



PROIECT FINANȚAT DE
UNIUNEA EUROPEANĂ

DOCUMENTAREA VIOLENȚEI ÎN BAZĂ DE GEN

GHID PRACTIC

DOCUMENTAREA VIOLENȚEI ÎN BAZĂ DE GEN

GHID PRACTIC

Autor: Ludmila Popovici

Coautori: Svetlana Vișanu, Tatiana Sincovschi, Lilia Potîng, Alexandru Postica

Redactarea textului în limba română: Inga Druță și Elena Varzari

Procesare computerizată și editare: Mihail Catan

Imprimare: „Depol Promo” SRL

Popovici, Ludmila.

Documentarea violenței în bază de gen : Ghid practic / Ludmila Popovici ;
coaut.: Svetlana Vișanu [et al.]. – Chișinău : S. n., 2019 (Tipogr. “Depol Promo”). – 92 p.

100 ex.

ISBN 978-9975-3329-0-3.

343.54:305(036)

P 83

Acest document a fost elaborat în cadrul proiectului
„Promovarea respectării drepturilor femeilor în Moldova prin combaterea violenței în bază de gen”,
implementat de Asociația „Promo-LEX”, Asociația Împotriva Violenței „Casa Mărioarei”
și Centrul de Reabilitare a Victimelor Torturii „Memoria”. Proiectul este finanțat de Uniunea Europeană.
Conținutul ghidului reflectă opinia și poziția autorilor
și nu reflectă neapărat punctele de vedere ale Uniunii Europene.



PROIECT FINANȚAT DE
UNIUNEA EUROPEANĂ

Promo - LEX

Promovarea democrației și a drepturilor omului



MEMORIA



**CASA
MĂRIOAREI**
ASOCIAȚIA ÎMPOTRIVA VIOLENȚEI

Chișinău, 2019

DATE DE IDENTIFICARE A PUBLICAȚIEI:

Autor: Ludmila POPOVICI

Coautori: Svetlana VIȘANU, Tatiana SINCOVSCHI, Lilia POTÎNG, Alexandru POSTICA

Instituțiile la care sunt afiliați autorii: Centrul de Reabilitare a Victimelor Torturii „Memoria”,
Asociația „Promo-LEX”

DATE DE IDENTIFICARE A RECENZORULUI:

Nume, prenume: Ion CUVȘINOV

Titluri științifice și didactice: Doctor în științe medicale. Conferențiar. Specialist în medicina legală

STRUCTURA ȘI CONȚINUTUL PUBLICAȚIEI:

Lucrarea supusă recenzării are o structură elastică, caracteristică pentru lucrările de acest gen (ghiduri destinate utilizării practice) și constă din următoarele compartimente: Introducere, cinci capitole tematice, concluzii și recomandări, referințe bibliografice, linkuri utile și anexe.

Introducerea este succintă, rațională, accesibilă cititorului prin limbajul clar, dezvăluind explicit scopul și utilitatea *ghidului*, dar și cadrul conceptual, metodologia de elaborare, actualitatea problemei și contextul abordării ei. În acest context, este foarte convingătoare trimiterea la rezultatele vizitei în Republica Moldova (4-11 iulie 2008) a Raportorilor Speciali ai ONU privind violența împotriva femeilor (Yakin Ertürk), precum și tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane, degradante (Manfred Nowak).

Capitolul 2, „Violența în bază de gen – definiții, cauze și consecințe”, cuprinde conceptele enunțate în titlu, abordează în detaliu cauzele și consecințele fenomenului și este redat într-un mod foarte explicit. O atenție deosebită merită a fi acordată subcapitolului 2.3, dedicat copilului în calitate de martor sau victimă colaterală, precum și subcapitolului 2.5, dedicat consecințelor și efectelor maltratării și violenței, care este bogat în explicații, inclusiv în imagini ilustrative.

Capitolul 3, „Considerații generale cu privire la documentarea violenței în bază de gen”, reflectă în primul rând viziunea autorilor asupra necesității, metodologiei și eficientizării documentării fenomenului abordat. Este foarte important de menționat viziunea bazată pe practica contemporană universală. De asemenea, merită remarcată tendința autorilor de a explica cititorului (utilizatorului) anumite detalii strict necesare pentru o documentare eficientă, cum ar fi: identificarea victimei, descrierea corectă și completă a formelor de violență, a traumelor suferite și a consecințelor acestora.

