trauma>

În timp ce copiii ar putea răspunde inițial la traumă printr-o atitudine de tipul „lupta sau fugi”, traumele nesoluționate pe termen lung pot conduce la un răspuns prin imobilizare, urmat de disociere. Potrivit unor dovezi, în cazul fetelor există un risc mai mare de revictimizare²³ decât în cazul băieților, însă în cazul băieților sunt mai multe șanse să dezvolte un comportament agresiv, ca urmare a victimizării lor. Aceste dovezi sugerează necesitatea unui tratament diferențiat pentru băieți și fete.

Copiii și tinerii, care au fost supuși violenței interumane, în special violenței sexuale, trebuie să beneficieze de tratamente specifice individuale, într-un grup special creat (preferabil din persoane cu probleme similare), sau în cadrul familial.

Construirea unei practici informate despre traume

Atunci când o instituție este informată privind trauma, fiecare parte a sistemului său de organizare, gestionare și furnizare a serviciilor este evaluată și modificată, pentru a asigura o înțelegere de bază a modului în care traumele afectează viața persoanelor ce au nevoie de sprijin și de servicii comprehensive.

Asemenea instituții necesită o schimbare organizațională, care să se potrivească diversității ca principiu fundamental, pentru a se lua în considerare sexul, etnia, vârsta, statutul socioeconomic, cultura și alte caracteristici ale beneficiarilor.

Cu o abordare informată despre traume, o instituție:

- 1) se angajează și acționează conform principiilor fundamentale ale siguranței, credibilității, colaborării și responsabilizării;
- 2) pune în valoare și respectă toți beneficiarii, alături de alegerea, autonomia, cultura și valorile lor, creând speranță și optimism pentru viitorul victimelor, trecute prin traume extreme.

Siguranța fizică și psihologică este esențială pentru acest proces și trebuie să fie luată în considerare, înțelegându-se faptul că mulți supraviețuitori ai diferitor forme de violență și de traumă depun eforturi ca să se simtă în siguranță.

Dintre persoanele care necesită servicii focalizate pe violența în familie, unele nu s-au simțit niciodată în siguranță în relațiile și/sau în casele lor. Instituțiile prestatoare de servicii trebuie să fie locuri sigure, care să acorde prioritate înțelegerii fiecărui client în ceea ce privește siguranța, deoarece experiența repetată a trădării este comună în viața celor afectați de violență, iar încrederea se dezvoltă adesea destul de încet.

Multe persoane trecute prin traume și violență rămân în relații haotice și imprevizibile și se simt în nesiguranță în prezent, cum au fost și în trecut. Acestea

²³ <http://aleg-romania.eu/wp-content/uploads/2014/08/III.-Suport-si-prevenirea-revictimizarii.pdf>

sunt adesea cele mai vulnerabile, mai ușor de provocat, fiindu-le greu să-și controleze emoțiile.

Predictibilitatea și un sentiment de autocontrol, prin alegere și colaborare, le permit să-și gestioneze mai bine stările psihoemoționale instabile.

Este important de menționat că, după cum experiențele traumatice au un potențial de impact negativ asupra dezvoltării, structurii și funcționării creierului, așa și experiențele noi și pozitive pot ajuta la recuperarea și redresarea situației victimelor, prin modificări benefice la nivel organic și psihoemoțional.

Dat fiind că trauma inițială a apărut în contextul unor relații, tipurile de relații întâlnite în sistemele de îngrijire sunt foarte importante. În timp ce experiențele relaționale negative, inclusiv cele cu diverse instituții sau servicii, pot crea probleme emoționale și psihologice, experiențele relaționale pozitive au un potențial mare de vindecare și permit integrarea schimbărilor pozitive în creier.

Principiile-cheie²⁴ privind victimele violenței în cuplu și în familie, care stau la baza dezvoltării unei practici centrate pe traumă sunt următoarele:

- a) siguranța (fizică și emoțională);
- b) încrederea (construită în timp între supraviețuitor și prestatorii de servicii);
- c) abilitarea și dobândirea de competențe;
- d) maximizarea alegerii, luării de decizii și controlului clientului asupra vieții sale;
- e) colaborarea (partajarea responsabilităților și puterii decizionale);
- f) construirea unor experiențe relaționale pozitive;
- g) înțelegerea traumei, a prevalenței acesteia, a dinamicii și a impactului;
- h) înțelegerea complexității clientului (capacitatea lui de coping și de reziliență²⁵; contextul religios, cultural etc.);
- i) informarea personalului/prestatorilor de servicii despre experiențele traumatice – atât directe, cât și secundare (traumatizarea secundară).

Un sistem de servicii cu o perspectivă informată asupra traumei este unul în care programele, agențiile și furnizorii de servicii:

- a) efectuează examinări de rutină pentru depistarea expunerii beneficiarilor la violență/traume și identifică simptomele asociate traumei;
- b) utilizează evaluarea și tratamentul bazat pe dovezi (probe) credibile pentru stresul traumatic și simptomele asociate cu sănătatea mintală;
- c) pun la dispoziția copiilor, familiilor și altor prestatori de servicii resursele necesare privind violența (expunerea la traume), impactul, consecințele și tratamentul acestora;

²⁴ <https://www.blueknot.org.au/Home/Front-Page-News/ID/46/Trauma-informed-Practice-in-Domestic-and-Family-Violence-Services>.

²⁵ Reziliența psihologică semnifică un anumit tip de rezistență psihică, și anume puterea (capacitatea) de a înfrunta sentimentele și gândurile asociate cu situațiile dificile prin care trecem.

- d) se angajează în eforturile de consolidare a factorilor de reziliență și de protecție a familiilor afectate de violență și vulnerabile la traume, în special a copiilor;
- e) tratează trauma, precum și impactul traumei asupra întregului sistem familial;
- f) subliniază continuitatea îngrijirii și colaborării între sistemele de servicii pentru supraviețuitori, în special pentru copii;
- g) mențin un mediu de îngrijire a personalului care să abordeze, să minimizeze și să trateze stresul traumatic secundar și să sporească rezistența personalului la stres și la traumele suferite de către beneficiari.

În concluzie, avantajele unui sistem informat cu privire la traume sunt multiple nu numai pentru beneficiari (victime ale diferitor forme de violență, inclusiv violența domestică și de familie), dar și pentru personal, precum și pentru organizații.

Având în vedere că violența domestică este traumatizantă și că multe persoane implicate în relații violente ar putea avea și o istorie a traumelor din copilărie, toate serviciile care lucrează cu supraviețuitorii violenței domestice trebuie să fie informate/instruite cu privire la traume și la asistența acordată persoanelor care au suportat traume extreme.

Un sistem informat în privința traumelor, centrat pe copii și familii, este unul în care toate părțile implicate recunosc și răspund la impactul stresului traumatic asupra tuturor celor care au contact cu sistemul, inclusiv copiii, îngrijitorii și prestatorii de servicii²⁶.

Programele și agențiile dintr-un astfel de sistem acordă suport prin cultura, practicile și politicile lor organizaționale pentru conștientizarea traumelor, asigură cunoștințe și abilități legate de asistența victimelor.

²⁶ Sursa: National Child Traumatic Stress Network [<https://www.nctsn.org>].

În timp ce violența poate avea consecințe devastatoare pentru sănătate, este important să recunoaștem că apariția și manifestarea simptomelor fizice și psihice, diferă și depinde de răspunsul individual la traumele suferite. Oamenii reacționează diferit la evenimente traumatizante, inclusiv la diferite forme de violență. De asemenea, capacitățile de recuperare pot fi diferite.

În unele cazuri, când examinarea medicală și investigațiile diagnostice necesare se efectuează cu mult mai târziu după traumă, când se instalează simptomele cronice, este mult mai dificil de identificat consecințele diferitor forme de violență și de elaborat un plan eficient de reabilitare.

Pe de altă parte, prin natura lor, simptomele psihologice pot persista o perioadă mai mare de timp și pot avea, de asemenea, un rol important în documentarea cazurilor și acumularea dovezilor de violență.

Consecințele fizice ale diferitor forme de violență

În funcție de formele de abuz, consecințele pot fi diferite. În corelare cu acestea, metodele de violență și abuz pot fi repartizate în câteva categorii mari, definite **prin acțiuni care provoacă**:

- a) durere puternică, insuportabilă și chinuitoare;
- b) epuizare (fizică sau psihoemoțională) extremă;
- c) frică intensă, depresie și anxietate severă;
- d) schilodire sau invaliditate pe viață;
- e) moartea imediată.

Consecințele fizice sunt urmările directe ale atacurilor și violenței fizice (inclusiv traumatisme, fracturi, contuzii, plăgi, anchiloze ale diferitor articulații afectate), care trebuie să fie identificate și documentate în procesul reabilitării. Știința medicală este în continuă dezvoltare și astăzi există metode și tehnologii de diagnosticare avansate, care pot detecta urmele și efectele fizice chiar și peste ani după traumele suferite.

Consecințele fizice ale violenței pot afecta toate sistemele de organe. De regulă, unele urmări ale traumelor suferite se manifestă acut, în timp ce pentru altele sunt tipice evoluțiile cronice.

De-a lungul timpului, în anumite sisteme de organe, simptomele și manifestările fizice pot varia. În cele mai dese cazuri, simptomele psihosomatice și neuro-

logice au o evoluție cronică. Simptomele sistemului musculo-scheletic sunt, de obicei, prezente în ambele faze – de manifestări acute și cronice.

Gravitatea și localizarea anatomică a unor leziuni, pot indica la o acțiune specifică de violență și sporesc probabilitatea unei diagnosticări corecte pentru tratament și acumulării dovezilor fizice de violență, pentru acces la justiție. Dar deseori aceste leziuni nu lasă urme vizibile și sunt mai dificil de documentat la o evaluare superficială.

De exemplu,

- 1) **traumele cranio-cerebrale** (apărute în urma bătăilor cu lovituri la cap), care deseori duc la pierderea cunoștinței, nu lasă urme vizibile și ar putea fi trecute cu vederea. Dar este foarte important să fie investigate și documentate pentru diagnosticul clinic al disfuncțiilor organice ale creierului, care apar mai târziu și necesită tratament de durată, în cure repetate.
- 2) **Sugrumarea** este una dintre formele cele mai severe ale violenței fizice (deseori trecute cu vederea), iar primul organ care suferă de lipsa de oxigen, este creierul. Consecințele hipoxiei în cazul sugrumării depind de puterea și de durata acțiunii, dar sunt periculoase pentru victime atât în momentul impactului, cât și peste mult timp după acțiunea de violență. Consecințele imediate ale hipoxiei se pot declanșa gradual:
 - a) în primele 15 secunde există o stare de activitate cerebrală sporită, cu agitație psihomotorie, respirație accelerată, tahicardie, transpirație excesivă și lipicioasă;
 - b) dacă acțiunea de strangulare continuă, se poate dezvolta deprimarea sistemului nervos central, însoțită de simptome de hipoxie cerebrală, cum ar fi: amețeli, încețoșarea conștiinței, slăbiciune generală, dereglări de vedere și de auz, moleșeală;
 - c) ulterior victima poate pierde definitiv starea de conștiință și intră în comă, deoarece lipsa de oxigen duce la apariția zonelor de leziuni masive ale creierului. Este grav că procesele ireversibile evoluează cu fiecare secundă;
 - d) după 3-4 minute de strangulare, poate surveni încetarea funcției cerebrale (moartea cerebrală), după care se oprește inima și respirația. În marea majoritate a cazurilor, sugrumarea (strangularea) violentă, puternică și de durată, se încheie în mod fatal, excepție fiind cazurile în care victima este resuscitată imediat.

Cele mai frecvente consecințe tardive ale hipoxiei cerebrale, sunt:

- a) cefalee repetată, grețuri, amețeli;
- b) dereglări ale vorbirii, ale auzului și ale funcției vizuale;
- c) reducerea eficienței mintale, dificultăți de concentrare;

- d) deteriorarea progresivă a memoriei, cu risc de a ajunge chiar și la demență;
- e) dereglări de coordonare a mișcărilor;
- f) astenie și oboseală rapidă (fatigabilitate);
- g) stări afective (în special: instabilitatea dispoziției, plâns frecvent, depresii, labilitate emoțională, irascibilitate);
- h) dificultatea de a adormi pe timp de noapte, însoțită de somnolență în timpul zilei.

O atenție deosebită în asistența cazurilor necesită și **violența sexuală**, soldată și cu traumatisme ale organelor genitale, care pe termen lung sunt asociate deseori cu sechele grave și disfuncții sexuale. De exemplu, ruptura perineală posttraumatică la femei (care poate avea loc în timpul nașterii) este o afecțiune frecvent întâlnită și în urma abuzurilor sexuale. Multe dintre aceste leziuni sunt trecute cu vederea la documentarea cazurilor de violență sexuală și din cauză că traumele pot implica doar structurile superficiale, care se vindecă spontan prin îngrijire locală. Atunci când leziunile tisulare se extind la structurile profunde, când se afectează vascularizația anatomică sau integritatea perineului, sunt necesare și intervenții chirurgicale. Dar medicii chirurghi care le tratează, nu corelează întotdeauna traumatismele perineale, cu circumstanțele traumelor suferite de către femeile asistate.

Medicii care sunt implicați în asistența victimelor, pe lângă procesul de reabilitare și tratamente, pot asigura o documentare minuțioasă a violenței, cu emiterea de rapoarte medicale și constatări, care pot fi utilizate în procesul de judecată pentru o asistență legală eficientă a victimei.

Documentarea violenței trebuie să fie parte a serviciilor acordate în cadrul centrelor de sprijin pentru femei și de reabilitare a victimelor diferitor forme de violență, în cooperare cu instituții medicale de profil (naționale sau teritoriale), cu asigurarea efectuării unor evaluări și investigații diagnostice necesare.

Dovezi ale diferitor forme de violență pot include:

- a) constatări medicale: este important ca victima să se adreseze la medici specialiști, la experți medico-legali, precum și să solicite certificate medicale, rapoarte medicale și concluzii ale medicilor care au oferit sau care au refuzat să ofere asistență;
- b) constatări psihologice: este important de a obține o evaluare psihologică efectuată de către specialiști care au experiență de lucru cu victimele violenței și traumelor extreme;
- c) rezultatele investigațiilor diagnostice (de laborator, imagistice, instrumentale);
- d) relatările martorilor, cu adoptarea măsurilor de securitate și protecție pentru ei.

Orice persoană care intenționează să depună o declarație pentru un caz de violență trebuie să înțeleagă rolul dovezilor medicale, dificultățile asociate, precum și măsurile necesare pentru a asigura aceste date atunci, când nu există nicio posibilitate de a trimite victima la un expert medico-legal pentru a efectua examinările necesare.

Consecințele psihologice ale violenței

Consecințele psihologice ale violenței, sunt răspunsuri psiho-emoționale la evenimentele traumatice suferite, însoțite și de reacții fiziologice. Ele pot fi **imediate sau tardive** și se manifestă în toate sferile psihicului, cum ar fi cea cognitivă, afectivă, comportamentală sau relațională.

Consecințele psihologice imediate pot include:

1) Tulburări cognitive, manifestate prin:

- a) sindromul mental acut (victima poate deveni confuză, dezorientată, se concentrează cu greu, nu poate utiliza experiența precedentă, sau poate fi în dependență deplină de agresor);
- b) pierderea simțului realității (lumea interioară a victimei este transformată rapid într-un haos. Persoana este adusă la starea de a crede că și-a pierdut controlul asupra vieții sale, devine confuză, apare frica de a-și pierde rațiunea și multe alte simptome).

2) Tulburări emoționale și reacții psihologice, manifestate prin:

- a) stări de anxietate, teamă, frică, neliniște și vigilență excesivă, sentimente de pericol iminent;
- b) stări depresive, care pot ajunge până la tentative de suicid, deoarece viața pare lipsită de sens;
- c) sentimente de vinovăție și rușine, care apar îndeosebi în urma tehnicilor de constrângere și a situațiilor de imposibilă alegere;
- d) sentimente de umilință și imagine de sine distorsionată, ca urmare a dependenței complete a victimei de agresori;
- e) sentimentul de neputință (indusă de pierderea controlului asupra vieții sale, de imposibilitatea de a schimba ceva, de a ajuta pe alții).

Consecințele psihologice tardive pot include:

1) Simptome cognitive:

- a) dificultăți de concentrare a atenției și de memorizare;
- b) amnezie psihogenă (incapacitatea de a-și aminti unele aspecte importante ale traumei);

- c) lipsa integrării cognitive a evenimentului traumatic;
- d) perceperea și interpretarea unor situații neutre sau inofensive, ca pe un eventual pericol;

2) Simptome afective, cum ar fi:

- a) stări de iritabilitate, ajungând până la accese de furie;
- b) disconfort intens la confruntarea cu evenimente asociate cu experiența traumatică;
- c) stări de anxietate, incapacitatea de a se relaxa; Stările de anxietate sunt însoțite de un comportament specific de evitare. Încercând să scape de situațiile generatoare de anxietate, victimele obțin o diminuare temporară a acesteia, dar ca urmare își mențin frica față de ceea ce declanșează comportamentul de evitare;
- d) reducerea gamei reacțiilor emoționale; anestezie emoțională;
- e) diminuarea capacității de răspuns afectiv;
- f) labilitate emoțională; dispoziție depresivă, tristețe; sentimente de culpabilitate și vinovăție.

3) Manifestări comportamentale:

- a) evitarea situațiilor care determină rememorarea evenimentelor traumatiche;
- b) scăderea interesului față de activități importante și sarcini zilnice;
- c) schimbări ale stilului de viață sau ale locuinței (inclusiv dezordine în lucrurile personale);
- d) călătorii neașteptate departe de casă sau asumarea unor identități noi;
- e) impulsivitate și episoade de agresivitate imprevizibilă;
- f) abuz de substanțe psihoactive (medicamente, alcool, droguri);
- g) tentative de autovătămare corporală;

4) Simptome din sfera relațională:

- a) detașare, înstrăinare și izolare de alte persoane;
- b) deteriorarea relațiilor cu cei apropiați;
- c) afectarea capacității de exprimare a sentimentelor de tandrețe și intimitate;
- d) evitarea unor dezvăluiri personale, determinate de lipsa de încredere în alte persoane și/sau de teama de a fi respins. Persoana se simte amorțită, împietrită, evită relațiile emoționale cu alți oameni. Ea poate avea o aparență rece, distantă, lipsită de afecțiune. În acest context, relațiile membrilor familiei, prietenilor, colegilor de serviciu ajută la stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice;

5) Reacții fiziologice, cum ar fi:

- a) dificultăți la instalarea sau menținerea somnului;
- b) tremur muscular, transpirații, ascensiuni ale tensiunii arteriale;
- c) creșterea frecvenței ritmului cardiac și respirator;
- d) diminuarea secreției salivare (xerostomie/ gură uscată).

Consecințele sociale ale violenței

Deoarece ființa umană se dezvoltă continuu pe patru dimensiuni mari: bio-psiho-socio-culturală, orice problemă de adaptare, apărută în urma traumelor suferite, le poate afecta pe toate, în proporție diferită și variabilă.

Violența domestică este o problemă de sănătate fizică și mentală a persoanei, dar este în același timp și o problemă de sănătate socială (Stark, Flitcraft, 1996²⁷).

Toate tipurile de servicii psihosociale: **caritate, prevenire, reabilitare și sprijin**, funcționează și sunt incluse primordial în planul de intervenție pe caz, în funcție de nevoile victimelor, dar și de resursele comunității (Hartman, Laird, 1983²⁸).

Într-o comunitate lipsită de servicii de prevenire a violenței și de sprijin al victimelor, ar putea funcționa serviciile de caritate și cele nespecifice de reabilitare, adaptate situației, cum ar fi și serviciile medicale generale, ca urmare a cunoașterii importanței și a gravității fenomenului. Dar în Republica Moldova situația e încă alarmantă și e nevoie de a acoperi toate problemele legate de fenomenul violenței în familie și a VBG.

Serviciile oferite victimelor violenței în bază de gen, pot fi diferențiate, după cum urmează:

- a) Programe de reabilitare, care includ: servicii medicale, psihologice, sociale și juridice, ca un răspuns comprehensiv la problemele complexe;
- b) Cercul de sprijin, care se constituie în jurul victimei, pentru a o ajuta în procesul de reabilitare. Cercul de suport poate fi format din: rude, prieteni, colegi, profesioniști din diferite domenii, care sunt preocupați de violența în bază de gen;
- c) Rețele de sprijin, acțiuni de caritate, sau alte activități, care au la bază compasiunea umană, empatia și dorința de a veni în ajutor victimelor;
- d) Proiecte și programe de prevenire, elaborate în sprijinul victimelor violenței în familie și VBG.

²⁷ <https://www.deepdyve.com/lp/sage/stark-evan-and-anne-flitcraft-1996-women-at-risk-domestic-violence-and-ynt569o22x?key=sage>

²⁸ **Family-Centered Social Work Practice.** By Ann Hartman and Joan Laird. New York: Free Press, 1983

Pentru o asistență eficientă și documentarea minuțioasă a cazurilor, este important de conștientizat, că în urma violenței suferite, în viața victimelor survin schimbări majore, sub mai multe aspecte:

1) La nivel social (*comunitate, societate*):

- a) etichetare, care are un impact negativ pe termen lung sau scurt asupra statutului victimei și a familiei acesteia;
- b) interes redus față de activitățile sociale;
- c) izolare, schimbarea stilului de viață;
- d) pierderea sau părăsirea locului de muncă (deseori din cauza stării de sănătate și a multiplelor concedii medicale).

2) La nivel educațional (*studii, învățarea lucrurilor noi, auto-instruire*):

- a) diminuarea șanselor de reintegrare socială și profesională;
- b) întreruperea și nefinalizarea studiilor;
- c) Reducerea creativității (lipsa de activități creative, de relaxare sau a unui hobby).

3) La nivel personal:

- a) neîncrederea în propria persoană, anxietate, fobii, suspiciune;
- b) sentiment de inutilitate și teama că nu va putea face față lucrurilor simple, de rutină;
- c) dificultăți în activitățile cotidiene (de a se ridica din pat, a se spăla, a se îmbrăca, a mânca, a face cumpărături etc.);
- d) probleme de sănătate mai grave decât le au de obicei persoanele de această vârstă;
- e) lipsa motivației de a face ceva util sau de a începe ceva nou;
- f) dorința de a se răzbuna sau ură față de agresor.

4) În relația cu partenerul, cu familia și copiii, deseori victimele:

- a) încep să mintă, pentru a se proteja pe sine și pe copii;
- b) devin distante;
- c) își pierd interesul sexual;
- d) se simt inadecvate ca mame, neajutorate și vinovate de soarta copiilor;
- e) ar putea deveni agresive cu copiii;
- f) merg rar în vizite la rude și prieteni;
- g) nu conștientizează că și copiii lor sunt victime, nu numai martori, în timpul actelor de violență.

În concluzie, nu numai cicatricile, durerea fizică sau suferințele persistente, dar și consecințele sociale pot reaminti victimei, în mod constant, despre evenimentele traumatice pe care le-a trăit. Astfel, victimele pot intra într-un cerc vicios, în care traumele revin și le provoacă trăiri profunde și anxietate, chiar și la mult timp după traumă.

Toate aceste aspecte necesită o abordare comprehensivă și complexă în procesul de asistență, documentare și reabilitare a victimelor violenței în bază de gen.

Tulburarea de stres posttraumatic

Starea de stres este periculoasă prin faptul că poate provoca o serie întreagă de afecțiuni organice sub formă de boli cardiovasculare, neurologice, digestive, alergice, imune și altele. Ca să nu mai vorbim de faptul că performanța, activitatea de viață și creativă, scade brusc. Iar simptome tipice de stres, cum ar fi: pasivitate, insomnie sau alte probleme de somn, iritabilitate sau nemulțumire față de toată lumea, nu întârzie să se manifeste, aparent fără vreun motiv anume. Nu este firesc să ne punem întrebarea: este posibil de făcut ceva cu toate acestea? Este posibil să se evite stresul?

Răspunsul la ultima întrebare ar trebui să fie, desigur, unul negativ. În general, stresul nu poate fi evitat din cauza naturii sale reflectorii. Acesta generează o reacție automată a organismului, la situații dificile sau negative. Astfel de reacții prezintă mecanisme biologice naturale și de protecție - o metodă pur naturală de adaptare a ființei umane la mediul aflat în continuă schimbare. Distrugerea acestor reacții, înseamnă stingerea vieții și transformarea omului într-o ființă insensibilă la stimuli externi.

În principiu, starea de stres, este una dintre reacțiile umane normale și este de fapt o componentă inerentă a vieții. Stresul²⁹ reprezintă orice tensiune apărută în organismul uman, mai mult sau mai puțin pronunțată, asociată cu activitatea sa vitală. Prin urmare, problema nu constă în apariția stării de stres, dar în manifestarea și în „cantitatea” lui, care poate trece în „calitate” (efect negativ).

După mecanismul său de acțiune asupra ființei umane, stresul poate fi divizat în următoarele tipuri:

- i. **Stresul sistemelor**, care reflectă preponderent tensiuni ale sistemelor biologice. Acestea sunt cauzate de intoxicații, inflamații, traume, vânătași și alte probleme sau tulburări de integritate ale organelor și țesuturilor;
- ii. **Stresul psihic**, provocat de orice fel de influențe externe, care implică în reacția de răspuns sfera emoțională;

²⁹ din engleză, stress - presiune, apăsare

iii. **Stresul post-traumatic**, care este o formă specială a răspunsului general la stres. Când stresul supra-încarcă capacitățile psihologice, fiziologice sau adaptive ale organismului și distruge capacitățile de apărare, acesta devine traumatic, și anume, cauzează tulburări psihologice. Nu orice eveniment poate provoca stresul traumatic. Dar trebuie de reținut, că răspunsul la traumă este unul individual și imprezizibil în unele cazuri, cum ar fi: fragilitate fizică (persoană mai delicată, gingașă, plăpândă); labilitate psihoemoțională (plânge des, se destabilizează ușor); traume suprapuse (inclusiv traume din copilărie); alte patologii sau probleme de sănătate fizică și mentală, precum și vârsta (prea tânăr/ copil sau persoană de vârstă înaintată).

Stresul post-traumatic apare în rezultatul unei interacțiuni specifice a ființei umane cu lumea înconjurătoare. Aceasta este o reacție normală, la împrejurări neobișnuite, atipice sau anormale.

Trauma psihică se poate întâmpla dacă:

- a) un eveniment care a avut loc, este conștientizat. Adică persoana știe ce s-a întâmplat cu ea și din ce cauză starea sa psihologică a fost deteriorată;
- b) o experiență traumatică cu un impact puternic, distruge modul său de viață.

Tulburarea de stres posttraumatic (TSPT sau PTSD³⁰) este una dintre cele mai complexe și mai severe tulburări legate de traumă. Abia în 1980 a fost recunoscut faptul că evenimentul traumatizant poate genera consecințe grave, pe termen lung. În mod obișnuit, când este vorba de frică, persoana se teme de ceva real. Frica este o emoție normală, care ne pregătește pentru a face față pericolului. Dificultățile apar atunci, când oamenii simt o neliniște și frică intensă, fără să existe o amenințare reală.

Spre deosebire de alte tulburări anxioase, în cazul TSPT, evenimentul amenințător a avut deja loc. Întrebarea care apare este: *de ce oamenii continuă să se comporte așa, ca și cum un eveniment trecut ar fi un eveniment iminent? Adică, s-ar putea repeta din nou?*

³⁰ În engleză PTSD (Post Traumatic Stress Disorder).

SUBSTRATUL NEUROLOGIC-ENDOCRIN AL TSPT

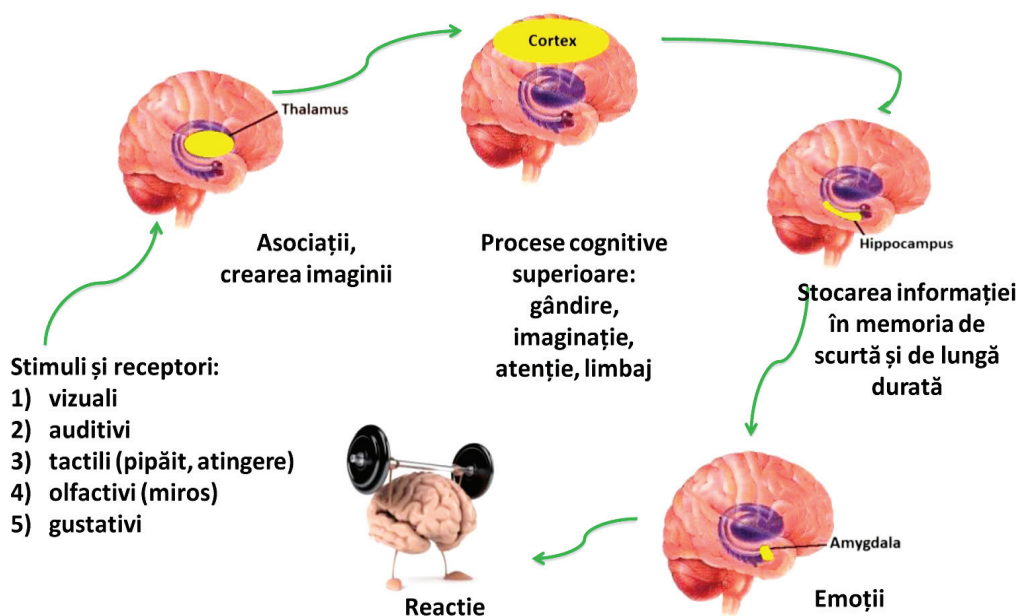
Trauma determină modificări biochimice în creierul și în corpul persoanei afectate. Există un set distinct de modificări la nivelul hipotalamo-hipofizar și la nivel de neuromediatori.

Situația de stres major la care este expusă persoana, provoacă o secreție excesivă de adrenalină în organism. În consecință, se formează căi neurologice de transmitere puternice, care implică amigdala cerebrală, o formațiune specială din creier, responsabilă de memorizarea reacțiilor emoționale.

În timpul reacțiilor de frică, stimulii senzoriali, ajungând la amigdală, formează asocieri cu evenimentul traumatizant. Ulterior sinapsele afectate reacționează automat la orice stimul pe care persoana îl asociază cu trauma. Aceste căi pot persista mult timp după eveniment, determinând persoana să fie extrem de sensibilă și să reacționeze exagerat în anumite situații.

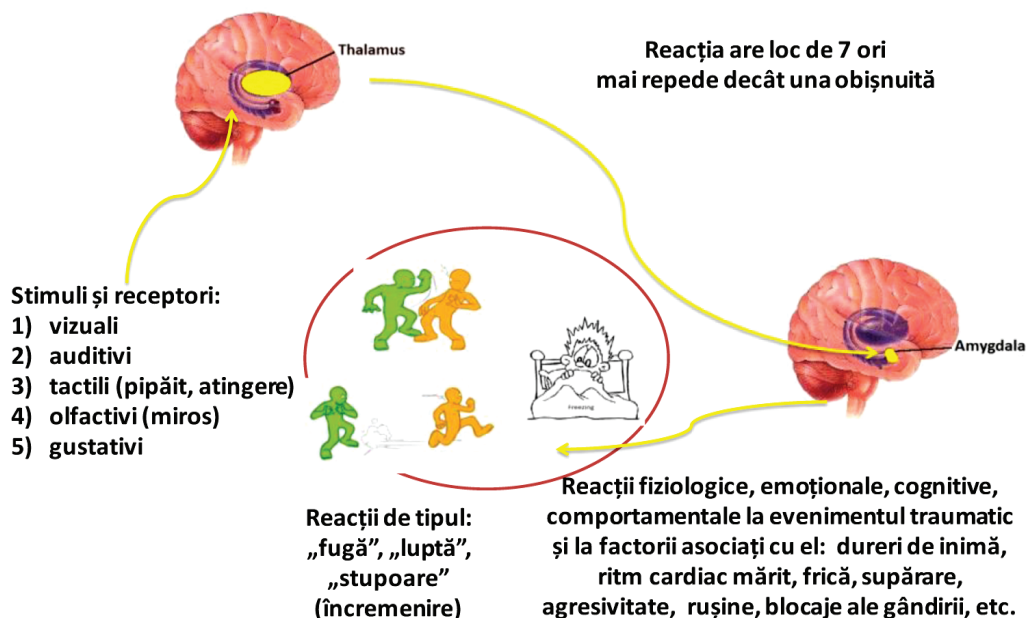
În schemele de mai jos³¹ se pot observa modificările apărute în urma unor traume extreme, cum ar fi și experiența traumatizantă sau expunerea la violență, în comparație cu reacțiile obișnuite la diferiți stimuli din mediul extern.

1) Reacție obișnuită la un stimul extern:



³¹ Elaborate de echipa RCTV Memoria, din materialele informative și educative primite de la colegii de la CVT (www.cvt.org), în cadrul proiectului "Partners in trauma healing" - <https://www.cvt.org/partners-trauma-healing>

2) Reacția la o trauma extremă și reacțiile post-traumatice la stres:



CAUZELE ȘI MECANISMELE APARIȚIEI STRESULUI POST-TRAUMATIC

Psihologul american D. Yalom³² a propus ca toate problemele psihologice ale stresului traumatic, să fie examinate prin prisma analizei morții, libertății, izolării, lipsei de sens. În situația traumatică, aceste poziții nu mai sunt abstracte, dar devin obiecte de trăiri absolut reale. De exemplu, moartea capătă pentru o persoană, un sens dublu: a) poate fi martor la moartea altor persoane (prieteni, străini, rude, prieteni) sau, b) se confruntă cu probabilitatea propriului sfârșit fatal (moartea).

În viața obișnuită, persoana posedă o apărare psihologică, care-i permite să trăiască cu gândul, că la un moment dat, nimic nu va mai conta. Această protecție acționează în baza a 3 iluzii distincte: 1) iluzia propriei nemuriri, 2) iluzia corectitudinii (echității, justiției) și 3) simplitatea orânduirii lumii întregi.

Aceste iluzii nu se formează dintr-o dată, dar sunt foarte stabile - mulți oameni nu-și pot imagina că într-o zi trebuie să moară.

Iluzia propriei nemuriri ar fi ceva de genul: „Ar putea muri cineva acum, dar nu eu”. Iar prima situație de traumă extremă, pune persoana față în față cu realitatea. La un moment dat, pentru prima dată în viața sa, cineva este forțat să înțeleagă că ar putea muri. Pentru majoritatea oamenilor, o astfel de revelație poate schim-

³² Irvin David Yalom – psiholog și psihoterapeut american, profesor de psihiatrie la Universitatea Stanford.

ba dramatic lumea din jur. Dintr-o lume confortabilă și protejată, persoana ajunge în altă dimensiune, plină de accidente, pericole sau situații fatale.

Iluzia corectitudinii (echității, justiției) ar putea însemna ceva de genul: „*Toata lumea să primească după merite*”. Această iluzie este foarte frecventă și persistentă. Una dintre variantele sale: „*Dacă fac bine pentru oameni, atunci se va întoarce la mine*”.

Situația traumatică demonstrează imediat și destul de clar irealitatea iluziei de corectitudine (echitate, justiție) și a simplității orânduiri lumii întregi. Aceasta descoperire este de multe ori un adevărat șoc pentru oameni, deoarece devalorizează toate eforturile și distruge scutul de protecție al individului.

MECANISMELE DE APARIȚIE ALE STRESULUI POST-TRAUMATIC

O persoană care a trecut printr-o traumă extremă, își spune de multe ori în sine sa: „*Eu încerc să uit ce mi s-a întâmplat*”, „*Eu am nevoie să mă adun, trebuie să mă calmez, să mă distrag și atunci totul va fi uitat*”. Adică, persoana încearcă să procedeze în așa mod, încât trauma să nu-i mai provoace durere emoțională, să scape de gândurile și experiențele dureroase, fără a schimba ceva în sine. De fapt, persoana parcă ar încerca să îndepărteze de sine experiențele dureroase, plasându-le, relativ vorbind, într-un ”container”.

În timp, într-un astfel de ”container” se stochează experiențe și trăiri extrem de negative, distructive și traumatice, cum ar fi: furie, vinovăție, frică și altele. Aceste sentimente sunt extrem de încărcate energetic. Prin urmare, în interiorul ”containerului” se acumulează energie distructivă, care nu a găsit eliberare în momentul traumei.

Persoana trecută printr-o experiență traumatică se teme cel mai mult de repetarea emoțiilor extrem de puternice și distructive. Dar aceste emoții deja au apărut și sunt stocate cu ”grijă” într-un ”container”, din care nu au ieșire liberă. În cazul în care emoțiile reușesc să iasă, persoana pierde de obicei auto-controlul. Știind acest lucru, ea trebuie să facă eforturi enorme, astfel încât ”containerul” să nu se deschidă și să nu permită izbucnirea emoțiilor distructive și extrem de puternice.

Păstrând un asemenea ”container”, de cele mai multe ori, persoana poate părea (atât pentru sine cât și pentru alții) destul de prosperă și sănătoasă, deoarece la prima vedere rana sufletească este vindecată și se pare că nu mai amintește de sine. Cu toate acestea, dacă apare ceva care seamănă cu situația traumatică (miros, sunet, anumite persoane, sau locație), toate trăirile pot reinvia instantaneu, iar persoana din nou și din nou este forțată să se scufunde undeva, unde cel mai mult nu și-ar dori să ajungă.

Atunci când cineva simte că sentimentele l-au copleșit mult peste puterile sale, are loc ”o golire necontrolată a containerului”, iar pentru alții el/a pare schimbat/ă

foarte mult și chiar necumpătat/ă. În asemenea momente, se pot comite acțiuni ireversibile, de care în viitor va regreta. Prin urmare, în încercarea de a proteja "containerul" său, persoana este obligată să fie atentă în permanență, pentru a evita orice detaliu care ar putea să-i reamintească situația traumatică. Dar aceste eforturi sunt extrem de obositoare și necesită un consum mare de energie.

Cu trecerea timpului, păstrarea „containerului” necesită tot mai multă energie și se poate întâmpla ca toată energia persoanei va începe să se consume pentru aceasta, epuizând psihicul. Prin urmare, pot apărea inevitabil asemenea probleme, cum ar fi: oboseală, insomnie, iritabilitate, tulburări de atenție sau de memorie. Identitatea persoanei este afectată grav, într-o luptă istovitoare cu sine însuși.

Pe de altă parte, "containerele" au tendința de a fuziona. De exemplu, dacă cineva a fost neglijat sau abuzat în copilărie, iar mai târziu a trecut prin violență sau alte experiențe traumatice, trăirile emoționale fuzionează și generează o traumă psihologică mai mare, multidimensională și formată din mai multe componente, care are la bază ideea că toți oamenii din anturajul lui sunt dușmani sau îi vor răul. Este foarte important să înțelegem acest lucru, când inițiem un program de reabilitare pentru victime. Este important și în aspect juridic, deoarece de foarte multe ori, cei care investighează cazul (polițiștii), se focalizează doar pe "episodul actual", ignorând traumele anterioare.

Dacă apărarea psihologică a "containerului" este suficient de puternică, atunci tot stresul emoțional va merge în interior, provocând un impact negativ asupra sănătății fizice. În acest caz, apar așa-numitele tulburări psihosomatice sub forma de patologii și tulburări în diferite sisteme ale corpului. Prin urmare, persoanele care au suferit traume psihice, au adesea probleme grave de sănătate fizică. În același timp, devine relevantă legătura dintre problemele somatice și tipul traumei suferite.

La persoanele cu tulburarea de stres post-traumatic, pot apărea o serie de simptome clinice, precum și alte consecințe ale traumelor suferite:

- 1) **Hipervigilență** (vigilență și atenție sporită, excesivă). Persoanele urmăresc minuțios tot ce se întâmplă în jur, ca și cum ar fi permanent în pericol. Dar acest pericol nu este numai extern, ci și intern: teama că experiența traumatică nedorită, care are o forță distructivă, ar putea străbate prin conștiință. Destul de des, astfel de vigilență se manifestă sub formă de încordare fizică permanentă, ceea ce nu-i permite persoanei să se relaxeze, să muncească, sau să se odihnească și poate crea o mulțime de probleme. În primul rând, menținerea unui nivel ridicat de vigilență, necesită în permanență o concentrare intensă și o cantitate mare de energie. În al doilea rând, persoana începe să creadă că aceasta este problema lui principală și că totul va fi bine, îndată ce tensiunea se va reduce sau se va putea relaxa. De fapt, tensiunea fizică poate îndeplini cumva funcția de apărare, deoarece protejează conștiința noastră. Și nu se

poate de eliminat apărarea psihologică, până când nu se reduce intensitatea emoțiilor. Când se întâmplă acest lucru, încordarea fizică trece de la sine.

- 2) **Agresivitatea.** Dorința de a rezolva problema prin violență sau într-un mod mai dur. Deși, se poate recurge mai mult la aplicarea forței fizice, nu se exclude agresiunea mentală, emoțională și verbală. Cu alte cuvinte, atunci când vor să obțină ceva, persoanele traumatizate au tendința de a folosi presiune asupra altora, chiar dacă obiectivul nu este vital. Adică, actul de agresiune poate fi fără un scop anume.
- 3) **Răspuns sau reacție exagerată.** La cea mai mică situație neașteptată, persoana ar putea face o mișcare rapidă (tresare puternic, se întoarce brusc și poate lua rapid o poziție de luptă, atunci când cineva se apropie din spate; poate să o ia la fugă sau să țipe puternic.).
- 4) **Aplatizarea emoțiilor (amorțea emoțională).** Există situații în care unele persoane au pierdut total sau parțial capacitatea de ași arăta sau exprima emoțiile. În asemenea cazuri, apar dificultăți în stabilirea relațiilor apropiate sau de prietenie, iar persoanele traumatizate nu cunosc, sau le este greu să trăiască bucuria, dragostea, entuziasmul creativității, spontaneitatea și alte stări plăcute, care au devenit o normalitate pentru alții. Multe persoane care au supraviețuit unor evenimente traumatice extreme (violență, tortură), unor situații de război sau altor pierderi grave, se plâng că după ce au trecut prin perioade dificile, le-a devenit mult mai greu să se bucure de viață și să trăiască aceste sentimente frumoase. Mai ales dacă traumele au fost legate de sexualitate sau au apărut ca urmare a violenței în bază de gen sau abuzului sexual.
- 5) **Accese (explozii) de furie,** care nu sunt ușor de controlat. Astfel de accese apar de multe ori pe neașteptate, fiind declanșate de orice factor stresant. Unele accese pot apărea sub influența alcoolului sau a altor substanțe, chiar și în cantități mici.
- 6) **Dereglări de memorie și tulburări de concentrare.** În anumite circumstanțe, orice persoană poate avea dificultăți, atunci când este necesar să se concentreze sau să-și amintească ceva, chiar dacă în alte cazuri se descurca foarte bine. Dar este suficient să apară un anumit factor de stres și capacitatea de a se concentra dispare foarte repede.
- 7) **Depresia.** Într-o stare de stres post-traumatic, depresia poate ajunge la cele mai întunecate și sumbre adâncuri ale disperării umane, când se pare că totul este inutil și lipsit de sens. Aceste sentimente de depresie, sunt însoțite de epuizare nervoasă, apatie și atitudine negativă față de viață, precum și de utilizare frecventă sau necontrolată de droguri sau alcool.

- 8) **Anxietate generală**, care în sfera psihică se manifestă adesea sub formă de neliniște constantă, teamă, îngrijorare sau chiar fenomene "paranoice". În sfera emoțională, anxietatea generală se manifestă sub formă de emoții puternice, sentimentul constant de frică, neîncredere în sine, complex de vinovăție, precum și altele. La nivel fiziologic, se pot declanșa adesea dureri cronice - dureri de spate, de cap, crampe stomacale și alte suferințe.
- 9) **Abuzul de droguri sau substanțe medicamentoase**. În încercarea de a reduce intensitatea simptomelor post-traumatice, mulți pacienți fac abuz de tutun, alcool sau de alte substanțe, inclusiv medicamente. Pe de altă parte, mai există alte două grupuri de pacienți: a) cei care acceptă numai medicamentele prescrise de medicul său și b) cei care nu iau niciun fel de medicamente. Dacă unele persoane devin dependenți de medicație, altele se tem de acțiunea medicamentelor sau de posibilele reacții la orice substanță farmacologică.
- 10) **Amintirile intrusive** se caracterizează prin faptul că în memorie apar brusc scene de groază și gânduri încurcate, asociate cu evenimentul traumatizant. Aceste amintiri pot apărea atât în timpul somnului, cât și în timp ce este treaz, atunci când mediul este oarecum similar cu ceea ce s-a întâmplat în timpul evenimentului traumatic: miros, imagine, sunete, zgomote, lumină etc. Asupra psihicului năvălesc multe imagini vii din trecut, care provoacă un stres puternic. Poate că acesta este cel mai important simptom, care permite de a vorbi despre semne de tulburare de stres post-traumatic (PTSD). Amintirile intrusive post-traumatice sunt însoțite de sentimente puternice de teamă și anxietate, atât în vise (coșmaruri), cât și în realitate.