Capitolul 4 este dedicat integral cadrului de evaluare a traumelor în documentarea violenței în bază de gen. Sunt clar abordate mai multe aspecte, cum ar fi: a) factorii care ar putea diminua sau agrava impactul violenței; b) examinarea medicală a victimelor; c) dovezile medicale ale diferitor forme de violență.

Totodată, unele aspecte (recomandări – subcapitolul 4.4) ar putea fi eficientizate dacă se vor lua în considerare și unele standarde medicale deja implementate oficial. Este vorba, în primul rând, de cerințele standard față de descrierea unei leziuni corporale, utilizarea metodelor de fotografiere criminalistică, a schemelor standard ale regiunilor corporale.

Tot aici trebuie apreciată utilitatea pregătirii medicului legist, în scopul posibilității ca acesta să ofere indicații sau recomandări victimei pentru tratament și îngrijire, prognoze și riscuri pentru sănătate sau alte informații utile.

De asemenea, nu poate fi omisă și importanța subcapitolelor 4.6 și 4.7 cu privire la evaluarea psihologică a diferitor forme de violență și la instrumentele de evaluare și măsurare a intensității traumatismelor suportate de victime.

Capitolul 5 este mai specific, deoarece scoate în evidență necesitatea absolută de abordare a problemei cu centrarea pe victimă, pe de o parte, dar și pe traumă, pe de altă parte, în colectarea datelor. Menționăm și importanța subcapitolului 5.3, consacrat nevoilor complexe ale supraviețuitorilor diferitor forme de violență, și importanța subcapitolului 5.4, axat pe sprijinul și reabilitarea victimelor.

Concluziile și recomandările expuse la finalul *ghidului* sunt obiective și întemeiate, impunând necesitatea de a fi remarcate și implementate în combaterea fenomenului abordat, prin documentarea obiectivă și comprehensivă a formelor de violență atestate, prin tratamentul multidisciplinar eficient, oferit victimelor violenței în bază de gen.

CONCLUZII:

- 1) Prezentul ghid este la momentul actual cea mai bună lucrare de acest gen, deoarece conține descrierea, problematica și soluționarea tuturor aspectelor fenomenului de violență în bază de gen.
- 2) Lucrarea este originală și aplicabilă pentru orice utilizator și cititor, dat fiind faptul că este scrisă într-un limbaj simplu, accesibil și ilustrat. Conținutul oferă răspunsuri pentru orice specialist sau cercetător, care poate fi sau este antrenat în studierea fenomenului, în identificarea și documentarea cazurilor de violență, în diagnosticarea și tratamentul consecințelor, precum și în reintegrarea socială a victimelor.
- 3) Referințele bibliografice și anexele sunt mai mult decât suficiente pentru completarea cunoștințelor în domeniul violenței în bază de gen și pentru documentarea comprehensivă a cazurilor.

DECLARAȚIE DE AUTORI

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 este prezentată la finele acestei publicații.

RECUNOȘȚINȚĂ

Autorii aduc sincere mulțumiri colegilor de la Centrul de Reabilitare a Victimelor Torturii „Memoria” (RCTV Memoria), Asociația „Promo-LEX”, Asociația Împotriva Violentei „Casa Mărioarei”, altor ONG-uri membre ale Coaliției Naționale „Viața fără Violentă în Familie”, Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, pentru contribuțiile pe parcursul cooperării și implementării proiectului, pentru dialogul constructiv din cadrul întâlnirilor de lucru și al evenimentelor organizate.

De asemenea, pentru implicare activă, propuneri valoroase, oferirea informațiilor relevante, deschidere spre cooperare, precum și partajarea experienței de muncă, aducem sincere mulțumiri și specialiștilor din cadrul echipelor multidisciplinare teritoriale (EMD), care au participat la dezbaterile din cadrul atelierelor¹ organizate în perioada 19 octombrie – 17 noiembrie 2017.

ÎN LOC DE PREFAȚĂ

Spicuri din opiniile participanților la Masa Rotundă de consultare a Ghidului practic **„Documentarea violenței în bază de gen”** din 15 noiembrie 2018.