De obicei, dar nu întotdeauna, visele sunt asociate cu evenimente traumatice concrete și sunt de două tipuri:

- a) Când evenimentele traumatice sunt reproduse exact așa cum s-au imprimat în memoria supraviețuitorului;
- b) contextul și personajele pot fi foarte diferite, dar unele elemente (persoane, situații, sentimente) sunt similare cu cele din evenimentul traumatizant.

După un asemenea vis, despre care de multe ori nu-și amintește, pacientul se trezește cu o stare de spirit proastă, obosit, cu mușchii tensionați sau foarte transpirat.

- 11) **Transpirația nocturnă** este uneori privită din punct de vedere medical, ca un simptom independent de stres post-traumatic, ca o reacție la visul trăit prin somn. Indiferent de faptul dacă visul rămâne imprimat în memorie sau nu, mulți pacienți și familiile lor spun că în timpul somnului ei se agită în pat, gemând, plângând, sau se trezesc cu pumnii încleștați, ca și cum fiind gata de luptă/apărare. Astfel de vise sunt de multe ori manifestarea cea mai teribilă și dureroasă de tulburare de stres post-traumatic (PTSD). Din acest motiv, se fac

eforturi mari pentru a depăși consecințele unor astfel de coșmaruri și rareori sunt de acord să vorbească despre acestea.

- 12) **Experiențele halucinatorii**, reprezintă o afecțiune în care amintirea despre ceea ce s-a întâmplat devine puternică și vibrantă, transferând pe un plan secund evenimentele curente. În această stare de detașament "halucinant", persoana se comportă ca și cum se confruntă din nou cu evenimentul traumatizant: ea acționează, gândește și simte la fel ca și în momentul în care a trebuit să-și salveze viața sau să supraviețuiască unor chinuri inumane. Experiențele halucinatorii nu sunt tipice pentru toți pacienții: ele sunt doar un tip de amintiri intrusive, care sunt caracterizate de o claritate și suferință aparte. Ele pot apărea sub influența unor medicamente, a drogurilor, sau alcoolului, dar pot apărea și într-o stare obișnuită de om treaz, precum și la cei care nu consuma droguri. Adesea, aceste exacerbări se observă seara sau pe timp de noapte, iar pacienții pot deveni periculoși pentru ei înșiși, dar și pentru alții. La finele delirului, amintirile sunt păstrate doar parțial. Ziua sunt posibile perioade de conștiință clare, cu o atitudine critică asupra experiențelor lor. Aceste efecte de asemenea pot speria și re-traumatiza victimele, care au nevoie de psihoterapie și sprijin specializat, pentru a le ajuta să învețe cum să lucreze cu sine și cum să preia controlul asupra unor asemenea stări.
- 13) **Tulburări de somn**, printre care cele mai răspândite ar putea fi: dificultăți de adormire, trezirea bruscă și foarte devreme sau somn zbuciumat. Când oamenii au coșmaruri, există motive să se creadă că ei se opun involuntar adormirii, de teamă că visele urâte se vor repeta. Astfel, anume acestea ar putea fi cauza insomniei: o persoană se teme că dacă va adormi, ar putea avea din nou coșmaruri. Iar lipsa cronică de somn, poate duce la epuizare nervoasă extremă, ceea ce completează tabloul de simptome ale stresului post-traumatic.
- 14) **Gânduri suicidale**. Unele persoane se gândesc la sinucidere sau pot planifica careva acțiuni, care în cele din urmă ar trebui să ducă la moartea sa. Când viața pare să fie mai înspăimântătoare și mai dureroasă decât moartea, gândul de a pune capăt tuturor suferințelor poate părea tentant. Atunci când cineva ajunge în pragul disperării și nu vede nici o modalitate de a îmbunătăți situația, începe să se gândească la suicid. Multe dintre victime care au supraviețuit traumelor puternice și grave, au recunoscut că, în unele momente au ajuns la asemenea limite. Dar toți cei care au găsit puterea de a trăi, au ajuns la concluzia că, dacă se dorește și cu o anumită doză de persistență, aceste gânduri dispar cu timpul și apar perspective luminoase. Aceasta se întâmplă mai ales dacă există o înțelegere și sprijin din partea rudelor și prietenilor, pe lângă o asistență specializată în cadrul unui program de reabilitare.

15) **Sentimentul de "vină a supraviețuitorului"**, este adesea caracteristic celor care după evenimentele traumatiche, suferă de "aplatizare emoțională" sau "surditate emoțională". Asemenea pacienți au un sentiment de vinovăție din cauza faptului că au supraviețuit calvarului, care a costat viețile altora. Multe victime cu tulburare de stres post-traumatic (PTSD) sunt gata pentru orice, doar pentru a evita amintirile despre tragedia prin care au trecut, chinurile sau moartea unei persoane apropiate. Un sentiment puternic de vinovăție poate provoca atacuri de comportament auto-peiorativ (disprețuitor față de sine).

După cum se poate observa din lista de mai sus, principalele simptome și evoluția stresului post-traumatic pot fi diferite, iar răspunsurile la stres rămân a fi individuale. La unele persoane, reflexul de suprimare a sentimentelor este foarte puternic. Astfel ele încearcă să ascundă cât mai profund sentimentele neplăcute – acolo, unde impactul emoțional al acestora, ar putea fi simțit cu o intensitate mai mică. Acest efort este de obicei însoțit de un stres mental și fizic constant, cu includerea multor mușchi ai corpului. Astfel are loc o schimbare puternică și bruscă în psihicul și în corpul persoanei, care a trăit o traumă severă, chinuri, durere, pierderi și suferință.

Victima violenței interumane încearcă din răspuțeri și chiar se obișnuiește să suprimă sentimentele interpersonale: furia, ura, gelozia, frica, suspiciunea, dorința de răzbunare și altele. Din păcate, în același timp, persoana își pierde capacitatea de a experimenta emoții pozitive, cum ar fi: credința, dragostea, bunățatea, prietenia și încrederea, spre disperarea celor dragi. Dar anume aceste emoții pozitive față de sine, față de alte persoane sau față de viață, oferă supraviețuitoarelor diferite forme de violență, dorința și puterea de a schimba ceva în sine și în diferite situații din viața lor³³.

Pentru a elabora un program eficient de reabilitare, precum și de a măsura impactul asistenței oferite, este necesar să avem niște puncte de pornire și posibilități de măsurare a traumei și efectelor sale.

Evaluarea consecințelor psihologice și psihodiagnosticul traumei trebuie să fie efectuate de către un medic sau psiholog-clinician, cu o bună pregătire în traumă. Evaluarea se efectuează prin utilizarea testelor de măsurare a traumei și de diagnosticare a tulburării de stres posttraumatic (TSPT).

După Paula P. Schnurr și colab. (2002)³⁴, primul pas în diagnosticul TSPT este reprezentat de evaluarea traumei, respectiv determinarea dacă persoana a fost sau nu expusă la cel puțin un eveniment traumatic amenințător de viață și care este natura traumei:

³³ Бенджамин Колодзин. Как жить после психической травмы

³⁴ Research on posttraumatic stress disorder: epidemiology, pathophysiology, and assessment. 2002 Paula P. Schnurr, Matthew J Friedman, Nancy C Bernardy

- 1) criteriul de diagnostic „A” – expunerea la traumă. Trebuie menționat că oamenii au tendința de a raporta diferit același eveniment în diferite contexte, ceea ce pune sub un semn de întrebare validitatea raportării evenimentelor traumatizante. Se recomandă ca persoana să fie rugată să ofere detalii cu privire la: a) cel mai grav eveniment; b) primul eveniment în linie cronologică; c) cel mai recent eveniment sau o combinație de evenimente traumatizante și stresante.
- 2) Următorul pas este aprecierea în ce măsură acuzele persoanei acoperă celelalte criterii de diagnostic:
- 3) criteriul de diagnostic „B”: intruziune, gânduri obsesive despre traumă;
- 4) criteriul de diagnostic „C”: evitare – răspuns emoțional;
- 5) criteriul de diagnostic „D”: vigilență crescută;
- 6) criteriul de diagnostic „E”: afectarea funcționării și
- 7) criteriul de diagnostic „F”: durata.

Toate acestea reprezintă diagnosticul formal al tulburării de stres posttraumatic (TSPT/PTSD). În DSM-V, au mai fost adăugate 2 criterii³⁵:

- 8) criteriul G: Perturbarea provoacă stres sau afectare semnificativă în domeniile sociale, ocupaționale și în alte domenii importante ale funcționării;
- 9) criteriul H: Simptomele nu se datorează medicamentelor, consumului de substanțe sau unei alte afecțiuni medicale.

Un aspect important în evaluarea psihologică, este corelarea simptomelor cu traumele suferite. În evaluarea psihologică vă puteți ghida după recomandările din Ghidul practic, Documentarea violenței în bază de gen, elaborat în 2019³⁶.

Instrumente de măsurare a consecințelor stresului traumatic

Există cel puțin patru grupuri de simptome, care pot indica nivelul de stres: fiziologice, cognitive, emoționale și comportamentale. Aceste simptome sunt incluse într-o varietate de teste care sunt utilizate ca instrumente de măsurare și documentare a stresului post-traumatic.

La rândul lor, principalele instrumente utilizate pentru screening (testare) și documentare a sănătății mintale a pacienților care au suferit evenimente traumatice, se pot diviza în două categorii:

- 1) **Scale de Evaluare**, care măsoară simptomele în evoluție. De obicei, acestea implică unidirecțional pacienții să evalueze severitatea simptomelor de la „lipsă” până la „severe”.

³⁵ <https://vadisabilitygroup.com/dsm-5-criteria-for-post-traumatic-stress-disorder-ptsd/>

³⁶ <https://memoria.md/files/publicatii/> Ghid practic. Documentarea Violentei în baza de gen

- a) Scala de autoapreciere Spilberger constă din 2 părți care măsoară în mod separat anxietatea reactivă (AR) și anxietatea personală (AP). Chestionarul conține 40 întrebări cu 4 variante de răspuns și este un test informativ pentru aprecierea nivelului anxietății în momentul dat (anxietatea reactivă, ca stare) și anxietății personale (ca o trăsătură caracteristică a persoanei).
- b) Scala de anxietate Taylor constă din 50 întrebări cu 2 variante de răspuns („DA” și „NU”) și este destul de ușor de utilizat pentru pacienți.
- c) Scala depresiei Beck reprezintă un chestionar din 13 sau 21 item-uri numerotate, fiecare cu 4 variante de răspuns, care pot fi punctate de la 0 la 3. Interpretarea rezultatelor se efectuează adunând valorile de punctaj maxime la variantele selectate de către subiect și se obține scorul total. Dacă punctajul total este mai mare de 20, aceasta indică prezența simptomelor depresive.
- d) Chestionarul Heck și Hess este o metodă-expres de diagnosticare a nevrozei și reprezintă un chestionar compus din 40 de întrebări, fiecare cu 2 variante de răspuns („DA” și „NU”).

2) **Scale definite** (din eng. Categorical scales), implică cuantificarea simptomelor care sunt bazate pe criterii diagnostice cum ar fi DSM-V³⁷ or ICD-10³⁸.

- e) Chestionarul Harvard de Evaluare a traumei³⁹ a fost elaborat cu scopul de a identifica evenimentele traumatice și consecințele acestora și este compus din 5 părți: (I) evenimente traumatice; (II) descriere personală; (III) traume cranio-cerebrale; (IV) simptome post-traumatice și (V) instrumente de interpretare. Chestionarul a suferit mai multe modificări, pentru a fi mai adaptat și mai ușor de utilizat în diferite părți ale lumii și față de diferite categorii de victime, dar care nu au atins structura de bază.

Persoanele cu ambele scoruri ≥ 2.5 (conform clasificării DSM-V, sau/și Total) sunt considerate cu simptome clinice de TSPT/PTSD (EN – Post Traumatic Stress Disorders).⁴⁰

- f) Chestionarul Hopkins de evaluare a anxietății și depresiei HSCL-25 (HOPKINS SYMPTOM CHECKLIST-25) cuprinde 25 de itemi, dintre care primii 10 identifică simptomele de anxietate, iar de la 11 până la 25 - cele depresive, care pot fi cuantificate după cum se manifestă: de la „1 - deloc”, „2 - puțin”, „3 - mult”, până la „4 - extrem de mult”.

³⁷ DSM V - Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale.

³⁸ ICD-10, Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament

³⁹ Sursa: Manualul “MEASURING TRAUMA, MEASURING TORTURE”, 2004, Authors: Richard F. Mollica, Laura S. McDonald, MALD, Michael P. Massagli, Ph.D., Derrick M. Silove, MD, Harvard Program in Refugee Trauma

⁴⁰ Chestionarul Harvard de evaluare a Traumei (din Eng. HTQ), versiunea cambodiană originală, (Sursa: Mollica et al, 1992, traducere și adaptare: L. Popovici, 2005 - 2008, RCTV Memoria), a fost actualizat și adaptat pentru VBG în 2018-2019;

În aspecte clinice, ambele chestionare - HSCL-25 și HTQ, care sunt bazate pe criteriile de diagnostic simptomatic a DSM IV, pot să ofere profesioniștilor din sectorul primar sau cel al sănătății mentale, profilul anxietății, depresiei și simptomelor PTSD, precum și a gradului lor de severitate.

Reamintim, că în baza manualului DSM-V, tulburarea de stres post traumatică (PTSD) este definită prin șase criterii de bază enumerate mai sus (A-F). Deși simptomele PTSD sunt în mod obișnuit grupate în trei categorii primare: (1) re-trăire a traumei, (2) evitare sau paralizie, (3) hiper-activare/excitare, simptomele tipice ce includ re-trăiri repetate ale traumei împreună cu reactivitatea fiziologică asociată, sunt cele care deosebesc cel mai bine TSPT/PTSD, de alte tulburări afective sau anxioase⁴¹.

⁴¹ Foa, E.B., & Riggs, D.S. (1995). Posttraumatic Stress Disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science*.

În cazul victimelor diferitor forme de violență (inclusiv violență în familie), intervenția, serviciile și asistența multidisciplinară ar trebui să se centreze pe următoarele aspecte principale:

- 1) siguranța victimei;
- 2) informarea victimei;
- 3) sănătatea și bunăstarea victimei, cu formularea planului de asistență și reabilitare;
- 4) documentarea violenței suferite, pentru acces la justiție și compensarea prejudiciului⁴².

Experiența specialiștilor și a centrelor care oferă servicii victimelor VBG, violenței în familie sau tratamentelor inumane, arată că implicarea în evenimente traumatizante, care pun viața în pericol, acționează negativ asupra sănătății mintale și stării sănătății nu doar a celor implicați direct, dar și asupra familiilor lor sau a societății în ansamblu.

Din experiența noastră, de asemenea am observat, că trauma afectează toate nivelurile vieții și sferile de bază ale activității umane. Astfel, suferă sănătatea fizică și mentală, starea civilă, sfera relațională și parentală, statutul social, nivelul de educație și studii, angajarea în câmpul muncii etc.

Întreaga viață a victimei (supraviețuitoarei) variază foarte mult și se împarte în perioade distincte - "înainte" și "după" traumă. Atât persoana în cauză, cât și rudele sau prietenii lor, consideră că nu este și posibil că nu va mai fi niciodată, "cum a fost mai înainte".

Scopul reabilitării persoanelor cu TSPT/PTSD, a victimelor VBG sau altor forme de violență, este nu numai de a recupera sănătatea pierdută, dar și de a facilita dezvoltarea de noi abilități de funcționare fizică și psihică la un nivel optim, astfel încât să poată continua viața cat mai eficient și cu demnitate.

În baza acestor considerente, reabilitarea trebuie să prezinte un program complex (comprehensiv), care să cuprindă o abordare complexă a tuturor problemelor victimei. Se are în vedere acoperirea atât a efectelor directe ale VBG, a traumelor suferite, precum și a consecințelor indirecte, care influențează puternic și reduc funcționalitatea persoanei la toate nivelurile.

⁴² <https://www.legis.md> LEGE Nr. 137, din 29-07-2016, cu privire la reabilitarea victimelor infracțiunilor.

Cei care doresc să ajute asemenea persoane, pot să formeze în jurul victimelor o rețea, ca un cerc de sprijin, constituit din diferiți profesioniști și persoane interesate în recuperarea și reintegrarea lor socială. Această rețea ar trebui să includă medici, psihologi, asistenți sociali, avocați și, desigur, persoane din cercul apropiat - familie, prieteni și colegi.

Principiile de bază ale reabilitării medicale și psihosociale

Succesul oricărui program de reabilitare a victimelor diferitor forme de violență, depinde atât de colectarea și monitorizarea parametrilor clinico-biologici (consecințe fizice), cât și a consecințelor psihice și sociale.

Pentru implementarea eficientă a măsurilor de reabilitare și atingerea obiectivelor în fiecare caz aparte, este necesar de a respecta ***principiile de bază ale reabilitării***, care includ:

1. Abordare individuală, dar cât mai complexă și holistică:

Acest principiu implică utilizarea pe larg a celor mai diverse metode de reabilitare. Pentru a obține cele mai bune rezultate posibile, sunt utilizate metode complexe de reabilitare, inclusiv mijloace tehnice moderne și dispozitive de compensare, restabilire și de corecție a funcțiilor și abilităților perturbate de traumă, precum și metode recunoscute din medicina netradițională. Pentru a pune în aplicare principiul complexității, în reabilitare se utilizează:

- a) ***tratamentul medicamentos***, care în cazul unor consecințele post-traumatice grave, cum ar fi depresia profundă, anxietatea, patologia neurologică sau cardio-vasculară, servește drept o metodă esențială, cel puțin pentru o perioadă de timp, la etapa inițială (sau de criză);
- b) ***metodele fizice*** (kinetoterapia, ergoterapia, terapia manuală (chiropractică) și de tracțiune pentru coloană; masajul, fizioterapia, reflexoterapia, tratament balnear și altele), orientate spre restabilirea funcțiilor și a abilităților fizice;
- c) ***orto-terapia*** (corectare prin mijloace de imobilizare temporară – orteze, corsete, proteze, haine sau încălțăminte pentru tratament și corecție, scaune cu rotile și alte dispozitive) în cazurile cele mai dificile;
- d) ***chirurgia reconstructivă*** (artroplastie, endoproteze), în cazuri de schilodire sau de pierdere a funcționalității unor organe (de exemplu, în caz de surditate post-traumatică);
- e) ***metode psihologice (consiliere și psihoterapie)***, orientate spre motivarea pacientului pentru reabilitare, spre depășirea sau atenuarea consecințelor psihice, spre ameliorarea și stabilizarea stărilor psiho-emoționale, afectate de evenimentele traumatizante.

Abordarea individuală presupune că în elaborarea măsurilor de reabilitare trebuie să fie luate în considerare toate caracteristicile și particularitățile pacientului. Este nevoie de o evaluare minuțioasă și o analiză detaliată a manifestărilor post-traumatice în plan medical, profesional, social și familial. În funcție de toate aceste detalii, se elaborează un program individual de reabilitare.

Este necesar să fie identificate și analizate particularitățile de comportament și obiceiurile pacientului, condițiile de muncă și de viață ale acestuia, caracterul și evoluția consecințelor traumei. Combinarea acestor factori este unică și irepetabilă pentru fiecare persoană. Din acest motiv și programul de reabilitare trebuie să fie individual. Acest principiu este realizat prin elaborarea unui program de reabilitare orientat spre o anumită persoană, luând în considerație efectele traumelor asupra ei, severitatea problemelor de care suferă, nivelul de afectare a funcționării, inclusiv pierderea capacității de muncă.

2) Asistență promptă (cu inițierea terapiei într-un timp cât mai scurt după traumă):

Asistența promptă (timpurie) presupune că procesul de reabilitare ar trebui să înceapă imediat după traumă sau în cel mai scurt timp posibil, chiar dacă pentru aceasta ar fi nevoie de a întrerupe alte activități (studii, job), cu deschiderea unui concediu de boală. Sunt inițiate măsuri, care se includ inseparabil într-un program amplu de reabilitare, îl completează și îl îmbogățesc reciproc, având menirea să prevină scăderea funcționalității victimei, inclusiv prevenirea dezabilității, sau să devină primul pas de sprijin real, dacă aceasta deja a survenit. Acest principiu este la fel de valabil pentru pacienții cu efecte post-traumatice acute, cât și pentru cei cu manifestări cronice, care s-au adresat după ajutor. Inițierea promptă a programelor de reabilitare este foarte importantă, deoarece procesele de regenerare și de recuperare decurg mai activ în perioada imediat următoare după traumă. Cu timpul, potențialul de recuperare al persoanei scade treptat. Există și alți factori agravanți, precum restructurarea relațiilor cu alte persoane, adaptarea la statutul de persoană cu dezabilități, instalarea complexului "victimei" (victimizării). Toate acestea reduc motivația persoanei pentru re-adaptare și agravează efectele post-traumatice. Practica arată că în astfel de cazuri este mult mai dificil de a implica persoana în programele de reabilitare, iar obținerea rezultatelor pozitive este lentă și anevoioasă.

3) Planificarea asistenței în etape (gradualitate):

Principiul divizării asistenței în etape de reabilitare, presupune planificarea programului de reabilitare pentru o perioadă mai mare de timp. Programul de asistență este elaborat în corespundere cu starea persoanei, cu fazele de reacție

la stres. În procesul de tranziție de la faza acută la cea subacută și apoi la cea cronică, victima trebuie să beneficieze succesiv de abordare specială și de servicii de reabilitare adecvate fiecărei faze.

4) Continuitatea asistenței:

Principiul continuității este esențial pentru obținerea unor rezultate bune în urma asistenței oferite. Continuitatea este garanția eficacității programului de reabilitare, a recuperării treptate a victimei, a revenirii ei la viața și activitatea profesională de până la traumă. Continuitatea este de asemenea importantă pentru prevenirea dezabilităților, reducerea severității consecințelor post-traumatice și, ca urmare, reducerea costurilor financiare pe termen lung, legate de aceste consecințe. Este optim ca victima să reia procesul de studii sau activitatea sa profesională, cât mai curând posibil, chiar dacă nu s-a finisat programul de reabilitare. În caz contrar, persoana se poate obișnui cu asistența și suportul de care beneficiază, adoptând statutul de "victimă" și continuând astfel să sufere în plan psiho-emoțional din cauza persistenței consecințelor post-traumatice. *Lăsarea „ușii deschise”, pentru eventuale recăderi sau acutizări ale unor simptome, este foarte importantă după finalizarea programului de reabilitare.*

5) Consecutivitatea asistenței:

Principiul consecutivității presupune o anumită ordine în realizarea programelor individuale de reabilitare a victimelor și în implementarea procedurilor și activităților planificate. Această ordine facilitează identificarea consecințelor post-traumatice din diverse domenii (medical, psihologic, legal și social). Astfel, consecutivitatea are un rol important pentru diagnosticarea promptă a problemelor legate de evenimentele traumatice suferite, pentru documentarea și analiza acestora, precum și pentru diminuarea lor maxim posibilă pentru facilitarea integrării ulterioare a victimelor în familie și societate.

Principiul succesivității presupune menținerea unei legături succesive în desfășurarea etapelor particulare de reabilitare medicală (spitalizare, tratament ambulatoriu, tratament sanatorial etc.). De asemenea, toate aspectele procesului integral de reabilitare (aspectul medical, psihologic, legal și social) trebuie să fie luate în considerație, să fie preluate succesiv și să fie legate între ele. Doar în acest caz putem atinge rezultatele planificate în programul de reabilitare.

6) Principiul abordării participative:

Din experiența noastră, participarea activă a beneficiarilor în procesul de reabilitare este foarte importantă, deoarece fără un parteneriat bun, nu putem conta pe un rezultat de succes. Participarea beneficiarelor este baza pentru implementarea eficientă a programului individual de reabilitare elaborat în comun cu ele și/sau familia (în cazurile minorilor).

Explicarea clară a scopurilor și obiectivelor programului, a esenței reabilitării, a succesiunii activităților, a mecanismului de acțiune a lor, motivează semnificativ la o colaborare activă, pentru depășirea consecințelor traumelor suferite.

Atitudinea pozitivă focusată pe recuperare, pe ulterioare studii, pe un post de muncă, artă, pentru a reveni la familie și societate, este de multe ori un factor decisiv pentru succesul reabilitării. Victima trebuie să înțeleagă, că reabilitarea este un proces de lungă durată. Dar succesul în atingerea obiectivului, depinde de încrederea reciprocă între toți participanții programului de reabilitare: atât victima, cât și personalul medical, psihologi, asistenți sociali și rude sau prietene. Este necesară crearea unei atmosfere pline de atenție, grijă, de sprijin psihologic și suport de îngrijire din partea familiei, a prietenilor și societății în ansamblu, cu o schimbare pozitivă în atitudinea lor față de victime.

7) Principiul abordării integrative

Abordările integrative implică două sau mai multe terapii de expresie, cu scopul de a favoriza conștientizarea, de a încuraja reabilitarea emoțională și de a îmbunătăți relațiile cu cei din jur. Această abordare se distinge prin combinarea modalităților de abordare în cadrul unei ședințe de terapie. Abordările integrative sunt bazate pe o varietate de orientări, inclusiv utilizarea artelor ca terapie sau ca psihoterapie, sau pentru vindecarea tradițională.

Abordarea integrativă oferă o viziune nouă, amplă, despre tratamentul psihoterapeutic. Plecând de la viziunea sistemică a ființei umane, de la conceptul corp-minte-spirit, prin abordarea integrativă se obține o înțelegere unitară a complexității ființei umane, în ansamblul funcționalității manifestărilor sale, permițând evaluarea și tratamentul unitar al pacientului pe fiecare din palierele sale, păstrând viziunea întregului, respectând unicitatea persoanei în contextul universal⁴³.

Standarde în reabilitarea victimelor VBG

Fiecare instituție sau organizație trebuie să elaboreze propriile politici, regulamente și standarde, care se pot îmbunătăți sau modifica, în funcție de context și de nevoile victimelor.

⁴³ <https://psihoterapieintegrativa.ro/ce-este-psihoterapia-integrativa/>

Standardele de reabilitare trebuie să reflecte abordările recunoscute și adoptate, recunoscând drepturile și nevoile victimelor, precum și necesitatea prevenirii fenomenului și combaterii impunității.

Furnizorii de servicii pentru victimele VBG, ar putea adopta un set minim de standarde de reabilitare holistică (adoptate de RCTV Memoria, inspirate din Standardele globale privind reabilitarea victimelor torturii⁴⁴), printre care:

- 1) **Angajamentul față de victime:** Se susține bunăstarea și demnitatea victimelor VBG, precum și standardele și principiile etice profesionale privind tratamentul și reabilitarea, inclusiv consimțământul informat, confidențialitatea, **principiul de a nu vătăma (a nu dăuna)**, interesul suprem al victimelor și libera lor alegere cu privire la serviciile pe care le primesc; prevenirea re-traumatizării și aplicarea celor mai bune practici globale, care sunt esențiale pentru activitatea centrelor de reabilitare și de sprijin pentru victimele VBG.
- 2) **Servicii independente.** Implementarea de servicii și proceduri relevante, astfel încât reabilitarea să poată fi asigurată în mod independent, autonom, în deplină conformitate cu etica profesională și standardele aplicabile și fără orice influență externă. În special, centrele de reabilitare ar trebui să acorde prioritate dezvoltării și implementării serviciilor, metodologiilor și procedurilor, care sunt centrate pe victimă, bazate pe dovezi, participative, abilitante, holistice, accesibile, echitabile, respectuoase, sensibile la gen, adecvate din punct de vedere cultural și responsabile. În cazul în care finanțarea este primită din surse care ar putea fi percepute de a exercita o influență externă asupra furnizorului de servicii de reabilitare a victimelor, este esențial să se asigure că mandatul organizației și principiile confidențialității, transparenței și independenței luării deciziilor, sunt prioritizate și pun accent pe interesele și drepturile victimelor, care trebuie să fie informate cu privire la măsurile luate pentru a proteja procesul de reabilitare, de influența externă.
- 3) **Siguranța victimelor:** Asigurarea implementării oricărei măsuri posibile de siguranță și protecție pentru victimele care primesc servicii, inclusiv toate aspectele relației cu victimele, ținând cont de faptul că interesul lor suprem, este un principiu-cheie al serviciilor de reabilitare. Victimele trebuie să fie informate și să contribuie la stabilirea măsurilor de protecție și siguranță.
- 4) **Sprijin pentru familii:** Asigurați-vă că nevoile specifice de reabilitare ale familiilor supraviețuitorilor VBG, în special ale copiilor și ale persoanelor vulnerabile (copii, părinți în etate), sunt considerate o parte esențială a procesului de reabilitare. Acolo unde resursele permit, familiile ar trebui să primească sprijin, în conformitate cu nevoile lor. Acolo unde este relevant, în timpul procesului de reabilitare, ar trebui utilizate abordări comunitare adecvate din punct de vedere cultural.

⁴⁴ Global Standards on Rehabilitation of Torture Victims, IRCT.

- 5) **Accesul la justiție:** Ori de câte ori este posibil, sprijiniți accesul victimelor la justiție și fiți susținători pentru eradicarea VBG, ca parte a procesului de reabilitare. Aceasta include sprijinirea victimelor pentru a-și documenta cazurile și pentru a depune plângeri, precum și pentru a susține autoritățile naționale să adopte și să implementeze legi naționale anti-violență și mecanisme naționale de prevenire.
- 6) **Proceduri de admitere/ acces la programele de reabilitare:** Stabiliți proceduri de admitere și înregistrare clare și transparente, prin care victimele VBG să poată accesa serviciile de reabilitare pe baza autosesizării sau trimiterii de către o terță parte, cum ar fi de către profesioniști competenți în domeniul sănătății fizice sau mintale, din domeniul social sau juridic; apărători ai drepturilor omului; comunități bazate pe credință, indigene, etnice și minoritare naționale; alte victime ale VBG sau membri ai familiei. Aceste procese trebuie să asigure că, în limita resurselor disponibile, victimele VBG au acces gratuit, egal și nediscriminatoriu la servicii, indiferent de capacitatea lor de plată sau statutul lor juridic (inclusiv pentru refugiați sau solicitanții de azil). În măsura în care este posibil, furnizorii de servicii de reabilitare ar trebui să acorde prioritate în special pentru victimele VBG care sunt marginalizate, deținute, care locuiesc în zone îndepărtate și nu au fonduri pentru costurile de transport, ca să poată beneficia de servicii.
- 7) **Accesul la informații:** Oferiți victimelor VBG toate informațiile relevante cu privire la serviciile de reabilitare oferite. Centrele de reabilitare trebuie să respecte și să promoveze acțiunea victimelor VBG în propria lor viață și alegerile lor în ceea ce privește reabilitarea. Ori de câte ori este posibil, victimele ar trebui să poată alege genul profesioniștilor în reabilitare, inclusiv translatorii. Consimțământul informat trebuie obținut în conformitate cu standardele profesionale și etice relevante, înainte și în timpul procesului de reabilitare.
- 8) **Feedback-ul din partea victimelor:** Să se stabilească proceduri și mecanisme care să permită victimelor VBG să ofere feedback continuu, inclusiv la finisarea serviciilor de reabilitare, într-o limbă pe care o vorbesc, despre serviciile pe care le primesc. De exemplu, prin utilizarea mecanismelor de implicare permanentă a beneficiarilor, sau a chestionarelor cu privire la gradul de satisfacție a victimelor, a evaluărilor de servicii, a focus-grupurilor și a altor mecanisme participative. Acest feedback ar trebui revizuit periodic și să formeze baza pentru îmbunătățirea continuă a serviciilor de reabilitare oferite. Satisfacția ar trebui să fie clar definită și să utilizeze standarde aplicate în mod consecvent. În plus, ar trebui stabilite mecanisme prin care victimele să se poată adresa cu plângeri și să primească un răspuns prompt și satisfăcător în legătură cu serviciile de reabilitare pe care le primesc. Victimelor ar

trebui să li se permită să se implice efectiv, prin măsuri precum furnizarea de informații despre posibilitățile de plângere și stabilirea de funcții de sprijin, care să includă alte victime.

- 9) **Participarea victimelor în procesul de reabilitare:** Promovarea contribuției semnificative a victimelor în planificarea și furnizarea de servicii, cercetare, luare a deciziilor și procese de guvernare a serviciilor de reabilitare, prin recunoașterea experienței victimelor în dezvoltarea serviciilor și proceselor de recrutare, proceduri de consultare și feedback deschise și alte metode participative, care sunt contextuale și adecvate situației.
- 10) **Capacitate și dezvoltare organizațională:** Să se acorde prioritate formării continue, îmbunătățirii cunoștințelor și abilităților profesionale pentru personal și voluntari, în asemenea domenii, cum ar fi: metode de tratament specializate bazate pe dovezi; tehnici de interviu sensibile la traume; ascultare empatică și nediscriminatorie; conștientizarea culturală și de gen în conformitate cu standardele profesionale relevante; standardele internaționale de etică și drepturile omului.
- 11) **Siguranța personalului:** Asigurați-vă că personalul și voluntarii sunt în siguranță, protejați și au mijloacele de a raporta incidente, care le-ar putea compromite securitatea lor sau siguranța altora, prin procese de raportare sau alte mijloace adecvate, care să asigure că aceste riscuri sunt documentate și că sunt luate măsuri adecvate contextului, pentru a le minimiza. În acest sens, centrele de reabilitare ar trebui să asigure adoptarea și punerea în aplicare a politicilor adecvate pentru prevenirea și combaterea discriminării, hărțuirii și abuzului sexual, sau a altor forme de abuz.
- 12) **Grija față de personal:** Abordarea traumei indirecte (secundare) și prevenirea sindromului de ardere (burnout-ului), trebuie să devină o prioritate pentru tot personalul organizației/ instituției. În acest scop, este necesar de asigurat o infrastructură și un mediu de lucru de sprijin și de susținere pentru personal, cu ar fi: supervizare periodică; mecanisme de sprijin de la egal la egal; mentorat; tehnici de sprijin psihosocial și acces la servicii de sănătate.
- 13) **Împărtășirea experienței și cunoștințelor:** Diseminarea informațiilor despre violență și efectele acesteia către profesioniștii din domeniul sănătății și în alte domenii relevante, care pot intra în contact cu victimele VBG, trebuie să fie o prioritate. Informațiile ar trebui să includă: a) abordări disponibile și posibile ale reabilitării; b) nevoile specifice ale victimelor VBG (inclusiv identificarea timpurie, evaluarea și referirea lor în timp util către alte servicii externe); c) îngrijirea informată asupra traumei; d) procedurile de documentare pentru acces la justiție; e) importanța și rolul reabilitării, pentru a ușura viața victimelor, după violență. Diseminarea acestor informații ar trebui conside-

rată o responsabilitate morală și socială critică, pentru centrele care asistă victimele VBG.

- 14) Advocacy pentru finanțarea reabilitării:** Acolo unde este posibil, încercați să stabiliți sau să întăriți dialogul cu autoritățile (APC și APL), partenerilor externi, precum și agențiilor lor relevante, pentru a le informa despre violență și efectele acesteia, despre importanța, necesitatea și valoarea reabilitării și să le solicitați să ofere sprijin pentru reabilitarea victimelor VBG, de preferință prin: a) finanțarea directă a centrelor de asistență și reabilitare, care sprijină supraviețuitorii VBG; b) adaptarea cadrului legal, care include prevenirea, justiția și repararea, prejudiciului inclusiv prin compensații obținute de la agresori; c) combaterea impunității; d) promovarea toleranței zero față de violență.
- 15) Calitatea vieții.** Definiția calității vieții, cuprinde următoarele aspecte: bunăstarea subiectivă a indivizilor și a comunităților lor, în contextul lor social și cultural specific, în relație cu factori precum sănătatea fizică și mintală; relații familiale, sociale și comunitare; cultură; educație; angajare în câmpul muncii; securitate economică; libertate; protecția de violență fizică și psihologică; viața spirituală și religie; egalitatea de gen și nediscriminarea; mediul natural și de viață; statut juridic; buna guvernare și drepturile fundamentale ale omului.
- 16) Evaluarea îmbunătățirii calității vieții:** este necesar de aplicat instrumente de evaluare adecvate contextului specific al victimelor. Acest lucru se realizează cu recunoașterea faptului că victimele se pot confrunta cu statut juridic incert, cu discriminare și sărăcie, care pot avea un impact negativ grav asupra calității vieții lor. Fiecare centru, organizație, instituție, va stabili care instrumente sunt cele mai potrivite pentru a evalua indicatorii relevanți, pentru a răspunde nevoilor și a îmbunătăți calitatea vieții victimelor VBG, pe care le sprijină. În documentarea rezultatelor muncii lor, furnizării de servicii sunt încurajați să ia în considerare modul în care calitatea vieții victimelor VBG este legată de exercitarea drepturilor, inclusiv accesul la justiție, protecție și toate cele cinci forme de reparație (restituire, compensare, reabilitare, satisfacție, dreptul la justiție și garanții de nerepetare a violenței).
- 17) Documentarea impactului asistenței oferite:** este necesar de împărtășit periodic (anual) rezultatele sprijinului acordat victimelor VBG cu membrii rețelelor și Coalițiilor din care faceți parte, dar și cu întreaga societate. Aceasta poate fi efectuată prin publicarea rapoartelor, prin conferințe tematice, campanii locale și naționale, și alte evenimente publice, care demonstrează impactul nostru colectiv și schimbările pozitive în viețile victimelor VBG.

Cum și de ce trebuie să oferim sprijin supraviețuitorilor VBG

Persoanele traumatizate ar putea percepe serviciile oferite de către diferite instituții sau organizații ca fiind nesigure, fără de rost sau să nu aibă încredere în ele. Profesioniștii din diferite domenii trebuie să fie instruiți și informați, ca să înțeleagă trecutul și prezentul victimelor, influența experiențelor traumatice trăite, reacțiile lor față de acestea și modurile de a le face față.

Prestatorii de servicii trebuie să cunoască punctele forte și gradul de rezistență a oamenilor în fața adversității. Strategiile de coping pe care supraviețuitorii le adoptă pentru a face față traumelor suferite depind de resursele lor interioare curente. Prestatorii de servicii psihosociale trebuie să treacă de la percepții înrădăcinate la abordări, care nu dau vina sau nu victimizează supraviețuitorii pentru încercările lor de a-și gestiona stresul traumatic. Ei trebuie să țină cont de vulnerabilitatea și sensibilitatea supraviețuitorilor, pentru a reduce la minimum potențialul de re-traumatizare și de cauzare a unor prejudicii.

Interpretarea ca traumă a violenței domestice și a abuzului în copilărie va conduce la întrebări de genul: „*Ce a provocat această persoană să se comporte în acest fel?*”, mai degrabă decât la „*Cum se poate diagnostica acest comportament?*”

Persoanele care activează în domeniul drepturilor omului sau alți specialiști care interacționează cu victimele pot considera o realizare profesională descoperirea cazurilor, colectarea plângerilor, obținerea probelor.

Trebuie asigurate măsurile necesare, care ar garanta că interviul cu victima a avut loc într-o atmosferă de înțelegere reciprocă și că au fost oferite informații cât mai ample, despre serviciile de reabilitare și de asistență comprehensivă.

O revenire la traumele suferite prin relatarea despre experiențele personale și suferințe, de multe ori devastatoare pentru victimă, poate fi un pas sau o sarcină foarte dificil de gestionat pentru specialiștii din domeniul legal sau social.

Pe de o parte, astfel de conversații au un efect pozitiv și induc un efect terapeutic pentru victimă. Dar pe de altă parte, relatarea traumelor suferite poate deschide răni adânci și provoca victimei un stres psihologic și chiar fizic sever.

Este foarte important ca victimelor să li se acorde cel mai sincer și mai eficient sprijin posibil, inclusiv prin direcționarea acestora către servicii de reabilitare și către specialiști cu experiență în domeniu.

De exemplu, la efectuarea primelor interviuri cu victimele de către alți specialiști (avocați, consilieri juridici), vor fi prevăzute măsuri de sprijin (informare, consiliere) pentru a le facilita accesul la reabilitare, abilitare economică și reintegrare socială. Acest tip de sprijin presupune încurajarea și asigurarea a victimei, că pentru ea sunt deschise uși, unde i se va oferi ajutorul necesar.

Victimele se pot confrunta cu mai multe probleme, uneori chiar neașteptate pentru un profesionist, care dorește să le ofere sprijin. De exemplu, legătura ca-

uzală între violență și consumul excesiv de substanțe psihoactive (medicamente, alcool, droguri și tutun) a fost clar stabilită și dovedită. Alcoolul nu este numai un factor de risc relevant pentru violența în familie (inclusiv abuz asupra copilului), dar și un așa-zis „mecanism de coping”, adoptat de către unele victime, ca răspuns la traume complexe.

Similar cu alte strategii de coping (cum ar fi medicamente în exces, supraalimentarea, fumatul sau inactivitatea fizică), alcoolul prezintă un factor de risc pentru sănătatea fizică și psihică, precum și pentru o serie de provocări psihosociale. Experiențele traumatice au un impact negativ (uneori foarte grav) asupra bunăstării psihice a supraviețuitorilor. Trauma este asociată cu o serie de răspunsuri și modele adaptive, multe dintre ele inconștiente, care peste un timp pot fi diagnosticate ca fiind tulburări psihiatrice.

Reabilitarea ar trebui să fie considerată parte integrantă a activității în comun a specialiștilor care se ocupă de apărarea drepturilor omului și a altor profesioniști în lucrul lor cu victimele diferitor forme de violență.

Principalele etape ale unui program de reabilitare

La inițierea unui program de reabilitare, se ia în considerare nevoile, problemele, contextul și personalitatea fiecărui pacient, cu o combinație cât mai eficientă a diferitor forme și metode de tratament (medical, psihologic, social psihosocial, balnear).

În procesul de reabilitare, se pot evidenția și desfășura trei etape principale: 1) de restaurare (sau de refacere); 2) de readaptare; 3) etapa de reabilitare propriu-zisă, implementată în adevăratul sens al cuvântului.

1) Etapa de restaurare sau de refacere. Principalele obiective ale acestei etape țin de pregătirea fiziologică și psihologică a pacientului pentru începerea ulterioară a tratamentului. La această etapă sunt desfășurate activități care previn dezvoltarea defectelor funcționale sau a invalidității, și care elimină sau reduc efectele post-traumatice. Perioada inițială a programului de reabilitare are menirea de a facilita retragerea treptată a conștiinței victimei, din implicarea sa în situația traumatică. Pacientul ar trebui să fie consultat de un neuropsihiatru sau alt profesionist pentru prescrierea medicamentelor în caz de necesitate (cum ar fi tratamentul anxietății sau depresiei).

Această perioadă se caracterizează prin prezența unui nivel semnificativ de energie mentală și fizică, declanșată de stresul intens și de traumele suferite. Tot acest potențial trebuie realizat. Energia stocată trebuie eliberată și pusă în aplicare, fiind canalizată în direcția necesară. Cu alte cuvinte, ea ”trebuie să aibă o priză”. În acest scop, se recomandă desfășurarea activităților care necesită efort fizic, luând în considerație limitele de vârstă și condiția fizică a pacientului.

În scopul documentării eficiente a cazurilor de violență și identificării timpurii a consecințelor post-traumatice psiho-emoționale, în această perioadă este foarte important de a evalua starea mentală a victimelor prin intermediul metodei de observare și prin aplicarea testelor psihologice. Tulburările înregistrate în această perioadă, se pot manifesta prin următoarele manifestări:

- a) schimbarea modelului obișnuit de comportament și asumarea unui diferit de cel anterior, sau chiar diametral opus. De exemplu, o persoană activă și energică poate deveni brusc retrasă, nesociabilă, care tinde spre izolare. Sau invers, o persoană anterior reținută și rezervată în comunicare, acum poate demonstra veselie nejustificată, euforie, devine foarte sociabil și vorbește;
- b) iritabilitate, ajungând în unele cazuri până la agresiune directă, însoțită de simptome isterice sau plâns, dar nu numai;
- c) detașarea și deconectarea persoanei de la tot ceea ce se întâmplă în jurul ei; păstrarea unor poziții statice pentru perioade îndelungate de timp, cu privirea absentă sau fixată într-un punct; indiferență față de rude sau prieteni și față de ocupațiile acestora; lipsa propriilor interese și ocupații; pierderea interesului față de viața și de totul din jur;

Pacienții cu astfel de manifestări, au nevoie de servicii de îngrijire medicală și psihologică, inclusiv implicarea în activități speciale de psiho-corecție și psihoterapie.

Asistența primară include prescrierea medicamentelor necesare, dar și manifestarea compasiunii și empatiei, cu un mesaj clar – că ne pasă de trăirile sale. În discuțiile individuale cu acești pacienți, este necesar să le oferim posibilitatea de a-și exprima toate trăirile, să-i ascultăm atent și cu un interes sincer față de experiențele lor traumatice.

Tratamentul medicamentos poate să fie administrat numai sub supravegherea unui medic specialist. Este absolut inadmisibilă utilizarea medicamentelor fără prescripție medicală sau pe termen lung, îndeosebi a celor care pot cauza dependență.

2) Etapa de readaptare are drept scop adaptarea victimei la noile condițiile de mediu micro- și macro-social și se caracterizează prin creșterea treptată și continuă a volumului activităților curative și psiho-sociale, oferite pacientului.

La această etapă a procesului de rehabilitare, este momentul oportun de a explica pacientului/ei (dar și membrilor familiei) ce se întâmplă cu el/ea și faptul că aceasta experiență este una temporară, comună tuturor persoanelor care au fost supuse VBG, tratamentului inuman, sau care au suferit o altă situație traumatică.

De asemenea, este important de a forma la acești pacienți încrederea în sprijinul extern. Ei/ele trebuie să se simtă înțeleși și să știe că pot conta oricând pe

ajutorul cuiva. Cel mai important este să nu admitem ca persoana să fie copleșită de sentimentul de singurătate, foarte des întâlnit la victimele VBG.

O reacție de răspuns caracteristică la situațiile de stres extrem, inclusiv la violență, este sporirea consumului de alcool și droguri, sau medicamente. Aceasta se manifestă în special în lipsa unei ocupații sau a muncii fizice, în lipsa odihnei bine organizate și interesante, a relaxării prin ascultarea muzicii sau a altor forme de ocupare și repaus. Dacă așa ceva se întâmplă, pacientul nu trebuie să fie supus unor sancțiuni prea rigide și severe. În primul rând, este necesar ca el să fie informat despre riscurile sporite ale consumului de alcool și de droguri, anume în această situație. De altfel, dependența de alcool și de droguri în perioada reacțiilor de stres post-traumatic poate deveni ireversibilă și se poate finaliza tragic.

Evaluarea stării mentale și a nivelului de activitate neuro-psihică, realizată de psihologi și psihiatri, constituie punctul-cheie al procesului de investigare medicală. O atenție deosebită ar trebui să se acorde discuțiilor individuale și de grup cu beneficiarii. În cadrul acestor discuții, ei trebuie informați despre problemele care ar putea apărea pe parcursul procesului de re-adaptare la condițiile obișnuite de viață și activitate.

Ei trebuie orientați spre soluționarea acestor probleme. Este necesar să li se vorbească, de asemenea, despre aspectele psihologice ale acestei perioade și despre faptul că re-adaptarea este un proces natural, care în final le va permite să-și regăsească echilibrul sufletesc și confortul psihologic, absența cărora la moment nu este ceva ieșit din comun și nu ar trebui să le cauzeze alarmă și teamă pentru viitorul său.

3) Etapa de Reabilitare propriu-zisă, care are drept obiective adaptarea victimei la viața de zi cu zi; reducerea sau eliminarea completă a dependenței de alte persoane; restabilirea maxim posibilă a stării de sănătate, a statutului social și profesional, până la un nivel cât mai apropiat de cel care a existat înainte de evenimentele traumatice.

Această etapă include diferite metode de lucru, selectate împreună cu victimele, în dependență de gravitatea și stringența problemelor, care se vor evalua și se vor include în lista de pași și activități, în ordinea priorității. De exemplu, pentru unele victime este esențial să se înceapă evaluarea traumelor fizice, diagnosticarea și tratamentul consecințelor somatice și mentale, pentru reabilitarea medicală.

Reabilitarea Medicală are drept scop prevenirea, diagnosticarea, tratarea și managementul consecințelor post-traumatice și ale altor comorbidități cu care se confruntă victimele, în vederea ameliorării simptomelor, promovării capacităților și performanțelor lor fizice și cognitive, precum și creșterea calității vieții acestora.

Serviciile medicale de reabilitare contribuie la îmbunătățirea capacității funcționale și a calității vieții supraviețuitorilor/oarelor diferitor forme de violență, prin restabilirea funcției optime în contextul prezenței unor leziuni fizice, tisulare și/sau funcționale, corelate cu traumele suferite. Anumite patologii somatice pot fi consecințe directe ale traumelor suferite (cum ar fi: traumatisme, surditatea post-traumatică). Dar altele (neurologice, cardiovasculare, digestive, endocrine) pot fi agravate sau declanșate mai târziu, ca și consecințe tardive sau psiho-somatice.

Reabilitarea psihologică reprezintă activități sau servicii de consiliere psihologică și psihoterapie, în scopul facilitării recuperării post-traumatice a victimelor și a reintegrării lor în familie și în societate. Unul din scopurile de bază ale reabilitării psihologice, este de a ajuta victimele să se înțeleagă și să se cunoască mai bine, după ce au supraviețuit unui sau unor evenimente traumatizante puternice, în așa fel, încât să-și poată gestiona simptomele, să-și continue viața cu demnitate, să învețe a trăi cu traumele suferite, fără a le suprima, ignora, evita sau din contra, a nu se crampona prea mult de ele.

Reabilitarea psiho-socială trebuie să aibă la bază un complex de activități de consiliere, informare, susținere și de construire a unei rețele de suport a victimei în plan socio-juridic, psiho-social și spiritual. Cu alte cuvinte, ar trebui să contribuim la satisfacerea nevoilor de bază ale victimelor: de a fi recunoscute și de a fi sprijinite public.

La această etapă de reabilitare există riscul apariției unor conflicte între victimă și oamenii din jur, deoarece victima este irascibilă și deseori chiar poate fi mai dură față de alte persoane, care nu au trecut prin experiențe traumatice similare celor suferite de ea înseși.

Din aceste motive, se recomandă ca părinții, rudele, membrii familiei și alți oameni apropiați să fie implicați în programul de reabilitare. Pentru aceasta este nevoie de mult tact și de înțelegerea modificărilor post-traumatice majore survenite în atașamentul psihologic al victimei față de cei dragi.

Cu toate acestea, eforturile principale la etapa de reabilitare propriu-zisă, necesită concentrare pe examinările medicale, pe evaluarea stărilor psiho-emoționale și psiho-fiziologice ale victimei, pe activitățile speciale de reabilitare de natură psihoterapeutică.

În primul rând, în atenția specialiștilor ar trebui să ajungă victimele cu semne evidente de reacții post-traumatice acute, care se manifestă la scurt timp după traumă. Trebuie de avut în vedere faptul, că aproape la oricare pacient, aceste reacții pot fi întârziate și se pot manifesta printr-o perioadă considerabilă de timp, trecut de la momentul traumei.

Abordarea centrată pe victimă și pe traumă în dezvoltarea serviciilor de reabilitare

Într-o abordare centrată pe victimă, dorințele, siguranța și bunăstarea victimei au prioritate în toate chestiunile, acțiunile și procedurile legate de caz.

Termenul-cheie "abordare centrată pe victimă", este definit ca fiind orientarea sistematică spre nevoile și preocupările persoanei, căreia i se oferă servicii cu compasiune, într-o manieră sensibilă, nediscriminatorie și nesentențioasă, adică fără a o judeca pentru ceea ce i s-a întâmplat, pentru ceea ce face, sau pentru ceea ce nu reușește să facă.

O abordare centrată pe victimă încearcă să minimizeze re-traumatizarea asociată procesului de asistență, de reabilitare, precum și pentru acces la justiție, prin:

- 1) acordare de suport avocaților victimei, precum și altor furnizori de servicii, pentru a-i ajuta să înțeleagă mai bine consecințele posttraumatice și alte particularități ale victimelor, legate de trauma prin care a trecut, precum și suferințele lor;
- 2) abilitarea, implicarea și responsabilizarea supraviețuitorului/arei, ca participant/ă activ/ă în procesul de reabilitare, documentare și acces la justiție;
- 3) oferirea de posibilități pentru a juca un rol important în procesul de investigare a cazului său și de aducere a agresorilor în fața justiției.

Este regretabil că, în practică, victimele sunt deseori obligate să aștepte un timp îndelungat pentru a putea beneficia de serviciile care le sunt necesare. Furnizorii de servicii ajută un număr mare de victime, dar deseori au resurse financiare și umane limitate sau insuficiente, ceea ce îi împiedică să răspundă tuturor necesităților lor. În același timp, constrângerile temporale la care este supusă poliția (adesea suprasolicitată și/sau insuficient instruită și pregătită), îi reorientează prioritățile asupra altor cauze penale, în detrimentul cazurilor de violență în bază de gen.

Cazurile dificile la care lucrează și particularitățile lor de muncă, îi pot face pe procurori să nu ia în considerare particularitățile, precum și nevoia de tratament și de reabilitare a victimei prin servicii medicale și psihologice, care ar putea furniza și dovezi incontestabile, necesare investigației cazului. Or, un sprijin adecvat din partea medicilor și a psihologilor, poate ajuta victima pe parcursul urmăririi penale, ca să se recupereze, să se implice și să înțeleagă ce se întâmplă în cazul ei.

Atunci când autoritățile de aplicare a legii, cele de urmărire penală, furnizorii de servicii sau alți profesioniști sunt implicați într-un caz de violență în bază de gen, nevoile victimelor trebuie să rămână prioritare.

Practica inteligentă:

- 1) Toți profesioniștii implicați în asistența cazurilor de violență în bază de gen trebuie să susțină victima, dând dovadă de multă răbdare, empatie și compasiune, antrenând la necesitate și alți actori, care împărtășesc aceleași principii și eforturi.
- 2) Trebuie evitate orice activități care pot exclude o victimă și care reflectă comportamentul unui agresor, oricât de neintenționat ar fi acesta.
- 3) Trebuie facilitat accesul victimelor la servicii de reabilitare comprehensive, cu implicarea lor în procesul de recuperare și de investigare a cazului.

Prestatorii de servicii specializate pentru victimele violenței în bază de gen, dispun de o gamă necesară și diversă de abilități profesionale, de resurse umane și financiare, de competențe culturale și, la modul ideal, de o perspectivă informată asupra traumei.

Profesioniști bine instruiți din domeniul medical, social și psihologic, pot evalua nevoile victimelor și le pot oferi sprijinul necesar într-un mod adecvat și cât mai timpuriu. Aceste abilități sunt imperative pentru a se construi relații de încredere cu supraviețuitorii violenței, pentru a le satisface nevoile și pentru a-i ajuta să-și creeze siguranță și securitate în viața lor și a membrilor familiilor lor, în special a copiilor.

În cazul violenței în bază de gen, parteneriatele dintre prestatorii de servicii și instituțiile de aplicare a legii sunt esențiale pentru un răspuns prompt, complet și centrat pe victimă.

Un efort comun și comprehensiv, ar trebui să implice organizații cu experiență în lucrul direct cu victimele, precum și organizații cu pregătire și cu experiență în lucrul cu trauma, în crearea de legături emoționale, în colectarea datelor și în alte activități legate de asistența și documentarea cazurilor de violență.

Abordarea centrată pe victime are un rol esențial în sprijinirea drepturilor, demnității, autonomiei și autodeterminării victimelor, indiferent dacă au ales (sau nu) să raporteze cazurile lor sau să coopereze cu autoritățile de aplicare a legii.

În situația în care victimele decid să se adreseze și să conlucreze cu organele de drept, înțelegerea și aplicarea unei abordări centrate pe victimă este esențială pentru investigarea cu succes a unui caz de violență în bază de gen.

Pentru a fi pregătiți să construiască un răspuns eficient, centrat pe victimă, în procesul de dezvoltare a unui program comprehensiv de reabilitare, specialiștii din diferite domenii ar trebui să fie bine-instruiți în următoarele direcții:

- a) evaluarea nevoilor victimei (abordarea centrată pe victime);
- b) implicarea și colaborarea cu victimele în procesul de asistență (abordarea participativă);
- c) îngrijirea informată a traumelor (abordarea centrată pe traume);
- d) formarea competențelor sociale și culturale (abordarea multidisciplinară);
- e) probleme de diversitate și incluziune (abordarea centrată pe drepturile omului),

Utilizarea termenilor „victimă” și „supraviețuitoare”

Acest ghid folosește termenii „victimă” și „supraviețuitoare”, pentru a se referi la persoanele care au trecut prin diverse forme de violență în bază de gen. Ambii termeni sunt relevanți, dar au implicații diferite atunci când sunt folosiți în contextul promovării drepturilor victimelor, al documentării cazurilor și/sau al furnizării de servicii de reabilitare medico-socială.

Termenul „victimă” are implicații juridice în procesul de justiție penală și se referă la o persoană care a suferit un prejudiciu, ca urmare al comportamentului agresiv și criminal al unei altei, sau al altor persoane, definiți ca agresor/i.

Acest termen figurează în legile care acordă persoanelor drepturi și calități juridice în cadrul sistemului de justiție penală. Poliția și alte instituții de drept îl folosesc în activitatea lor profesională.

„Supraviețuitoare” este un termen folosit pe scară largă de către organizațiile/instituțiile care oferă servicii de asistență și reabilitare persoanelor trecute prin violență, pentru a le recunoaște puterea și curajul de care dau dovadă în depășirea traumei și a victimizării, în procesul de continuare sau de reconstruire, cu succes și demnitate, a vieții lor.

În acest ghid, ambii termeni sunt utilizați în contextul identificării victimelor, al documentării cazurilor și al dezvoltării strategiilor de oferire a serviciilor complexe de reabilitare.

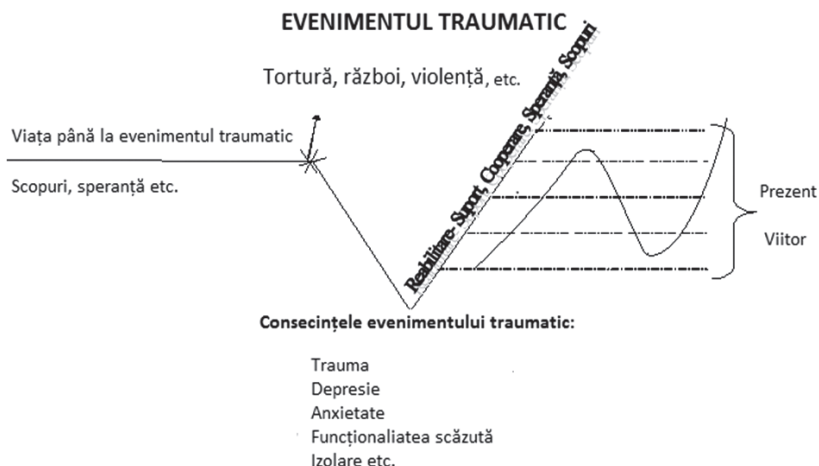
Abordarea centrată pe traumă

Trauma se definește ca „o experiență vitală de discrepanță între factorii situaționali amenințători și capacitățile individuale de stăpânire de sine, care este însoțită de sentimente de neajutorare și abandonare, lipsă de apărare și care duce astfel la o prăbușire de durată a înțelegerii de sine și de lume” (G. Fischer, P. Riedesser, 1998, 2005⁴⁵).

⁴⁵ https://www.researchgate.net/publication/233897784_What_Is_Trauma_and_Dissociation

Viața oricărei persoane, care a trecut peste o traumă extremă, se împarte în două perioade distincte: „până” și „după” evenimentul traumatic, după cum se poate vedea în schema de mai jos⁴⁶.

Schimbarea post traumă poate surveni dramatic de rapid, dar procesul de recuperare, ar putea fi mult mai îndelungat, în dependență de mai mulți factori, dar și de promptitudinea cu care începe un program de reabilitare.



Trauma reprezintă:

- 1) o suferință psihică apărută în urma unei pierderi, a unui accident, a unei catastrofe, a unei vătămări cauzate în urma unui act violent asupra persoanei;
- 2) o „rană” sau o leziune sufletească, produsă în interiorul sistemului de personalitate;
- 3) o „întrerupere” a integrității personalității, cu consecințe dureroase și perturbătoare.

Termenul-cheie „abordarea centrată pe traumă” recunoaște prioritatea traumei, sugerează sensibilitatea și informarea cu referire la impactul traumei asupra sănătății și bunăstării emoționale, psihologice și sociale a indivizilor și a comunităților.

„Îngrijirea și practica informată cu privire la traume” reprezintă un cadru bazat pe puncte forte, care:

- 1) se concentrează pe o înțelegere și o reacție (a victimei) la impactul traumei;
- 2) subliniază importanța siguranței fizice, psihologice și emoționale, atât pentru supraviețuitori, cât și pentru prestatorii de servicii;
- 3) creează oportunități pentru supraviețuitori de a reconstrui un sentiment de control asupra vieții lor și de abilitare pentru a-și continua viața cu demnitate.

⁴⁶ Elaborată de echipa RCTV Memoria, din materialele informative și educative primite de la colegii de la CVT (www.cvt.org), în cadrul proiectului „Partners in trauma healing” – <https://www.cvt.org/partners-trauma-healing>

Modele de sprijin și asistență a victimelor VBG

În cadrul programelor de asistență a victimelor VBG și altor forme de violențe, ar trebui să se acorde atenție la unele aspecte care joacă un rol important în atingerea rezultatelor dorite:

Alegerea corectă a metodelor de lucru și de stabilire a contactelor. Este foarte important de a învăța cum să întrebăm victima despre traumă, cum să se efectueze un interviu clinic.

Elaborarea unei evaluări aprofundate a ”ceea ce se cere,” sau de ce are nevoie persoana pe care dorim să o ajutăm, pentru identificarea corectă a nevoilor directe și indirecte.

Stabilirea unui grad înalt de încredere între victime și cei care oferă sprijin.

Oferirea unui suport comprehensiv și a asistenței specializate victimelor, este un proces complex și anevoios, dar care este foarte important și necesar pentru a depăși trauma și pentru atingerea unui nivel așteptat de reintegrare în familie și în societate.

În dependență de profilul persoanelor aflate în dificultate, există **două modele principale de asistență**:

- 1) În conformitate cu **primul model** de asistență, aceasta se poate acorda sub forma unor rețete gata pentru rezolvarea diverselor probleme: prin oferirea unui sfat bun; prin încercarea de a diminua acuitatea suferințelor și a neplăcerilor; prin acțiuni concrete de sprijin sau de sugestie. De regulă, persoana care a venit în ajutor, consideră că este nevoie de serviciile sale, deoarece beneficiarul se confruntă cu trăiri și emoții foarte neplăcute sau cu care nu se poate descurca de unul singur.
- 2) **Al doilea model** de asistență se bazează pe ideea, că cel care oferă sprijin, ar trebui în primul rând să activeze maxim posibil resursele interne ale beneficiarului, pentru ca el însuși să poată face față problemelor sale. Prin urmare, poziția persoanei care oferă sprijin, poate fi definită după cum urmează: *”Eu cred că poți face față destul de bine cu problemele apărute. Eu cred că nimeni nu te poate ajuta mai bine decât o poți face singur. Ori care nu ar fi starea actuală, indiferent de cât de mult suferi, te chinui sau ești îngrijorat; indiferent de cât de greu îți este sau oricât de multe dubii ai avea cu privire la încrederea în sine, eu cred că dacă vrei, poți să devii mai puternic, poți să mergi mai departe, mai repede și să ai mai mult succes. Eu nu vreau și nu pot trece această cale în locul tău. Dacă ești de acord, eu pot să îți țin companie pentru un timp, pentru că vreau să te ajut, dar numai pentru ca tu să te ajuți mai bine pe tine însuși. Într-o zi, poate că ne vom schimba cu rolurile”.*

Principalul aspect al acestui model de a ajuta o altă persoană, este consolidarea propriilor abilități (resurselor interne) pentru a rezolva propriile probleme. Cel care ajută, nu tinde spre lichidarea dificultăților beneficiarului, nu oferă rețete de-a gata cum să facă față problemelor, dar depune eforturi pentru a-l ajuta să gestioneze acțiunile sale ca să-i consolideze capacitatea și încrederea în sine.

De regulă, această sarcină este una foarte dificilă, deoarece necesită multă răbdare. Și trebuie să construim relația noastră astfel, încât persoana ajutată să poată conștientiza cu succes experiențele și trăirile sale cele mai dificile și neplăcute, să înțeleagă mai bine dificultățile și să găsească o modalitate eficientă de a le depăși.

Nu ar trebui să încercăm să schimbăm persoana, sau să-i cerem să fie "cum a fost înainte de...". Nu ar trebui să facem ceva în locul lui/ei, cu excepția unor situații specifice, atunci când este necesar. Prin urmare, trebuie să construim relația cu persoana în dificultate în așa fel, că să genereze un efect cât mai bun, mai productiv și eficient.

Reguli și recomandări pentru programele de reabilitare

Având în vedere toate cele enumerate mai sus, putem formula următoarele reguli și recomandări:

- 1) Reabilitarea victimelor VBG, inclusiv reabilitarea medicală, **este o sarcină comună** a medicilor, psihologilor, pedagogilor, asistenților sociali, specialiștilor în ergoterapie și altor specialiști, cu implicarea și participarea activă a beneficiarilor. Această prevedere subliniază încă o dată **caracterul comprehensiv și complexitatea reabilitării** ca atare. Scopul programelor de reabilitare este de a ajuta pacientul să revină la o viață cât mai aproape de cea de până la traumă. Fiecare caz concret presupune implicarea în procesul unic de reabilitare nu doar a medicilor, ci și a altor profesioniști. Însă o condiție indispensabilă pentru atingerea scopului este atitudinea pozitivă a pacientului și orientarea lui spre depășirea problemelor, spre însănătoșire, re-integrare în familie și în societate, spre continuarea studiilor, sau activității profesionale.
- 2) **Scopul principal al reabilitării** este diminuarea maximă sau eliminarea completă a restricțiilor existente în viața victimei, restabilirea stării ei de sănătate, cu întoarcerea la locul de studii, de muncă și în comunitate. Abordând consecințele evenimentelor traumatice din perspectiva conceptelor actuale ale traumei, specialiștii implicați în reabilitarea victimelor au sarcină de a înlătura aceste consecințe, de a minimiza sau elimina complet limitările de deplasare, de mișcare, de orientare, de auto-deservire, de învățare, de comunicare, de comportament, sau în activitatea de muncă.

- 3) Rolul decisiv în procesul de reabilitare aparține psihoterapeutului, deși la anumite etape de implementare a programelor de reabilitare individuale, acest rol poate fi realizat și de alți specialiști. Conform principiul complexității, în afară de medici, în elaborarea și implementarea programelor de reabilitare, sunt implicați diferiți specialiști. Astfel, la unele etape de implementare, în prim plan pot apărea serviciile oferite de medici, avocați, psihologi, asistenți sociali și alți specialiști.
- 4) În procesul de reabilitare a victimelor și de adaptare a lor la viața de zi cu zi, **studiile și ocupația (locul de muncă)** au o importanță foarte mare în calitate de metode de educație, informare sau recuperare. De exemplu, ergoterapia⁴⁷, sau terapia ocupațională, este o metodă de tratament activ, care are drept scop restabilirea funcțiilor perturbate sau pierdute ale organismului. În plan psihologic, aceasta ajută la echilibrarea stării psiho-emoționale a beneficiarei, la creșterea stimei de sine, la distragerea atenției de la consecințele fizice ale traumelor suferite, precum și de la bolile somatice sau psiho-somatice. Pe de altă parte, terapia ocupațională are și valoare educațională, deoarece pe lângă scopul de a produce ceva, ea dezvoltă interesul față de ocupația aleasă, care corespunde profilului lor profesional și față de posibilitatea de a îndeplini o sarcină concretă. Terapia ocupațională are drept scop ajutarea oamenilor să-și recapete independența în majoritatea ariilor de existență. Aceasta le îmbunătățește abilitățile cognitive, fizice și motrice ale persoanelor cu dezabilități, contribuie la creșterea încrederii în sine și la reintegrarea lor socială.
- 5) Multe dintre victime au nevoie de măsuri de reabilitare pe termen lung. Din acest motiv, statul are sarcina și obligația internațională de a crea în cadrul sistemului național de sănătate, instituții specializate pentru această categorie de persoane. În practică însă, în multe țări, centrele de reabilitare pentru victimele VBG sunt instituții non-guvernamentale, în care victimele au mai multă încredere.
- 6) În pofida acestui fapt, asistența medicală a victimelor în diferite instituții de sănătate publică, este necesară la diferite etape de recuperare medicală, în funcție de natura și de consecințele traumelor suferite. În dependență de problemele pe care le prezintă, destul de frecvent este necesară internarea victimelor în spitalele specializate sau cu profil mai larg, în centre și departamente de reabilitare medicală, în sanatorii și în alte instituții.
- 7) Pentru documentare medicală și tratament, pacienții trebuie să frecventeze și instituții clinice de diverse profiluri, în special: cardiologic, neurologic sau traumatologic. În scopul de a reduce teama și neîncrederea victimelor față de aceste instituții, precum și pentru a putea colabora și coopera cu medicii

⁴⁷ <https://sfaturimedicale.ro/ergoterapia/>

din aceste instituții în interesul pacienților, este necesară dezvoltarea relațiilor colegiale și profesionale, precum și semnarea contractelor de colaborare. Personalul medical din aceste instituții publice sau private poate fi invitat la cursuri speciale pe traumă, la seminare pe teme apropiate de obiectivul de reabilitare. De fapt, ei trebuie să înțeleagă că victimele VBG și tratamentelor inumane sunt **o categorie aparte de pacienți**, cu nevoile și problemele lor specifice.

- 8) Este necesar de aplicat în practică **recomandările Convenției de la Istanbul** cu privire la asistența oferită pentru această categorie de victime, cu documentarea medicală a consecințelor VBG. Aceste informații sunt foarte utile nu numai pentru profesioniștii din domeniul sănătății, dar și pentru alte categorii de specialiști implicați în asistența și în programele de reabilitare a victimelor VBG.

Astfel, este necesar să ținem minte că respectarea principiilor de bază ale reabilitării (*complexitatea, promptitudinea, continuitatea, perseverența, consecvența, abordarea individuală și participarea activă a victimelor în procesul de reabilitare*) facilitează adaptarea mai eficientă a victimei la studii, la activitatea profesională și la alte activități noi, la un nou mod de viață și la integrarea maximă în familie și societate.

Doar prin aderarea la aceste principii, care au fost enumerate mai sus, se poate conta pe atingerea nivelului maxim posibil de recuperare a victimei, pe creșterea gradului de funcționalitate, pe reducerea severității și complexității consecințelor post-traumatice și pe prevenirea dezabilităților.

REABILITAREA PSIHO-SOCIALĂ A VICTIMELOR VBG, INCLUSIV TINERI ȘI COPII

*„Și suferința și bucuria sunt pentru a învăța.
Prin încercarea ambelor trăiri, sufletul dobândește
cunoștințe despre realitatea, care stă la baza lucrurilor.
Experiența poate fi tristă, dar se transformă în
cunoaștere. Iar cunoștințele se transformă în
înțelepciune, care este ghidul sufletului”.*

Annie Besant

„Reabilitarea este un proces de evaluare, tratament și management, prin care individul (și familia sau îngrijitorii lor) sunt sprijiniți pentru a-și atinge potențialul maxim pentru funcționarea lor fizică, cognitivă, socială și psihologică, participarea în societate și calitate a vieții”.⁴⁸

Nu există persoană care nu ar avea probleme sau complexe, temeri, fobii sau conflicte interioare, înrădăcinate adânc în sufletul lor. De obicei, o persoană nu ia nici o măsură pentru a aborda problemele sale, dacă nu recunoaște existența lor. Pe de altă parte, nu e nimic rău sau rușinos în a recunoaște propriile probleme.

Recunoscând existența posibilelor conflicte psihologice profunde, oricine este gata să ia măsuri concrete pentru a le rezolva. Și cel mai important, este conștientizarea că nu ești singur, deoarece în situație similară ar putea fi o mare parte a populației, peste tot în lume.

Recunoașterea propriilor probleme este un pas crucial, care poate ajuta persoanele să scape de ele, dar este nevoie de mult timp și eforturi. Însă vestea bună este că aceasta este posibil și mulți oameni au atins deja rezultatele dorite.

După o perioadă asociată cu trauma, există multe consecințe și probleme despre care am vorbit mai sus. Este necesar de a identifica și de a studia problemele care interferează cu viața noastră, pentru a putea scăpa de ele în mod constant. Cu toate acestea, cele mai multe probleme pot fi ascunse în subconștient, sub nivelul obișnuit de percepție și pot provoca nefericire, depresie și alte de stări sufletești. Aceste probleme, de asemenea trebuie să fie identificate, ca mai apoi să fie soluționate, cu ajutorul specialiștilor.

Un lucru trebuie să subliniem: toate problemele și blocajele psihologice, pot și ar trebui să fie eliminate, deoarece acestea nu trebuie să devină sau să rămână o parte permanentă a caracterului persoanei. Tot ce trebuie de făcut, este nevoia,

⁴⁸ Definiția oficială a Departamentului de Sănătate (HD) și a Societății Britanice pentru Medicină de Reabilitare (BSRM), care reprezintă medici și alți profesioniști, cum ar fi fizioterapeuții și terapeuții ocupaționali) – <https://www.thednrc.org.uk/what-is-this-all-about/what-is-rehabilitation.aspx>

dorința și efortul de a scăpa de ele. Se poate face acest lucru de sine stătător, dar totuși, este important să recomandăm victimelor să apeleze la ajutorul specialiștilor – psihologi sau psihoterapeuți.

Raționamente practice și soluționarea consecințelor post-traumatice

Pentru a atinge un echilibru psihologic, este nevoie de o abordare tridimensională a propriei vieți și de respectare a următoarelor reguli:

- 1) să încercăm să prevenim apariția unor noi probleme și conflicte. Nu are rost să îndepărtăm din mintea noastră complexe și probleme existente, dacă în același timp, o lășăm deschisă și receptivă la noi acțiuni și experiențe dăunătoare. Este necesar de a face mintea mai puternică, pentru a ne descurca mai ușor cu toate urcușurile și coborâșurile vieții.
- 2) să scăpăm de problemele identificate și percepute, adică de celea pe care deja le cunoaștem și le recunoaștem.
- 3) să identificăm și să eliminăm lent și treptat problemele din subconștient. Acestea ne provoacă o mulțime de durere, nefericire și suferință în viață, fiind profund ascunse în colțurile neexplorate ale minții. Efectele acestor probleme se pot simți sub formă de anxietate, depresie, sau alte forme. Dar în realitate, persoana nu poate să știe ce le provoacă. Ne putem gândi la traumă, la pierdere, la un eveniment extern, sau la alte persoane, care ar putea sta la baza lor, dar motivul real se află adânc în mintea noastră. Astfel de probleme din subconștient trebuie să fie recunoscute și apoi îndepărtate.

Aceste trei procese nu apar în aceeași ordine, așa cum le-am descris, dar ar trebui să aibă loc în același timp, deoarece se vor completa reciproc. De exemplu, imediat după ce recunoaștem problemele din subconștient (categoria 3), ele trec automat în categoria 2. Mai departe, în măsura în care persoanele scapă treptat de probleme psihologice, crește în mod automat capacitatea lor de a face față situațiilor de viață, fără a pierde calmul și echilibrul sufletesc.

Cu alte cuvinte, cu cât mai puține probleme psihologice avem, cu atât mai mult suntem în stare să ne confruntăm cu problemele din viață, într-un mod calm și echilibrat. Astfel, aceste trei categorii constituie împreună o abordare integrată de eliminare și prevenire a conflictelor psihologice și menținerea păcii din suflet. Ele trebuie să acționeze simultan, chiar dacă le-am divizat, pentru simplitatea explicațiilor.

În ceea ce privește ***selectarea metodelor de consiliere și asistență destinate victimelor VBG*** de diferite vârste, întotdeauna trebuie să aducem în discuție traumele complexe, care pot fi abordate din două perspective importante:

- 1) **Traume suprapuse și cumulative.** În foarte multe cazuri, victimele VBG au suferit traume severe în copilărie sau în adolescență (violență sexuală, incest, violență domestică, refugiu, trafic etc.). În cazurile în care victimele au suferit traume anterioare, experiența abuzurilor la care au fost supuse recent, reprezintă o traumă cumulativă care se adaugă la traumele pe care persoana le-a suferit în primele etape ale vieții, cel mai adesea în copilărie. Așadar, vorbim despre o traumă complexă atunci, când persoana în cauză a trecut prin experiențe traumatice severe, care nu au fost procesate psihologic înainte de a ajunge victimă a unui nou abuz – a violenței în bază de gen;
- 2) **Traume extreme.** Analizate dintr-un alt punct de vedere, traumele complexe se referă la faptul că experiențele VBG sunt experiențe umane deosebit de dramatice. În acest caz, conceptul de traumă și consecințele sale psihologice, modul în care trauma este definită în psihologie, nu pot cuprinde în întregime și nu pot descrie în totalitate o astfel de experiență și efectele psihologice pe care le are.

Prin urmare, vorbim despre traumă complexă atunci, când la experiențele traumatice se cumulează alte experiențe similare și/sau atunci când evenimente traumatice au fost deosebit de dramatice și neașteptate, astfel încât acestea pot echivala cu tortură.

Metode și tehnici terapeutice în asistența victimelor VBG, inclusiv tineri și copii

În dependență de vârsta victimelor și consecințele traumelor suferite, terapia poate include: consiliere, terapie prin joc, terapie narativă, terapie prin arta, terapie prin muzică, terapie în natura, terapie cognitiv comportamentală, desensibilizarea și reprocesarea prin mișcări ale ochilor (EMDR), psihoterapie, managementul furiei sau gestionarea conflictelor de muncă.

De asemenea, este la fel de important să se pună accent pe reziliența persoanei, pe punctele sale forte, precum și pe abilitățile de a dezvolta oportunități și de a construi pe aceste baze, cu recunoașterea acestor aspecte pozitive.

Intervențiile terapeutice trebuie să se bazeze pe relații sigure și de încredere și trebuie să se țină cont și de etapa de dezvoltare a persoanei (copil, tânăr, adult), să fie relevante din punct de vedere cultural, să fie flexibile, adecvate și să se realizeze de către un specialist instruit.

În tratamentul TSPT/PTSD, sunt destul de eficiente următoarele cinci metode și tehnici de terapie⁴⁹:

- i. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC)**, care se bazează pe ideea că răspunsurile comportamentale și emoționale la anumite evenimente sau situații, nu sunt cauzate direct de acestea, dar de percepțiile și interpretările

⁴⁹ <https://rcchicago.org/5-effective-trauma-therapy-methods/>

făcute asupra acestor evenimente și situații. Abordarea cognitiv-comportamentală este orientată către probleme și vizează atenuarea simptomelor patologice, ceea ce duce la o ameliorare a funcționării comportamentale, sau la o remisiune totală a unei tulburări psihice. Accentul se pune pe comportamentele problematice, cognițiile maladaptive și emoțiile însoțitoare, dar și pe stabilirea unor obiective clare în demersul terapeutic. Avantajul acestei terapii este faptul că pacientul este implicat activ în procesul terapeutic, tehnicile sunt însușite și aplicate atât în terapie cât și în viața privată, astfel efectele pozitive se mențin și după întreruperea terapiei.

Astfel, TCC se concentrează pe recunoașterea tiparelor de gândire problematice și pe lucrul pentru a le schimba, ceea ce ajută apoi la schimbarea tiparelor de comportament. Acest tratament necesită ca o persoană să se angajeze în întâlniri săptămânale, pentru a învăța abilități noi, care pot fi folosite pentru a-și gestiona simptomele. Pe parcursul tratamentului, o persoană va exersa abilitățile în afara sesiunilor. Între timp, terapeutul se va asigura că abordează orice bariere și evidențiază progresul. TCC standard durează în mod tradițional, de la 12 până la 16 săptămâni.

ii. Terapia prin expunere (cum ar fi terapia prin expunere prelungită) este bazată în principal pe învățarea prin experiență, folosind tehnicile expunerii. Persoana care a suferit o traumă puternică, apelează sistematic la două tipuri de evitare – amintirea traumei și elementele care declanșează amintirea. Terapeutul urmează procedurile de intervenție și folosește descoperirea ghidată, pentru a prelucra expunerile. Terapiile bazate pe expunere se concentrează pe confruntarea cu factorii declanșatori inofensivi ai traumei (stresului), pentru a-i separa de sentimentele de anxietate și stres. Expunerea prelungită este o terapie flexibilă, care poate fi modificată pentru a se potrivi nevoilor individuale. Este concepută special pentru a ajuta clienții să proceseze psihologic evenimente traumatice și să reducă tulburările psihologice induse de traume. Expunerea prelungită produce îmbunătățiri semnificative clinic la aproximativ 80% dintre pacienții cu TSPT/PTSD cronică. În cadrul terapiei prin expunere, pacienții sunt expuși treptat la amintirile, emoțiile, gândurile și senzațiile fizice legate de traume. Deoarece evitarea este un simptom comun al traumei, terapia prin expunere ajută pacienții să nu mai evite amintirile lor despre traumă. Tipurile de expuneri pot include:

- ✓ Expuneri imaginare: povestirea detaliilor evenimentului traumatic;
- ✓ Expuneri in vivo: confruntare în mod repetat cu situații legate de traume, sau cu persoane din viața lor de zi cu zi, pe care le-au evitat;
- ✓ Expuneri interoceptive: crearea și apoi experimentarea senzațiilor fizice de temut, care sunt asociate cu trauma, dar sunt de fapt inofensive.

iii. Terapia cognitivă de procesare, cunoscută și sub numele de CPT, este un tratament cognitiv-comportamental, care are ca scop să ajute persoanele care sunt "blocate" în gândurile lor despre traumă. Este unul dintre cele mai eficiente tratamente pentru tulburarea de stres post-traumatic (PTSD) și se bazează pe ideea că simptomele TSPT/PTSD rezultă dintr-un conflict între credințele pre-traumatice despre sine și lumea înconjurătoare. De exemplu, convingerea că „nu mi se va întâmpla nimic rău sau că lumea este un loc sigur” versus informații post-traumatice, când evenimentul traumatic este o dovadă că lumea este un loc periculos și perfid. Aceste conflicte se numesc „puncte blocate” și sunt abordate, printre alte tehnici, inclusiv mărturii scrise despre evenimentul traumatic. Astfel, CPT se concentrează pe reevaluarea modului în care o persoană gândește în urma unui eveniment traumatic. Acest tratament vizează modul în care oamenii se văd pe ei înșiși, pe ceilalți și lumea din jurul lor. Adesea, gândirea problematică sau irațională ține o persoană „blocată” și face ca recuperarea după traumă să fie dificilă. Protocolul CPT ajută o persoană să-și evalueze trauma și impactul pe care o are asupra gândirii sale. O persoană învață abilități pentru a evalua dacă gândurile sale sunt reale (sau actuale) și dezvoltă modalități mai utile de a se gândi la trauma sa. CPT este deosebit de util pentru cei care trăiesc sentimente puternice de rușine, cu privire la evenimentul lor traumatic.

iv. Terapie cognitiv-comportamentală focalizată pe traumă (TF-CBT). Concepută pentru tineri, copii și adolescenți, precum și pentru familiile lor, TF-CBT funcționează pentru a îmbunătăți o serie de rezultate legate de traume. Scopul este de a-i ajuta pe toți să treacă experiențe traumatice trecute. Acest tratament durează între 8 și 25 de ședințe, iar tratamentul implică atât copilul, cât și un îngrijitor sau un adult de încredere. TF-CBT este una dintre cele mai eficiente metode de terapie a traumei, disponibile pentru a ajuta tinerii să se recupereze după tulburarea de stres post-traumatic. TF-CBT abordează alte provocări legate de traume, cum ar fi anxietatea, depresia și problemele de comportament. De asemenea, îngrijitorul sau adultul de încredere, își poate ușura suferința legată de evenimentul traumatizant al copilului și poate învăța abilități eficiente de parenting.

v. Terapia de desensibilizare și reprocesare a mișcării oculare (EMDR)⁵⁰ este diferită de majoritatea terapiilor, care includ vorbirea. În EMDR nu este necesar ca o persoană să-și explice trauma în detaliu. În schimb, o persoană va face mișcări ale ochilor sau va fi supusă unor atingeri ritmice cu mâinile (palmele), în timp ce se concentrează pe o imagine legată de traumă. Terapia EMDR ajută o persoană să devină „deblocată”, astfel încât creierul său să poată trece prin procesul său natural de vindecare. Este conceput pentru a ajuta o persoană să rezolve rapid amintirile traumatice. Spre deosebire de

⁵⁰ <https://www.emdr-romania.org/specialisti/>

alte terapii, nu se pune accent pe schimbarea emoțiilor, gândurilor sau comportamentelor legate de traumă. Adesea, terapia EMDR poate fi finalizată în mult mai puține sesiuni decât alte terapii de vorbire. EMDR se focalizează pe amintirea evenimentului traumatic. Iar în urma tratamentului, emoțiile negative legate de amintirile dureroase ale evenimentului traumatic își pierd din intensitate. Schimbarea are loc chiar dacă evenimentul respectiv este foarte vechi. Imaginea se schimbă ca și conținut, dar și în modul în care este reamintită, gândurile intruzive nu mai au aceeași frecvență sau dispar, devenind mai adaptive din punct de vedere terapeutic, emoțiile și senzațiile fizice își pierd din intensitate. Elaborarea experienței traumatice în urma terapiei EMDR, permite persoanei, prin intermediul desensibilizării și restructurării cognitive care se produce, să-și schimbe perspectiva cognitivă cu privire la sine, introiectând emoțiile adecvate situației și eliminând reacțiile fizice. În ultimă instanță, acest lucru conduce la adoptarea unor comportamente mai adaptive. De asemenea, o altă schimbare semnificativă este dată de faptul că pacientul învață să diferențieze pericolele reale de cele imaginare, condiționate de anxietate. În dependență de problemele cu care se confruntă pacienții, precum și de nivelul de pregătire al psihologilor, în programul de rehabilitare pot fi selectate diferite metode și tehnici de lucru, care țintesc anumite scopuri și abilitarea victimelor în diferite domenii și sfere de activitate.

Tehnici și instrumente folosite în asistența victimelor

Tehnicile și instrumentele descrise mai jos, pot fi destul de eficiente în lucrul cu persoanele trecute prin traume extreme, cum ar fi violența în familie, violența sexuală, trafic de persoane, atât persoane adulte, cât și copii sau tineri.

În recuperarea posttraumatică se pune accent în primul rând pe restabilirea siguranței pacientului. Pentru orice tip de intervenție și pentru orice vârstă, este esențial să se creeze o atmosferă și o relație de respect, confidențialitate și siguranță. Victima trebuie să fie tratată cu înțelegere și demnitate. Terapeutul/ psihologul trebuie să manifeste din start empatie, o preocupare sinceră și să asigure îngrijirea necesară, fără a grăbi procesul de consiliere. Fiecare detaliu al recuperării după traumă necesită o atenție deosebită, pe parcursul a uneia sau a mai multor ședințe. Procesul este unul focalizat și consecutiv, care include: introducerea, identificarea problemelor, stabilirea obiectivelor, punerea în aplicare a schimbărilor pozitive, evaluarea etc.

Componentele unui program de rehabilitare psihologică, pot include adițional diferite tehnici specifice, descrise mai jos. Nu ne oprim la detalii, deoarece fiecare tehnică o puteți găsi descrisă minuțios în diverse manuale, monografii și alte surse de specialitate. Aici dorim să le trecem ușor în revistă, după cum urmează:

Psihoeducația

Psihoeducația îmbină psihoterapia cu educația, pentru a ajuta oamenii să înțeleagă și să învețe cum să gestioneze anumite probleme. Terapeutul/Psihologul trebuie să ofere informații despre traumă, posibilele consecințe, sau despre reacțiile oamenilor la condiții de stres extrem. Oferirea acestor informații au scopul de a reduce sentimentele victimei de a se simți ciudat, diferit sau exagerat. Asemenea sentimente pot constitui în sine un factor de stres, ce agravează starea post traumă. Informațiile trebuie să fie oferite în funcție de nevoile și nivelul fiecărei persoane (adult, tânăr, copil), prin diferite metode: a) citirea unui text (la copii, de obicei); b) explicarea modului în care funcționează organismul uman la traumă și stres, folosind desene, schițe, postere.

Psihoeducația ar putea fi eficientă și utilă în:

- a) schimbarea credințelor distructive și false pe care le poate avea o victimă în urma abuzurilor suferite;
- b) reducerea stresului;
- c) creșterea încrederii persoanei, care se simte mult mai pregătită să facă față situației în care se află;
- d) îmbunătățirea relației terapeutice, prin creșterea nivelului de încredere;

Informațiile oferite *nu* au rolul de a schimba convingeri sau de a impune cu forța anumite schimbări, deoarece psihologul respectă întotdeauna punctul de vedere al pacientului, doar oferind informații obiective suplimentare, dintr-o alta perspectiva (adaptate situației).

Tehnica (Instrumentul). Vorbiți cu pacientul/a, cu o voce calmă și moale, pentru a-i prezenta totul ca pe o recapitulare a informațiilor relatate:

„Mi-ai spus că nu te simți bine și că ai trecut printr-o experiență îngrozitoare. Experiența prin care ai trecut, este atât de cumplită, încât majoritatea oamenilor se plâng de același lucru. S-ar putea să fi fost... (maltratat/ă, abuzat/ă sexual, torturat/ă, supusă la crime de război...) iar acestea sunt situații de stres sau traumă extremă. Poți să te simți un pic mai ușor de faptul că ai supraviețuit, ai scăpat și acum ești în siguranță. Dar, în același timp, este posibil să simți frică, furie, durere, tristețe...

După un timp, amintirile evenimentelor teribile ar putea reveni, fie prin coșmaruri, fie pot fi reamintite de anumite lucruri pe care le vezi sau le faci. S-ar putea să îți revină în gând anumite detalii cu privire la experiența avută, chiar dacă nu dorești rememorarea evenimentelor, retrăind astfel sentimentele de umilire sau abuz. Acest lucru te poate face să simți din nou frica, să fii furioasă sau nefericită.

De asemenea, s-ar putea să observi că fie faci, fie nu faci anumite lucruri, pe care le-ai făcut sau nu înainte de incident, oferindu-ți sentimentul că s-a produs o schimbare. Poate crezi că alții văd sau știu ce s-a întâmplat cu tine și s-ar putea să nu le placă acest lucru și să te respingă.

Dacă ai fost abuzat/ă sexual, trebuie să știi că ceea ce s-a întâmplat, nu a fost din vina ta; nu ai nicio responsabilitate pentru ce s-a întâmplat. Ai fost victima unei persoane, sau a unui sistem abuziv.

Este important să realizezi faptul că mulți oameni au reacții similare după o astfel de experiență intensă; este firesc să ai aceste sentimente, coșmaruri, amintiri și să plângi sau să fii iritabil. Aceste reacții sunt extrem de neplăcute, însă, cu toate acestea, poți găsi sprijin și confort în consiliere. Sau prin împărtășirea experiențelor cu persoane de încredere dintre cei apropiați sau dintre alți supraviețuitori/oare. Poți găsi sprijin în credință, prin anumite ceremonii sau ritualuri religioase, care aparțin propriilor tale convingeri. Prin diferite asemenea metode, multe persoane au reușit să reducă treptat impactul traumelor și experiențelor trăite. În viitor, s-ar putea să te confrunți cu multe amintiri dificile și dureroase, dar, în același timp, vei avea posibilitatea de a te bucura de viață din nou și de a începe să te simți tot mai bine...

Terapeutul se pregătește pentru o asemenea tehnică, prin ascultare empatică foarte atentă și fixarea unor elemente, pe care persoana asistată ar avea nevoie să le înțeleagă mai bine, sau poate ar vrea să le valideze pentru sine, dar împreună cu terapeutul. Astfel, prin oferirea de informații dintr-o altă perspectivă, dar prezentate într-o manieră blândă, adaptate situației, ajutăm persoana să învețe lucruri noi despre sine și despre stările, sentimentele sau gândurile neplăcute, cu care se confruntă.

Relaxarea

Un eveniment traumatic și urmările sale sunt extrem de stresante pentru orice persoană. O modalitate eficientă de reducere a stresului sau de a face față unor astfel de condiții, este relaxarea. Așadar, terapeutul/psihologul poate ajuta persoanele în cauză să învețe anumite tehnici de relaxare, pentru a face față tensiunilor actuale din viața lor, cum ar fi și cele legate de anxietate, frică, sau alte sentimente copleșitoare.

De asemenea, relaxarea poate fi utilizată ca răspuns la tensiunile care apar în cadrul unei ședințe de terapie/consiliere, cum ar fi repovestirea unui eveniment traumatic. Astfel, la sfârșitul sesiunii se recomandă efectuarea unor exerciții de relaxare, pentru diminuarea tensiunilor apărute. Este recomandabil atât la maturi, cât și copii.

Cu toții devenim anxioși din când în când: fie că e vorba de un discurs public, un interviu sau o vizită importantă. Unul din șase dintre noi, trecem peste ceea ce, pe termen lung poate deveni o tulburare. Acest lucru se întâmplă când oamenii sunt în majoritatea timpului anxioși și le este dificil să se concentreze, au probleme cu somnul și devin foarte ușor iritabili.

La femei, probabilitatea ca ele să sufere de o tulburare de anxietate este de două ori mai mare decât la bărbați. Pentru restul dintre noi, anxietatea vine și pleacă, ca parte a condiției umane normale. Fie că este vorba de un necaz constant, fie că este ocazional, anxietatea trebuie tratată cu atenție.

Există medicamente pentru anxietate, dar acestea sunt mai puțin eficiente pe termen lung și au efecte secundare. Astfel, învățarea relaxării este mult mai eficientă și gratuită, iar cele **5 metode care au multe în comun și dovezi care să le sprijine, sunt următoarele** (Manzoni et al., 2005⁵¹):

1) Relaxarea progresivă. Cel mai frecvent tip de relaxare, care implică fixarea, în plan mental a grupelor de mușchi din corpul uman. Mai întâi încordarea, apoi relaxarea fiecăreia dintre grupe de mușchi. Cu ajutorul practicii devine mai ușor să faceți asta și în momentele în care devii anxios, iar mușchii se încordează – acesta este unul dintre primele semne fizice ale anxietății, pe care oamenii, în general, îl ignoră.

Exerciții/Instrumente (pe care le dezvoltați în prealabil, sau le improvizați direct în timpul sesiunii):

(A) Ghidați pacientul/a, cu o voce calmă și moale: Pentru a elimina tensiunea acumulată, închideți ochii și concentrați-vă pe tensionarea și relaxarea succesivă a fiecărei grupe de mușchi, în timp ce inspirați adânc și expirați cât mai lent. Începeți cu degetele de la picioare și cu tălpile, apoi continuați cu genunchii, coapsele, posteriorul, abdomenul, pieptul, brațele, gâtul, mandibula și ochii. Inspirați pe nas și numărați până la 5, cât timp mențineți mușchii tensionați, apoi expirați pe gură când relaxați mușchii. Puteți efectua acest exercițiu acasă, la birou sau în timpul unei călătorii (ca pasager). Dacă se instalează o senzație de amețeală, grăbiți puțin ritmul respirației.

2) Relaxarea aplicată, care se bazează pe relaxarea progresivă.

Exercițiu/Instrument. Ghidați pacientul/a, cu o voce calmă și moale: În primul rând, înveți să îți relaxezi grupele de mușchi, unul după altul, pe rând. Următoarea etapă constă în eliminarea tensiunii musculare și începeți relaxarea fiecărui mușchi. Apoi, veți învăța să asociați o anumită indicație, să spuneți în gând: „sunt calm/ă acum!”, având și menținând o stare relaxată. Învățați apoi să vă relaxați foarte repede. In cele din urma, veți practica tehnica de relaxare în situațiile de anxietate din lumea reală. Este vorba de mintea, ce îți urmează corpul.

3) Trainingul autogen. Folosit încă din anii 1930, este o tehnică foarte eficientă pentru relaxarea progresivă a mușchilor. In zilele noastre, este folosit chiar în terapia virtuală, (sesiuni online) când pacientul este ghidat pas cu pas, cum să relaxeze fiecare mușchi.

⁵¹ <https://www.spring.org.uk/2021/06/relaxation-techniques.php>

Exercițiu/Instrument. Ghidați pacientul/a cu o voce calmă și moale: Pentru a te ajuta să practici relaxarea, există o mantră, care ajută să te concentrezi pe fiecare grupă de mușchi: “Brațul meu drept devine din ce în ce mai greu”...In cea de-a doua etapă se induce o senzație de căldura în grupele de mușchi: “Brațul meu stâng devine din ce în ce mai cald”. Alte etape induc calmarea inimii și abdomenului, cu răcirea frunții în același timp. Vei descoperi încă o dată, că este vorba de mintea ce îți urmează trupul. Odată cu practica, simpla intenție de a începe trainingul, va fi suficientă pentru a determina corpul să se relaxeze și să se încălzească. Este recomandată practicarea zilnică, pentru obținerea stării de relaxare dorite.

4) Meditația. Prin intermediul meditației, se obțin foarte multe beneficii. Există dovezi care să demonstreze ajutorul adus de meditație în cazul anxietății. Dar meditația este destul de dificilă, iar studiile arată că rata de abandon este ridicată. Însă, pentru cei care o pot gestiona, rezultatele sunt de multe ori mai bune, decât în alte tehnici. Acesta tehnică este în legătură mult mai strânsă cu mintea, decât primele trei metode.

Exercițiu/Instrument. Vorbiți cu pacientul/a, cu o voce calmă și moale (oferindu-i mai apoi informații utile și accesibile, după exemplul din link)⁵²: Nu putem să controlăm ceea ce se întâmplă în jurul nostru, însă putem să ne controlăm propria minte și propriile reacții. Pentru a face acest lucru, avem nevoie de meditație. Ideea este de a încerca să te distanțezi de ceea ce se întâmplă în jur și să te concentrezi asupra propriei minți. Cu ajutorul meditației poți să te concentrezi mai bine, să adormi, să fii mai pozitiv, să-ți controlezi reacțiile și nu numai. Meditația înseamnă să-ți transformi mintea astfel încât să poți să trăiești cât mai bine posibil. Scopul acestei practici nu este să te transforme într-o nouă persoană, ci să te învețe să vezi lucrurile dintr-o nouă perspectivă și să te înțelegi mai bine atât pe tine, cât și pe cei din jur. De asemenea, scopul meditației este să te ajute să trăiești în prezent și să te concentrezi asupra lucrurilor pe care le faci fără ca mintea ta să ”plece” în altă parte. Meditația nu vizează doar corpul și așteaptă ca mintea sa-l urmeze, ci este vorba și de modul în care este concentrată atenția. Acesta este partea pe care oamenii o consideră dificilă. Totuși, ar trebui să încercați.

5) Terapia cognitiv-comportamentală, care are ca obiectiv principal și mintea, și trupul.

Informați pacientul/a cu o voce calmă și moale: Este benefic să înțelegem modul în care funcționează comportamentele nedorite și cum ne influențează ele, toate împreună. Din cauza lor, deseori ne simțim încordați. Dacă simți nevoia să te relaxezi – din orice motiv și în orice moment – atunci încearcă una

⁵² <https://upfit.one/ghid-fit-ce-este-meditatia-si-de-ce-trebuie-sa-faca-parte-din-rutina-ta-zilnica>

sau mai multe dintre aceste metode de relaxare. (Terapeutul le prezentă. Se pot exercisa câteva, ca pacientul/a să vadă efectul lor).

La final, se pot adăuga și alte sfaturi, cum ar fi: „Practica repetată este secretul, iar dacă îi veți da o șansă și veți exercisa diferite metode de relaxare, într-adevăr, mintea vă va urma corpul”.

Exercițiile de respirație

Exercițiile de respirație reprezintă una dintre cele mai eficiente strategii de eliberare a stresului, iar efectul lor este ca un mesaj transmis creierului, că este momentul să se relaxeze. Realizate corect, aceste exerciții sunt eficiente, mai ales că pot fi practicate aproape oricând și în orice împrejurare, fără să fie nevoie de echipamente speciale. Toate reacțiile organismului la stres și anxietate⁵³, cum ar fi: creșterea frecvenței cardiace, dereglări de respirație sau presiunea arterială ridicată, pot fi ținute sub control, și prin tehnici de respirație specifice, pe lângă alte măsuri.

Studiile⁵⁴ efectuate în acest sens, au demonstrat că simplul control al respirației, induce stări profunde de relaxare și crește temperatura corpului, favorizând instalarea unei stări de calm și repaus.

Terapia prin respirație a fost aplicată cu succes în tratarea următoarelor probleme medicale: stări accentuate de tensiune fizică și psihică; oboseala cronică; dureri de cap; tulburări de somn; tulburări de concentrare; anxietate și fobii; atacuri de panică; depresie; boli cardiace.

Exercițiu/Instrument. Informați pacientul/a cu o voce calmă și moale:

Exercițiile de respirație sunt considerate a fi metode eficiente și universale de eliberare a stresului. Din numeroase motive, ele funcționează prompt, pot fi puse în practică la birou, acasă sau în parc, sunt gratuite, necesită foarte puțin antrenament pentru efectuarea lor corectă și anihilează rapid efectele negative ale traumei și ale stresului cronic.

De regulă, respirația relaxată prezintă un exercițiu de respirație adâncă, într-un spațiu liniștit, fără posibili factori perturbatori. Renunțați la piesele vestimentare care vă incomodează, precum pantofii sau jacheta. Important este să vă simțiți cât mai confortabil. Așezați-vă pe un fotoliu, cu capul sprijinit pe spătar, brațele întinse pe laturile piesei de mobilier, cu palmele orientate în sus. Genunchii trebuie să fie puțin depărtați (nu încrucișați picioarele).

Există mai multe tipuri de exerciții de respirație, dintre care puteți selecta care vă convin mai mult. O să vă prezint câteva tehnici de respirație, pe care le puteți aplica cu ușurință, la necesitate, sau care să fie incluse deja într-un ritual zilnic, în beneficiul stării de sănătate:

⁵³ 13 semne ascunse ale stresului si anxietatii (sfatulmedicului.ro)

⁵⁴ <https://hbr.org/2020/09/research-why-breathing-is-so-effective-at-reducing-stress>

- i. Respirația echilibrată (egală) sau Sama Vritti.** Echilibrul este benefic pentru buna funcționare a trupului și a minții, începând cu funcția respiratorie. Pentru început, inspirați lent numărând până la 4, apoi expirați în același interval de timp, doar pe nas. Scopul este să respirați astfel succesiv, reușind să prelungiți numărătoarea până la 6 sau 8. Efectul este de calmare a sistemului nervos și de îmbunătățire a puterii de concentrare, susțin maeștrii yoghini. Acest exercițiu este recomandat imediat înainte de culcare, dacă vă confrunțați cu dificultăți de adormire.
- ii. Respirația abdominală** se face în poziția culcat, cu o mână așezată pe piept, iar cealaltă pe abdomen. Inspirați adânc pe nas, astfel încât diafragma - principalul mușchi inspirator, să creeze o expansiune a plămânilor (fără ca pieptul să se ridice). Scopul este să efectuați 6-10 respirații adânci și lente pe minut, timp de 10 minute zilnic. Efectele acestui exercițiu de respirație, se observă în relaxarea profundă imediată și reducerea ritmului cardiac și a presiunii arteriale. Puneți în practică respirația abdominală în fiecare zi, timp de 6-8 săptămâni, pentru o creștere sesizabilă a rezistenței la stres. Acest exercițiu este recomandat și înainte de un examen, de un interviu de angajare sau un alt eveniment stresant.
- iii. Respirația alternantă nazală.** Yoghinii utilizează acest exercițiu pentru echilibrarea psihică, considerând că ajută la realizarea unei conexiuni între cele două emisfere cerebrale. Așezați-va comod, într-o poziție meditativă, apoi poziționați degetul mare de la mâna dreaptă peste nara de pe aceeași parte a feței. Inhalați aer adânc prin nara stângă, iar când atingeți punctul maxim de pătrundere a aerului, acoperiți nara stângă cu inelarul și expirați lent prin nara dreaptă. Continuați această succesiune, inspirând prin nara dreaptă, acoperind-o apoi cu degetul mare și expirând lent prin nara stângă. Acest exercițiu va ajuta să vă concentrați eficient și să vă energizați în momentele tensionante și extenuante. Respirația alternantă nazală nu este recomandată înainte de culcare.
- iv. Kapalabhati sau Respirația pentru o gândire limpede.** Acest exercițiu de respirație începe printr-o inhalare profundă, urmată de expulzia rapidă a aerului, prin contractarea abdomenului inferior, ambele pe cale nazală. Odată ce reușiți să stăpâniți succesiunea, repetați ciclul de 10 ori, fără să faceți pauze. Exercițiul Kapalabhati este recomandat imediat după trezirea de dimineață, sau atunci când va pregătiți de o activitate solicitantă din punct de vedere intelectual sau fizic.
- v. Vizualizarea pozitivă,** este un alt exercițiu eficient de respirație. Tot ce trebuie să faceți este să închideți ochii, să inspirați și să expirați lent, imaginându-vă un loc în care v-ați dori să vă aflați. În acest mod, corpul se relaxează, iar gândurile negative sunt înlocuite de imagini care vă insuflă o stare pozitivă generală.

Imaginile ghidate⁵⁵ pot calma rapid corpul și pot relaxa simultan mintea. Este plăcut de practicat această tehnică și nu este prea dificil de învățat. Este o tehnică de relaxare convenabilă și simplă, care poate ajuta la gestionarea rapidă și ușoară a stresului, precum și la reducerea tensiunii din corp. Este practic la fel de ușor, ca și răsfațarea într-o visare de zi vie și, prin practică, această tehnică poate ajuta la facilitarea accesului către înțelepciunea interioară.

Exercițiu pentru pacient/Instrument pentru terapeut. Ghidați pacientul/a cu o voce calmă și moale: *Imaginile ghidate este o tehnică care vă poate ajuta să vă detensionați în câteva minute, dar poate fi, de asemenea, o strategie utilă pentru menținerea rezistenței la stres în perioadele dificile. Prin această tehnică, te pot ajuta să te relaxezi. Poți folosi acest exemplu, sau îți poți crea propriul spațiu plăcut și frumos. Respiră încet și închide ochii. Lasă gândurile să vină și să plece. Acum imaginează-ți că stai culcat/ă în cel mai frumos câmp din lume. Soarele strălucește, este frumos și cald, iar vântul adie ușor. Iarba este foarte moale și chiar o poți mirosi, așa cum poți mirosi și florile. Din îndepărtare se aud păsări cântând. Imaginează-ți că auzi cântecul lor. În apropiere sunt unele flori frumos colorate. Acum, un fluture se apropie și se așază pe mâna ta. Poți să-l îndepărtezi, dacă vrei. Pe măsură ce îți imaginezi și alte lucruri, observi că te simți din ce în ce, mai relaxat/ă. Acum imaginează-ți că toată tensiunea și anxietatea care au mai rămas în corpul tău, se îndreaptă către abdomen. Nu a mai rămas nimic altceva, decât un mic disconfort în stomac. În timp ce numeri de la unu la trei, vei începe să simți corpul ușor ca o pană și vei intra într-o stare mai profundă și mai plăcută, de relaxare. Zbori. Te ridici tot mai sus în aer. Norul pe care ai ajuns, este acum luat de vânt și purtat spre orizont, unde cerul sărută pământul. Te simți din ce în ce tot mai relaxat/ă”.*

Această tehnică se poate efectua pe un fundal de muzică relaxantă. Apoi pacientul este ajutat să revină la realitate, este rugat să relateze despre experiența sa și cum s-a simțit.

Relaxarea musculară progresivă (RMP)

Relaxarea musculară progresivă, este o tehnică specială de monitorizare și control a tensiunii instalate la nivelul musculaturii corpului. Numită și relaxarea musculară progresivă, această practică presupune contractarea anumitor grupe de mușchi și relaxarea lor ulterioară, pentru conștientizarea cantității de tensiune la care sunt supuse țesuturile musculare. În cele din urmă, se obține o stare de detensionare musculară generalizată.

Relaxarea musculară progresivă este o metodă eficientă de relaxare rapidă, dar și de a învăța cum să se facă o diferență între starea de tensiune și cea de relaxare musculară. Există mai multe tehnici, inclusiv metoda Jacobson⁵⁶. Dar tehnica prezentată mai jos este una ușoară, care durează aproximativ 15 minute.

⁵⁵ <https://ro.brain-development.net/10490906-use-guided-imagery-for-relaxation>

⁵⁶ <https://psihoteca.ro/relaxarea-musculara-progresiva-metoda-jacobson/>

Se recomanda să se înceapă cu un exercițiu de respirație, pacientul/a fiind în poziție culcat/ă. Se poate realiza și pe un covoraș așternut la podea, dacă este posibil, deoarece este mult mai confortabil în sensul contactului corpului cu o suprafață netedă.

Exercițiu pentru pacient/Instrument pentru terapeut. Ghidați pacientul/a cu o voce calmă și moale: „Închide ochii și ascuți atent instrucțiunile mele. Respiră calm și profund, păstrând ochii închiși pe tot parcursul exercițiului... Simte cum atingi podeaua și cât de greu/grea ești. Apasă cu piciorul stâng pe podea, până când simți că mușchii se încordează. Acum relaxează piciorul și respiră. Observa cum piciorul stâng devine moale și relaxat. Simte diferența dintre piciorul stâng și piciorul drept. [Se repetă exercițiul pentru piciorul drept.] Acum apasă mâna stângă pe podea până când îți simți mușchii brațului încordați. Acum relaxează brațul și respiră. Observă cum brațul stâng devine moale și relaxat. [Se repetă exercițiul pentru brațul drept.] Acum, apasă umerii de podea. Observă cum umerii devin grei și încordați. Relaxează umerii și respiră calm, dar adânc. Observă cum umerii s-au încălzit. Acum ridică capul și observă cum mușchii gâtului se încordează. Coboară capul la podea și respiră, calm și profund. Puneți mâinile pe stomac și simte cât de relaxat ești. Întindeți brațele de-a lungul corpului. Observă-ti tot corpul și bucură-te de relaxare, respirând profund – inspirând pe nas și expirând pe gură. Acum deschide ochii încet...”

Terapia Bowen

Terapia Bowen este o tehnică de vindecare prin atingere. Tratamentul constă în aproximativ o oră de mișcări delicate realizate de terapeut cu ajutorul degetelor. Corpul se relaxează, iar prin atingerea anumitor puncte, organismul este „anunțat” că este momentul să își folosească propriile resurse⁵⁷.

Mișcărilor nu sunt bruște, energice sau invazive, ci par mai mult un masaj de relaxare. La atingerea mușchilor și articulațiilor, sistemul nervos primește anumite semnale pe care le asociază cu remedii înregistrate în memoria celulară. Astfel, recunoaște ce trebuie să facă în caz de inflamație, de toxicitate sau de rănire.

Aceste tehnici ajută la reducerea stresului, dar și la diminuarea sau calmarea durerilor cronice, care deseori se întâlnesc printre consecințele stresului post traumatic.

Metoda Feldenkrais

Metoda Feldenkrais se practică atât individual, cât și în grup. Ședințele de grup, numite „Conștiința prin mișcare”, implica instrucțiuni verbale oferite de către un terapeut, care va ghida și coordona o serie de mișcări ale pacienților, atât în poziția întinsă, așezată, pe podea sau în picioare.

⁵⁷ <https://www.doc.ro/sanatate/terapia-bowen-principii-rezultate-riscuri>

Ședințele individualizate, numite „Integrare funcțională”, sunt efectuate în diferite poziții ale pacientului – întins pe o masă, așezat comod sau stând în picioare.

O sesiune durează în general între 30-60 de minute și constă în exersarea de mișcări confortabile, simple, care se transforma treptat în mișcări complexe și mai dificile, care implică diverse poziții ale corpului. Este o metodă eficientă, atât în traume fizice, cât și traume psihice, sau complexe. Există sute de lecții care pot fi aplicate individual sau în grup, disponibile pentru toate nivelurile de capacitate⁵⁸.

Construcția narațiunii despre traumă

Reповestirea experienței poate avea un rol important în procesul de recuperare posttraumatică, atât la maturi, cât și la tineri sau copii. Efectul repovestirii se bazează pe ideea de diminuare a șanselor ca victima să rememoreze experiențele trăite – lucru care este aproape întotdeauna o reacție nedorită în urma unei traume.

Așadar, prin repovestirea experienței scade riscul de re-trăire a emoțiilor traumatizante. Prin repovestire, persoana își reconstruiește evenimentele prin care a trecut, devenind în acest fel capabilă să gestioneze situația prezentă (imaginar), dar și din ce în ce mai „pregătită” să facă față amintirilor intense și neplăcute, cu diminuarea sentimentului de teamă, generat de aceste amintiri. Rolul terapeutului/psihologului este de a respecta ritmul ei de repovestire și de a-i oferi sprijin.

Sprijinul poate fi dat prin accentuarea siguranței din prezent, și nu intervenind în mod inutil atunci când persoana vorbește. Permiteți persoanei să vorbească, fără a întrerupe, fără a pune prea multe întrebări, oferind empatie. Dacă în mod evident, pacientul/a se simte eliberat/ă prin repovestirea întâmplărilor, psihologul poate lua în considerație o continuare în acest sens, cu întrebări de genul: ce a făcut, gândit, simțit, în diferite etape sau incidente (eventual cu trecerea de la cele mai puțin dureroase amintiri, la cele mai dureroase).

Terapeutul/Psihologul trebuie să țină cont de riscul de revictimizare a persoanei, în cazul în care aceasta nu este interviuată în mod corespunzător. Unele greșeli sau erori, care pot fi evitate, sunt prezentate în Anexa 2 „Erori posibile în cadrul interviurilor sau al audierii victimelor”.

Se recomandă combinarea acestei metode cu tehnicile de relaxare. În cazul în care persoana simte nevoia, psihologul poate reveni asupra evenimentelor traumatizante în ședințele ulterioare.

În cazul în care copilul sau tânărul arată sau își exprimă nevoia de a repovesti un eveniment traumatizant, terapeutul/psihologul trebuie să susțină acest lucru, care poate fi un aspect foarte important al procesului de recuperare. Acest proces se realizează în mod corespunzător, ținând cont de următoarele aspecte, menționate și mai sus:

⁵⁸ https://www.sfatulmedicului.ro/Sanatate-prin-sport/metoda-feldenkrais_10354

Ce facem?	Cum facem?
1. Sprijin	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oferiți empatie ✓ Oferiți siguranță
2. Respectați ritmul copilului	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nu grăbiți copilul ✓ Nu bruscați copilul ✓ Nu interveniți în timp ce vorbește, (dacă nu este necesar) ✓ Observați sentimentele copilului și decideți, dacă continuați sau nu.
3. Explorați atent, pentru mai multe detalii	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dacă copilul dorește acest lucru ✓ Dacă copilul inițiază acest lucru ✓ Când copilul se arată complet eliberat
4. Relaxare simultană	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Respirații profunde ✓ Relaxare imaginara

Crearea unui grup de sprijin. Lucrul pe grupuri

Ca și în consilierea individuală, în mare parte lucrul pe grupe este focalizat pe exprimarea sentimentelor și a gândurilor. Fie că este vorba de o problemă rezolvabilă, de pregătirea pentru o potențială problemă în viitor, sau de o reacție la experiențe neplăcute, *exprimarea gândurilor și a sentimentelor stânjenitoare*, reprezintă componenta de bază în stabilirea grupului. Prin continuarea unor astfel de exprimări, discuții, schimburi de experiențe și interacțiuni, există speranța să se ajungă la rezultatele dorite.

Lucrul pe grupuri poate fi foarte util în cazul victimelor abuzurilor și în cazul supraviețuitorilor traumelor. În special în cazul tinerilor, pentru care grupurile de ajutor reciproc sunt foarte importante, acest tip de intervenție este foarte eficient.

În grup se pot aborda probleme de zi cu zi ale vieții, precum și obstacole (blocaje) sau probleme comune. Grupul funcționează simultan ca un *mecanism de sprijin, dar și de feedback*.

În special pentru grupurile care împărtășesc probleme similare, simplul fapt de a fi împreună cu alte persoane care au trecut prin aceleași experiențe traumatizante, poate reprezenta un sprijin emoțional (de exemplu, „*nu sunt singura persoană care se simte atât de tristă/ speriată, confuză etc*”). De aici rezultă sentimentul de a fi înțeles, lucru pe care persoanele care nu au trecut prin experiențe similare, probabil că nu sunt în măsură să le ofere.

Tehnici/Instrumente (lucrul cu un grup de sprijin):

- a) Începutul
 - Introducerea membrilor grupului
 - Crearea unei atmosfere (plăcute, de încredere, pozitive...)
 - Definirea regulilor comune pentru procesul de grup
 - Explicarea scopul intervenției de grup
- b) Explorarea
 - Explorarea problemelor comune
 - Explorarea așteptărilor membrilor grupului
- c) Obiectivele
 - Stabilirea obiectivelor procesului de grup
 - Structurarea temelor și subiectelor
- d) Lucrul împreună (prin explorarea unei teme)
 - Împărtășirea experiențelor, discuții, confruntări
 - Explorarea alternativelor
 - Acțiuni axate spre găsirea de soluții
- e) Încheierea. Generalizarea lucrurilor învățate în afara grupului

Alte terapii destinate recuperării post-traumatice la adulți, tineri și copii

Pe lângă tratamentul bazat pe dovezi (evidence based therapies) pentru copii și tineri⁵⁹, cât și pentru adulți, precum și alte abordări psihoterapeutice, ce includ sisteme psihodinamice, umaniste, cognitive, de dezvoltare, narrative, axate pe găsirea de soluții etc., terapeuții pot integra în planul de intervenție al traumei, terapiile care se concentrează pe auto-exprimare, cum ar fi: *terapia prin artă creativă, terapia prin exprimare artistică, terapia prin joacă, terapia prin flori, terapia prin recreere, precum și alte terapii.*

În plus, mulți terapeuți integrează în programul de reabilitare activități care sporesc relaxarea, ca parte a intervenției în abordarea traumei. Tehnicile de relaxare adesea includ elemente cum ar fi: *meditația, yoga, imagini sau vizualizare ghidată*, precum și alte metode de reducere a stresului, atât în cazul adulților, cât și în cazul copiilor/tinerilor care au trecut prin traume sau pierderi.

⁵⁹ <https://effectivechildtherapy.org/therapies/>

Terapia prin artă creativă și terapia prin exprimare artistică

Terapia prin artă aprofundează și se suprapune armonios peste terapia tradițională, prin comunicare directă și prin recunoașterea faptului, că fiecare persoană este unică în felul său.

Terapiile prin artă creativă și exprimare (sau Art-terapia), includ: *arta, dansul, mișcarea ritmică sau dirijată, teatrul, muzica, poezia, biblioterapia, psihodrama* și alte activități similare. Rolul acestora este de a spori valoarea și utilizarea artelor creative, de a îmbunătăți și de a schimba starea fizică, emoțională, cognitivă și socială.

Aceste tipuri de terapii au fost mult timp folosite în cazul copiilor și adolescenților (care de multe ori sunt familiarizați cu artele în programul școlar), sau cu persoane de toate vârstele, care au abilitați verbale mai puțin dezvoltate sau bariere lingvistice (refugiați, de exemplu). Este o modalitate de a accesa materiale sau conținut nonverbal, care nu poate fi exprimat în cuvinte. Prin urmare, art-terapiile de creație și expresie se adaptează foarte bine în lucrul persoane care au suferit traume.

Utilizarea artelor de creație și expresie multiplica căile prin care o persoană, care a supraviețuit violenței sau oricărei alte traume puternice, poate găsi sens, claritate și vindecare prin terapie.

Accesibilitatea terapiilor prin artă creativă și exprimare se datorează faptului că nu se pune accent pe rezultatul artistic, ci mai degrabă pe procesul de creație. Persoana care realizează terapia prin artă și exprimare, nu este obligată să aibă abilitați artistice. Mai degrabă, este importantă utilizarea imaginației copilului sau adultului, *care prin acest mod poate procesa, grăbi și sprijini procesul de vindecare.*

Terapiile prin artă creativă și exprimare (Art-terapia) utilizează procesul creativ al artei, pentru a îmbunătăți și a spori fizic, mental și emoțional bunăstarea persoanelor de toate vârstele. Ea se bazează pe ideea, că procesul creativ implicat în auto-exprimarea artistică, ajută oamenii în rezolvarea conflictelor și problemelor, le oferă sprijin în atenuarea simptomelor, reducerea stresului, dezvoltarea abilităților interpersonale, gestionarea comportamentului, creșterea stimei de sine și a conștiinței de sine, precum și definirea unor perspective.

Art-terapia integrează mai multe domenii, printre care: dezvoltarea umană, arta vizuală (desen, pictură, sculptură și alte forme de artă), precum și procesul creativ cu modele de consiliere și psihoterapie.

Terapia prin muzica

“Muzica este o lege morala. Ea dă suflet universului, aripi gândirii, avânt imaginației, farmec tinereții, viață și veselie tuturor lucrurilor. Ea este esența ordinii, înălțând sufletul către tot ce este bun, drept și frumos.”

(Platon)

Terapia prin muzică (meloterapia) are drept scop realizarea de schimbări pozitive în funcționarea psihologică, fizică, cognitivă sau socială a persoanelor, care se confruntă cu diferite probleme de sănătate, legate de stres și traumă.

Muzica este o minune a lumii, pentru că evocă spiritul de libertate, de conștiință, reduce pesimismul și melancolia, calmează și elimină insomnia. De fapt, terapia prin muzică a fost cunoscută încă din antichitate, când a fost folosită pentru revigorarea persoanelor deprimare sau încurajarea celor care mergeau la luptă.

Terapia prin muzica este o formă de psihoterapie în care muzica este folosită ca un mijloc de exprimare (în loc de vorbire) și se prescrie de terapeut, în funcție de nevoile fiecărui pacient.

Această metodă poate fi folosită pentru a trata agresiunea latentă, tulburări mentale sau emoționale (anxietate sau depresie), durere cronică, hipertensiune arterială, dificultăți de învățare, precum și unele blocaje sau fobii, care sunt comune pentru mulți dintre pacienții care au suferit traume și tortură.

De obicei, terapia prin muzică poate lua două forme:

a) terapia activă, care promovează auto-exprimare și implică utilizarea de instrumente muzicale, canto, compoziție, efectuarea de mișcări ritmice după muzică, precum și alte activități.

b) terapia pasivă sau receptivă, care prezintă ascultarea selectivă a muzicii, ce poate ajuta la stimularea energiei creatoare sau îmbunătățire de concentrare și de memorie.

Muzica schimbă ritmul cardiac, iar prin scăderea nivelului de cortizon (un hormon asociat cu stresul) are un efect benefic asupra organismului, datorită eliberării de endorfine, care au proprietăți sedative și analgezice, sau care pot cauza euforie. Astfel, muzica poate declanșa sau dezvălui emoții, uneori demult uitate sau ascunse, precum și să posede următoarele efecte psihosomatice asupra organismului:

a) **De relaxare:** reducerea stresului emoțional și a fondului emoțional negativ; creșterea toleranței la durere; reducerea anxietății; are efect de sedare și îmbunătățește somnul; scade tonusul muscular, ritmul cardiac și nivelul tensiunii arteriale;

- b) **De stimulare mentală:** muzica contribuie la creșterea funcției cognitive - memoriei și atenției; stimulează creativitatea; sporește încrederea în sine; stimulează inițiativa și voința.

Puterea vindecătoare a sunetelor se cunoaște încă din antichitate. Se știa foarte bine, că orice boală provine din modul de a gândi și a înțelege natura și locul omului în armonia naturii. Pitagora numea vindecarea cu ajutorul sunetelor, "purificare". El a conceput remedii atât pentru minte, cât și pentru trup. Cu ajutorul unor instrumente adaptate, el compunea o muzică specială care diminuea "pasiunile inferioare".

Sunetele calde și armonioase ne pot induce stări benefice menite să îmbunătățească starea de sănătate și liniște și chiar ne pot face mai rezistenți la stresul zilnic. În școlile din Grecia Antică și Egipt se credea că știința sunetelor și cea a vindecării erau sacre, iar cunoașterea lor era rezervată numai celor cu talent deosebit.

Muzica (sunetele) poate acționa direct asupra stării generale psihice și mentale, inclusiv asupra sistemului imunitar. Muzica este o modalitate de a pătrunde în nucleul fiecărei celule, de a o face să vibreze în unison cu armonia întregului. Orice sunet care există în jurul nostru, ne afectează mintea și trupul, pe multiple niveluri.

Sunetul are o importanță mai mică sau mai mare în viața de zi cu zi, începând de la sunetul care ne trezește dimineața, la muzica ascultată oriunde ne-am afla.

Muzica ne influențează starea de spirit, viața și sănătatea. Corpul nostru poate fi considerat un instrument de auto-vindecare, deoarece el tinde întotdeauna către starea lui optimă. Fiecare celulă din corpul nostru este un rezonator de sunete și are un ritm specific propriu. Fiecare organ are ciclurile sale de viață, pulsul propriu, nota lui muzicală.

Așa cum fiecare persoană are propriul ei sunet fundamental, tot astfel fiecare tip de sunet produce un anumit efect asupra ascultătorului, care poate să difere în funcție de momentul în care este ascultat. De aceea, pentru a putea folosi cu adevărat puterea vindecătoare a sunetelor, este necesar să devenim mult mai conștienți de nevoile profunde ale sufletului și corpului nostru, de modul în care suntem afectați de lucrurile din jurul nostru. Celulele sănătoase devin mai vibrante și mai radiante atunci când sunt expuse sunetelor muzicale.

Sunetele ne pot "transporta" din starea beta a creierului (specifică stării de veghe), în starea alfa (specifică stării de meditație și relaxare), fără să adormim. La nivel fizic sunetele influențează presiunea sanguină, pulsul, circulația, funcționarea creierului și metabolismul.

Scopul terapiei prin muzică este acela de a reduce stresul psiho-fiziologic, durerea, stările psihice negative. Este desigur foarte simplu pentru fiecare dintre noi să practicăm o asemenea terapie. De exemplu, într-o anumită situație,

putem să renunțăm la un analgezic sau calmant, în favoarea ascultării muzicii care ne place. Totuși, trebuie să avem în vedere ca preferințele noastre să fie în concordanță cu energia reală pe care o emană sunetele respective. Sunetele melodiilor pe care le folosesc terapeuții, sunt în general sunete pure ale căror efecte au fost studiate experimental.

Ședința de muzicoterapie se compune din audierea unei sau mai multor melodii, fraze muzicale sau anumitor sunete care se repetă în așa fel, încât vibrațiile lor să fie mai tot timpul constante.

Astfel, muzicoterapia are mai multe subcategorii :

- a) meloterapia – terapia care are la bază o melodie;
- b) sonoterapia – folosește sunete speciale;
- c) vocaloterapia – folosește emiterea sunetelor vocale.

În funcție de personalitatea, de afecțiunile și de obiectivele pacienților, terapeutul poate alege una din cele două forme ale terapiei, descrise mai sus: activă (care favorizează în special exprimarea sinelui) și pasivă, care poate stimula energia creativă și contribuie la creșterea capacității de concentrare și a memoriei.

În terapia prin muzică, sunetele și ritmul devin instrumente, cu ajutorul cărora se dezvoltă creativitatea, se intră în contact cu sinele și se tratează diverse probleme de sănătate (inclusiv: anxietate, durere cronică, hipertensiune, dificultăți de învățare, de relaxare, somn).

Datorita efectului său asupra sistemului nervos central, muzica este un factor important care ajută la relaxare și la reducerea stresului. Ca instrument de dezvoltare personală, muzica contribuie la creșterea capacităților cognitive (atenție , memorie), psihomotorii (viciozitate, coordonare, mobilitate) și socioafective.

În altă ordine de idei, o serie de oameni de știință japonezi conduși de dr. Masaru Emoto, au demonstrat modul în care cuvintele și muzica afectează structura moleculară a apei, care a fost expusă diferitor agenți. Apoi apa a fost congelată și cristalele formate au fost fotografiate. După cum se știe, apa reprezintă aproximativ 60-70% din corpul uman. Deci, efectul este clar.

În concluzie, vă oferim câteva sfaturi practice, pentru cei care doresc să profite de puterea miraculoasă a terapiei prin muzică:

- a) pentru a scăpa de stres, faceți o “baie de sunete” de vreo 20 de minute: audiați o muzică care să vă relaxeze, în timp ce stați întinși pe o canapea sau pe podea, în apropierea boxelor. Puteți solicita recomandările unei persoane inițiate în domeniu, sau un psihoterapeut care cunoaște bine metoda. Pentru a vă concentra mai bine, puteți opta pentru varianta căștilor;
- b) alegeți audiții cu un tempo aranjat, cu ritm mai lent decât ritmul inimii (aprox. 72 bătăi pe minut) și pe cât posibil construite pe principiul ciclic, repetitiv (de exemplu, sonate care repetă și prelucrează tema, rondo-uri);
- c) pe măsură ce vă lăsați purtați de muzică, încercați să conștientizați efectul de relaxare și diminuare a stresului și efectelor sale. Concentrați-vă pe respirație: respirați profund și ritmic, închideți ochii și încercați să eliminați

- orice gând, în timp ce analizați muzica pe care o ascultați și sentimentele pe care vi le induce;
- d) dacă aveți nevoie de un stimul, mai degrabă decât de relaxare, optați pentru un ritm mai vioi;
 - e) când sunteți agitat sau nervos, alegeți o piesă care vă este cunoscută și apropiată de suflet: ceva ce vă amintește de copilărie sau tinerețe – care de cele mai multe ori, poate induce o stare de calm;
 - f) ascultați muzica în timp ce vă plimbați sau când mergeți la serviciu, sincronizându-vă respirația cu bătăile muzicii, profitând atât de mișcare, cât și de muzică sau de peisaj;
 - g) puteți scăpa de stres și ascultând sunete din natură: dintr-o pădure, sau valurile mării, preferabil veritabile. Dacă nu aveți aceasta șansă, puteți utiliza înregistrări.

Terapia prin teatru

Dați-i omului o masca și vă va spune cine este!
Oscar Wilde

Terapia prin teatru (sau drama-terapia)⁶⁰, presupune utilizarea sistematică și intenționată a activităților teatrale, a pieselor și asociațiilor în scopul atingerii obiectivelor terapeutice de eliberare de simptome, de integrare emoțională și fizică, sau dezvoltare personală. Este o abordare activă, care vine în sprijinul pacientului prin relatarea propriei povești, în scopul rezolvării problemelor, obținerea catharsisului, extinderea dimensiunilor propriei experiențe interioare, înțelegerea sensului imaginilor și consolidarea capacității sale de a observa rolurile personale, odată cu creșterea flexibilității între roluri.

Terapia prin dans sau mișcare

Terapia prin dans/mișcare, se bazează pe ideea conform căreia, *corpul și mintea sunt interdependente*, aceasta fiind definită ca utilizarea psihoterapeutică a mișcării, ca un proces care promovează integrarea emoțională, cognitivă și fizică a individului⁶¹.

Efectele terapiei prin dans/mișcare aduc schimbări în sentimente, cunoaștere, funcționarea fizică și în comportament. Metoda este utilă în tratamentul diferitor consecințe post-traumatice, inclusiv a terapiei durerii cronice.

Terapia prin dans a luat ființă în 1940, cu ajutorul pionierului său Marian Chance. Psihatrii din Washington D.C. au descoperit că pacienții lor prezentau o evidentă îmbunătățire fizică și psihică, după ce urmau cursul de dans al lui Chance. Ca rezultat, Chance a fost rugat să lucreze la spitalul St. Elizabeths, cu pacienți considerați prea agitați, pentru a urma o ședință normală de terapie⁶².

⁶⁰ <http://consiliere-psihoterapie.ro/terapia-prin-teatru-dramaterapia-pentru-dezvoltarea-echilibrului-emoțional/>

⁶¹ <https://newmedicine.ro/terapia-prin-dans/>

⁶² <https://www.terapiadurerii.ro/terapia-prin-dans/>

Terapia prin poezie și biblioterapia

*„Ne pierdem pe noi în ceea ce citim
doar pentru a reveni la noi înșine,
transformați și parte a unei lumi mai vaste”*

Judith Butler

Terapia prin poezie și biblioterapia implică utilizarea intenționată a poeziei și a altor forme de literatură, în procesul de vindecare și dezvoltare personală.

Terapia prin poezie presupune scrierea și citirea unor texte lirice, cu scopul de a exprima și explora gânduri, sentimente și comportamente, pentru a ajunge la schimbarea terapeutică. Se folosesc limbajul, simbolurile, poveștile, asociația liberă. Include: citirea poeziilor, terapia narativă (scrierea poeziilor) și terapia prin scrierea unui jurnal, inclusiv în versuri.

Accentul va fi pus pe trăirile afective și cognitive. Afectivitatea este trăită în plan subiectiv, ca o vibrație concomitent organică, psihică și comportamentală. Ea este tensiunea întregului organism cu efecte de atracție sau respingere, căutare sau evitare⁶³.

La începutul secolului al XIX-lea, medicii au început să folosească biblioterapia ca tehnică de intervenție în reabilitarea și tratarea problemelor de sănătate mintală. Astăzi, biblioterapia ia forme diferite – de la cursuri de literatură (desfășurate pentru anumite grupuri, cu probleme comune), până la cercuri de lectură pentru persoanele în vârstă, care suferă de demență.

Utilizarea literaturii pentru efectul său terapeutic se face instinctiv la poeți, dramaturgi și romancieri.

Studiile arată că lectura este o formă de terapie utilă în tratarea depresiei, anxietății, tulburărilor de alimentație și problemelor de comunicare. Unul dintre motivele utilizării biblioterapiei este acela că ne ajută să conștientizăm că și alte persoane, cum ar fi personajele dintr-o carte, se confruntă cu probleme similare. Când ne identificăm cu un personaj fictiv sau non-fictiv, mai ales la nivel emoțional, realizăm că există și alții care fac față luptelor personale⁶⁴.

Terapia prin jocul cu păpuși și alte jucării

Jocul, ca instrument terapeutic, poate fi benefic pentru multe categorii de persoane, în special în cazul copiilor traumatizați. Terapiile bazate pe joc pot fi utilizate în sprijinirea copiilor traumatizați, pentru a prelucra și înțelege mai bine evenimentele suferite, lucru deosebit de important în depășirea traumei și redobândirea sănătății copiilor.

⁶³ <https://iuliastoianpsihoterapie.wordpress.com/category/servicii/grupuri-de-terapie-dezvoltare-personala-prin-biblioterapie-si-terapie-prin-poezie/>

⁶⁴ <https://www.paginadepsihologie.ro/biblioterapia-vindecarea-prin-lectura/>

Joaca unui copil este o activitate firească, care nu presupune amenințări, fiind o activitate prin care copiii își exprimă simplu emoțiile, preocupările și gândurile cele mai intime, de care foarte probabil că nu sunt conștienți sau despre care nu pot vorbi, dat fiind stadiul lor de dezvoltare.

Potrivit lui Piaget (1962)⁶⁵, un copil cu sub vârsta de 10 ani, nu are dezvoltată capacitatea de raționament abstract și nici competențele lingvistice, pentru a-și exprima verbal și cu precizie gândurile sau sentimentele. Un specialist în sănătate mintală poate să utilizeze terapia prin joc, ca instrument în obținerea de informații de la un copil, care nu este dezvoltat mental sau care este reprimat în urma traumei suferite.

Terapia de joc cu păpuși este eficientă atunci când se lucrează cu copiii traumatizați cu vârste cuprinse între 3 și 12 ani. Această terapie reprezintă o tehnică practică și utilă pentru terapeuții care doresc să încurajeze copiii, în comunicarea gândurilor și exprimarea emoțiilor. Aceasta tehnică joacă un rol foarte important în terapia cognitiv-comportamentală. Aceste păpuși pot fi folosite de către copii ca instrumente de comunicare atunci când prezintă anumite scenarii, conversații sau evenimente, care pot ajuta experții să înțeleagă prin ceea ce trec copiii. Aceasta tehnică este eficientă în cele mai multe cazuri, deoarece mulți copii se simt mult mai confortabil să-și exprime emoțiile prin joc, sau cu ajutorul jucăriilor, cum ar fi o păpușă, decât prin comunicarea verbală directă cu un adult. Deoarece copiii se simt mai în siguranță atunci când se joacă cu păpuși, terapeuții îi pot încuraja să imite sau să reconstituie evenimente traumatice.

În această tehnică de terapie, este important să se țină cont de multitudinea de tipuri de păpuși, care pot fi folosite (păpuși de mână – Muppets⁶⁶, marionete sau ventriloc) precum și de tipul de scenă pe care se desfășoară jocul de păpuși. Accesibilitatea și ușurința cu care se pot folosi păpușile de mână, face ca acestea să fie alegerea logică pentru a fi utilizate de către specialiștii în sănătate mintală.

Într-un cadru terapeutic pentru copii, trebuie să existe între 15 și 20 de păpuși, dintre care ei să aleagă. Ar putea să fie amenajat un colț, cu diverse păpuși și jucării⁶⁷, care *„trebuie să reprezinte o serie de emoții, cum ar fi: agresiune, prietenie și neutralitate”*.

Păpușile ar trebui să reprezinte grupuri familiale realiste și să țină cont de cultura copilului. Păpușile care reprezintă ocupații cunoscute (de exemplu, păpușă-medic, profesor, fermier etc.) de asemenea, sunt utile pe lângă păpușile simbolice (de exemplu, păpușă-vrăjitoare, un super-erou etc.). Se pot folosi și jucării, care reprezintă diferite animale sălbatice și domestice (leu, tigr, vulpe, lup sau pisoi, câine, iepure etc.).

Păpușile și jucăriile alese, trebuie să aibă un simbolism universal, tocmai pentru a încuraja imaginația, cu aplicarea propriului simbolism al copilului și valoarea metaforică.

⁶⁵ <https://www.pentagonplay.co.uk/news-and-info/psychology-learning-through-play>

⁶⁶ Păpuși haioase, care se îmbracă pe mâni sau degete.

⁶⁷ <https://www.sacrestimare.org/psihoterapie-pentru-copii-casuta-papusilor/>

Rolul terapeutului este unul de facilitare a distracției în cadrul unui proces terapeutic. Copilul și specialistul în sănătate mintală petrec un anumit timp împreună, într-un spațiu de joacă care, de asemenea, este unul de consiliere.

În timpul primelor ședințe, terapeutul invită copilul să se joace în acest spațiu, în orice fel și oricât dorește copilul, cu condiția ca să nu se rănească pe sine sau pe alți copii. Pe măsură ce terapia continuă, terapeutul poate deveni mai autoritar și poate cere copilului să se joace cu anumite jucării/ păpuși, sau să se alăture în anumite jocuri în derulare.

Prin crearea unui mediu terapeutic, cu ajutorul păpușilor și a altor jucării, capacitatea naturală de vindecare emoțională a copilului va intra în joc, la fel cum un copil este dus la spital atunci când este rănit fizic. Copii văd lucrurile diferit și este posibil să reacționeze în mod diferit la anumite evenimente sau circumstanțe. Fără a exprima totul în cuvinte, dacă îi permiteți copilului să se joace cu păpuși, acesta va reconstitui anumite evenimente prin scenarii de joc. De asemenea, acest lucru va ajuta terapeutul să înțeleagă mai bine copilul, putând astfel să decidă asupra celui mai bun tratament.

Sandwork-ul expresiv

Sandwork-ul expresiv⁶⁸ este o adaptare a Tehnicii mondiale de terapie prin jocul cu nisip, pentru situațiile în care psihoterapia individuală nu este posibilă. În general, Sandwork-ul expresiv se realizează în grup. Cu toate acestea, se acordă atenție fiecărui copil în parte, pe parcursul întregului proces. Fiecare copil lucrează în propria tavă cu nisip, în timp ce un adult îl acompaniază și observă jocul fiecăruia. Principala diferență în tratamentul psihoterapeutic, este că adulții care îi însoțesc pe copii, nu trebuie să fie neapărat psihoterapeuți, ei putând fi profesori, studenți în psihologie sau pedagogie, asistenți sociali și voluntari, care au urmat un curs de formare de scurtă durată.

Sandwork-ul expresiv este o metoda psihanalitică destinată intervenției în situații de criză, în special în tulburarea de stres posttraumatic (PTSD), pentru copiii cu vârste cuprinse între 6 și 14 ani.

Una dintre axiomele centrale pe care se bazează sandwork-ul este acela, conform căreia, *reprezentarea conținutului psihologic deja semnifică o schimbare*. Problema de care copilul nu este conștient este „jucată” în cutia cu nisip, la fel ca o dramă. Conflictul este transferat din lumea interioară, către lumea exterioară, în mod vizibil. Acest joc de fantezie influențează dinamica inconștientului, producând modificări la nivelul psihicului copilului.

⁶⁸ SandworkExpresiv, este o metoda creata de Eva Pattis Zoja, psiholog clinician si psihoterapeut jungian. Cartea ei este disponibilă, inclusiv pe https://www.elefant.md/sandwork-expresiv-o-abordare-jungiana_71297b31-ac22-4ff0-a9a3-26b5dc867e6c

Elementele de baza pentru sandwork sunt: o tava cu nisip ușor umed și figurile în miniatură, care ar trebui să corespundă mediului cultural al copilului (obiecte familiare copilului specifice mediului sau), și, de asemenea, câteva obiecte/figurine necunoscute. Copilul trebuie să aibă la dispoziție suficiente obiecte, pentru a-i permite să descrie întregul său univers, în miniatură. Echipamentul necesar (tava cu nisip și figurinele în miniatură) ajută la reducerea influenței terapeutului, într-o măsură cat de mare posibil. Sarcinile date copilului de către terapeut, îl limitează pe acesta în crearea de cerințe, în cadrul unui proces de autocontrol al psihicului copilului. Nu se așteaptă nicio intervenție psihoterapeutică din partea facilitatorului, și nicio interpretare sau verbalizare a problemelor. Pentru terapeuți este suficientă participarea copilului în procesul de joc, cu gândurile și sentimentele sale.

Joaca induce o schimbare fără efort, care servește la dezvoltarea psihologică și diferențierea emoțională. Experiențele neplăcute sunt reluate, ori de câte ori este necesar, cu scopul eliberării emoționale a copilului. În lumea jocului, noile strategii de comportament sunt redefinite și repetate, până la realizarea unei mai bune adaptări la lumea exterioară.

REABILITAREA PSIHO-SOCIALĂ
A VICTIMELOR VBG, INCLUSIV
TINERI ȘI COPII

*„A prelua controlul asupra propriei tale vieți
presupune a-ți asuma responsabilitatea propriei tale persoane,
a accepta ideea că ești ceea ce ești.*

Ceea ce poți deveni, nu depinde decât de tine și numai de tine”.

(Colin Turner, în „Născut pentru succes”)

A învăța să trăim o viață nouă după o traumă sau o experiență dureroasă, este o necesitate și o garanție de bunăstare și fericire. Ce s-a întâmplat în trecut, este o parte din viață care nu poate fi ștearsă, uitată sau schimbată. Nu este bine să reflectezi la nesfârșit despre suferința și greutățile din trecut, deoarece nu este foarte benefic și poate fi chiar foarte dăunător. Dar pe de altă parte, nimeni nu ar nega că această experiență ar putea constitui și o sursă bogată de cunoștințe, despre propriile noastre forțe și punctele slabe. În viața unui supraviețuitor, au avut loc nu numai evenimente traumatice și grele, dar și momente, în care au devenit mai evidente forțele proprii, curajul, încrederea în sine.

Cele mai mari dificultăți pot apărea atunci, când unei persoane trecute printr-o experiență traumatică, i se recomandă ”să uite trecutul”, ca parte a tratamentului sau adaptării sociale. Nu este nici corect și nici util, deoarece ar putea fi ”șterse din memorie” și lucruri bune, necesare, importante, care ar putea ajuta persoana să continue viața cu încredere în sine și cu demnitate.

Adevărata vindecare vine atunci, când noi plătim tribut la tot ce am învățat pe parcursul vieții și folosim aceste cunoștințe. Prin urmare, este mai bine să se renunțe la ideea de ”adaptare primitivă” și să ne pornim în căutarea a ceea ce ar duce la o viață mai armonioasă, demnă de stimă și respect.

Vorbind despre evenimentele traumatizante, avem în vedere evenimentele care ajung dincolo de experiența obișnuită și care pot duce la frică și la durere intensă. În astfel de situații, amenințarea a fost atât de puternică, încât cel care a supraviețuit poate pierde complet sentimentul de siguranță și capacitatea de a se simți confortabil în această lume.

Dacă încă mai suntem sub influența evenimentului traumatic trăit, calea spre vindecare trebuie să treacă prin înțelegerea sinceră a tot ceea ce ne-a speriat, ceea ce a prezentat o amenințare directă a propriei noastre vieți și siguranțe. Doar atunci vom fi capabili să facem schimbări constructive în viață, pentru a o face mai productivă și plină de sens.

”Punct și de la capăt”. În acest spirit noi trebuie să uităm evenimente traumatice, atunci când nu mai avem nimic altceva de contestat. Trebuie să mergem mai departe, chiar dacă sufletul nostru a fost un ”câmp de luptă” și chiar dacă această cale care trebuie parcursă, nu este una ușoară.

În continuare, vom prezenta câteva capitole informative și metode simple, dar eficiente pentru a obține o armonie și pace la nivel de conștient, ce duc la auto-acceptare și relaxare. În esență, aceste informații sunt simple și dictate de practică, dar sunt eficiente când sunt folosite cu interes și motivație, atunci când avem nevoie de ajutor, sau suntem gata de a oferi cuiva sprijinul necesar.

Reziliența psihologică în întrebări și răspunsuri

Reziliența nu depinde de personalitate. Ea poate fi învățată și dezvoltată ori-când de-a lungul vieții. Persoanele care trec prin dificultăți mari (divorț, pierderi de persoane dragi, boli grave, probleme la locul de muncă, violență, calamități naturale, război) pot recurge la diferite modalități, pentru a face față temerilor, durerii, anxietății.

1) Ce este Reziliența?

Cuvântul „reziliență” provine de la termenul latin „*resilire*”, care înseamnă „a ricoșa, a se întoarce”. Termenul de reziliență a fost preluat de experții din domeniul psihologiei pentru a defini capacitatea unei persoane de a se adapta rapid, prin învățare, și cu puțin stres unui eveniment tragic, unor probleme sau eșecuri. Această capacitate nu trebuie confundată cu ignoranța, indiferența sau suprimarea. Persoanele reziliente nu își resping emoțiile, ci le acceptă fără să le lase să preia controlul sau să le influențeze deciziile⁶⁹.

De regulă, oamenii rezilienți:

- a) știu să transforme un eșec într-o oportunitate și au capacitatea de a face acest lucru fără a acționa într-o manieră distructivă sau disfuncțională;
- b) au capacitatea de a-și păstra sănătatea și energia când se află sub presiune constantă;
- c) răspund eficient și echilibrat în fața factorilor stresanți;
- d) au abilitatea de a-și utiliza experiența dobândită în trecut pentru a trece cu bine peste șocul produs de evenimente deosebite, cum ar fi: pierderea slujbei, decesul unei rude apropiate, probleme financiare, accidente;
- e) au capacitatea de a-și reveni rapid după eșecuri;
- f) au puterea de a se reinventa atunci când ceva în viața lor nu mai funcționează.

⁶⁹ <https://bundeangajat.olx.ro/reziliencia-ce-este-cum-te-ajuta-in-situatii-dificile-si-cum-o-antrenezi/>

Alteori, persoana poate mobiliza anumite strategii pozitive de a face față, cum ar fi:

- a) schimbarea perspectivei asupra evenimentului;
- b) reinterpretarea lui într-un mod care să provoace mai puțină suferință;
- c) solicitarea de informații;
- d) anticiparea consecințelor și pregătirea în avans;
- e) apelarea la simțul umorului;
- f) căutarea sprijinului emoțional sau a celui spiritual;
- g) aderarea la o anumită filosofie de viață etc.

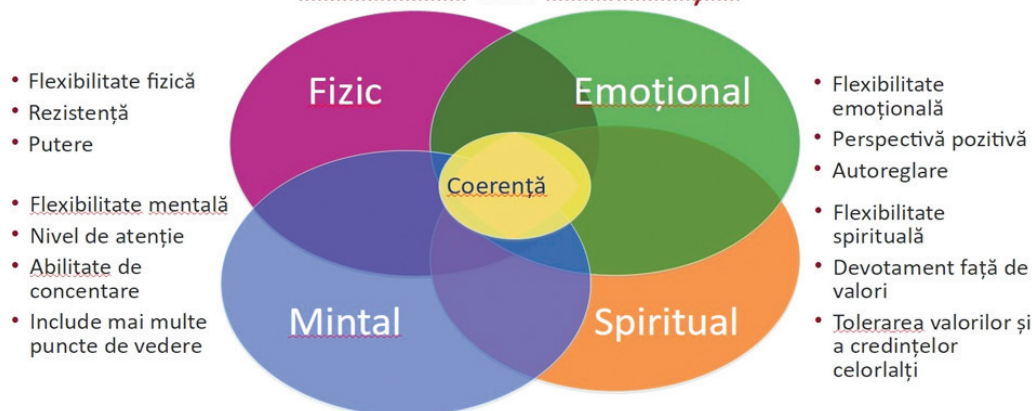
Sunt Rezilient sau nu?

- A fi rezilient nu înseamnă a nu simți deloc durerea, stresul, dificultățile, temerile și disconfortul produs de pierderea echilibrului, **ci a trece prin acestea, a te adapta, ați activa resursele pentru a face față și a reveni la starea de echilibru psihologic.**
- Persoanele reziliente gestionează dificultățile în moduri care le susțin creșterea și puterea personală (**a ieșit dintr-o greutate mai puternic decât era înainte**).
- A fi rezilient nu înseamnă a fi un optimist incurabil, nici a vedea lumea prin lentile pastelate. Persoanele reziliente sunt în contact cu realitatea și nuanțele ei diverse, înțeleg faptul că viața oferă experiențe variate, mai mult sau mai puțin plăcute și, mai ales, **au o bună înțelegere a propriei persoane**, acceptând emoțiile prin care trec, manifestând răbdare față de **ritmul propriu de recuperare** dar și față de **situațiile exterioare**.
- Reziliența nu înseamnă pasivitate și nici a aștepta să fii salvat de alții, ci a manifesta o atitudine pro-activă, orientată către **gestionarea și depășirea dificultăților**.
- *găsi propriul sens* Reziliența este o abilitate psiho-emotională cu atât mai dificil de atins și cu atât mai valoroasă, cu cât mediul în care este necesar a dezvolta aceasta abilitate este mai defavorizant (ostil chiar).
- Reziliența se referă la aspectele care ne ajută să supraviețuim adversităților, traumelor, tragediilor, amenințărilor sau altor stresori și să ne continuăm viața cu un sentiment de (auto)**control, competență și capacitate**.

Reziliența se manifestă în plan fizic, emoțional, spiritual sau mintal, ceea ce ne poate oferi un grad de flexibilitate în aceste domenii diferite, după cum se poate vedea din imaginea de mai jos⁷⁰.

⁷⁰ Imaginea preluată din: <https://semintedefericire.files.wordpress.com/2020/10/rezilienta.jpg>

Domenii ale rezilienței



Cum sporim Reziliența?

Componentele rezilienței se definesc prin:

- a) Clarificarea scopurilor și semnificațiilor
- b) Conexiunea autentică, aprofundată cu semenii
- c) Practicarea și trăirea pozitivă a realității
- d) Abordarea moderată și optimizată a stresorilor
- e) Managementul emoțiilor
- f) Reîncadrarea rațională a situațiilor existențiale și a relațiilor

Putem spori reziliența prin acțiuni specifice, cum ar fi:

- a) Acceptarea schimbării
- b) Învățarea continuă și constantă
- c) Acceptarea activă a responsabilității
- d) Găsirea propriului sens
- e) Schimbarea rapidă și adaptată a abilităților
- f) Capacitatea de reflexivitate
- g) Cultivarea relațiilor
- h) Acordarea atenției identității personale și exprimării acesteia

Specialiștii susțin că factorii care determină reziliența unei persoane sunt:

- a) **anumite calități personale utile:** o personalitate puternică, gândirea optimistă, flexibilitatea cognitivă, adaptabilitatea, stăpânirea de sine, orientarea spre soluții etc;
- b) **susținerea socială** – relația bună cu familia și prietenii, care pot ajuta în momente grele;
- c) **Factori transpersonalii** sau care depășesc individualitatea: credința, spiritualitatea;

Ce ne poate spori Reziliența?

Fiecare dintre noi a observat că persoanele mai reziliente se deosebesc cumva de ceilalți. Există un set de factori interni și externi, care ne pot influența semnificativ capacitățile noastre de a face față diferitor situații stresante sau traumatizante, printre care:

- a) **Optimismul** (optimiștii pot să fie mai rezistenți, deoarece tind să rămână pozitivi, cu viziuni clare spre viitor, chiar și atunci când se confruntă cu obstacole aparent insurmontabile);
- b) **Altruismul** (cei mai rezistenți încearcă adesea să-i ajute pe alții, atunci când au nevoie să-și scadă stresul și să-și sporească eficacitatea);
- c) **„Compasul” moral** (persoanele cu o busolă morală puternică sau cu un set constant de credințe despre bine și rău au, în general, un timp mai ușor de revenire);
- d) **Credința și Spiritualitatea** (oamenii le găsesc adesea utile în depășirea experiențelor negative, devenind mai puternici și mai înțelepți);
- e) **Simțul umorului** (cei cu un simț al umorului sănătos pot râde și de necazul lor, fiind astfel avantajați atunci când vine vorba de a-și reveni din traume);
- f) **Confruntarea fricii** (cei care sunt dispuși să-și părăsească zona de confort și să-și înfrunte temerile, pot mai ușor să-și depășească provocările și să crească reziliența);
- g) **Sprijinul social** (cei cu rețele puternice de sprijin, sunt mai bine pregătiți să renunțe la pierderi sau dezamăgiri);
- h) **Semnificația sau scopul în viață** (cei care simt că au un scop specific în viață sau care găsesc o cantitate semnificativă de semnificații în viața lor, sunt mult mai probabil să se recupereze de la eșec sau dezamăgire; atunci când crezi că ai un scop, este mai puțin probabil să renunți atunci când te confrunți cu o tragedie sau cu o pierdere).
- i) **A avea un model de rol** (dorința lor de a semăna cu cineva, de a fi ca acea persoană);
- j) **Instruirea prin training-uri și workshop-uri** (toată viața învățăm ceva).

Cum funcționează reziliența?

Există trei factori, care ne ajută să ne activăm puterile, de care avem nevoie pentru a depăși momentele dificile. Acești factori pornesc de la 3 întrebări:

- 1) **Ce pot să fac?** (Gândește-te la situația în care te afli și la ce este efectiv în controlul tău să faci, pentru a face față situației).
- 2) **Ce am în viața mea?** (Gândește-te care sunt resursele pe care te poți baza, factorii de suport din mediu, persoanele care te susțin).
- 3) **Cine sunt?** (Gândește-te care sunt resursele tale interioare: încrederea, stima de sine, autocunoașterea, abilitatea de a te folosi de calitățile tale).

Răspunsurile la întrebările de mai sus ne pot ajuta să ne dăm seama, cât de multe resurse disponibile avem (interne și externe). Iar acest lucru ne va da încredere, energie și putere să trecem cu bine peste momentele dificile.

Este foarte important la lucrăm la reconstruirea, reluarea și consolidarea: **a) relațiilor, b) activităților și c) identității**, prin crearea unor proiecte noi de viață. Acest trio, dacă este temeinic, reprezintă **piramida rezilienței** și o **baza de securitate** în viață și formează fundamentul **rezilienței** noastre. Este o cale de înțelegere și satisfacere a nevoilor proprii, ce conduce la resurse solide și, respectiv, la o bună capacitate de reziliență:

- 1) **Eu am legături.** Eu (re)construiesc relații, încrederea în mine și în alții, sentimentul de apartenență și de recunoaștere. Eu mă accept și mă simt iubit, apreciat de părinți, familie, prieteni, profesori, comunitate etc.
- 2) **Eu pot întreprinde acțiuni.** Eu (re)încep activitățile într-un spațiu securizant, pentru reedificarea încrederii și competențelor mele, pentru a veni cu inițiative. Mă simt competent pentru a participa la activități importante la locul de muncă, în familie, societate etc., pentru a-mi realiza obligațiunile cotidiene.
- 3) **Eu sunt unic(ă).** Port în suflet valorile și convingerile culturii și familiei mele, care îmi conturează identitatea și care dau sens vieții mele. Fac planuri, mă dezvolt ca personalitate, confer valoare la tot ce mă înconjoară, pentru a-mi consolida stima de sine, încrederea și simțul responsabilității.

Construirea rezilienței emoționale îi ajută pe oameni să se adune pentru a învăța, să își revină dintr-un șoc și să găsească noi strategii de a face față unor noi provocări. Reziliența emoțională poate fi cultivată, dar necesită timp și implicare. Luând măsuri în fiecare zi pentru a vă consolida reziliența emoțională, puteți restabili echilibrul, puteți face „depozite” în „contul dvs. de reziliență” și puteți deveni un lider mai bun după o criză actuală și în viitor⁷¹.

Pe lângă reziliența individuală, există și reziliența organizațională, care reprezintă „capacitatea unei organizații de a anticipa, de a se pregăti, de a răspunde și de a se adapta la schimbări progresive și perturbări bruște pentru a supraviețui și a prospera”. (Denyer, 2017).⁷² Iar acest lucru este foarte important și pentru centrele care oferă sprijin, inclusiv servicii de reabilitare pentru victimele VBG.

Imaginea de sine, stima de sine și încrederea în sine

Ce este imaginea de sine⁷³?

Imaginea de sine sau „cum ne vedem”, se referă la modul în care ne percepem propriile noastre caracteristici fizice, emoționale, cognitive, sociale și spirituale. Iar aceasta depinde de gradul de autostimă (autoapreciere, autorespect, auto-acceptare) pe care îl avem.

⁷¹ <https://dorudima.ro/9-sfaturi-pentru-dezvoltarea-rezilientei-emoționale/>

⁷² <https://www.oanayucel.ro/rezilianta-ce-este-si-cum-sa-devii-reziliant/>

⁷³ Materialul folosit în acest subcapitol a fost inspirat de aici: <https://www.cdt-babes.ro/articole/imaginea-de-sine-stima-de-sine-si-increderea-in-sine.php>

Astfel, dacă ne acceptăm pe noi înșine, dacă ne apreciem pentru ceea ce facem bine – putem trăi confortabil din punct de vedere emoțional. Pentru auto-respect și încrederea în sine, noi trebuie să acceptăm că avem și slăbiciuni, fără să ne criticăm în permanență pentru ele. Toate acestea constituie baza toleranței față de sine și, implicit, față de alții.

Este important de știut că este bine să existe mereu un echilibru între autoapreciere și autocritică, nici una din cele două extreme nefiind eficientă. Cel care se laudă prea mult, în cele din urmă este ignorat sau chiar abandonat de către ceilalți. Iar cel care se autocritică exagerat, provoacă celorlalți fie sentimente de milă, de vină, fie un sentiment de superioritate, atrăgând și alte critici.

Păstrând pe cât posibil echilibrul între o laudă de sine exagerată și o autocritică exagerată, putem contribui la armonia noastră sufletească.

Cum știm dacă imaginea de sine e bună sau nu?

Este foarte simplu. Toți avem ceea ce se cheamă ”vocea interioară”. Dacă această voce interioară are tendința spre un discurs pesimist, negativ și autocritic, cu ambiții neîmplinite spre perfecțiune, este clar că imaginea de sine a persoanei respective este negativă.

De ce este importantă imaginea de sine?

Imaginea de sine ne influențează comportamentele. Când ai o imagine de sine bună, îți poți îndeplini obiectivele, deoarece aceasta îți dă entuziasm, energie și determinarea necesară pentru acest lucru. Iar obstacolele sunt percepute ca provocări ce trebuie depășite, pentru atingerea obiectivelor.

O imagine de sine bună te face să relaționezi armonios cu ceilalți, prin atingerea obiectivelor poți avea performante profesionale, succes în societate etc.

O imagine de sine negativă te face să-ți scadă motivația sau chiar o anihilează prin lipsa încrederii în forțele proprii - ”ce rost are să încerc, oricum nu voi reuși”, ”e greu”, ”nu mă simt în stare”, sau altele similare. Iar toate acestea duc inevitabil la comportamente de evitare – ”nu mă duc la interviu, deoarece nu sunt suficient de bun, deci nu are rost...”.

Trebuie menționat, că o imagine de sine negativă este capabilă să creeze un cerc vicios, din care persoanei îi este greu să iasă: nu face anumite lucruri pentru că nu se crede în stare. Iar după ce renunță la ceva important, se autoculpatizează și se critică și mai tare, întărindu-și astfel, convingerile negative despre sine și alimentând dialogul interior negativ.

Imaginea de sine contribuie la evaluarea realității

Când ai o imagine de sine bună, poți afirma: ”pot să fac acest lucru, sau măcar pot încerca”. Când ai o imagine de sine negativă, ajungi direct la vreun gând de genul: ”nu pot să fac acest lucru, este prea greu, nu voi fi în stare”.

Diferența este că cel cu imaginea bună de sine, va avea ocazia să-si demonstreze dacă poate sau nu, dezvoltând convingeri realiste despre sine printr-o percepție corectă a capacităților, dar și a slăbiciunilor. Iar cel cu imaginea negativă de sine, nu va avea decât ocazia de a se închide în cercul vicios descris mai sus, întărindu-și astfel convingerile negative.

O poveste...

...Un rege își puse curtea la o încercare pentru un post important. Numeroși oameni puternici și înțelepți se aflau în jurul lui.

„Înțelepților, spuse regele. Am o problemă și vreau să văd – cine dintre voi este în stare să o rezolve.” li conduse pe oameni la o ușă enormă, mai mare decât văzuseră vreodată. Regele le explică: ”Aici vedeți cea mai mare și mai grea ușă din regatul meu. Care dintre voi poate să o deschidă?”

Unii dintre curteni scuturară doar din cap. Alții, care se numărau printre cei înțelepți, se uitară la ușă mai de aproape, dar au recunoscut că nu pot să o facă. Când înțelepții spusese asta, restul curții au consimțit că această problemă este dificil de rezolvat. Un singur vizir se duse la ușă. O examină cu ochii și cu degetele, încercă mai multe posibilități de a o deschide și, în cele din urmă, o trase cu o smucitură puternică. Și ușa se deschise. Fusesse lăsată întredeschisă numai, nu închisă complet, și nimic altceva nu fusese necesar, decât dorința de a realiza ceva și curajul de a acționa cu îndrăzneală.

Regele spuse: ”Vei primi postul de la curte, pentru că tu nu te bizui doar pe ceea ce vezi sau auzi. Tu îți pui propriile puteri în joc și ai curajul să riști o încercare”

(Nossrat Peseschkian. „Povesti orientale ca instrument de psihoterapie”)

Din aceasta poveste, se pot înțelege câteva aspecte:

- 1) modul în care ne percepem forțele proprii, determină modul în care evaluăm realitatea;
- 2) imagine bună de sine ne determină ”să riscăm o încercare”, acceptând în același timp că s-ar putea să realizăm ceva, sau s-ar putea să eșuăm, dar oricum merita să încercăm;
- 3) imagine negativă de sine ne face să evităm o acțiune, evaluând-o ca fiind peste puterile noastre;
- 4) imagine negativă de sine ne face influențabili la părerile negative ale celorlalți, pe care le luăm ca adevărate și le adăugăm la părerile noastre negative despre noi înșine.

De ce părerea celorlalți contează?

Deși, imaginea de sine este oglindirea noastră în propria conștiință (auto-oglundirea), fiind logic astfel să aibă referențial intern, imaginea de sine este deseori susținută sau sabotată de factori externi, așa cum s-a văzut și în poveste.

Întrebarea "De ce părerea celorlalți contează", ar fi mai logică sub forma: "Pentru cine contează părerea celorlalți?"

Răspunsul este simplu: părerea celorlalți contează pentru cei care nu au consolidată imaginea de sine și, în mod special pentru cei care nu au o imagine bună de sine, având nevoie în permanență să se raporteze la exterior. Când au succes, ei se simt bine, dar pentru puțin timp, devenind dependenți de succes pentru a se simți bine. Iar când eșuează, ei se blamează excesiv. Aceștia trăiesc într-o permanentă incertitudine și neliniște, fiind mereu vulnerabili, pentru că imaginea lor de sine este dependentă de factori exteriori.

Atunci când există o percepție realistă de sine, o persoană își cunoaște calitățile, dar acceptă că are și unele curențe, la care ar trebui să mai lucreze. Iar realitatea și lumea exterioară, poate confirma sau infirma, ceea ce persoane deja știe despre sine și asta o ajută să îmbunătățească ceva la sine, unde este cazul.

Putem oferi pacienților câteva sfaturi sau pași simpli de urmat, despre unele lucruri simple, pe care le pot face, cum ar fi:

- a) *faceți o listă cu realizările până în prezent;*
- b) *analizați obiectiv ce calități ați folosit pentru realizarea lor;*
- c) *"sărbătoriți" orice succes, lăudați-vă înșivă pentru realizarea oricărui lucru cu care vă mândriți;*
- d) *transformați eșecul în feed-back: decât să vă blamați pentru că ați eșuat, mai bine analizați ce nu a mers bine și puteți îmbunătăți pe viitor sau ce ați greșit și puteți să nu mai repetați în viitor. Nu uitați ca autoblamarea sabotează, creând acel cerc vicios;*
- e) *începeți cu pași mici, deoarece pașii mari vă pot dezechilibra. Dacă sunteți genul de persoană care evită să acționeze din teama de a nu eșua și care amână lucruri din același motiv, este bine să faceți o listă zilnică cu câteva obiective ușor de atins. Iar la sfârșitul zilei să analizați ce a mers bine și ce nu, luând astfel, decizii pentru ziua următoare.*
După o lună de astfel de practică, stabiliți obiective din ce în ce mai mari și pe termen din ce în ce mai lung. Aveți răbdare și fiți perseverent în această tehnică și veți face pași mici, dar siguri și stabili. Realizarea obiectivelor personale, indiferent cât de mici, contribuie la întărirea autostimei și îmbunătățește imaginea de sine.

Conștientizarea și satisfacerea nevoilor fundamentale ale omului, așa cum le-a prezentat A. Maslow (1968) în bine-cunoscuta piramidă a trebuințelor

umane, la fel este importantă în consolidarea imaginii de sine. Vom prezenta aici varianta adaptată de către psihologii români, Corneliu Augustin Sofronie și Roxana Zubcov, în cartea lor "Psihologia ordinii. Psihologia cuantica", (Editura Perfect, 2005):

- X. Nevoia de ideal, de eroi, perfecțiune, valori înalte ale umanității
- IX. Nevoia de împlinire (autorealizare, să ajungi ceea ce poți ajunge, pentru a te simți împlinit)
- VIII. Nevoia de manifestare socială (inteligența socială, acceptarea ca individ social, integrare socială)
- VII. Nevoia de moralitate (cunoașterea, estetica și etica, reguli care mențin ordinea socială)
- VI. Nevoia de utilitate socială, prestigiu, succes prin profesie, școală
- V. Nevoia de echilibru dinamic interior pentru deschiderea către lume (echilibrul între micro și macro, între individ și societate)
- IV. Nevoia de proximitate (apartenența la un grup, nevoia de spațiul amical, de recunoaștere)
- III. Nevoia de identitate (familie – cunoașterea și acceptarea originilor ca bază în formarea identității personale) sau „nevoia de identitate și imagine de sine” (K. Horney)
- II. Nevoia de armonie interioară, siguranța de sine și siguranța în general (a-ți putea planifica viața fără teamă de pericole), nevoia de partener, sau ”trebuința de afectivitate și aprobare pentru echilibrul interior” (K. Horney)
- I. Nevoi primare (hrană, adăpost, îmbrăcăminte, igienă,etc.) traduse în nevoia de independență și libertate, sau ”trebuința de libertate și superficialitate” (K. Horney).

Chiar dacă nevoile inferioare (primare) sunt imperioase și se cer obligatoriu a fi împlinite, sunt puțin satisfăcătoare și pe termen scurt, foarte scurt. Însă, pentru o bună imagine de sine, bine consolidată și de durată, cele superioare sunt foarte satisfăcătoare⁷⁴.

În concluzie,

- a) când îți acorzi suficientă valoare, poți atinge mai ușor obiectivele, pentru că a avea încredere în sine, în forțele proprii, te face să-ti mobilizezi cu exactitate resursele de care ai nevoie, ca să depășești obstacolele și să mergi în direcția dorită;
- b) când nu îți acorzi suficienta valoare, negociezi mai slab, comunici mai greu, acționezi cu mai multă frică sau eviți să acționezi și ”dai singur cu piciorul drept, în stângul”;
- c) Când nu îți acorzi valoare, poți anihila resursele de care ai avea nevoie pentru a întreprinde ceva.

⁷⁴ <https://www.cdt-babes.ro/articole/imaginea-de-sine-stima-de-sine-si-increderea-in-sine.php>

Grija de sine

„Atunci când sunteți bine fixați în curentul vieții voastre, iar zilele vă sunt pline de bucurie, creativitate și grijă pentru sine și ceilalți, veți fi dirijați în mod natural înspre relații care vor prețui și vor respecta energia, optimismul și liniștea pe care tocmai le-ați găsit. Aceste relații vor fi diferite de toate celelalte pe care le-ați trăit până acum, deoarece ele se vor construi pe fundamentul grijii de sine”

(Paul Ferrini, „Liniștea inimii”⁷⁵)

Să avem grijă față de noi înșine, este principala noastră datorie. Dacă nu-ți pui întâi ție masca de oxigen... nu poți ajuta pe nimeni. Un adevăr atât de simplu, auzit de atâtea ori de la însoțitoarele de bord, dar atât de greu de înțeles. De ce? Probabil deoarece trăim într-o societate, **în care femeile sunt crescute și educate într-o cultură a sacrificiului de sine.**

„Ai grijă de ceilalți”, „Taci și rabdă, că așa sunt femeile”, „Nu spune nimănui nimic, că te va râde lumea”, „Jupâneasa ține casa, iar jupânul ține drumul”, „Păstrează armonia în familie, cu orice preț”... Cu formule similare creștem toate și ajungem să le internalizăm, să le adoptăm aproape fără rezerve.

Grija de sine nu este despre a nu face nimic. Ba din contra, de a acționa. Ce facem? Cum facem, ca să ne simțim mai bine, să ne încărcăm de energie, sau să ne relaxăm pentru a ajunge la o stare de calm și liniște? Sau să învățăm cum să cultivăm în sufletul nostru dragostea față de sine?

Experții⁷⁶ spun că, grija de sine înseamnă „a acorda atenție potrivită bunăstării fizice și psihice”. De asemenea, ei recomandă să rezervăm doar pentru noi, cel puțin 20 de minute pe zi. E mult? E puțin?

Ca să putem avea grijă de sine, ar trebui să învățăm niște îmbinări noi de cuvinte, care să ne ghideze spre acțiuni concrete:

- 1) **Să conștientizăm – când e nevoie să avem grijă de noi.** Adică, să învățăm acele semne sau „mesaje” ale corpului nostru, care ne spun că e nevoie de încărcat bateriile. Ele pot fi: încordarea musculară, o stare de frustrare, nemulțumire, o sensibilitate crescută la orice nu merge bine, epuizare, îngrijorare, tristețe. Ele nu apar toate odată și variază în intensitate, în funcție de cât de gol este „rezervorul de energie”. Totul poate începe de la semne mici, care pot fi ignorate. Dar ele pot fi acel bulgăraș de zăpadă, care declanșează avalanșa. Din această cauză, orice disconfort trebuie tratat prin cele 20 de minute pentru sine, dar nu cu gândul la weekend sau vacanță. Ne oprim „aici și acum”, pentru un respiro scurt. Facem o pauză pentru o cafea sau un ceai, mai ales ca există o metodă excepțională de relaxare, cum ar fi „mindful tea”⁷⁷, care poate fi exersată oriunde – acasă, la serviciu sau la o terasă.

⁷⁵ https://www.academia.edu/10973654/PAUL_FERRINI_Linistea_inimi

⁷⁶ American Psychological Association

⁷⁷ <https://theteacurator.co.nz/blogs/news/the-art-of-mindful-tea-drinking;>
<https://senbirdtea.com/how-to-practice-mindfulness-with-tea/>

- 2) **Să știm ce activități ne încarcă cu energie.** Fiecare are propriile activități care îi aduc energie. Ele pot fi activități fizice, intelectuale, spirituale, emoționale: plimbări în natură; joacă cu copiii; o cină plăcută în familie; întâlnirile cu prietenii. Învățăm cum să le identificăm.
- 3) **Să știm ce activități ne consumă energia.** Unii se încarcă la muncă, iar alții, din contra – obolesc. La fel este și cu treburile casnice, cu bucuriile sau provocările în familie. În general, trebuie să fie o măsură în toate, deoarece chiar și unele activități plăcute ne mănâncă din energie, dacă sunt făcute în exces. Sau anumite obișnuințe care nu ne plac la noi (mod de a gândi, mod de a ne comporta sau reacționa, ne pot consuma multă energie.
- 4) **Să fim aproape de emoțiile și stările pe care le avem, nu să încercăm să fugim de ele.** Grija de sine înseamnă să avem curajul să fim deschiși spre emoțiile noastre, chiar dacă simțim un disconfort. Este despre a ne asuma situația, nu doar despre a acoperi emoțiile, ca să nu le mai simțim. Învățăm să ne înțelegem tristețea, teama sau furia, care sunt parte din noi. Doar așa putem înțelege mai bine care sunt nevoile noastre.
- 5) **Modul de stabilire a limitelor față de ceilalți.** Este despre când și cum spunem „da” sau „nu”. Este și despre spațiul personal. Toată lumea știe cât de neplăcut este atunci când spațiul nostru personal este invadat de o altă persoană. Uneori noi suntem „intrușii”, care trec fără să știe în spațiul personal al cuiva. Cu toții putem face mai bine în recunoașterea și respectarea limitelor personale. Definirea spațiului personal într-un mediu familial, sau acasă nu este întotdeauna ușor. Mai ales dacă spațiul de lucru sau de locuit este limitat. Astfel apare un disconfort inevitabil – limitele devin neclare.
- 6) **Modul echilibrat în care ne uităm la viața noastră.** Cât timp alocăm muncii? Avem/ ne asumăm prea multe responsabilități? Din ce zonă a vieții? Care parte a vieții noastre are nevoie acum de mai multă atenție și grijă?
- 7) **Să luăm decizii înțelepte, chiar dacă pot genera disconfort.** O decizie conștientă are legătură cu nevoile și cu valorile noastre pe termen lung, nu doar cu confortul de acum. Când alegem doar confortul curent este, de multe ori, un mod de a evada din viață și de a evita asumarea.
- 8) **Să ne protejăm de vocea critică.** Vocea critică poate apărea uneori într-un colț de creier cu ale ei, tot spunând: „că nu am făcut suficient” și „că trebuia mai mult” sau „mai bine” etc. Mesajul ei, la bază, este unul bun: vrea să ne ajute să mergem mai departe, să ieșim din zona de confort. Doar că, atunci când suntem mai oboșite și mai stresate, vocea devine mai prezentă și atunci este un semn că ar trebui un pic ignorată, măcar pentru 20 min, pentru ca e nevoie să avem puțină grijă de noi.
- 9) **Să avem timp și pentru noi.** De-a lungul timpului, viața devine tot mai complexă, cu multe satisfacții, dar și cu provocări: familie, copii, schimbarea radicală a modului de viață, reorientarea profesională etc. Dar agenda noastră oricum trebuie să includă o rubrică importantă – timp pentru noi înșine, de câteva ori

pe săptămână. Nu iese întotdeauna, mai sunt și rateuri, mai ales în perioadele stresante. Ca alternativă, învățăm cum să dezvoltăm mici obiceiuri și activități care durează puțin. De exemplu: „nu am timp azi să fac plimbarea de 30 de minute, merg în curte și fac câteva exerciții fizice simple, 5 minute”. Sau, „nu pot medita azi 30 de minute, mă opresc din ce fac și timp de 2 minute mă concentrez pe respirație, ca formă de relaxare”.

- 10) **Să stăm în liniște, să ne permitem să nu facem nimic.** Societatea (dar și familia, ne învață că nu este acceptabil să stăm degeaba). E nevoie să facem ceva, mereu. Dar apoi, e nevoie de timp și de mult exercițiu să învățăm că merităm să avem grijă de noi, la fel cum și ceilalți merită să aibă grijă de ei. „Pauzele mici și dese – cheia marilor succese”.

A cere ajutor, este un act de curaj!

Un scurt mesaj pentru cei, care au supraviețuit diferitor forme de violență
„... Prieteni dragi! Femei, bărbați, copii...”

Dacă aveți momente când vă vine foarte greu, aproape insuportabil de greu, respirați adânc și vă amintiți că nu sunteți singuri în această situație. Mulți și-au revenit, și-au recuperat sănătatea și își continuă viața cu demnitate, în pofida experiențelor traumatice. De asemenea, și voi o să reușiți! Trebuie doar să vreți, să doriți să schimbați ceva și să acționați!

Dacă aveți dificultăți, nu târăgânați și nu ezitați să cereți ajutor. Amintiți-vă că chiar și un om puternic își recunoaște problemele și cere ajutor atunci când are nevoie. A cere ajutor, este un act de curaj!

Stabiliți obiective concrete, dar nu uitați că dacă vreți să ajungeți la ele, trebuie să cunoașteți ceva. Dar ca să cunoașteți ceva – trebuie să învățați și să găsiți timpul necesar pentru a învăța.

Sfatul nostru: nu vă adaptați la rolul de victimă, pentru că vă poate încetini foarte mult sau chiar frâna esențial dezvoltarea personalității și cursul dorit al vieții. Cu alte cuvinte, tot ce este frumos și plăcut, necesită efort și timp”.

* * *

În prima etapă de reabilitare, o mare importanță are nu numai tratamentul medical sau de alt tip, dar și abordarea comună cu o contribuție personală la construirea algoritmului calității vieții. Pentru a construi acest algoritm, cea mai acceptabilă formulă este de a diviza esența existenței umane în cinci domenii de activitate, care sunt componente importante ale vieții: ocupație (profesie, loc de muncă) familie, societate, educație și hobby.

Funcționarea persoanei în fiecare dintre aceste domenii, creează un scut psihologic puternic de rezistență la diverse influențe (atât externe, cât și interne), care ar putea genera apariția stresului și inadapării psihologice.

Astfel, pentru o dezvoltare armonioasă, orice persoană trebuie să fie suficient de activă și eficientă, în următoarele domenii:

- 1) **Sfera ocupațională, profesia.** Să lucrezi cu plăcere și să te bucuri de succesul tău, nu este doar o garanție pentru un venit bun, pentru respectul altor persoane și independența financiară. Există o mare diferență între 2 fraze: ”lucrează cu plăcere” și ”lucrează pentru propria plăcere”. Nu întotdeauna se primește să lucrezi pentru propria plăcere, în scopul de a te distra. Dar, lucrând cu plăcere, în pofida dificultăților, este posibil de ajuns și la succes, și la plăcere. Să fii util prin activitatea ta – este acel catalizator și energie, care poate păstra pe ”linia de plutire” chiar și pe cei care au probleme de sănătate grave sau un handicap. Ați văzut vreodată ochii strălucitori ai persoanelor care, în pofida bolii sau handicapului, se simt utili, necesari și importanți pentru alții? Și din contra, cum arată o persoană sănătoasă care nu lucrează și mereu se plânge că ”nu are de lucru”?

Prin urmare, cu abordarea potrivită, practic în fiecare zi, se poate de beneficiat și de bucurat de munca depusă. Și, bineînțeles, munca ajută să asiguri existența ta și a familiei, iar aceasta este un factor important. Fiecare adult ar trebui să aibă suficienți bani. Și fiecare decide pentru sine, cât de mult înseamnă asta și cât de mult ar trebui să muncească.

- 2) **Familia și relațiile.** Este foarte important să construiești și să dezvoltai relații de familie armonioase. Numai cu cea mai apropiată persoană se poate și ar trebui de discutat unele dintre probleme și de lucrat împreună pentru a găsi soluții și modalități de ieșire din situații dificile. Gândurile de genul ”*Voi trăi singur/ă, deoarece eu nu doresc să fiu o povară pentru cineva cu problemele mele*”, sunt greșite din start, deoarece așa cum astăzi cineva te va ajuta, la fel poți să-l ajuți mâine cu un sprijin necesar. Amintiți-vă de fraza ”*casa mea este cetatea mea*”, pentru că familia noastră și casa noastră comună, ar trebui să fie o sursă de pace a sufletului, un loc de trai și de relaxare pentru noi și cei dragi. Încercați să-i înțelegeți și să-i ajutați pe cei din jur, astfel că ei să simtă sprijinul unui om puternic, în pofida problemelor tale, ale traumelor și experienței prin care ai trecut.

„Societatea se compune din unități sociale, adică din grupări de oameni legați între ei printr-o organizare activă și o interdependență sufletească”

(Dimitrie Gusti)

- 3) **Sfera publică. Societatea.** Cuvintele simple, din citatul de mai sus, spun atât de mult! Fiecare dintre noi – suntem o parte din societate, sau elementul din care este construită o mare piramidă. Unde suntem în această piramidă? Cine este în jurul nostru? Pe cine vrem alături și pe cine vrem să evităm? Fiecare dintre noi trebuie să-și găsească locul în societate și să construiască astfel de relații, care să fie frumoase și reciproc plăcute. În pofida tuturor problemelor

noastre, noi trebuie să fim în contact și în armonie cu mediul înconjurător și cu oamenii. O persoană trebuie să se simtă un membru cu drepturi depline în societate, cu toate virtuțile sale. Dar cu siguranță, nu trebuie să uite despre obligațiile sale. Oamenii trebuie să se simtă confortabil, dar în același timp – să contribuie la crearea unui anumit confort și pentru cei din jur.

„Este de ajuns să fi atent, lecțiile vin întotdeauna atunci când ești pregătit. Iar dacă ești atent la semne, vei afla mereu tot ce-ți trebuie pentru pasul următor”

(Paulo Coelho)

- 4) **Sferă de instruire, educație și de auto-dezvoltare.** Să înveți constant ceva nou – este incredibil de distractiv. Științific și practic s-a dovedit că, fără auto-dezvoltare oamenii nu se vor simți fericiți. Fie că este vorba de limbi noi învățate, de calculator, alte științe noi - fiecare de ce este atras. În pofida evenimentelor traumatice trăite, este necesar de a învăța în mod constant ceva nou pentru a lărgi orizonturile și pentru a alimenta mereu creierul cu informații pozitive și utile (alimente de calitate). Este important de a continua studiile, dacă este posibil.

Toți oamenii de succes, de fiecare dată tind spre a obține rezultate mai bune, decât ceea ce au în prezent. Prin urmare, toți oamenii de succes sunt în mod constant într-un proces de învățare a ceva nou. Ei nu se opresc niciodată și folosesc orice ocazie pentru a învăța ceva din ceea ce nu au știut înainte, și încep să facă ceea ce ei nu au făcut înainte.

Iar alte persoane la rândul său, deseori suspină că nu au succesul dorit, umbla relaxați prin casa și se opresc eventual la un televizor. Și nu învăța nimic. Prin urmare, nimic în viața lor nu se schimbă. Ei rămân în același loc în care au fost înainte.

Este important să învățăm ceva nou. Astăzi există multe modalități și oportunități de a învăța lucruri noi – cărți, internetul, diverse prelegeri și seminare, școli de vară etc. Este important să simți cum noile cunoștințe îți modifică propriile rezultate, și în final – îți schimbă viața înspre bine. Înarmat cu noi cunoștințe, vă va fi mult mai ușor să depășiți toate obstacolele vieții și să vă construiți propria fericire.

- 5) **Timpul liber și hobby.** Orice schimbare de anturaj ne ajută să ne relaxăm mental. Încercați să reflectați un pic: care este tabloul pe care-l vedem zi de zi? Corect: munca noastră, casa noastră, vecinii și prietenii noștri, curtea în care trăim etc. Imaginea nu se schimbă și se repetă în mod constant, iar acest lucru este foarte nefavorabil pentru psihicul nostru, care suferă. Deci, planificați-vă și organizați-vă o vacanță împreună cu familia și prietenii. Și nu trebuie neapărat să mergeți la mare sau la munte, ca să vă simțiți odihnit.

Uneori nu cunoaștem frumoasele locuri și colțuri ale naturii, care sunt foarte aproape. Putem merge pe jos sau putem organiza un picnic în afara orașului. Când ultima dată ați fost într-un parc din apropiere? Știați că acolo, de asemenea este toamnă, iarnă și vară? Mulți observă că timpul petrecut în natură, nu curge atât de repede și chiar timp de o zi, se acumulează o mulțime de impresii și bucurie. Și invers – dacă locuiți în mediul rural, încercați să aranjați excursii în oraș, cu vizitarea de expoziții, muzee, teatre etc.

Încă nu aveți un hobby? Inițierea și dezvoltarea acestui gen de activitate este extrem de importantă, mai ales dacă nu există în prezent nici un loc de muncă permanent. Muzica bună, cântecul, pictura, tricotarea, orice muncă creativă este utilă și poate să vă aducă bucurie, indiferent unde vă aflați. Cu trecerea timpului, unele dintre activitățile de hobby pot deveni o afacere generatoare de venituri. De exemplu, apicultura – care poate aduce plăcere și o lingură de miere dulce pentru micul dejun. Va încânta și distra prietenii și familia, dar și vă poate aduce un venit frumos.

Lucrul cu familiile victimelor

Un loc aparte în activitatea sistemului general de reabilitare psiho-socială a victimelor VBG și a tratamentelor inumane sau degradante, este lucrul cu familiile. De altfel, atmosfera și relațiile de familie, au un impact important asupra stării psihologice a pacientului.

Lucrul cu familiile ar trebui să fie organizat practic în toate cazurile. Membrii familiei ar trebui să fie încurajați să asculte atent și cu interes istoria suferită de aproapele său – fiu, frate sau partener de viață. Este foarte important ca victima să vorbească și să-și împărtășească experiențele legate de traumele suferite, îndeosebi având suportul moral al unei persoane iubite și apropiate. Facilitând oferirea asistenței psihologice pentru victimă, membrii familiei ar putea să o ajute să se vindece și să revină la viața sa obișnuită.

Familia trebuie să manifeste atenție și răbdare față de problemele victimei, care apar în mod inevitabil ca urmare a unui eveniment traumatizant, să fie tolerantă față de disconfortul psihologic, de irascibilitatea sporită, față de stările îndelungate de depresie care pot avea loc etc. Rudele trebuie să înțeleagă că acesta este un fenomen temporar și că pot să ajute victima să-l depășească.

În contextul traumei, trebuie să se ia în considerare faptul că poate apărea o perioadă neprielnică, în care toți membrii familiei se schimbă. Este nevoie de ceva timp, ca ei să se obișnuiască din nou, unul cu celălalt. Întoarcerea la viața obișnuită în comun, nu poate avea loc fără complicații. Astfel, este nevoie ca toți cei implicați, să manifeste multă răbdare și înțelegere.

De exemplu, familia nu trebuie să încurajeze consumul de alcool (cum ar fi: pentru a se relaxa un pic sau pentru uita evenimentul traumatic), încercând tactic să insuflă victimei că este în detrimentul său și al familiei (mai ales, al copii-

lor). Persoanele trecute prin traumă extremă, au o toleranță scăzută la alcool. La început, în doze mici, apare o senzație de relaxare, scăderea tensiunii interioare, poate chiar se ameliorează somnul. Dar mai târziu, ele tind să mărească doza consumată, până pot deveni dependente, ceea ce le creează o nouă gamă de probleme.

De asemenea, este important să se explice și să se reamintească periodic rudelor despre faptul că protecția excesivă poate avea efecte negative asupra persoanei traumatizate. Atitudinea hiper-protectivă reduce capacitatea de adaptare, dezvoltă comportament infantil, imaturitate, dorință de a manipula cu alte persoane, duce la formarea "complexului de victimă" și altor manifestări nedorite.

Este util de a desfășura întâlniri tematice cu rudele, pentru a le explica unele noțiuni, concepte și informații de bază necesare în procesul de reabilitare.

De exemplu, poate fi organizată o întâlnire informativă cu tema "Portretul psihologic al victimei", pentru a explica faptul că există două tipuri de victime, care au caracteristici și manifestări diferite:

- 1) Primul tip se caracterizează prin nervozitate și irascibilitate sporită, explozii de furie, agresivitate nejustificată sau alte reacții similare; posibilă preluarea unui comportament sociopat, satisfacție prin atragerea atenției negative și alte manifestări orientate spre persoanele din anturajul său.
- 2) Al doilea tip se caracterizează prin sugestibilitate, suspiciune, anxietate, timiditate excesivă, nivel scăzut al stimei de sine, tendința spre gândire fatalistă, precum și alte manifestări orientate spre propria identitate și care pot cauza depresii severe.

Pornind de la cele expuse mai sus, putem explica familiei de ce uneori victima profită de situația sa. Ea se poate plânge de nenumărate ori pe soarta sa, pe faptul că a fost atât de ghinionistă, nedreptățită etc., dar la nivel de inconștient, aceasta și este ceea ce vrea persoana. Într-un astfel de caz, putem pur și simplu întreba persoana, *pentru ce are el nevoie de victimizare?* Acest lucru este esențial și determină sarcinile comune în terapie și reabilitare. Este recomandabil să se analizeze situația împreună cu pacientul, pentru a se ajunge la concluzia, că victimizarea este un obstacol serios în procesul de reabilitare și reintegrare, precum și în dezvoltarea personalității.

Cu toate acestea, familia victimei nu poate să facă față avalanșei de probleme legate de traumă. Din experiența internațională, cele mai eficiente sunt activitățile psiho-sociale de reabilitare, oferite în centrele specializate, care se ocupă de asistenta victimelor VBG și tratamentului inuman.

În astfel de centre de reabilitare, sunt utilizate metodici și tehnici speciale de asistență psihologică, medicală și socială, oferită de către profesioniști cu studii și instruire necesară (medici, psihologi, asistenți sociali, juriști și alți specialiști.).

Recomandări pentru rude, parteneri și prieteni apropiați ai victimelor

„Dacă oamenii nu vor învăța să se ajute reciproc, rasa umană va dispărea de pe fața pământului”

(Sir Walter Scott)

Uneori, ca și specialiști care lucrează cu victimele diferitor forme de violență interumană, inclusiv VBG, venim în contact cu cercul lor, în care pot fi părinți, copii, rude, parteneri sau prieteni apropiați. Și ar fi bine să avem de-a gata unele informații printate, sau să știm a vorbi cu ei, să putem să le oferim unele sfaturi sau recomandări, care le-ar prinde bine într-o situația sau alta.

Mai jos, avem mai multe exemple de informații care pot fi oferite. Dar fiecare specialist, care dorește să mențină o abordare centrată pe clientul său, va putea să-și elaboreze propriile „instrumente”.

* * *

*... În casa ta au venit probleme neașteptate, ca un nor negru pe cerul senin...
Ați prevăzut cumva asemenea probleme?*

Sau poate că v-ați căsătorit cu un băiat atrăgător, fără a cunoaște detalii despre trecutul lui traumatic?

Sau poate invers – fata frumoasă și specială, de care te-ai îndrăgostit, a trecut prin experiențe traumatice, greu de imaginat?

Sau s-ar putea întâmpla că acum vă este insuportabil de dureros să vedeți că persoana dragă a devenit izolată și tăcută, fără dorința de a se bucura de viață. A devenit acum violentă, agresivă și v-a atras într-un cerc infernal de violență și disperare?

În orice caz, ar trebui să fiți dispus să vă ajutați pe sine și să fiți un sprijin de nădejde pentru cei dragi, care au ajuns într-un moment dificil. Iar pentru aceasta, este necesar de a învăța cum să vă comportați, cum să gestionați criza și cum să continuați să trăiți sub același acoperiș în pace și înțelegere.

Este important să înțelegem, că în viața fiecăruia ar putea veni o vreme de criză, când sprijinul prietenilor și rudelor devine deosebit de important. Atunci când o persoană se simte rău, aceasta ar putea avea nevoie de consiliere și asistență pentru depășirea problemelor deosebit de dificile, sau pur și simplu de înțelegere, empatie și afecțiune.

Desigur, mult depinde de ce fel de problemă este copleșită persoana apropiată, de calitățile sale personale, de relațiile pe care le aveți, de dorința și disponibilitatea sa de a discuta problemele sale și multe alte circumstanțe”.

* * *

Ar trebui să înțelegem că nu putem și nu trebuie să ne asumăm întreaga responsabilitate pentru rezolvarea problemelor persoanelor cu care interacționăm. Cu bune intenții și eforturi, nimeni nu poate fi un expert în toate domeniile. În cele din urmă, s-ar putea să ne fie greu să păstrăm o atitudine obiectivă. Prin urmare, în astfel de cazuri, este utilă crearea unei rețele de sprijin formată din diferiți profesioniști, instituții, prieteni și rude, care este prezentată schematic mai jos.

Această rețea sau cerc de sprijin, poate apărea spontan și atunci nu trebuie decât să fie identificată și valorificată. Iar lista "elementelor" rețelei rămâne deschisă, în funcție de fiecare caz concret și de problemele specifice care trebuie să fie abordate – medicale, psihologice, sociale și juridice.

Fiecare membru al rețelei poate dezvolta legături și relații de cooperare în interesul persoanei aflate în dificultate, dar numai în conformitate cu etica profesională, confidențialitatea și consimțământul informat al acesteia.

Cercul de sprijin pentru victimele VBG sau altor experiențe traumatiche:



Deci, în funcție de problemele cu care se confruntă persoana dragă, puteți decide ce activități să întreprindeți și cu care să vă adresați la diferite persoane și instituții, cum ar fi:

- 1) Centre specializate de sprijin și de reabilitare, instituții cu experiență în asistența persoanelor traumatizate. Puteți fi ajutați de psihologi și psihoterapeuți instruiți și pregătiți, fără de care vă va fi greu să gestionați problemele.
- 2) Organizații non-guvernamentale, care oferă asistență pentru victimele VBG și alte categorii similare.

- 3) Instituțiile medicale și de reabilitare, în cazul unor probleme medicale, traume fizice sau răni grave.
- 4) Birouri de avocați, instituții juridice și instanțe de judecată, în cazul în care au fost încălcate drepturile.
- 5) Serviciile de asistență socială, dacă este necesar pentru a obține diferite tipuri de sprijin social.
- 6) Oricare alte instituții specializate, activitatea cărora poate răspunde nevoilor și problemelor victimelor.

* * *

Cu toate acestea, cele mai multe dintre probleme vor cădea pe umerii celor apropiați. Din aceste considerente, vă oferim câteva sfaturi care ar putea fi de ajutor rudelor victimelor, ca să poată înțelege și ajuta persoana apropiată, aflată în dificultate:

- 1) *Vorbiți cu persoana dragă la momentul potrivit, mai ales atunci când dorește acest lucru. Pentru a ține pasul cu ceea ce se întâmplă cu el/ea, va trebui să faceți un efort. Persoana apropiată poate să-și facă griji că ar putea fi evitată dacă vorbește despre problemele sau experiențele sale traumatiche. Astfel, ar putea să nu aibă încredere în prieteni sau rude, sau poate se teme că relațiile cu ei se vor deteriora, așa cum a fost posibil în cazul unor altor persoane cu probleme similare. Probabil va fi nevoie de ceva timp pentru a se asigura că o conversație cu un prieten sau o rudă, este primul pas pentru atenuarea și rezolvarea problemelor sale.*
- 2) *Încercați să țineți cont de următoarele reguli:*
 - a) *Dacă doriți să vă convingeți persoana dragă să caute ajutor profesionist la un psiholog sau psihoterapeut, trebuie să vă gândiți atent la când și cum aveți de gând să-i spuneți.*
 - b) *Fiți un ascultător atent. Înainte de a răspunde persoanei, încercați să redați cu cuvintele sale ceea ce tocmai v-a spus. Acest lucru vă va ajuta să-i oferiți sentimentul că vă pasă de el.*
 - c) *Răspunzând la o întrebare, nu vă gândiți care răspuns ar fi corect. Fiți sinceri și grijulii pentru a crea o atmosferă de încredere.*
 - d) *În momentele de criză, oamenii pot fi foarte vulnerabili sau sensibili și să ia totul într-o lumină negativă. Nu uitați despre sentimentele lor. Fiți atent la declarațiile sale. Încercarea de a-i ridica moralul, spunând de exemplu, "tu nu arăți așa de rău", îi poate provoca durere. Persoana dată ar putea crede că în curând va fi foarte rău sau că, de fapt, arată destul de rău.*
 - e) *Nu permiteți cuvinte de încurajare triviale sau banale.*
 - f) *Comportați-vă calm și cu încredere.*

- g) Nu uitați să spuneți cuvinte simple, cum ar fi "te iubesc", "eu sunt cu tine", "te voi ajuta"... Acest lucru poate fi foarte important pentru persoana dragă.
- h) Aflați cât mai mult posibil despre problema cu care se confruntă, pentru a înțelege ce se întâmplă cu persoana iubită. Pentru a rezolva o serie de probleme, ar trebui să aveți cunoștințe care pot fi obținute doar prin studiarea literaturii de specialitate. Puteți găsi o mulțime de informații utile în diverse surse din internet și în cărți, dar este foarte important să fiți ghidat de persoane cu experiență în domeniu.
- i) Nu promiteți ceva ce probabil că nu veți fi capabil să realizați. O persoană care se confruntă cu obstacole în viață, este deosebit de sensibil la nerealizarea promisiunilor celor apropiați. Amintiți-vă că oferind ajutor, vă asumați o sarcină și responsabilitate mare.
- j) Nu uitați să aveți grijă de sine, pentru a putea avea grijă de altcineva. Pentru a face acest lucru, aveți nevoie de alimentație adecvată la timp, de exerciții fizice și de relaxare. Ca să vă faceți timp pentru sine, ar putea fi de ajutor câteva sugestii:
- k) Ajutați persoana dragă să devină responsabilă de unele sarcini, care este capabil să le rezolve, deoarece are nevoie să se simtă util și necesar.
- l) Divizați responsabilitățile și cu alte rude sau prieteni, dacă este necesar.
- m) Asigurați-vă că vă puteți uneori detașa de la probleme, ca acestea să nu vă copleșească. Încercați un hobby, cultivați flori, faceți plimbări, organizați evenimente comune, întâlniri, ceremonii de ceai și așa mai departe.
- n) Stabiliți limite. Nu este nevoie să fiți gata să ajutați 24 de ore pe zi.
- o) Amintiți-vă că nu sunteți singuri. Dacă simțiți că nu reușiți – cereți ajutor de la prieteni și familie. Nu vă fie teamă să cereți sfaturi de la experți.
- p) Păstrați-vă simțul umorului. Nu vă pierdeți speranța. Din orice situație se poate găsi o cale de ieșire. Iar fiecare problemă are cel puțin două soluții.

* * *

3) Dacă persoana dragă suferă de depresie.

Dacă cineva apropiat suferă de depresie, este clar că va avea nevoie de ajutor oferit cu multă răbdare și atenție constantă. Vă prezentăm aici unele lucruri pe care le puteți face, pentru a oferi ajutorul necesar:

- a) Aflați cât mai multe informații despre depresie, pentru a înțelege starea lui și de a afla mai multe despre cum să o depășească;
- b) Fiți răbdători și atenți în relațiile cu ei și nu uitați că poate nu are forțele necesare să lupte cu depresia;
- c) Încurajați să găsească ajutor profesionist de la un specialist. Deși nu este ușor, dar trebuie să facă acest pas. Încercați să-i oferiți încrederea că un ajutor profesionist îl va ajuta să se simtă mai bine;
- d) Încercați să-l însoțiți la o întâlnire cu un psihoterapeut și dacă vă permite, oferiți propria viziune asupra situației. Persoanele care suferă de depresie, adesea pot trece cu vederea detalii privind dezvoltarea acestei stări și

- nu pot evalua în mod obiectiv ceea ce se întâmplă cu ei. Participarea unei persoane apropiate va permite înțelegerea mai exactă a situației.*
- e) *Implicați persoana dragă în activități care anterior i-au adus bucurii, pentru a o mai "agita" un pic. Dar nu insistați prea mult, deoarece ar putea să nu fie suficient de puternică în acest moment.*
 - f) *În cazul în care o persoană care suferă de depresie, este deja în psihoterapie sau în curs de tratament medicamentos, oferiți sprijinul de care are nevoie;*
 - g) *Suțineți așteptările sale realiste de la psihoterapie. Ieșirea din depresie sau o îmbunătățire semnificativă a stării, poate apărea doar după mai multe ședințe sau săptămâni de tratament cu medicamente. Este foarte important să nu se renunțe, să nu-și piardă speranța și să fie răbdător.*
 - h) *Sprijiniți persoana dragă și nu-i permiteți să ia imediat asupra sa aceleași sarcini ca și înainte de depresie, fie acasă sau la locul de muncă. Relaxarea și diminuarea sarcinilor este necesară pentru a obține un efect de durată.*
 - i) *Nu ignorați ceea ce se spune și nu interziceți să se plângă.*
 - j) *Nu-l lăsați să se simtă neajutorat și vinovat.*
 - k) *Absolviți pentru ceva timp persoana dată de necesitatea de a lua decizii, în special foarte importante.*
 - l) *Nu insistați pe o schimbare radicală în obiceiurile unei persoane care suferă de depresie.*
 - m) *Fiți atent la tot ceea ce el poate reuși, fără exclamații triumfătoare și evitați veselia simulată.*
 - n) *Evitați acuzațiile și comentariile cu privire la starea sa actuală sau trecută.*
 - o) *Fiți pregătit pentru situații imprevizibile sau de urgență. În caz de deteriorare bruscă a stării sau când își exprimă gânduri de moarte sau sinucidere – vă adresați imediat la un medic, fără a-l lăsa de unul singur.*

Concluzii finale

În procesul de lucru la această ediție, a fost luată ca bază experiența de lucru de 22 de ani în cadrul Centrului de Reabilitare a Victimelor VBG „Memoria” (www.memoria.md). Am folosit experiența și publicații ale colegilor noștri din rețeaua de centre și programe de reabilitare Europene și rețelei internaționale (www.irct.org).

Această experiență permite efectuarea următoarelor **concluzii finale**:

- 1) Reabilitarea medicală și psiho-socială a victimelor VBG, este un proces complex de vindecare graduală în timp. Este un proces costisitor, de lungă durată, care poate evolua ciclic, cu ameliorări, dar cu dificultăți imprevizibile, cu ascensiuni și declinuri;

- 2) În procesul de reabilitare sunt implicate două părți importante: cei care primesc ajutorul (beneficiarii/ele) și cei care oferă serviciile – specialiști din diferite domenii. Ambele părți trebuie să înțeleagă bine care este scopul reabilitării în fiecare caz aparte, unde se vrea să se ajungă și ce ar trebui de făcut.
- 3) *„Ajută-mă să te ajut”*, nu este doar o sintagmă bună pentru un moto de Campanie de informare și identificare a nevoilor anumitor grupuri-țintă. Este un „modum cogitandi agendique”, adică un mod de a gândi și a acționa, pentru prestatorii de servicii, care împărtășesc abordarea participativă; *„Noi suntem într-o barcă acum. Eu am o vâslă și tu ai o vâslă. Dacă vâslesc doar eu, ne vom învârti pe loc. Dacă vâslești doar tu – se va întâmpla la fel. Dacă nimeni dintre noi nu va vâsli, vom rămâne pe loc. Ce facem mai departe?”* Chiar și în cele mai dificile cazuri, o asemenea abordare se poate încununa cu succes, identificând și implicând gradual resursele interne ale victimelor. Un lucru este cert – eforturile și responsabilitățile pentru vindecarea de după traumă, pentru o bună desfășurare a programului individual de reabilitare, trebuie să fie asumate de către ambele părți;
- 4) Rezultatele programului de reabilitare pot fi influențate negativ de diferiți factori, cum ar fi: lipsa de sprijin din partea familiei și societății; vulnerabilitatea financiară; traumelor suprapuse; persistența factorului/ sursei de stres; re-traumatizarea sau suferințe suplimentare, cauzate de injustiție sau diferite problemele juridice. Să ținem cont de acești factori, să evaluăm riscurile și să valorificăm oportunitățile;
- 5) Ameliorarea stărilor de sănătate fizică și mentală, precum și rezultatele stabile apar lent, după multe eforturi și provocări, dar produc schimbări pozitive în viața beneficiarelor și le oferă un grad vădit de satisfacție față de propriile performanțe;
- 6) În pofida problemelor legate de consecințele post-traumatice, multe dintre victime sunt nevoite să lupte pentru drepturile lor, sau pentru custodia copiilor (folosiți uneori de către agresor pentru a continua presiunile), în diferite instanțe, ceea ce necesită multe eforturi și sănătate;
- 7) Persoanele incluse în programe de reabilitare, ar trebui să beneficieze de asistență juridică calificată cu implicarea avocaților bine-instruiți, cu experiență în domeniu;
- 8) Refacerea și menținerea sănătății fizice și mentale, implică o muncă de zi cu zi din partea victimei, de-a lungul vieții sale de după trauma. Este un efort continuu de învățare, *cum să trăiască „după infern”*. Dar rezultatele pozitive contribuie la o stare mai bună de sănătate, bunăstare, stabilitate financiară, reintegrare în familie și societate;
- 9) Fiecare pas, realizat cu succes de către o supraviețuitoare a VBG, îi aduce încredere în forțele proprii, încredere în cei care o ajută, încredere în viitor, dar și un grad înalt de satisfacție personală;

- 10) Auto-cunoașterea și auto-instruirea, învățarea lucrurilor noi, sau chiar a unei profesii noi, este de asemenea o activitate foarte importantă, interesantă și utilă pentru procesul de vindecare și refacerea de după traumă. *„Toată viața învățăm. Chiar și din propriile suferințe”*;
- 11) În pofida tuturor greutăților tipice procesului de reabilitare după orice traumă, pașii făcuți și eforturile sunt similare cu cele din artă – minuțioase, cu multă atenție, cu dedicație, cu mult suflet, cu dragoste, cu eforturi și dăruire de sine;
- 12) Munca depusă de cei implicați, atât beneficiarii cât și cei care le acordă sprijin, depășește cu mult abilitățile și talentul. Este o muncă colosală. Dar oricum, plăcerea primirii rezultatelor uimitoare și ale succesului, merită orice efort și clipă trăită pentru a aduce pace, liniște și fericirea în viața cuiva, dar și a ta! Oferind, noi primim. Dăruind, noi câștigăm.

Bibliografie, literatura recomandată și link-uri utile:

1. Ludmila Popovici și alții. Documentarea Violenței în bază de gen⁷⁸. Chisinau, 2019.
2. Alexandra Siru, Imaginea de sine - stima de sine și încrederea în sine⁷⁹.
3. Anca Livia Panfil și alții. Cinci tehnici de relaxare.⁸⁰
4. Sănătatea mintală și violența bazată pe gen. Cum să ajutăm supraviețuitorii violenței sexuale în conflict. Trusă de instrumente. Manual HHRI. 2014.⁸¹
5. Silvia Antoaneta Berbec și Gabriela Ionescu. Îmbunătățirea serviciilor de consiliere și asistență pentru copii și tineri, victime ale traficului de persoane. Manual de training. Asociația PRO REFUGIU, România, 2015.⁸²
6. Oana Benga și alții. 1,2,3, Pasi_in_reabilitarea_copilului_care_a_suferit o trauma, Asociația Salvați Copiii, Iași, 2009.⁸³
7. Eva Pattis Zoja, SandworkExpresiv. O abordare Jungiană. Editura Herald. 2013.⁸⁴
8. Bengt H. Sjolund and others. RCT Field Manual on Rehabilitation, 2007.
9. Richard F. Mollica, Laura S. McDonald, MALD, Michael P. Massagli, Ph.D., Derrick M. Silove, MD. Measuring trauma, measuring torture, Manual. Harvard Program in Refugee Trauma. 2004.
10. Foa, E.B., & Riggs, D.S. Posttraumatic Stress Disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. Current Directions in Psychological Science. 1995.
11. Peter Vesti, MD, Finn Somnier, MD, Marianne Kastrup, MD PhD. Psychotherapy with torture survivors. IRCT (www.irct.org). 1992.
12. Paula Gutlove and Gordon Thompso. PSYCHOSOCIAL HEALING. A Guide for Practitioners. Institute for Resource and Security Studies. 2003
13. Bloom, Shelah S. Violence Against Women and Girls: A Compendium of Monitoring and Evaluation Indicators. Carolina Population Center, North Carolina. 2008.⁸⁵
14. Sarah Coll-Black and Lori Severens. Integrating Poverty and Gender into Health Programmes: A Sourcebook for Health Professionals. World Health Organization (WHO). 2008
15. Ann Hartman and Joan Laird. Family-Centered Social Work Practice. New York: Free Press, 1983.
- 16) Paula P Schnurr, Matthew J Friedman, Nancy C Bernardy. Research on posttraumatic stress disorder: epidemiology, pathophysiology, and assessment. 2002⁸⁶

⁷⁸ <https://memoria.md/files/publicatii>.

⁷⁹ <https://www.cdt-babes.ro/articole/imaginea-de-sine-stima-de-sine-si-increderea-in-sine.php>

⁸⁰ <https://www.hosptm.ro/files/pacienti/Cinci-tehnici-de-relaxare.pdf>

⁸¹ <http://www.hhri-gbv-manual.org/>

⁸² <http://prorefugiu.org/wp-content/uploads/2015/10/Manual-Training-versiune-Rom%C3%A2n%C4%83.pdf>

⁸³ https://www.academia.edu/7372496/Pasi_in_reabilitarea_copilului_care_a_suferit_o_trauma

⁸⁴ https://www.elefant.md/sandwork-expresiv-o-abordare-jungiana_71297b31-ac22-4ff0-a9a3-26b5dc867e6c

⁸⁵ <http://gbvaor.net/wp-content/uploads/2012/10/Violence-Against-Women-and-Girls-A-Compendium-of-Monitoring-and-Evaluation-Indicators-Shelah-S.-Bloom-2008.pdf> .

⁸⁶ <https://vadisabilitygroup.com/dsm-5-criteria-for-post-traumatic-stress-disorder-ptsd/>

- 17) Global Standards on Rehabilitation of Torture Victims, IRCT.2020.⁸⁷
- 18) World Health Organization (WHO), Fact sheet. *Violence against Women: Intimate Partner and Sexual Violence against Women*. 2014.⁸⁸
- 19) Людмила Попович, Жестокое обращение и пытки. Последствия и помощь. Руководство по реабилитации жертв пыток, нечеловеческого обращения и различных форм насилия, а также их близких и родственников. Москва. Сострадание, НПО. 2011
- 20) Бенджамин Колодзин. Как жить после психической травмы. Психотерапия, Б.Д. Карвасарский, Москва, «Медицина», 1985.
- 21) М.И. Белый. Познай себя. 1992.
- 22) Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия. ИМЕДИС, 1998.
- 23) Коновалов В.В. Совсем другая медицина. JANYS BOOKS, 2002.
- 24) Ирина Малкина-Пых. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Изд-во Эксмо, 2005.

Link-uri de referință:

1. <https://www.terapiastrategica.ro/stresul-posttraumatic-si-relatiile-de-cuplu/>
2. Institutul European pentru Egalitate de Gen (The European Institute for Gender Equality): <http://eige.europa.eu/gender-based-violence>.
3. <http://www.health-genderviolence.org/training-programme-for-health-care-providers/facts-on-gbv/defining-gender-based-violence/21>.
4. <http://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1177294/FULLTEXT01.pdf>
5. <http://www.health-genderviolence.org/training-programme-for-health-care-providers/facts-on-gbv/defining-gender-based-violence/21>.
6. <https://www.apa.org/news/press/releases/2020/08/experiencing-childhood-trauma>
7. <http://aleg-romania.eu/wp-content/uploads/2014/08/III.-Suport-si-prevenirea-revictimizarii.pdf>
8. <https://www.blueknot.org.au/Home/Front-Page-News/ID/46/Trauma-informed-Practice-in-Domestic-and-Family-Violence-Services>.
9. National Child Traumatic Stress Network [<https://www.nctsn.org>].
10. <https://www.deepdyve.com/lp/sage/stark-evan-and-anne-flitcraft-1996-women-at-risk-domestic-violence-and-ynt569o22x?key=sage>
11. <https://memoria.md/files/publicatii>. Ghid practic. Documentarea Violentei in baza de gen
12. <https://psihoterapieintegrativa.ro/ce-este-psihoterapia-integrativa/>
13. https://www.researchgate.net/publication/233897784_What_Is_Trauma_and_Dissociation

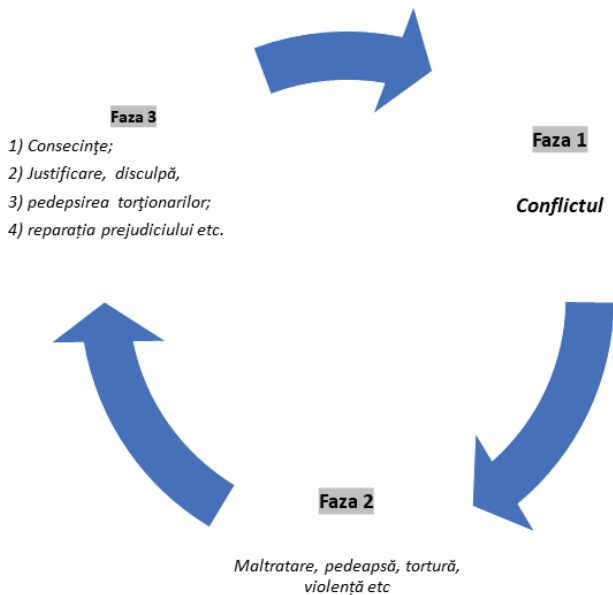
⁸⁷https://irct.org/wp-content/uploads/2022/05/IRCT_Global_Standards_on_Rehabilitation_of_torture_victims_2020.pdf

⁸⁸ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112325>

14. <https://semintedefericire.files.wordpress.com/2020/10/rezilienta.jpg>
15. <https://dorudima.ro/9-sfaturi-pentru-dezvoltarea-rezilientei-emotionale/>
16. <https://www.oanayucel.ro/rezilienta-ce-este-si-cum-sa-devii-rezilient/>
17. <https://www.thednrc.org.uk/what-is-this-all-about/what-is-rehabilitation.aspx>
18. <https://rcchicago.org/5-effective-trauma-therapy-methods/>
19. <https://www.spring.org.uk/2021/06/relaxation-techniques.php>
20. <https://upfit.one/ghid-fit-ce-este-meditatia-si-de-ce-trebuie-sa-faca-parte-din-rutina-ta-zilnica>
21. 13 semne ascunse ale stresului si anxietatii (sfatulmedicului.ro)
22. <https://hbr.org/2020/09/research-why-breathing-is-so-effective-at-reducing-stress>
23. <https://ro.brain-development.net/10490906-use-guided-imagery-for-relaxation>
24. <https://psihoteca.ro/relaxarea-musculara-progresiva-metoda-jacobson/>
25. <https://www.doc.ro/sanatate/terapia-bowen-principii-rezultate-riscuri>
26. https://www.sfatulmedicului.ro/Sanatate-prin-sport/metoda-feldenkrais_10354
27. <https://effectivechildtherapy.org/therapies/>
28. <http://consiliere-psihoterapie.ro/terapia-prin-teatru-dramaterapia-pentru-dezvoltarea-echilibrului-emotional/>
29. <https://newmedicine.ro/terapia-prin-dans/>
30. <https://www.terapiadurerii.ro/terapia-prin-dans/>
31. <https://iuliastoianpsihoterapie.wordpress.com/category/servicii/grupuri-de-terapia-dezvoltare-personala-prin-biblioterapie-si-terapia-prin-poezie/>
32. <https://www.paginadepsihologie.ro/biblioterapia-vindecare-prin-lectura/>
33. <https://www.pentagonplay.co.uk/news-and-info/psychology-learning-through-play>
34. <https://www.sacrestimare.org/psihoterapie-pentru-copii-casuta-papusilor/>
35. <https://www.cdt-babes.ro/articole/imaginea-de-sine-stima-de-sine-si-increderea-in-sine.php>
36. <https://www.cdt-babes.ro/articole/imaginea-de-sine-stima-de-sine-si-increderea-in-sine.php>
37. https://www.academia.edu/10973654/PAUL_FERRINI_Linistea_inimi
38. [https://theteacurator.co.nz/blogs/news/the-art-of-mindful-tea-drinking-;](https://theteacurator.co.nz/blogs/news/the-art-of-mindful-tea-drinking-)
39. <https://senbirdtea.com/how-to-practice-mindfulness-with-tea/>
40. <https://www.terapiastrategica.ro/stresul-posttraumatic-si-relatiile-de-cuplu/>
41. <https://www.oanayucel.ro/rezilienta-ce-este-si-cum-sa-devii-rezilient/>
42. <https://bundeangajat.olx.ro/rezilienta-ce-este-cum-te-ajuta-in-situatii-dificile-si-cum-o-antrenezi/>

ANEXE

Anexa 1: Cercul violenței



La baza celor mai multe cazuri de violență, de tortură și abuz din diferite instituții, se poate afla și **un cerc vicios** al violenței, care se poate "revarsă" sau trece de la o generație la alta.

Aproximativ o treime din totalul celor care au fost maltratați, vor avea ulterior un comportament agresiv și abuziv față de alții, inclusiv rudele și copiii lor, fiind într-o stare de stres continuu sau periodic. Aceasta se observă și în familiile în care copii au fost abuzați de către părinții lor, iar mai târziu, ei înșiși încep să manifeste cruzime față de copiii lor.

Cum putem separa potențialele victime de potențialii agresori, care continuă cercul violenței?

Acele persoane, care rup cercul vicios al violenței, fie că au fost victime sau agresori, este posibil să fi primit un suport psiho-emoțional sau un curs de psihoterapie în legătură cu problemele lor, sau au găsit sprijin în familie sau la prietenii lor. Fără un sprijin adecvat, riscul apariției unor tulburări psiho-emoționale, abuz de substanțe, agresivitate și violență, atât printre victime, cât și printre agresori/torționari, crește foarte mult.

Cercul violenței este definit ca o succesiune (adesea repetitivă) de acțiuni, de natură agresivă sau distructivă. Termenul este folosit în mai multe **contexte**: în familie, în diferite instituții, poliție, penitenciare, armată, sau alte instituții de tip închis.

Dar indiferent de context, Cercul violenței, poate fi descris după cum urmează:

Chiar înseși **actul de violență** poate fi privit ca un ciclu, care constă din anumite etape. Reieșind din teoria lui Leontiev, în dezvoltarea sa, agresiunea se manifestă printr-o serie de etape:

- 1) conștientizarea unei nevoi de violență;
- 2) motivația corespunzătoare;
- 3) scop, ca predicție și anticipare a rezultatelor comportamentului său distructiv;
- 4) efectul acțiunii – un act de violență.

Caracterul ciclic al violenței poate fi caracteristic și pentru comportamentul agresiv al unei anumite persoane. Aceasta este reprezentată de particularitățile sale de dezvoltare, de formarea agresiunii (cicluri evolutive) sau de realizarea unui comportament distructiv, adică cicluri de violență, care se caracterizează prin repetare cu regularitate și dinamică caracteristică.

Acestea sunt:

cicluri evolutive, care evidențiază particularitățile de dezvoltare și de formare a comportamentului agresiv al individului. Ele caracterizează procesul de formare a unei personalități agresive. Acestea includ, de exemplu, ciclurile în care este trasată creșterea gravității agresiunii în comportamentul uman. Astfel, tipul ciclic de agresiune, este caracteristic "carierei penale" a mai multor criminali violenți, care inițial au ucis animale, iar mai apoi și persoane. În asemenea cazuri este evident ciclul: *agresiunea pre-homicidă → tranzitorie → și cea homicidă*. Dezvoltarea violenței din familie, de asemenea reprezintă un ciclu, care trece prin următoarele faze interdependente: *începe cu o critică → merge la umilire → la izolare, iar în continuare, → la abuzuri ușoare (palmuire, lovituri) și în cele din urmă → la bătăi regulate și intense, iar uneori → la omor;*

cicluri de violență cu repetare periodică, sau cu o dinamică internă proprie și tipică (adică „cicluri care au o regularitate de repetare și o anumită dinamică de dezvoltare”). Un exemplu ar putea fi o descriere a periodicității ciclului de violență în familie (uneori se folosește termenul de „cerc vicios al violenței”), care constă din următoarele faze recurente: *creșterea tensiunii → agresivitate → împăcare și curtare*. În toate aceste cazuri, prin definiția "ciclului de violență" este de obicei înțeleasă repetarea aproape identică a actelor de agresiune. Ciclul de violență este înțeles ca un transfer sau o translare ciudată a unor atitudini și convingeri agresive de o persoană la alta, în procesul de interacțiune socială negativă. De exemplu, preluarea de către fiu a agresivității tatălui, precum și preluarea de către o victimă a comportamentului agresorului său.

Len Berkowitz a scris: „Violența naște violență, iar rezultatele acumulate de cercetări, dau tot mai multe dovezi în favoarea valabilității existenței conceptului de **ciclu de violență**”.

Astfel, putem vorbi de un ciclu de violență interpersonală, când violența față de o victimă, formează la aceasta din urmă, trăsături agresive. Deci, a fost dovedită ideea că acei copiii care au fost abuzați de părinți, când au devenit adulți, au început să arate agresiune față de copiii lor. Sau altă declarație, potrivit căreia, agresorii sexuali sunt de cele mai multe ori persoane, care în copilărie, au fost victime ale unor abuzuri sexuale.

În astfel de abordări, apare implicit și un alt punct de vedere: **violența socială și utilizarea VBG**, este generată și de relațiile intraspecifice din anumite sisteme și instituții, în care subalternii vor prelua comportamentul agresiv al superiorilor față de ei înșiși, pentru a-l aplica, poate și mai intensiv, față de victimele slabe și lipsite de apărare, care se află în vizorul sau custodia lor.

La o analiză cu abordare mai detaliată, Cercul violenței poate veni cu mai multe explicații și răspunsuri la întrebările apărute la o eventuală analiza a fenomenului VBG în Republica Moldova.

Și chiar dacă ”oamenii sunt predispuși genetic să reacționeze agresiv la evenimentele neplăcute”, spune Berkowitz, ”putem învăța să modificăm sau să controlăm reacția lor.”

Combaterea impunității, educația, instruirea continuă și măsurile de organizare socială, pot contribui la ținerea sub control a agresivității și aplicării VBG. Pe lângă alte acțiuni și programe, aceste măsuri pot să neutralizeze reacțiile sau să atenueze dorințele afective inferioare și agresivitatea unor persoane, care se pot manifesta în fenomenul VBG, printre alte cauze și rădăcini.

Anexa 2: Erori posibile în cadrul interviurilor sau al consilierii victimelor

Erori	Exemple de erori	Modalități de evitare a erorilor
Locul/spațiul nepotrivit	Cabinet cu gratii (ca la poliție); spațiu îngust, întunecat sau nepotrivit care îi reamintește victimei de contextul în care a fost supusă violenței și/sau de traumele suferite	Alegerea din timp a unui loc/ spațiu potrivit, persoana fiind consultată și întrebată – unde se va simți mai confortabil pentru discuție.
Anturaj nepotrivit	Prezența (în cabinet, spațiu) a mai multor persoane (colegi, rude) sau, mai rău, a agresorului	Programarea prealabilă a timpului și a locului, pentru a se evita prezența altor persoane, în afara celor acceptate de către victimă.
Durata prea mică sau exagerat de mare a interviurii/ consilierii	15-20 de minute sau circa 2 ore fără întrerupere	Programări de 30-45 (maxim 60) de minute. Pauze. Se oferă apă, ceai etc.
Limitarea sau lipsa contactului vizual cu victima	Cel care interviează va nota continuu relațiile victimei, fără a-i urmări reacțiile.	Înregistrare audio, explicându-se persoanei intervievate necesitatea acesteia; se face doar cu acordul victimei. Pentru fixarea informației, se va implica o altă persoană cu experiență, iar intervievatorul va păstra în timpul discuției contactul vizual cu victima.
Intervievatul exercită control asupra expunerii și asupra declarațiilor privind sentimentele, necesitățile sale	Solicitări de genul: „Vorbiți calm... Mai încet... Nu vă faceți griji...” etc. Sau „Alegeți expresia...”.	Persoanele intervievate sunt încurajate să spună ceea ce simt la momentul discuției și să-și exprime spontan sentimentele.
Condamnarea victimei, blamare, moralizare	„Cum de v-ați putut comporta în așa mod?”; „De ce ați făcut aceasta?”; „De ce nu ați fugit?”; „De ce ați răbdut?”; „Dacă v-ați fi comportat corect, atunci ...”.	Persoana trebuie percepută așa cum este, fără a încerca să fie influențată.

Etichetare	„În situația dvs. este natural...”; „Aceasta este o consecință a caracterului dvs.”.	Elucidarea motivelor, temerilor și stărilor de neliniște; înțelegerea situației de viață privată și socială a victimelor
Reasigurare nefondată și optimism exagerat; subestimarea complexității problemei	„Nu vă faceți griji, totul va fi bine, oamenii trăiesc și cu probleme mai grave”; „Totul va fi bine și, în curând, o să uitați despre aceasta”.	Manifestarea respectului pentru sentimentele și problemele victimei; abilități și capacitate de a ajuta, de a accepta problema și de a vedea modalitățile de soluționare a acesteia
Respingerea sentimentelor victimei, oferindu-i sfaturi în grabă	„Nu ar trebui să reacționați astfel”; „Trebuie să fiți curajoasă”.	Recunoașterea sentimentelor persoanei și motivarea de a lua decizii independente, care să contribuie la rezolvarea problemelor.
Ton acuzator; întrebări de tipul „De ce?”	„De ce nu v-ați apărat?”; „De ce v-ați comportat astfel?”; „De ce nu ați spus acest lucru mai înainte?”	Clarificarea condițiilor de viață, a problemelor și a temerilor victimei. Demonstrarea înțelegerii și empatiei.
Încurajarea victimei să depindă de cel care o interviuează,/ sprijină, iar de aici scăderea capacității acesteia de a lua decizii de sine stătător	„Sunați-mă, la orice oră de zi sau de noapte”; „Neapărat să vorbiți cu mine, în cazul în care...”	Consolidarea capacităților și a abilităților victimei de a lua decizii cu privire la propria viață.

Anexa 3: Studii de caz

Studiu de caz Nr1

Victimă a violenței în familie

Elaborat de către echipa RCTV Memoria, 2022

1. Profilul beneficiarei:

- 1) **Cod de identificare (sau nume schimbat): Cazul M.**
- 2) **Vârsta/genul:** 47 ani/ F.
- 3) **Nr de înregistrare la RCTV Memoria:** 2584;
- 4) **Data înregistrării:** 26.05.2021
- 5) **Perioada (perioadele) de asistență:** 26.05.21 – 17.08.22
- 6) **Statutul marital:** căsătorită .
- 7) **Copii (genul, vârsta):** 2 copii maturi. Fiul de 24 de ani. Fiica, 19 ani.
- 8) **Statutul social (studii, ocupația, locul de muncă, venitul lunar, etc.):**

Studii medii. Lucrează vânzătoare la o alimentară în sat. Salariu mediu: 4-5 mii lei.

2. Detalii pe caz:

2.1. Dacă cazul a mai fost semnalat anterior (*când, de către cine; ce s-a întreprins și rezultatele; care au fost acțiunile victimei și alte detalii relevante*):

- 1) În august 2020, M. a depus o plângere despre violența în familie, însă fiul a convins-o să-și retragă cererea, din motive de imagine în societate, la serviciu și sentimente de rușine.
- 2) La 06.10.2020, după un nou episod de violență, a fost apelat serviciul de urgență 112. Agresorul a primit Ordin de restricție de urgență, pe care nu l-a respectat.

2.2. Experiența traumatizantă anterioară, inclusiv traume din copilărie legate de abuz, neglijență, violență în familie: Prima din 2 copii, a crescut într-o familie obișnuită. Părinții erau exigenți față de copiii, dar fără agresivitate și violență.

2.3. Descrierea cazului de violență:

1) Circumstanțele evenimentelor traumatice suferite:

M. este căsătorită din 1994. Soțul este colaborator de poliție, care după ieșirea la pensie, a continuă să lucreze în sistem (la IP din raionul vecin). **M.** susține că, timp de aproape 25 de ani, viața ei de familie a fost relativ liniștită. Se mai întâmplau certuri, în special când soțul era în stare de ebrietate, dar violențe nu au fost. În ianuarie 2020, **M.** a aflat că soțul are o amantă. De atunci, lucrurile în familie s-au schimbat, între ei au apărut certuri și conflicte. Soțul a devenit agresiv și violent față de ea și de copii. M. a fost supusă repetat diferitor forme de violență din partea soțului, mai ales pe parcursul

anului 2020. Cel mai grav incident a fost la 06.10.2020, când a fost atacată pe neașteptate cu un cuțit, fiind salvată de copii și nu a suferit leziuni. M. a fost supusă repetat diferitor forme de violență din partea soțului, mai ales pe parcursul anului 2020. Cel mai grav incident a fost la 06.10.2020, când a fost atacată pe neașteptate cu un cuțit, fiind salvată de copii și nu a suferit leziuni. A fost solicitată intervenția poliției și a fost emis un ordin de restricție, prin care agresorul a fost obligat să părăsească locuința. În pofida acestui fapt, peste 2 ore, pe la orele 4 dimineața, el s-a întors acasă, bătea în geamuri, cerea să i se deschidă, a spart parbrizul de la automobilul fiicei, amenința că îi va omorî, că va da foc la casă, etc. A fost nevoie de intervenția repetată a poliției pentru a-l calma. La 7.10.2020, au venit reprezentanți de la soț de la serviciu, care i-au retras legitimația de polițist și cătușele din dotare. Însă soțul a rămas acasă și a plecat abia la 8.10.2020, pe la orele 11.00, după ce a fost avertizat de câteva ori de către polițistul de sector, că a încălcat ordinul de restricție. Din acest motiv, pe numele lui a fost deschis un dosar penal, dar ședințele de judecată au fost amânate de mai multe ori, din cauza restricțiilor legate de pandemie. Soțul nu a fost acasă doar 5 zile pe durata ordinului de restricție, după care a revenit. La 29.10.2020 el a plecat și de atunci locuiește separat și nu comunică nici cu **M.**, nici cu copiii.

2) Formele de violență relatate de către victimă (și/sau martori):

Violență fizică:

- atacată cu cuțitul la 06.10 2020 (pe neașteptate, în timp ce ea ieșea din baie);
- bătăi și maltratări fizice repetate, inclusiv în februarie, august și la 06.10.2020; lovituri multiple cu pumnii și cu palmele peste corp, torace (coaste, spate), peste cap, față (de la lovitură i-a plesnit buza);
- aruncare în direcția ei cu diferite obiecte (în august 2020 cu telecomanda, care a lovit-o puternic peste față);
- îmbrânceli repetate, uneori ea dezechilibrându-se și lovindu-se de perete cu umerii sau cu spatele;
- zgâlțâită; trasă cu putere de păr;

Violență psihologică:

- amenințări, inclusiv în prezența copiilor, cu bătaia (*"închide gura, că ai s-o iei la bot"*), cu răfuiala fizică, cu handicapul (*"o să te aduc la aceia, că o să stai în cărucior de invalizi..."*), cu omorul (*"o să-ți tai gâtul ca la oaie"*, *"o să vă nimicesc / mântui pe voi toți"*);
- amenințări că o va da afară din casă, care formal îi aparține lui prin donație, deși ulterior ei au făcut reconstrucții și reparații capitale din bugetul comun (*"după ce fiica va termina școala, să vă luați tălpășița și să plecați cu toții din casa mea..."*);
- provocare, demoralizare (*"n-ai să-mi faci nimic, că nu ai dovezi..."*);

- situații-dilemă (era nevoită să-și retragă cererile de la poliție, de dragul copiilor, căroră le era rușine de scandalurile la casa lor);
 - Gaslighting, cu manifestări de **invalidare** (a emoțiilor și gândurilor victimei), **negare și devierea discuțiilor** de la subiecte (pentru a-i crea confuzii și a o face să se simtă ea vinovată, sau că își pierde mințile sau înnebunește).
- 3) Cine a fost agresorul/agresorii: **soțul, colaborator de poliție**

3. Asistența oferită gratuit de către membrii echipei RCTV Memoria, în perioada: 26.05.21 – 17.08.22:

3.1. În oficiu, de către echipa RCTV Memoria:

- 1) Evaluarea cazului, a necesităților și problemelor.
- 2) Elaborarea programului individual de asistență, în comun cu M., centrat pe traumă și pe problemele identificate, în special de ordin psihologic;
- 3) Consultații medicale oferite de către medicii RCTV Memoria pe diferite probleme de sănătate, diagnostic și tratament: 10 (în oficiu și on-line);
- 4) Consiliere psiho-socială. Psiho-educație. Psihoterapie: 21 sesiuni;
- 5) Evaluarea stării psiho-emoționale și a consecințelor post-traumatice:

Evaluarea psihologică la RCTV Memoria:

Metodele utilizate: interviul, examenul obiectiv, evaluări psihologice prin intermediul diferitor instrumente (teste, chestionare).

Simptome psihologice înregistrate pe parcursul asistenței: amintiri frecvente și tulburătoare ale maltratărilor la care a fost expusă; gânduri obsesive despre evenimentele traumatizante suferite; stări depresive persistente; anxietate, sentimentul constant de pericol, nesiguranță și lipsă de protecție; neliniște, incertitudine și lipsă de încredere în viitor; dereglări de somn persistente (inclusiv: insomnie de adormire, coșmaruri frecvente și treziri nocturne).

Evaluarea stării psiho-emoționale: Inițial, M. Era foarte deprimată și anxioasă, devenea ușor copleșită de emoții, plângea pe parcursul ședințelor de consiliere. Relatările despre maltratările suferite erau însoțite de intensificarea manifestărilor post-traumatice și de diverse simptome psiho-somatice, cum ar fi: tremur și încordare în tot corpul, tahicardie (accelerarea ritmului cardiac), respirație accelerată și superficială, oscilații ale presiunii arteriale cu ascensiuni periodice până la 150/90 mm Hg. Avea un sentiment constant de pericol, se temea de noi agresiuni din partea soțului, se gândea că el ar putea veni noaptea s-o omoare, deoarece are chei de la casă. A relatat că în august 2020, când a fost lovită cu telecomanda, ea a depus o plângere despre actul de violență, însă fiul a convins-o să-și retragă cererea, de teamă să nu aibă și el probleme la

serviciu, lucrând în sistemul polițienesc: *”Pentru a nu-i afecta cariera, am făcut cum m-a rugat. Este copilul meu, nu aș fi vrut să-i stric viața, să-l fac să sufere din cauza mea...”*

Rezultatele testărilor psihologice: Prin aplicarea Chestionarului Harvard de Evaluare a Traumei (HTQ), la 22.06.2021 au fost identificate:

- a) evenimente traumatizante multiple și repetate suferite de către beneficiară, inclusiv: 1) violență fizică (atacată cu cuțitul; îmbrâncită, lovită peste diferite părți ale corpului, inclusiv în prezența copiilor săi; zgâlțâire; trasă de par cu putere); 2) violență psihologică (amenințări în adresa ei și a copiilor, inclusiv cu omorul și cu handicapul fizic; amenințări că îi va da afară din casă; umilire; cuvinte necenzurate, înjurături).
- b) simptome clinice ale tulburării de stres post-traumatic (PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder), cele mai pronunțate fiind: #gânduri și amintiri repetate ale evenimentelor traumatizante; #neliniște, anxietate; #sentimentul de a fi în alertă (tresare, se sperie ușor); #evitarea gândurilor sau sentimentelor asociate cu experiența traumatizantă; #deregări de somn (dificultăți de adormire, treziri frecvente); #sentimentul că a fost trădată de către soț; #sentimente de rușine pentru cele întâmplate în familia lor; #sentimente de nefericire, dezamăgire, neîncredere în viitorul său.

Scorul obținut la acest Chestionar la momentul evaluării a fost de 2,6, valoarea diagnostică pentru PTSD fiind > 2,5.

Lista de verificare Hopkins (HSCL-25) a confirmat prezența unor nivele înalte de anxietate și depresie (scor 2,7 și respectiv 2,3 față de valoarea diagnostică de 1,75).

Prin aplicarea Scalei de anxietate Taylor s-a identificat un nivel înalt de anxietate situațională (scor 30), caracteristică pentru persoanele care se confruntă cu situații de stres major.

- 6) **Asistență socială:** ancheta socială, evaluarea gradului de funcționalitate socială, consiliere – 2 sesiuni.
- 7) **Documentarea cazului,** cu accent pe evenimentele traumatizante suferite. Elaborarea raportului de evaluare/constatare pe caz, pentru a fi prezentat în instanță (eliberat cu acordul beneficiarei, la solicitarea avocatului său, la data de 28.08.2021).

3.2. Ca și referințe externe, achitate din proiectele implementate:

- 8) Asistență medicală specializată la AMT Centru, coordonată de către medicii RCTV Memoria: investigații diagnostice - 6 (USG de organe interne și tiroidă, ecoencefalografie, Doppler-sonografie a vaselor cerebrale

importante, teste de sânge și urină); Consultații medicale – 6: (ginecolog, oftalmolog, neurolog, endocrinolog, nefrolog și cardiolog).

- 9) Medicamente necesare au fost prescrise de către medicii RCTV Memoria și eliberate prin farmacia cu care activăm în bază de contract, fiind achitate din proiectele implementate, destinate reabilitării victimelor VBG.

4. Rezultatul asistenței oferite:

1) Rezultatele asistenței medicale:

După o perioadă îndelungată cu lipsa oricărui servicii medicale, au fost efectuate investigații diagnostice și consultații ale specialiștilor, pentru evaluarea stării de sănătate și tratamentul afecțiunilor depistate. A beneficiat de tratament medicamentos, care a dus la ameliorarea stării de sănătate fizică și mentală. Pacienta a fost învățată să-și gestioneze simptomele și să-și monitorizeze starea sănătății fizice și mentale.

2) Rezultatele asistenței psihologice:

Pe parcursul asistentei, M. A devenit puțin mai calmă, dar rămâne tristă, deprimată, indecisă, nu are suficientă încredere în forțele proprii. Rămâne dominată de gândurile despre evenimentele traumatizante suferite, despre situația sa actuală. Este îngrijorată de viitorul familiei sale și se teme că ar putea fi într-adevăr să fie dați afară din casă: *”Soțul consideră că este numai casa lui. Înainte de a pleca, mi-a spus că nu mă dă afară din casă, doar pentru că îi este milă de fiică, dar după ce ea va termina școala, eu și copiii să ne luăm tălpășița și să plecăm din casa lui...”*

Pacienta a învățat să gestioneze emoțiile, să aibă grija de sine, să devină mai rezilientă și să-și sporească gradul de stimă de sine, să-și continue viața cu demnitate, împreună cu copiii săi.

5. Probleme identificate pe caz:

- 1) Starea sănătății grav afectată, deoarece pacienta nu a avut grijă de sine o perioadă îndelungată, în pofida afecțiunilor de care suferea (hipertensiune arterială, probleme endocrinologice, neurologice, cardiace, etc.);
- 2) Victima cu un nivel scăzut al stimei de sine și al imaginii de sine. Se gândea la imaginea fiului și a fiicei, mai mult decât la propriile probleme și riscuri;
- 3) Soțul, colaborator al poliției, cu un nivel înalt de agresivitate, cu un autocontrol scăzut, cu probleme de comunicare și relaționare. Putem presupune, că starea lui psiho-emoțională a fost grav afectată pe parcursul anilor de muncă, în lipsa unor servicii psihologice de evaluare și sprijin, pentru prevenirea comportamentelor agresive în familie;

- 4) Impunitatea în cazurile de violență în familie, au contribuit la dezvoltarea la agresor a unei percepții eronate, precum că nimeni nu va îndrăzni să-l pedepsească, el fiind colaborator de poliție;
- 5) Am putea presupune, că în IP unde activa agresorul, nu au fost suficiente instruirii pe prevenirea violenței în familie.

6. Constatări. Concluzii.

a) Constatările medicale: Din punct de vedere etiologic, unele probleme de sănătate ar putea fi cauzate direct sau agravate, de traumele și abuzurile suferite, cum ar fi:

- Encefalopatie discirculatorie, cu hipertensiune intra-craniană, cu sindrom vertebro-bazilar;
- Disfuncție neurovegetativă somatoformă;
- Turburare nevrotică,

toate diagnosticate la 22.06.2021, în urma investigațiilor diagnostice și consultațiile specialiștilor.

b) Constatările psihologice: Starea psiho-emoțională a beneficiarei este în corelare cu evenimentele traumatizante relatate și rămâne instabilă din cauza persistenței factorilor de stres și a posibilității de repetare a violențelor. Din punct de vedere etiologic, manifestările psihologice care au fost identificate la beneficiară, sunt foarte relevante și includ simptome tipice pentru Tulburarea de Stres Post-Traumatic, cum ar fi: #amintiri tulburătoare frecvente și spontane ale evenimentelor traumatizante; #comportament de evitare; #stări depresive persistente; #anxietate și hipervigilență. Aceste manifestări ar putea fi consecințe directe ale stresului cronic și violențelor din partea agresorului, suferite de beneficiară pe o durată îndelungată de timp.

Diagnosticul stabilit: *Tulburare de stres post-traumatic (PTSD). Sindromul anxios-depresiv persistent.*

Recomandări pe caz:

- 1) Luând în considerație existența riscului de re-traumatizare în cadrul examinării cazului în instanțe, M. necesită monitorizare continuă și asistență complexă de durată, pentru a diminua impactul consecințelor post-traumatice și pentru a preveni posibilele agravări.
- 2) Sunt necesare investigații diagnostice adiționale, pentru documentarea medicală a altor stări care ar putea avea legătură cu maltratarile suferite, cum este, de exemplu, patologia endocrină depistată.

- 3) Se recomandă de asemenea investigație diagnostică în dinamică, pentru identificarea unor posibile consecințe post-traumatice tardive și monitorizare a eficienței tratamentului efectuat.
- 4) Luând în considerație, existența riscului de re-traumatizare în cadrul examinării cazului în instanțe, pacienta necesită monitorizare continuă și asistență complexă de durată, pentru a diminua impactul consecințelor post-traumatice și a preveni posibilele agravări ale stării de sănătate.

Studiu de caz Nr. 2

Victimă a violenței în familie

Elaborat de către echipa RCTV Memoria, 2022

1. Profilul beneficiarei:

- 1) **Cod de identificare (sau nume schimbat):** Cazul C.
- 2) **Vârsta/genul:** 01.01.1966/ F.
- 3) **Nr de înregistrare la RCTV Memoria:** 1900;
- 4) **Data înregistrării:** 21.12.2015;
- 5) **Perioada (perioadele) de asistență:** 21.12.2015 - 28.04.2017 (16 luni).
- 6) **Statutul marital:** căsătorită la înregistrare, ulterior a divorțat
- 7) **Copii (genul, vârsta):** un fiu de 25 ani, care din martie 2015 are grad de dizabilitate, după incident, soldat cu traumatism cranio-cerebral (TCC) grav.
- 8) **Statutul social (studii, ocupația, locul de muncă, venitul lunar, etc.):** Studii medii. Lucra pentru afacerea soțului său, care achiziționa, prelucra și vindea carne și produse din carne. Ea nu avea nicio sursă de venit. Se hrănea mai mult cu ce avea prin gospodăria proprie. În 2017, după reabilitare, a plecat din nou peste hotare, pentru a putea să se întrețină și să-și ajute financiar fiul bolnav.

2. Detalii pe caz:

2.1 Dacă cazul a mai fost semnalat anterior (când, de către cine; ce s-a întreprins și rezultatele; care au fost acțiunile victimei și alte detalii relevante): Cazul nu a mai fost semnalat anterior la poliție, deși violențele au fost aplicate repetat și sistematic pe parcursul mai multor ani de căsnicie.

2.2 Experiența traumatizantă anterioară, inclusiv traume din copilărie legate de abuz, neglijență, violență în familie: C. a crescut într-o familie obișnuită, din nordul țării. De mică era obișnuită cu munca prin gospodărie. La școală învăța bine. După absolvirea școlii a intrat la facultate, dar a abandonat studiile, la insistența soțului, care i-a propus să meargă în Rusia, unde să facă bani mai mulți. Dar odată ajunși acolo, atitudinea lui s-a schimbat, devenind tot mai agresiv față de ea.

Descrierea cazului de violență:

1) Circumstanțele evenimentelor traumatice suferite: Din relatările C., soțul ei a maltrat-o fizic în repetate rânduri și a supus-o violenței psihologice și financiare. A fost bătută deosebit de crunt în anii 2001, 2007, 2008 și 2013. Nu se adresa la poliție și nu spunea nimănui, pentru că îi era rușine de părinți, de consăteni; pentru că voia să păstreze familia; pentru că nu avea unde să se ducă cu copilul și se temea de răfuiala soțului.

În martie 2015, fiul lor de 25 de ani a supraviețuit unui incident violent, soldat cu traumatism cranio-cerebral (inclusiv hematom epidural) și cu alte consecințe grave. După traumă, starea sănătății lui nu-i permitea să lucreze și avea nevoie de tratament de recuperare costisitor. Însă soțul a refuzat categoric să-i întrețină, nu dădea bani nici măcar pentru consum alimentar. Toate cumpărăturile le făcea doar el. În octombrie 2015 C. a fost nevoită să împrumute bani de la rude și să plece la lucru în Germania, pentru a acoperi costurile tratamentului fiului. Însă în scurt timp, a aflat că soțul a adus-o în casă pe amanta sa. Fiind foarte afectată de această veste proastă, la 10 decembrie 2015 C. a revenit în Moldova. A apelat la poliție și a depus plângere pe caz. Polițistul de sector a însoțit-o, deoarece ea se temea să intre în casă. În pofida prezenței polițistului, soțul și amanta au reacționat agresiv la venirea ei, cu abuzuri verbale și amenințări. Polițistul a sechestrat arma de vânătoare, pe care o deținea soțul ei. La insistența polițistului, amanta a fost impusă să părăsească casa, iar soțul a plecat cu ea, dar s-a întors în scurt timp. Nu a agresat-o pe C., deoarece polițistul încă era acolo. Dar ea se temea să rămână acasă și a plecat la sora ei. Ulterior, la insistența nepoatei sale, C. s-a adresat la RCTV Memoria, care a implicat și alte organizații cu experiență în asistența victimelor violenței în familie (Casa Mărioarei, Promo-LEX), pentru a-i oferi tot sprijinul necesar.

2) Formele de violență relatate de către victimă (și/sau martori):

Violență fizică:

- bătăi repetate; lovituri multiple cu pumnii, cu tăișul palmei, picioarele și cu diferite obiecte peste tot corpul, în special peste spate (regiunea rinichilor, gât), peste cap (față, ceafă, urechi, regiunea temporală);
- obligată să muncească din greu pentru afacerea soțului (tranșa carnea, o prelucra, o marina în vase mari, pe care le ridica de una singură, căra apă, etc.), deoarece soțul nu o ajuta și nici nu voia să angajeze pe nimeni, dar o amenința că o va pedepsi, dacă cumva se va strica marfa lui.

Violență psihologică:

- intimidare prin diferite metode: atitudine brutală; agresare verbală, insulte;
- amenințări cu răfuiala fizică, cu omorul, cu arma pe care o deținea, dacă va îndrăzni să-l denunțe; amenințări repetate că va da foc casei, dacă ea va pretinde la partajarea averii și astfel nu va avea unde locui nici fiul bolnav;
- umilire prin diferite tehnici: lipsa hainelor și a încălțăminte necesare, inclusiv pe timp de iarnă; cuvinte obscene, insulte, înjurături; forțată să se supună fără nici o obiecție, să implore să i se dea bani pentru produse alimentare pentru ea și copil, să se milogească pentru câțiva lei; forțată să stea în genunchi și să repete cuvinte urâte despre ea înseși; obligată să se descurce în gospodărie cu ustensile limitate sau în lipsa lor; când tatăl ei a decedat, soțul a refuzat să-i dea bani pentru a contribui la funeralii;
- izolare de rude, prieteni, vecini și interdicții de a ieși din casă/ogradă;
- Interdicție de a merge la medic, mai ales după bătăile și maltratările suferite;
- Interdicție de a se angaja la vreun serviciu;
- Gaslighting, cu manifestări de: a) invalidare a emoțiilor și a gândurilor victimei, b) negare și devierea discuțiilor de la subiecte (pentru a-i crea confuzii și a o face să se îndoiască de sine, să se supună orbește - obediență, să se simtă ea vinovată, sau că își pierde mințile, are probleme de memorie, sau înnebunește).

Violență economică:

- crearea dependenței financiare: deși ea lucra în gospodărie și îl ajuta pe soț în afacerea comună, toți banii câștigați erau păstrați și gestionați de către el; soțul o împiedica să se angajeze undeva la lucru, dar în același timp, în calitate de pedeapsă, o lăsa fără surse de existență pe ea și pe copil, pentru perioade îndelungate de timp; a refuzat categoric să-l întrețină pe fiul-invalid după incident, nu dădea bani nici măcar pentru produse alimentare;
- distrugerea lucrurilor personale; arderea și distrugerea hainelor și încălțăminte ei.

3) Cine a fost agresorul/agresorii: soțul

3. Asistența oferită gratuit de către membrii echipei RCTV Memoria, în perioada asistenței:

3.1 În oficiu, de către echipa RCTV Memoria:

- 1) Evaluarea complexă a cazului, a necesităților și problemelor.
- 2) Elaborarea programului individual de asistență, în comun cu C., centrat pe traumă și pe problemele identificate, de ordin somatic, psihologic, social și juridic;
- 3) **Asistență medicală** oferite de către medicii RCTV Memoria: 24 vizite;

Constatările somatice: Din punct de vedere etiologic, simptomele somatice din partea sistemului nervos central (dureri și încordare musculară, dureri lombare, cefalee, amețeli), simptomele din partea sistemului auditiv (reducerea auzului) și ginecologic (instalarea precoce a menopauzei) sunt relevante și ar putea fi consecințe directe ale maltratărilor suferite. Simptomele din partea sistemului digestiv și urinar sunt mai puțin relevante, însă posibil că au fost declanșate sau evoluția lor ar fi putut fi influențată/agravată de maltratările la care a fost supusă pacienta.

Diagnosticul stabilit: Consecințele traumatismelor cranio-cerebrale repetate. Insuficiență vasculară vertebro-bazilară cu sindrom de hipertensiune intracraniană licvoro-venoasă moderată. Surditate mixtă pe dreapta (post-traumatică și neuro-senzorială). Pancreatită cronică. Colecistită cronică. Pielonefrită cronică. Nefroptoză de gradul II pe stânga. Cistită cronică.

4) Asistență psihologică și de sănătate mintală:

- Consiliere psihologică Psiho-educație – 34 sesiuni;
- Psihoterapie: 23 sesiuni;
- Evaluarea stării psiho-emoționale și a consecințelor post-traumatice: 8 sesiuni;

Evaluarea psihologică, efectuată de către echipa RCTV Memoria:

Metodele utilizate: interviul, examenul obiectiv, evaluări psihologice prin intermediul diferitor instrumente (teste, chestionare).

Simptome psihologice înregistrate pe parcursul asistenței: stare depresivă persistentă, cu reacții vegetative și psiho-emoționale (inclusiv plânsete frecvente), îndeosebi în timpul discuțiilor despre evenimentele traumatice suferite; gânduri obsesive despre eșecul vieții sale de familie; amintiri frecvente și tulburătoare ale agresiunilor la care a fost supusă; evitarea discuțiilor și amintirilor despre evenimentele traumatice și a altor factori asociați cu aceste evenimente; sentimente de neliniște, incertitudine și lipsă de încredere în viitor; manifestări de evitare a locului de trai; tendința spre retragere și izolare socială; dereglări de somn (adormire dificilă, treziri frecvente); oboseală sporită și fatigabilitate pe parcursul zilei.

Evaluarea stării psiho-emoționale: În timpul primelor vizite C. era deprimată și emoțional labilă. Relatările despre evenimentele traumatice suferite erau însoțite de accentuarea stărilor depresive și de sentimentul acut de nedreptate și neajutorare. Încerca să-și stăpânească emoțiile, dar vocea îi tremura și plângea când începea să povestească prin ce a trecut și la ce umilințe a fost supusă de către soț. Pe parcursul asistenței, ea a devenit puțin mai calmă, dar rămâne deprimată. Starea ei psiho-emoțională se caracterizează prin amintiri recurente și tulburătoare ale evenimentelor traumatice, prin comportament de evitare, tulburări afective, anxietate, căderi emoționale periodice. Este axată pe evenimentele traumatice, dar și pe tendința de a-i demonstra soțului cât de mult

a suferit ea, ceea ce denotă un grad înalt de victimizare. Amintirile și gândurile despre maltrătarile la care a fost supusă rămân persistente și chinuitoare, continuând să-i provoace durere sufletească și lacrimi. Încearcă să se sustragă prin diferite activități, însă are un sentiment persistent de pericol, care se intensifică și mai mult când se gândește la soluțiile pentru cazul său. Gândul că va fi nevoită să se confrunte cu soțul în ședințele de judecată o sperie și o fac să devină și mai anxioasă. Din cauza stresului continuu și emoțiilor negative, menținute de incertitudinea pe caz, ea rămâne deprimată și astenizată.

Rezultatele testărilor psihologice: Prin aplicarea Chestionarului Harvard de Evaluare a Traumei (HTQ), la 23.12.2015, au fost identificate:

- a) multiple evenimente traumatice trăite de beneficiară în perioada anilor de căsnicie, inclusiv: #traume (TCC urmat de surditate pe dreapta, fractura închisă a piciorului, în timp ce locuiau în Rusia); #aruncare de obiecte, inclusiv cuțite, în direcția ei, pentru a o speria; #bătăi repetate; #probleme de sănătate fără acces la asistența medicală, din lipsa banilor; #lipsa mâncării (soțul nu îi dădea bani să procure); #umilire, devalorizarea identității; #izolare de membrii familiei (interzicerea de a vizita rudele); #arderea lucrurilor personale.
- b) simptome post-traumatice legate de abuzul psihologic și de evenimentele traumatizante suportate: #amintiri și gânduri persistente ale evenimentelor înspăimântătoare; #dificultăți de concentrare; #deregări de somn; #sentimentul de a fi în alertă; #sentiment de neajutorare și neîncredere în viitor; #comportament de evitare a stimulilor, care îi provoacă amintirile dureroase. Scorul obținut la acest chestionar este de 2,77 (conform valorii diagnostice, persoanele cu scoruri $\geq 2,5$, sunt considerate cu simptome clinice de PTSD).

Lista de verificare Hopkins (HSCL-25) a pus în evidență un scor înalt de depresie (3,07 față de valoarea diagnostică de $\geq 1,75$).

Scala Taylor confirmă prezența anxietății situaționale, caracteristică pentru persoanele care se confruntă cu situații de stres major.

Constatările psihologice: Starea psiho-emoțională a C. este în corelare cu evenimentele traumatizante relatate și rămâne instabilă, cu agravări frecvente, îndeosebi în situații de stres. Rezultatele examinării clinice, investigațiilor diagnostice suplimentare și testărilor psihologice confirmă prezența simptomelor post-traumatice multiple, pronunțate și persistente. Din punct de vedere etiologic, manifestările psihologice înregistrate la C., sunt foarte relevante și includ simptome tipice pentru Tulburarea de Stres Post-traumatic, cum ar fi: amintiri tulburătoare frecvente și spontane ale evenimentelor traumatice; comportament de evitare a stimulilor asociați cu traumele suferite; deregări afective persistente; stări de vigilență sporită. Aceste manifestări ar putea fi consecințe directe ale stresului îndelungat și ale evenimentelor traumatice multiple, suferite de C.

Diagnosticul stabilit: Tulburare de stres post-traumatic. Nevroza traumatică. Sindromul anxios-depresiv cu manifestări psiho-somatice. Tulburare organică cerebrală. Sindromul organic cerebral post-traumatic.

5) **Asistență socială:** ancheta socială; evaluarea gradului de funcționalitate socială; consiliere (11 sesiuni); sprijin material (ajutoare din donații pentru ea și pentru fiul bolnav); contactarea serviciului de asistență socială din localitate, pentru implicare; demers către ANOFM pentru orientare și formare profesională.

Evaluarea funcției sociale: După maltratările suferite, C. a fost nevoită să plece de acasă. Temporar a fost cazată la un adăpost pentru femei, victime ale violenței în familie. Din cauza stării sale fizice și psiho-emoționale, mult timp ea nu a putut să se angajeze la serviciu. Astfel ea se confrunta cu multe lipsuri, inclusiv lucrurile elementare, dar a fost ajutată de echipa Memoria și la Casa Mărioarei, inclusiv cu haine din donații. După divorț, ea a renunțat la partajarea averii, ca să rămână fiul în casă, rămânând astfel fără un loc de trai. De casă nu se poate apropia, deoarece fostul soț a construit în ogradă încă o casă, pentru noua lui familie. În 2017, ea a fost nevoită să plece la muncă peste hotare. A revenit în 2022 din cauza problemelor de sănătate, dar oricum, nu are unde locui și are din nou nevoie de ajutor, pentru reintegrare socială.

6) Documentare și certificarea cazului, pentru a o sprijini în instanță. **Elaborarea Raportului de Constatare-evaluare** (Extras din Fișa medicală), eliberat la data de 12 februarie 2016.

7) Consiliere juridică (pregătirea dosarului, acumularea probelor) – 6 ședințe;

3.2 Ca și referințe externe, achitate din proiectele implementate:

- 1) Asistență medicală specializată la AMT Centru: investigații diagnostice repetate (USG de organe interne, Eco-encefalografie, Doppler-sonografie a vaselor cerebrale importante, Radiografia articulației radio-carpene, Radiografie lombară, teste de sânge și urină); Consultații medicale: (nefrolog, ginecolog, oftalmolog, neurolog, ORL, surdolog (plus audiograma));
- 2) Tratament parenteral în staționarul de zi la AMT Centru – 10 proceduri; Medicamente necesare (eliberate gratuit prin farmacie, achitate din proiecte, în bază de contract);
- 3) Adăpost temporar, la A.O. „Casa Mărioarei”;
- 4) Asistență juridică a unui avocat de la Promo-LEX.

4. Rezultatul asistenței oferite:

3) Rezultatele asistenței medicale:

Starea sănătății a fost evaluată pentru prima dată în mulți ani, cu indicarea tratamentelor necesare și asigurare cu medicamente. Au fost identificate și documentate consecințele post-traumatice, ceea ce a facilitat pregătirea dosarului pentru instanța de judecată. A beneficiat de tratament medicamentos, care a dus la ameliorarea stării de sănătate fizică și mentală. Pacienta a fost învățată să-și identifice și să-și gestioneze simptomele și să-și monitorizeze starea de sănătate.

4) Rezultatele asistenței psihologice:

Stabilizare psiho-emoțională. Identificarea și reformularea convingerilor disfuncționale despre sine și lume. Diminuarea dependenței emoționale de agresor. Dezvoltarea abilităților de grijă de sine și stabilire a limitelor. Sporirea încrederii în sine prin dezvoltarea de noi competențe. Identificarea și fortificarea resurselor interioare. Sporirea rezilienței.

5) Rezultatele asistenței sociale și psiho-sociale:

C. a primit ajutor (inclusiv haine, încălțăminte, lucruri personale) și a fost încurajată să-și continue viața cu demnitate, să învețe lucruri noi, cum ar fi confecționarea diferitor lucruri hand-made, coaserea și brodarea la mașina de cusut (de care ea credea că nu este capabilă). A fost consiliată pentru a se angaja în câmpul muncii în Chișinău, dar nu găsea un post de muncă mai bine plătit, ca să poată închiria o gazdă. Din aceste considerente, a decis să plece la muncă peste hotare.

5. Probleme identificate pe caz:

- 1) Caz foarte dificil, din cauza violenței persistente, grave și repetate;
- 2) Starea sănătății grav afectată, deoarece pacienta nu a avut grijă de sine o perioadă îndelungată, în pofida traumatismelor multiple cauzate de agresor, precum și a afecțiunilor de care suferea (hipertensiune arterială, probleme endocrinologice, neurologice, cardiace, etc.);
- 3) Agresorul era convins că banii lui pot rezolva totul;
- 4) Victima cu un nivel foarte scăzut al stimei de sine și al imaginii de sine. Se gândea mereu la sănătatea și bunăstarea fiului, de dragul căruia tolera violența;
- 5) Dependența financiară și emoțională de agresor;
- 6) Sindromul de *"neputință învățată"*
- 7) Supunere oarbă (grad înalt de obediență)

6. Recomandări pe caz (la final de program de reabilitare):

- 1) Luând în considerație consecințele post-traumatice multiple și grave, C. necesită monitorizare continuă și asistență complexă de durată, pentru a diminua impactul acestor consecințe ale traumelor suferite și pentru a preveni posibilele agravări.

- 2) Sunt necesare investigații diagnostice adiționale, pentru documentarea medicală a altor stări care ar putea avea legătură cu maltrătarile suferite, cum este, de exemplu, nefroptoza, patologia endocrină depistată, patologia coloanei vertebrale.
- 3) Se recomandă de asemenea investigare diagnostică în dinamică, pentru identificarea unor posibile consecințe post-traumatice tardive și monitorizare a eficienței tratamentului efectuat.

7. Constatări, Concluzii cu privire la Programul de reabilitare:

Cazul C. a fost unul grav, cu o multitudine de consecințe post-traumatice și patologii cronice, netratate la timp. A fost necesară o implicare de durată a întregii echipe RCTV Memoria, din cauza problemelor grave și a recăderilor repetate. Era copleșită de suferințele prin care a trecut, pe care anterior nu le conștientiza sau le nega. Considera că trebuie să sufere de dragul copilului, ca el să aibă unde trăi. Tot pentru el a plecat peste hotare și după ce starea ei s-a ameliorat. În rezultatul programului de reabilitare, s-a înregistrat o stabilizare a stării de sănătate fizică și mentală, cu un management bun al simptomelor din partea ei. Cât timp a fost plecată, a fost menținută comunicarea cu ea prin rețelele de socializare. A revenit în Moldova în 2022, din cauza problemelor de sănătate. Și-a procurat polița de asigurare, a început tratamentele, dar și-a dat seama că nu se va descurca de una singură, din cauza problemelor financiare și a lipsei unui venit stabil și a unui loc de muncă. I s-a propus din nou sprijin și va fi reînregistrată în timpul apropiat, pentru evaluarea stării de sănătate, a identificării posibilelor consecințe tardive ale traumelor suferite și tratamentelor necesare.

Studiu de caz Nr 3

Victimă a violenței în familie

Elaborat de către echipa RCTV Memoria, la 10.12.2022

7. Profilul beneficiarei:

- 9) **Cod de identificare (sau nume schimbat):** Cazul F.
- 10) **Vârsta/genul:** 39 ani/ F.
- 11) **Nr de înregistrare la RCTV Memoria:** 2074;
- 12) **Data înregistrării:** 29.09.2017
- 13) **Perioada de asistență:** 29.09.2017 – prezent 2022
- 14) **Statutul marital:** divorțată
- 15) **Copii (genul, vârsta):** 2 copii minori. Fiul de 12 de ani. Fiica, 9 ani.
- 16) **Statutul social (studii, ocupația, locul de muncă, venitul lunar, etc.):** Studii medii. Lucrează ajutor de educator la grădiniță. Salariu mediu: 4500 mii lei.

8. Detalii pe caz:

8.1. Dacă cazul a mai fost semnalat anterior (*când, de către cine; ce s-a întreprins și rezultatele; care au fost acțiunile victimei și alte detalii relevante*):

- 1) F. F. s-a adresat la poliție de mai multe ori. De obicei, soțul era avertizat pentru comportamentul agresiv, dar ulterior prin promisiuni că nu se va mai întâmpla sau prin amenințări, inclusiv cu copiii, o impunea să-și retragă plângerile.
- 2) În septembrie 2015 – pentru aplicarea violenței fizice, soțul a fost condamnat condiționat la 3 ani de detenție, cu suspendarea pedepsei.
- 3) La 12 septembrie 2017, F. a depus plângere la inspectorul de sector din satul de baștină, despre un nou episod de violență fizică față de ea din partea soțului și a solicitat ajutor pentru a obține ordonanță de protecție.

Experiența traumatizantă anterioară, inclusiv traume din copilărie legate de abuz, neglijență, violență în familie: În familia de origine tatăl ei era violent și deseori o agresa pe mama sa, inclusiv în prezența copiilor, care încercau să o apere.

8.2. Descrierea cazului de violență:

- 1) Circumstanțele evenimentelor traumatiche suferite:

Conform relatărilor F., soțul ei a agresat-o în mod sistematic și repetat pe parcursul căsniciei lor, începând chiar din primul an de viață în comun (2006), înainte de a înregistra căsătoria. Locuiau într-un cămin, pe lângă Penitenciarul Nr. ***, unde soțul lucra în calitate de gardian. F. era supusă violențelor inclusiv în perioadele când era însărcinată sau fiind cu copilul în brațe. După nașterea primului copil (în 2010), ei au fost nevoiți să treacă cu traiul la țară, locuind temporar în casa care aparținea surorii ei. Din 2013, soțul s-a pensionat din sistemul penitenciar și nu și-a mai căutat un alt loc de muncă. Continua să se comporte violent cu soția și copiii. În septembrie 2015, F. a fost bătută crunt. Ca urmare a plângerii depuse, agresorul a fost condamnat condiționat la 3 ani de detenție, cu suspendarea pedepsei. O perioadă scurtă ei au locuit separat. La inițiativa și insistența soțului, la începutul anului 2016, F. a plecat în Italia la lucru, pentru a aduna bani și a procura o locuință proprie. Copiii au rămas cu el. F. venea acasă de câteva ori pe an, pentru perioade scurte. La 12 septembrie 2017, fiind în Moldova, ea a fost iarăși maltrată, cu deosebită cruzime. Pentru a se salva, ea a fost nevoită să fugă de acasă, împreună cu cei 2 copii minori. A fost găzduită de un centru de plasament pentru victimele violenței în familie din Chișinău. A urmat un proces juridic, după care soțul ei a fost condamnat la 9 ani de detenție. Recent (2022) el a fost eliberat condiționat.

- 2) Formele de violență relatate de către victimă (și/sau martori):

Violență fizică:

- bătăi repetate, inclusiv în prezența copiilor și în perioadele când era însărcinată;
- imobilizată (cu mâinile legate, învelită cu o plapumă) și cu căluș în gură, ca să nu poată chema în ajutor, a fost dusă în pivniță și bătută cu cruzime, fiind amenințată și cu cuțitul (septembrie 2017);
- lovituri multiple cu pumnii, picioarele și diferite obiecte peste tot corpul, îndeosebi peste cap (inclusiv peste nas și urechea stângă, după care timp de câteva zile auzea sunete în ureche);
- lovituri în burtă, peste spate (regiunea rinichilor), torace, picioare;
- trasă cu putere de păr, zgâlțâită, lovită cu capul de pereți, de podea și de alte obiecte;

Violență economică:

- lăsată fără surse de existență pentru perioade îndelungate de timp, îndeosebi când se afla în concediu de îngrijire a copiilor; era nevoită să apeleze pentru ajutor la rudele sale;
- lipsa contribuției din partea soțului la achitarea facturilor pentru servicii comunale și la cheltuielile pentru creșterea copiilor;
- însușirea abuzivă a banilor câștigați de F. în Italia (soțul i-a depus pe un cont pe numele lui și ea era nevoită să lucreze cu ziua la consăteni, pentru a putea întreține copiii);
- alungată de acasă, inclusiv noaptea, cu copiii minori; încălcarea dreptului de acces la casa în care locuiau împreună, dar care aparține de fapt surorii ei (nu putea să-și ia ceva din lucrurile personale, fiind amenințată de către agresor);

Violență psihologică:

- amenințarea ei și a copiilor cu bătăi și mai mari, cu răfuiala fizică, cu omorul;
- acuzații nefondate de infidelitate (precum că ea l-a înșelat cu alți bărbați și că ar avea un amant; îi cerea să "recunoască" lucruri care de fapt nu s-au întâmplat, în caz contrar, copiii și ea vor fi omorâți);
- amenințări cu desfigurarea (că o va stropi cu acid pe față, ca să nu se uite nimeni la dânsa);
- amenințări repetate cu omorul (că o va înjunghia cu cuțitul; că o va stropi cu benzină și îi va da foc; că o va împușca - ea știa că el are pistol și gloanțe ascunse, pe care le găsisese odată întâmplător);
- martoră la maltratarea copiilor, care chiar de mici erau loviți, umiliți, înjurați, brucșiți, numiți cu cuvinte urâte și necenzurate, îndeosebi dacă încercau s-o apere pe mama lor, sau să cheme în ajutor;
- umilire și intimidare (atitudine brutală; agresare verbală; cuvinte obscene și necenzurate, insulte, înjurături; presiuni pentru a-i induce supunere oarbă);

- izolare și control total (verificarea agendei apelurilor telefonice; interdicții de a-și vizita rudele, părinții, prietenii și de a comunica cu ei);
- amenințări în adresa rudelor ei și împotriva vecinilor, dacă încercau să o ajute;

Cine a fost agresorul/agresorii: *soțul (acum în divorț), fost colaborator al sistemului penitenciar.*

Asistența oferită gratuit de către membrii echipei RCTV Memoria, în perioada:

a) **În oficiu, de către echipa RCTV Memoria:**

- 1) **Evaluarea complexă a cazului, a necesităților și problemelor.**
Elaborarea programului individual de asistență, în comun cu F., centrat pe traumă și pe problemele identificate, de ordin somatic, psihologic, social și juridic;
- 2) **Asistența medicală: consultații medicale,** oferite de către medicii RCTV Memoria: 36 vizite; coordonarea asistenței medicale, efectuate ca și referințe externe; planificarea tratamentului medicamentos și specializat (fizioterapie, perfuzii în staționar de zi); Documentarea medicală a cazului.

Constatările somatice: Din punct de vedere etiologic, simptomele somatice din partea sistemului nervos central (cefalee, amețeli) și sistemului musculo-scheletal (fractura oaselor nazale, durerile de spate) sunt foarte relevante și sunt consecințe directe ale maltratărilor suferite. Simptomele din partea sistemului endocrin (manifestate și prin tremurul mâinilor, palpitații), sistemului cardiovascular (dureri în regiunea inimii, tahicardie) și sistemului digestiv ar putea fi declanșate sau evoluția lor ar putea fi influențată/agravată de maltratările la care a fost supusă F.

Diagnosticul stabilit: *Consecințele traumatismelor asociate (traume cranio-cerebrale și cervicale repetate; fractura oaselor nazale fără deplasarea fragmentelor în 2017). Sindromul de hipertensiune intra-craniană. Disfuncție vegetativă somatoformă. Astenie vegeto-vasculară de tip mixt. Tiroidită autoimună. Hiperplazia glandei tiroide de gradul 1. Pancreatită cronică. Colecistită cronică. Pielonefrită cronică latentă. Micronefrolitiază renală.*

- 3) Asistența psihologică și sănătate mintală:
 - a) Consiliere psiho-socială. Psiho-educație. – 20 sesiuni
 - b) Psihoterapie: 22 sesiuni;
 - c) Evaluarea stării psiho-emoționale și a consecințelor post-traumatice – 10 sesiuni

Evaluarea psihologică efectuată de către RCTV Memoria:

Metodele utilizate: interviul, examenul obiectiv, evaluări psihologice prin intermediul diferitor instrumente (teste, chestionare).

Simptome psihologice înregistrate pe parcursul asistenței: amintiri frecvente și tulburătoare ale maltratărilor la care a fost expusă; gânduri obsesive despre evenimentele traumatizante suferite; stări depresive persistente; nivel înalt de anxietate; sentimentul constant de pericol, nesiguranță și lipsă de protecție; neliniște, incertitudine și lipsă de încredere în viitor; dereglări de somn persistente (inclusiv: insomnie de adormire, coșmaruri frecvente și treziri nocturne).

Evaluarea stării psiho-emoționale: În timpul primelor vizite F. era foarte anxioasă, deprimată și emoțional labilă, plângea deseori, îndeosebi la amintirea violențelor suferite. Amintirile și gândurile chinuitoare referitor la evenimentele traumatizante și la situația sa o copleșeau și îi produceau suferințe psihologice. Ea evita factorii asociați cu maltratările la care a fost supusă. Starea ei s-a agravat și mai mult după ce soțul-agresor a aflat unde stă ea cu copiii și a amenințat-o că se va răzbuna pe ea pentru că a depus plângere la poliție. F. se temea de eventualele întâlniri cu agresorul, care adesea o pândeau prin împrejurimi. Fiind îngrozită după ce l-a întâlnit odată lângă intrare, ea avea frică să iasă fără însoțitor de pe teritoriul organizației care o adăpostea. Gândul că el ar putea s-o urmărească și s-o atace, îi declanșau stări de panică. Ea încerca să se sustragă prin activitățile zilnice (căutarea de serviciu, îngrijirea și instituționalizarea copiilor), însă avea un sentiment constant de pericol, care se intensifica când se gândea la soluțiile pentru cazul său și la amenințările continue din partea soțului. Gândul că va fi nevoită să se confrunte cu soțul în ședințele de judecată o speriau și o făceau să devină iarăși anxioasă. Pe parcursul asistenței, ea a devenit mai calmă, dar timp îndelungat rămânea deprimată. Starea ei psiho-emoțională se caracterizează prin amintiri spontane, recurente și tulburătoare ale evenimentelor traumatice suferite, prin comportament de evitare a stimulilor asociați cu trauma, prin căderi emoționale periodice.

Rezultatele testărilor psihologice: Prin aplicarea Chestionarului Harvard de Evaluare a Traumei la 23.10.2017, au fost identificate episoade repetate de violență și maltratări suferite de beneficiară, cele mai groaznice fiind în 2015 și în septembrie 2017, inclusiv: #bătăi, lovituri puternice, cauzarea de traume și leziuni fizice; #trasă de păr și lovită cu capul de perete; #agresare cu cuțitul; #amenințări cu răfuiala fizică; #martoră la maltratarea copiilor; #umilire, devalorizarea identității; #izolare. Au fost înregistrate simptome post-traumatice multiple, cele mai pronunțate fiind: #amintiri recurente ale evenimentelor înspăimântătoare; #frică intensă; #dificultăți de concentrare; #dereglări de somn; #sentimentul de a fi în alertă; #sentiment de neajutorare și neîncredere în viitor; #comportament de evitare. Scorul obținut la acest chestionar este de 3,43 (conform valorii

diagnostice, persoanele cu scoruri $\geq 2,5$, sunt considerate cu simptome clinice de PTSD).

Prin aplicarea Chestionarului **Scala evaluării impactului evenimentului traumatic (IES-R/Impact of Event Scale-R)** la data de 23.10.2017, a fost scos în evidență un scor maxim al simptomelor Tulburării de Stres Post-Traumatic (PTSD) la toate secțiunile: amintiri intruzive; evitare; hiperexcitare; tulburări afective. Lista de control Hopkins (HSCL-25) relevă nivele foarte înalte de anxietate (4,0 față de valoarea diagnostică $\geq 2,5$) și depresie (3,73 față de valoarea diagnostică de $\geq 1,75$). Scala Taylor confirmă un nivel înalt al anxietății situaționale.

Constatările psihologice: Starea psiho-emoțională a F. este în corelare cu evenimentele traumatizante suferite și rămâne instabilă, cu agravări periodice, îndeosebi în situații de stres. Rezultatele examinării clinice, investigațiilor diagnostice suplimentare și testărilor psihologice confirmă prezența simptomelor post-traumatice multiple, pronunțate și persistente. Din punct de vedere etiologic, manifestările psihologice care au fost identificate la pacientă, sunt foarte relevante și includ simptome tipice pentru Tulburarea de Stres Post-Traumatic, cum ar fi: #amintiri tulburătoare frecvente și spontane ale evenimentelor traumatice; #comportament de evitare; #stări depresive persistente; #anxietate și stări de vigilență sporită. Aceste manifestări ar putea fi consecințe directe ale stresului îndelungat și ale evenimentelor traumatizante multiple, suferite de pacientă din partea agresorului.

Diagnosticul stabil: *Tulburare de stres post-traumatic (PTSD). Nevroza post-traumatică. Sindromul anxios-depresiv cu manifestări psiho-somatice. Sindromul neurastenic persistent. Disfuncție vegetativă somatoformă. Astenie vegeto-vasculară de tip mixt. Sindromul organic cerebral post-traumatic.*

- 4) **Asistența socială:** ancheta socială, evaluarea gradului de funcționalitate socială, consiliere – 9 sesiuni. F. nu avea surse de venit care i-ar fi asigurat existența. Se gândea cu oroare cum va supraviețui în perioada de iarnă și pandemie, dacă va fi nevoită să închirieze o locuință.

Evaluarea funcției sociale: După violențele și agresiunile la care a fost supusă, F. a fost nevoită să fugă de acasă împreună cu copiii minori, pentru a se salva. Temporar a fost cazată la un adăpost pentru femei, victime ale violenței în familie. Din cauza stării sale fizice și psiho-emoționale, mult timp ea nu a putut să se angajeze la serviciu. Astfel ea se confrunța cu multe lipsuri, inclusiv lucrurile elementare, dar a fost ajutată, inclusiv cu haine din donații pentru ea și pentru copii, pachete alimentare și igiene, suport financiar pentru achitarea temporară a chiriei. După divorț și condamnarea soțului, ea s-a angajat la serviciu. Prin 2020, a procurat în credit un apartament mic, în care acum locuiește împreună cu cei 2 copii. Deseori are probleme de sănătate și are din nou nevoie de ajutor pentru recuperare.

- 5) **Consiliere juridică** (pregătirea dosarului, acumularea probelor) – 6 ședințe;
- 6) **Documentarea** și certificarea cazului, cu accent pe evenimentele traumatizante suferite, pentru a o sprijini în instanță (Extrasul din fișa medicală a fost eliberat cu acordul beneficiarei, la solicitarea avocatului său, la 2 noiembrie 2017).

a) Ca și referințe externe, achitate din proiectele implementate:

- 7) Asistență medicală specializată la AMT Centru: investigații diagnostice (USG de organe interne și tiroidă – 2, Echo-encefalograma – 2, Dopler-sonografie a vaselor cerebrale importante – 4; Electrocardiograma – 1 radiografia regiunii lombare a coloanei vertebrale – 1, radiografia oaselor nazale – 1, radiografia coloanei vertebrale – 1; teste de sânge generale, imunologice și biochimice și generale de urină); Consultații medicale: ginecolog – 5, oftalmolog – 4, neurolog – 4, chirurg – 2, endocrinolog – 2, nefrolog – 2 și cardiolog – 1; tratament în staționarul de zi – 2 ori;
Tratament parenteral repetat în staționarul de zi la AMT Centru – de 2 ori câte 10 proceduri;
Tratament fizio-terapeutic repetat (în 2017 și 2018);
- 8) Medicamente necesare (eliberate prin farmacie, în bază de contract).
- 9) Adăpost temporar, la A.O. „Casa Mărioarei”;
- 10) Asistență juridică a unui avocat de la Promo-LEX.

9. Rezultatul asistenței oferite:

- 1) **Rezultatele asistenței medicale:** După o perioadă îndelungată cu lipsa oricărui servicii medicale, au fost efectuate investigații diagnostice și consultații ale specialiștilor, pentru evaluarea stării de sănătate și tratamentul afecțiunilor depistate. Au fost identificate și documentate consecințele post-traumatice, ceea ce a facilitat pregătirea dosarului pentru instanța de judecată. F. a beneficiat de tratament medicamentos, care a dus la ameliorarea stării de sănătate fizică și mentală. A efectuat tratament în staționarul de zi și tratament fizio-terapeutic de recuperare. A învățat să-și identifice și gestioneze simptomele somatice și să-și monitorizeze starea sa de sănătate.
- 2) **Rezultatele asistenței psihologice:** Stabilizare psiho-emoțională. Identificarea și reformularea convingerilor disfuncționale despre sine și lume. Diminuarea dependenței emoționale de agresor. Dezvoltarea abilităților de grijă de sine și stabilire a limitelor. Identificarea și fortificarea resurselor interioare. Sporirea încrederii în sine prin dezvoltarea de noi competențe. Sporirea rezilienței. Continuarea vieții cu demnitate.

- 3) **Rezultatele asistenței sociale și psiho-sociale:** F. a primit ajutor (inclusiv haine, încălțăminte, lucruri personale) și a fost încurajată să-și continue viața cu demnitate, să învețe lucruri noi. A fost consiliată pentru a se angaja în câmpul muncii în Chișinău, și a decis să lucreze la grădiniță pentru a fi lângă fiica mai mică. Cu timpul, ea a reușit să soluționeze problema locativă, procurând în rate o mică locuință, în care s-a stabilit cu copiii săi.

5. Probleme identificate pe caz:

- 1) Caz foarte dificil, din cauza violenței persistente, grave și repetate, cu urmări de durată;
- 2) Starea sănătății a fost grav afectată, deoarece F. nu a avut grijă de sine o perioadă îndelungată de timp, în pofida traumatismelor multiple cauzate de agresor, și a afecțiunilor de care suferea (probleme endocrine, neurologice, cardiace, ginecologice, etc.);
- 3) Victima cu un nivel scăzut al stimei de sine și al imaginii de sine.
- 4) Soțul, colaborator al sistemului penitenciar, cu un nivel înalt de agresivitate, cu un autocontrol scăzut, cu probleme de comunicare și relaționare. Putem presupune, că starea lui psiho-emoțională a fost grav afectată pe parcursul anilor de muncă, în lipsa unor servicii psihologice de evaluare și sprijin, pentru prevenirea masculinității toxice și a comportamentelor agresive în familie;
- 5) Impunitatea în cazurile de violență în familie, au contribuit la dezvoltarea la agresor a unei percepții eronate, precum că nimeni nu va îndrăzni să-l pedepsească, el fiind colaborator al sistemului penitenciar;
- 6) Dependența financiară și emoțională de agresor;
- 7) Sindromul de *"neputință învățată"*;
- 8) Supunere oarbă (grad înalt de obediență) pe parcursul căsniciei;
- 9) Eliberarea condiționată a agresorului înainte de termen, în 2022, după 4 ani (deși conform sentinței de judecată, el a fost condamnat la 9 ani de închisoare) a cauzat victimei recăderi și noi probleme psihoemoționale.

10. Constatări. Concluzii cu privire la Programul de reabilitare:

Cazul F. a fost unul foarte grav, soldat cu multiple consecințe post-traumatice și patologii cronice, netratate la timp. A fost necesară o implicare complexă și de durată a întregii echipe RCTV Memoria, din cauza problemelor grave și a recăderilor repetate. În rezultatul programului de reabilitare, s-a înregistrat o stabilizare a stării de sănătate fizică și mentală a F., cu un management bun al simptomelor din partea ei. A suferit o re-cădere a stării psiho-emoționale, aflând despre eliberarea din detenție a fostului soț, dar s-a reușit stabilizarea promptă, datorită suportului psihologic din partea echipei. Va beneficia de sprijin în continuare, până la ameliorarea simptomelor.

7. Recomandări pe caz (conform programului de reabilitare):

- 1) Luând în considerație consecințele post-traumatice diverse, multiple și grave, F. necesită monitorizare continuă și asistență complexă de durată, pentru a diminua impactul acestor consecințe ale traumelor suferite și pentru a preveni posibilele agravări ale stării ei fizice și psiho-emoționale;
- 2) Deoarece există riscului de re-traumatizare F. în urma eliberării agresorului din retenție, cu destabilizarea stării ei psiho-emoționale, ea necesită suport psiho-emoțional cu monitorizarea și gestionarea emoțiilor și simptomelor;
- 3) Sunt necesare investigații diagnostice adiționale în dinamică, pentru identificarea și documentarea medicală a altor stări, sau consecințe tardive, care ar putea avea legătură cu maltratările suferite;
- 4) Se recomandă tratament periodic pentru consecințele traumatismelor cranio-cerebrale;

Anexa 4: Raport de evaluare-Constatare pe caz de violență în familie (model)

N ____ din ____ ianuarie 2022
Efectuat la referința Nr *** din _____ 2021

Raport de evaluare și constatare, în baza fișei medicale nr ...

Informație generală pe caz:

Nume și prenume: K.

Data nașterii: 00.00.19***

Status marital: Căsătorită din 20***, are 3 copii, inclusiv 2 minori.

Data înregistrării la RCTV „Memoria”: *** 10.2021

Referințe: A fost înregistrată la referința Comisarului Inspectoratului de Poliție ***, D-lui ***, cu acordul pacientei, pentru evaluare, documentare și asistență necesară.

Contextul pe caz:

Conform relatărilor beneficiarei, ea este victimă a violenței în familie din partea soțului ei, *** (a. n. 1977), care a început să se comporte agresiv față de ea încă din primii ani de căsnicie, de prin 2003-2004. Pe parcurs, epizoadele de violență și agresiunile au devenit mai frecvente, repetate și mai intense, dar beneficiara s-a adresat la polițistul de sector abia la *** 2021, la insistența fiicei sale. Agresorul a fost supus unei amenzi în sumă de 450 lei ”pentru cuvinte necenzurate și lezarea demnității personale” a victimei. După acțiunile violente din *** 2021, față de K. fiica lor, ***, ele s-au adresat la Inspectoratul de Poliție. Ca urmare, agresorul a fost supus unei noi amenzi contravenționale în sumă de 750 lei. Victimele au fost referite la RCTV Memoria pentru documentarea cazului și asistență.

Metode de violență fizică suferite de beneficiară (în mod repetat, de mai multe ori pe parcursul a circa 17-18 ani):

- Bătăi repetate, îmbrânceli, inclusiv în prezența copiilor minori;
- Lovituri peste tot corpul, îndeosebi peste cap și spate, cu pumnii, picioarele, diferite obiecte, inclusiv în perioadele când ea era însărcinată;
- Lovituri cu capul de mobilier, de pereți, podea, geam (a stricat sticla de la geam cu capul ei);
- Trasă de păr cu putere, izbită;

Metode de violență psihologică suferite de către beneficiară:

- Izolare forțată și reducere la tăcere, cu interdicții de a spune cuiva sau de a se adresa la medic, după ce era bătută;

- Nevoită să fugă din casă, inclusiv pe timp de noapte și frig, fără haine adecvate, uneori împreună cu copiii;
- Umilire, insulte; scuipată în față, jignită cu cuvinte obscene și necenzurate, înjurături, inclusiv în prezența copiilor;
- Amenințări cu răfuiala fizică, cu omorul (că o va înjunghia, sau o va sugruma în timpul somnului); cu distrugerea bunurilor (că va da foc la casă), etc.;
- Martoră la episoade multiple de agresare fizică și verbală repetată a copiilor;
- Din cauza riscurilor de a fi maltratați sau să devină martori la agresiunile asupra mamei lor, copiii se aflau mai mult la sora beneficiarei. Când fiica avea circa 6-7 ani, tatăl a bătut-o, "ca să tragă acasă, să nu doarmă prin sat, și să nu fie o curvă" (din cuvintele mamei).
- Atitudine lipsită de responsabilitate și de grijă față de mezinul, care are acum 4 ani; activități de joacă periculoase (fiind în stare de ebrietate, îl expunea riscului de a cădea de la înălțimi, urcându-l pe cal, pe frigider);
- Neglijarea nevoilor de bază ale copiilor (hrană, îmbrăcăminte, securitate fizică, siguranță personală, stabilitate emoțională, afecțiune);

Metode de violență economică:

- Lipsa contribuției financiare pentru întreținerea copiilor (inclusiv pentru îmbrăcăminte, produse alimentare, medicamente, rechizite școlare, studii);
- Declarații că toată averea este a lui, iar ea și copiii nu au dreptul la nimic;
- Control și gestionarea veniturilor în defavoarea copiilor (cheltuirea excesivă a banilor din bugetul familiei pe țigări, alcool și alte interese personale, în timp ce în casă deseori nu sunt bani pentru a cumpăra produse alimentare pentru copii);

Acuzele prezentate la înregistrare la RCTV Memoria (* 10.2021):** cefalee frecventă cu intensificări la efort fizic și psiho-emoțional, vertij; dureri pe traseul coloanei vertebrale (îndeosebi în segmentul lombar) și în alte regiuni ale corpului; slăbiciune generală; amintiri tulburătoare ale evenimentelor traumatizante, însoțite de anxietate; comportament de evitare a factorilor asociați cu trauma (evită discuții, relatări și amintiri despre aceste evenimente); manifestări psihosomatice frecvente, cum ar fi palpitații, tremur, dureri și încordare musculară; astenie generală și fatigabilitate sporită; dereglări de memorie; dispoziție depresivă; labilitate emoțională; dereglări de somn (insomnie de adormire, somn superficial, coșmaruri cu tematica evenimentelor traumatizante; treziri frecvente).

Asistența oferită în cadrul RCTV Memoria:

Din momentul înregistrării (06.10.21), K. Svetlana a beneficiat de asistență comprehensivă, centrată pe traumele suferite și centrată pe persoană, conform unui plan individual de asistență, elaborat cu implicarea beneficiarei și bazat pe nevoile ei:

- asistență medicală, psihologică, socială și juridică;
- documentarea cazului cu identificarea metodelor de violență suferite de către beneficiară; identificarea și evaluarea consecințelor post-traumatice, testări psihologice; elaborarea unui raport de evaluare / constatare pe caz;
- servicii medicale specializate, efectuate ca și referințe externe în cadrul AMT Centru, achitate de RCTV Memoria (investigații diagnostice: Doppler-sonografia vaselor extracraniene, Ultrasonografia organelor interne, analize de laborator; consultații ale specialiștilor de profil: neurolog, ginecolog);
- medicamente necesare compensate la 100%, din proiectele implementate de RCTV Memoria;
- ajutor umanitar în perioada pandemică (produse igienice și sanitare; măști de protecție; haine din donații pentru ea și pentru copii);
- suport financiar (rambursarea cheltuielilor de transport pentru vizitele la RCTV Memoria);

Examinarea medicală adițională și investigații diagnostice (efectuate la AMT Centru):

Rezultatele testelor diagnostice relevante:

Data	Investigația	Rezultatul
03.11.2021	Ultrasonografia complexă	Pancreatită cronică. Pielonefrită cronică. Micronefrolitiază. Miom nodular 6 săptămâni. Chistadenom ovarian pe dreapta.
03.11.2021	Doppler-sonografia vaselor cerebrale	Insuficiență circulatorie moderată prin arterele vertebrale și flux sanguin vertebral mărit din ambele părți. Congestie venoasă moderată cu accent pe dreapta. Hipertonus moderat al arterelor supratrochleare. Flux distonic îngreuiat.
16.11.2021	Radiografia lombară	Osteochondroză lombară gradul II. Scolioză.

Consultații medicale:

Data	Consultația	Concluzia
03.11.2021 și repetat 16.11.2021	Neurolog	Boală cerebro-vasculară cronică. Insuficiență vertebro-bazilară cu sindrom de hipertensiune intracraniană și stază venoasă moderată. Encefalopatie discirculatorie post-traumatică cu tulburări de memorie. Dorsalgie. Sindromul miofascial accentuat.

Evaluarea psihologică:

Metodele utilizate: interviul clinic, examenul obiectiv, evaluări psihologice prin intermediul diferitor instrumente (teste, chestionare).

Simptome psihologice înregistrate pe parcursul asistenței la RCTV Memoria: amintiri frecvente și tulburătoare ale maltratărilor la care a fost și continuă să fie supusă; gânduri obsesive despre evenimentele traumatizante suferite; stări depresive persistente; anxietate, stări de alertă; sentimente constante de pericol, nesiguranță și lipsă de protecție; neliniște, incertitudine și lipsă de încredere în viitor; dereglări de somn persistente (insomnie de adormire, coșmaruri și treziri nocturne în stări de panică); lipsă de energie; somnolență pe parcursul zilei.

Evaluarea stării psiho-emoționale: Inițial, beneficiara era foarte deprimată, confuză și anxioasă, devenea ușor copleșită de emoții, nu credea că ar putea fi ajutată. Relatările despre maltratările suferite erau însoțite de intensificarea manifestărilor post-traumatice și de diverse simptome psiho-somatice, cum ar fi: tremur și încordare în tot corpul; tahicardie (accelerarea ritmului cardiac); respirație accelerată și superficială; ascensiuni ale tensiunii arteriale însoțite de cefalee intensă. Avea un sentiment constant de pericol, se temea de noi agresii din partea soțului, știind că în fiecare zi este în stare de ebrietate și predispus spre acțiuni violente. Pe parcursul asistenței, beneficiara a devenit puțin mai calmă, dar rămâne tristă, deprimată, lipsită de încredere într-un viitor liniștit. Se gândește permanent la evenimentele traumatizante suferite, la situația sa actuală, este îngrijorată de viitorul copiilor. Se simte vinovată de experiența traumatizantă pe care o trăiesc copiii în familie și de starea lor psiho-emoțională, îndeosebi a mezinului în vârstă de 4 ani, care manifestă rețineră în dezvoltarea psihică.

Rezultatele testărilor psihologice: Prin aplicarea Chestionarului Harvard de Evaluare a Traumei (HTQ), la 11.10.21, au fost identificate:

- c) evenimente traumatizante multiple și repetate suferite de către beneficiară, inclusiv: 1) violență fizică - bătăi, lovituri cu pumni și picioarele; trasă de păr cu putere, târâtă pe jos; 2) violență psihologică – amenințări, inclusiv cu omorul; umilire; devalorizare; acuzații nefondate de infidelitate; martoră la umilirea și maltratarea copiilor; 3) violență economică;
- d) simptome clinice ale tulburării de stres post-traumatic (PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder), cele mai pronunțate fiind: #gânduri și amintiri repetate ale evenimentelor traumatizante; #neliniște, anxietate; #sentimentul de a fi în alertă (tresare, se sperie ușor); #evitarea gândurilor sau sentimentelor asociate cu experiența traumatizantă; #reacții emoționale și fizice imediate în situații de stres; #sentimente de nefericire, disperare, lipsă de încredere în viitor.

Scorul obținut la acest Chestionar la momentul evaluării a fost de 3,68, valoarea diagnostică pentru PTSD fiind >2,5.

Lista de verificare Hopkins (HSCL -25) a confirmat prezența unor nivele înalte de anxietate și depresie (scor 3,9 și respectiv 3,4 față de valoarea diagnostică de 1,75).

Prin aplicarea Scalei de anxietate Taylor, se confirmă un grad foarte înalt de anxietate situațională.

Interpretarea constatărilor:

Constatările psihologice: Din punct de vedere etiologic, manifestările psihologice care au fost identificate la beneficiară, sunt foarte relevante și includ simptome tipice pentru Tulburarea de Stres Post-Traumatic, cum ar fi: #amintiri tulburătoare frecvente și spontane ale evenimentelor traumatizante; #comportament de evitare; #stări depresive persistente; #anxietate. Aceste manifestări ar putea fi consecințe directe ale stresului cronic și violențelor la care a fost supusă din partea agresorului, și diferitor traume psihice și stres cronic, suferite de către beneficiară pe o durată îndelungată de timp (cca 17-18 ani).

Diagnosticul stabil: *Tulburare de stres post-traumatic (PTSD). Sindromul anxios-depresiv persistent. Consecințele traumatismelor cranio-cerebrale repetate cu reducerea funcțiilor cognitive.*

Constatările somatice: Din punct de vedere etiologic, manifestările din partea sistemului nervos central și periferic (cefalee, amețeli; dureri lombare persistente pe traseul coloanei vertebrale, preponderent în regiunea lombară, îndeosebi pe parcursul ultimilor 5 ani, cu intensificare la mișcări și cu limitarea funcționalității segmentului lombar al coloanei; fatigabilitate pronunțată), ar putea fi consecințe directe ale traumelor fizice și psihologice suferite. Simptomele din partea sistemului urogenital: (dureri în regiunea lombară și metroragii) ar putea avea și alte cauze, însă evoluția lor ar putea fi influențată de starea ei fizică și psihologică.

Diagnosticul stabil: *Insuficiență vertebro-bazilară cu sindrom hipertensiv (stază venoasă moderată). Encefalopatie post-traumatică cu tulburări de memorie. Dorsalgie. Sindrom miofascial accentuat. Sindromul durerii cronice. Boală cardiovasculară cronică. Miom uterin multinodular (2-3 săptămâni). Chist ovarian pe dreapta.*

Concluzii și recomandări: Beneficiara este victimă a violenței în familie, din partea soțului său, care prin acțiunile sale îi cauzează beneficiarei suferințe repetate fizice și psihologice. Starea ei psiho-emoțională este în corelare cu evenimentele traumatizante relatate și rămâne instabilă din cauza persistenței factorilor de stres și a riscurilor de repetare a violenței. Luând în considerație și existența riscului de re-traumatizare în cadrul examinării cazului în instanțe, beneficiara necesită monitorizare continuă și asistență complexă de durată, pentru a diminua impactul consecințelor post-traumatice și pentru a preveni posibilele agravări.

Extrasul din fișa medicală este eliberat cu acordul beneficiarei, la solicitarea Comisarului Inspectoratului de Poliție **, D-lui _____.

Medic psihoterapeut _____
Psiholog _____
Medic-generalist _____
Psiholog, Coordonator Medical, _____
Director executiv al _____
RCTV „Memoria” _____

Anexa 5: Lista de abrevieri privind violența în bază de gen

CAHVIO (Committee for preventing and combating violence against women and domestic violence)	Comitetul pentru prevenirea și combaterea violenței asupra femeii și violenței domestice ¹
CEDAW (Convention on the Elimination of Discrimination against Women)	Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor
DEVAW (Declaration on the Elimination of Violence against Women)	Declarația privind eliminarea violenței împotriva femeilor
ICCPR (International Covention on Civil and Political Rights)	Pactul internațional privind drepturile civile și politice
ICESCR (International Convention on Economic, Social and Cultural Rights)	Pactul <i>internațional</i> cu privire la drepturile economice, sociale și culturale
UNCAT (UN Convention against Torture)	Convenția ONU împotriva torturii
UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)	Organizația Națiunilor Unite pentru Educație, Știință și Cultură
UNICEF (United Nations Children’s Fund)	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii
UN Women (UN organization dedicated to gender equality and the empowerment of women)	Organizația Națiunilor Unite dedicată egalității de gen și abilitării femeilor
CEDO	Convenția europeană a drepturilor omului
CtEDO	Curtea Europeană a Drepturilor Omului
CoE (Council of Europe)	Consiliul Europei
WHO (World Health Organization)	Organizația Mondială a Sănătății (OMS)
WAVE (Women Against Violence Europe)	Femeile Împotriva Violenței în Europa

ICD10 (International Statistical Classification of Diseases, 10th revision)	Clasificarea statistică internațională a bolilor, ediția a 10-a
PTSD (Post Traumatic Stress disorder)	Tulburarea de stres posttraumatic (TSPT)
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
SNR	Sistemul Național de Referire pentru asistența și protecția victimelor și potențialelor victime ale traficului de ființe umane
MAI	Ministerul Afacerilor Interne
DGSP	Direcția Generală Securitate Publică
IGP	Inspectoratul General al Poliției
GBV (Gender Based Violence)	Violența în bază de gen (VBG)
VAW/G (Violence Against Women and Girls)	Violența împotriva femeilor și fetelor (VÎF/F)

Anexa 6: Definiții ale violenței în bază de gen prin prisma cadrului legal internațional

În 1993, Declarația ONU privind eliminarea violenței împotriva femeilor a oferit prima definiție oficială a termenului de violență în bază de gen: „Orice act de violență bazată pe gen care are ca rezultat sau care ar putea cauza femeilor violență sau suferință fizică, sexuală sau psihică, inclusiv amenințările cu astfel de acte, coerciția sau privarea arbitrară de libertate, indiferent dacă asemenea acte au loc în viața publică sau în viața privată”⁸⁹.

Legea internațională privind drepturile omului a trecut cu vederea problema violenței în bază de gen (violența împotriva femeilor) pentru o perioadă mare de timp. Acest lucru se explică prin faptul că până la sfârșitul anilor 1980 violența împotriva femeilor, în special violența domestică, nu a fost considerată o problemă care ar ține de drepturile omului.

De exemplu, Convenția ONU privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor (CEDAW) adoptată în 1979, tratat major al ONU privind drepturile femeilor, nu conține o dispoziție privind violența împotriva femeilor.

Această deficiență a fost soluționată în 1992, când Comitetul CEDAW, organismul responsabil de monitorizarea implementării Convenției, a adoptat Recomandarea generală nr. 19 privind violența împotriva femeilor. În acest document, Comitetul clarifică faptul că violența în bază de gen/violența împotriva femeilor reprezintă o formă de discriminare și, prin urmare, este acoperită de domeniul de aplicare al CEDAW.

Violența împotriva femeilor este definită ca fiind „violența îndreptată împotriva unei femei, deoarece este femeie sau care afectează femeile în mod disproporționat”, subliniind astfel că nu este ceva întâmplător, ci, mai degrabă o problemă care afectează femeile din cauza genului lor. Se mai definește ca „acte care provoacă vătămări fizice, mintale sau sexuale, suferințe, amenințări cu astfel de fapte, constrângere și alte privațiuni de libertate”.

Recomandarea generală nr. 19 CEDAW privind violența împotriva femeilor (VAW)⁹⁰ specifică faptul că violența în bază de gen sau împotriva femeilor poate constitui o încălcare a drepturilor omului: dreptul la viață, dreptul la o protecție egală în temeiul legii, dreptul la egalitate în familie sau dreptul la sănătate fizică și mintală.

Declarația ONU privind eliminarea violenței împotriva femeilor (DEVAW), adoptată de Adunarea Generală a ONU în 1993, a fost influențată de Recomandarea generală nr. 19 a CEDAW. Aici violența împotriva femeilor se definește ca fiind: „Orice act de violență pe bază de gen care are ca rezultat, sau este de natură să aibă ca rezultat, vătămări corporale, sexuale sau psihologice suferite

⁸⁹ http://www.hhri.org/thematic/gender_based_violence.html.

⁹⁰ Pentru mai multe detalii, consultați: <http://www.health-genderviolence.org/training-programme-for-health-care-providers/facts-on-gbv/defining-gender-based-violence/21>.

de către femei, inclusiv amenințări cu astfel de acte, coerciția sau privarea arbitrară de libertate, care pot avea loc în viața publică sau în viața privată.” (art. 1)

În art. 2, Declarația cuprinde toate formele de violență împotriva femeilor (fizică, sexuală, economică, psihologică etc.), indiferent de contextul în care se află acestea:

- a) în familie (cum ar fi bătaia, violul marital, abuzul sexual al copiilor de sex feminin, violența legată de zestre, mutilarea genitală și alte practici tradiționale dăunătoare femeilor);
- b) în comunitatea generală (cum ar fi violul, hărțuirea sexuală și intimidarea la locul de muncă, la locul de studii și în altă parte, traficul de femei și prostituția forțată);
- c) violența fizică, sexuală și psihologică săvârșită sau condamnată de către reprezentanții instituțiilor de stat, oriunde se întâmplă.

Declarația ONU privind eliminarea violenței împotriva femeilor (DEVAW) din 1993 precizează că: violența împotriva femeilor este o manifestare a relațiilor inegale de putere între bărbați și femei și o încălcare a drepturilor femeii (preambul).

Art. 3 stipulează că femeile au dreptul la respectarea și la protecția egală a tuturor drepturilor omului și a libertăților fundamentale în domeniul politic, economic, social, cultural, civil sau în orice alt domeniu. Aceste drepturi includ, printre altele:

- a) dreptul la viață;
- b) dreptul la egalitate;
- c) dreptul la libertate și la securitatea persoanei;
- d) dreptul la o protecție egală în temeiul legii;
- e) dreptul de a nu fi supus nici unei forme de discriminare;
- f) dreptul la cele mai înalte standarde de asistență în domenii ce țin de sănătate fizică și mintală;
- g) dreptul la condiții de muncă echitabile și favorabile;
- h) dreptul de a nu fi supus torturii sau altor forme crude, inumane sau degradante sau pedepse.

Atât CEDAW (Recomandarea generală nr. 19), cât și DEVAW atribuie în mod explicit violența la acțiuni comise fie de către funcționarii de stat, fie de către persoanele private, cum ar fi membrii familiei, prietenii, cunoștințele sau angajatorii. Astfel, aceste instrumente elimină o lacună importantă în cadrul legislației internaționale privind drepturile omului, care inițial excludea din agenda drepturilor omului așa-numita sferă privată, în care apar multe încălcări ale drepturilor femeilor.

Platforma de acțiune de la Beijing, adoptată în 1995⁹¹, a fost extinsă la definirea DEVAW, pentru a include: încălcări ale drepturilor femeilor în situații de conflict armat, inclusiv violuri sistematice, sclavie sexuală și sarcină forțată; steri-

⁹¹ <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2010-0037+0+DOC+XML+V0//RO>.

lizarea forțată, avortul forțat, utilizarea constrângătoare sau forțată a contraceptivelor; selecție sexuală prenatală și infanticidul feminin. De asemenea, platforma a recunoscut vulnerabilitățile particulare ale femeilor care fac parte din diferite minorități; ale persoanelor în vârstă; ale indigenilor, refugiaților și imigranților; femeile care trăiesc în zone rurale sau îndepărtate, a celor sărace sau aflate în detenție.

Convenția de la Istanbul definește diferite forme de violență și reglementează cum ar trebui să fie efectuată colectarea de date privind toate formele de violență care fac obiectul convenției. Aceste forme de violență sunt definite în două părți ale convenției.

În primul rând, violența împotriva femeilor și violența în familie sunt definite în art. 3.

În al doilea rând, nouă tipuri ale acestei forme de violențe sunt definite separat în articolele 33–40⁹², care privesc dreptul material:

- 3.a: „Violența împotriva femeilor” este înțeleasă drept o încălcare a drepturilor omului și o formă de discriminare împotriva femeilor și va însemna toate acțiunile de violență de gen care rezultă în, sau care sunt probabile a rezulta în vătămarea sau suferința fizică, sexuală, psihologică sau economică cauzată femeilor, inclusiv amenințările cu asemenea acțiuni, coerciția sau privarea arbitrară de libertate, indiferent dacă survine în public sau în viața privată;
- 3.b: „Violența domestică” înseamnă toate actele de violență fizică, sexuală, psihologică sau economică care apar în cadrul unității familiale sau interne, sau între foști sau actuali soți sau parteneri, indiferent dacă făptuitorul împarte sau nu reședința cu victima;
- 3.d: „Violența pe bază de gen împotriva femeilor” înseamnă violența îndreptată împotriva unei femei deoarece este femeie sau care afectează femeile în mod disproporționat.

Dintre cele nouă forme de violență definite în articolele 33-40, opt sunt identificate ca având nevoie de incriminare atunci când este vorba de „comportament intenționat”:

- a) violență psihologică;
- b) urmărirea/persecutarea (Stalking);
- c) violență fizică;
- d) violență sexuală, inclusiv viol;
- e) căsătorie forțată;
- f) mutilarea genitală a femeilor;
- g) avort forțat și sterilizare forțată;
- h) și o altă formă care are nevoie de sancțiuni penale sau de altă natură: „hărțuirea sexuală”.

92 <https://rm.coe.int/168046253e>.

Particularitățile acestor forme de violență sunt prezentate în Convenție, după cum urmează:

Violența psihologică: „prejudicii grave aduse integrității psihice a persoanei, cauzate intenționat prin comportament agresiv, constrângere sau amenințări” (art. 33).

Urmărirea/persecutarea (Stalking): „angajarea în mod repetat a unui comportament amenințător îndreptat spre o altă persoană, cauzându-i teamă pentru siguranța ei” (art. 34).

Violența fizică: „săvârșirea unor acte de violență fizică împotriva unei alte persoane” (art. 35).

Violența sexuală, inclusiv violul (art. 36) include:

- a) implicarea în penetrarea vaginală, anală sau orală nonconsensuală a naturii sexuale a corpului unei alte persoane cu orice parte sau obiect corporal;
- b) implicarea în alte acte nonconsensuale de natură sexuală cu o persoană;
- c) determinarea unei alte persoane să se implice în acte nonconsensuale de natură sexuală cu o a treia persoană.

Consimțământul trebuie să fie dat în mod voluntar ca urmare a voinței libere a persoanei evaluate în contextul circumstanțelor înconjurătoare.

Căsătoria forțată: „obligarea unei persoane adulte sau a unui copil de a intra într-o căsătorie” (art. 37).

Mutilarea genitală feminină (art. 38):

„excitarea, infibularea sau efectuarea oricărei alte mutilații la întreaga parte sau la o parte a labiilor mari, labiilor mici sau clitorisului unei femei”;

„forțarea sau determinarea unei femei să se supună oricăror acte enumerate la litera a)”;

„incitarea, constrângerea sau determinarea unei fete să se supună oricăror acte enumerate la litera a)”.

Avortul forțat și sterilizarea forțată (art. 39):

„efectuarea unui avort asupra unei femei fără consimțământul său prealabil și informat”;

„efectuarea unei intervenții chirurgicale care are ca scop sau efect rezilierea capacității femeii de a reproduce în mod natural, fără consimțământul prealabil și în cunoștință de cauză sau cu înțelegerea procedurii”.

Hărțuirea sexuală: „orice formă de comportament verbal, non-verbal sau fizic nedorit, de natură sexuală, cu scopul sau efectul de a încălca demnitatea unei persoane, în special atunci când creează un mediu intimidant, ostil, degradant, umilitor sau ofensator” (art. 40).

Categoria „violență fizică” include atât violența fizică letală, cât și cea nonletală împotriva femeilor, așa cum este clarificat în Raportul explicativ al Convenției (paragraful 188).

Codul penal al Republicii Moldova, prin Capitolul IV al Părții Speciale⁹³, reglementează infracțiunile privind viața sexuală, care sunt calificate drept „fapte socialmente periculoase, săvârșite cu intenție, care afectează relațiile sociale cu privire la viața sexuală a persoanei”.

Valorile sociale specifice care derivă din viața sexuală a persoanei se referă la libertatea sexuală și inviolabilitatea sexuală în plan secundar; infracțiunile privind viața sexuală pot aduce atingere și altor valori, cum ar fi: onoarea și demnitatea, libertatea, integritatea fizică, sănătatea psihică sau viața persoanei.

Legislația penală națională (Codul penal) incriminează următoarele fapte care constituie infracțiuni: violul (art. 171); acțiunile violente cu caracter sexual (art. 172); hărțuirea sexuală (art. 173); raportul sexual cu o persoană care nu a împlinit 16 ani (art. 174); acțiuni perverse (art. 175); ademenirea minorului în scopuri sexuale (art. 175¹),

În acest context, se impune necesitatea revizuirii cadrului legal național, în scopul asigurării conformității cu standardele internaționale în domeniu, pentru a investiga și a documenta corect, eficient și adecvat diferite infracțiuni și țin de violența în bază de gen. Spre exemplu, în cazul definiției de viol, „constrângerea” să fie înlocuită cu „consimțământ viciat”, așa cum prevede Convenția de la Istanbul, precum și incriminarea altor fapte care constituie acte de violență.

Organizația Mondială Contra Torturii consideră că violența domestică este o formă de tortură⁹⁴, ultima fiind definită ca:

„orice act prin care este produsă intenționat unei persoane o suferință acută, fizică sau mintală, cu scopul de a obține de la victimă sau de la o terță persoană informații sau dovezi pentru a o pedepsi pentru un act pe care persoana sau o persoană terță l-a comis sau se bănuiește doar că l-a comis, de a o intimida sau a face presiuni asupra ei sau a unei terțe persoane, sau pentru orice alt motiv bazat pe o formă de discriminare, de orice fel, când această durere sau suferință sunt provocate de un agent al unei funcții publice sau o persoană acționând în postură oficială sau la instigarea unei astfel de persoane sau cu consimțământul ei expres sau tacit”.⁹⁵

⁹³ Art. 171–175, Codul penal al Republicii Moldova.

⁹⁴ <http://blog.omct.org/violence-women-private-actors-state-responsibility-convention-torture/>.

⁹⁵ Convenția împotriva torturii și altor dureri provocate și a tratamentelor crude, inumane sau degradante, din 1984, art. 1.