1. Cele mai interesante subiecte sau aspecte practice abordate în ghid:

- » consecințele violenței în bază de gen, reacția creierului la diferite evenimente stresante;
- » aspecte legate de documentare, noțiuni și termeni, modele de teste psihologice;
- » evaluarea psihologică a violenței;
- » consecințele violenței asupra persoanei sub aspect psihologic;
- » abordarea centrată pe traumă;
- » rolul medicului legist în stabilirea legăturii între violență și problemele de sănătate apărute pe parcurs;
- » elaborarea Raportului de evaluare și constatare psihologică;
- » activitățile echipelor multidisciplinare (EMD);
- » descrierea unor elemente și mecanisme necesare activității cotidiene a specialiștilor în diverse domenii;
- » subcapitolul 2.2, unde se abordează violența în bază de gen și ciclul de viață;
- » subcapitolul 4.7, cu instrumentele de evaluare și măsurare a traumei; abordări atât naționale, cât și internaționale;
- » documentarea cazurilor de violență în bază de gen;
- » evaluarea psihologică a diferitor forme de violență.

2. Întrebările și problemele la care au găsit răspuns în ghid:

- » De ce victima colaborează slab cu autoritățile?
- » De ce victima „rabdă” agresorul/consumă alcool, devine indiferentă față de sine și față de copii?
- » Cum să ajutăm victima?
- » Modalitatea eficientă de comunicare cu victima, fără a provoca traume adiționale.
- » Consecințele asupra victimelor colaterale și asupra copiilor.
- » Măsurarea și documentarea consecințelor violenței, medicalizarea acțiunilor de violență.
- » Ce este „Focarul violenței”?
- » Copil-victimă, copil-martor.
- » Îmbunătățirea calității referatului prezentențial, care se întocmește în baza Ordinului nr. 299 al Ministerului Justiției din 02.05.2018.

1. Atelierele au fost organizate de către Entitatea Națiunilor Unite pentru Egalitate de Gen și Abilitare a Femeilor (UN Women) în parteneriat cu următoarele organizații neguvernamentale: Asociația „Promo-LEX”, Asociația Împotriva Violentei „Casa Mărioarei”, Centrul de Reabilitare a Victimelor Torturii „Memoria”.

CUPRINS

1. Introducere	9
1.1. Scopul și utilitatea ghidului	9
1.2. Cadrul conceptual și metodologia de elaborare a ghidului	10
1.3. Contextul țării	10
2. Violența în bază de gen: definiții, cauze și consecințe:	12
2.1. Ce este violența în bază de gen?	12
2.2. Violența în bază de gen și ciclul de viață	14
2.3. Copilul-martor sau copilul-victimă colaterală	15
2.4. Cauze și rădăcini ale violenței în bază de gen	16
2.5. Consecințele și efectele maltratării și violenței	18
2.6. Consecințele sociale ale violenței	21
2.7. Factorii care pot influența consecințele diferitor forme de violență	22
3. Considerații generale cu privire la documentarea violenței în bază de gen	23
3.1. Cadrul de colectare a datelor și de coordonare a documentării	23
3.2. Unitățile de documentare și măsurare	26
3.3. Recomandări pentru documentarea cazurilor de violență în bază de gen	27
3.4. Informațiile necesare pentru documentarea cazurilor de violență în bază de gen	29
4. Cadrul de evaluare a traumei în documentarea violenței în bază de gen	32
4.1. Factorii care pot diminua sau agrava impactul violenței	33
4.2. Examinarea medicală a victimelor diferitor forme de violență	34
4.3. Constatări sau dovezi medicale	35
4.4. Dovezi fizice ale diferitor forme de violență	39
4.5. Particularități ale examinării medicale a victimelor diferitor forme de violență	40
4.6. Evaluarea psihologică a diferitor forme de violență	41
4.7. Instrumente de evaluare și măsurare a traumei	43
5. Abordarea centrată pe victimă și abordarea centrată pe traumă în colectarea datelor	48
5.1. Trauma și violența în familie	51
5.2. Construirea unei practici informate despre traume	52
5.3. Nevoile complexe ale supraviețuitorilor diferitor traume	54
5.4. Sprijinul și reabilitarea victimelor diferitor forme de violență	54

6. Concluzii și recomandări	56
Recomandări	58
7. Referințe bibliografice	59
8. Linkuri utile	61
9. Anexe	62
9.1. Anexa 1. Glosar. Noțiuni și termeni-cheie privind violența în bază de gen	62
9.2. Anexa 2. Lista de abrevieri privind violența în bază de gen	76
9.3. Anexa 3. Definiții ale violenței în bază de gen prin prisma cadrului legal internațional	77
9.4. Anexa 4. Cadrul legal pentru colectarea datelor și coordonarea documentării	81
9.5. Anexa 5. Cercul violenței	86
9.6. Anexa 6. Erori posibile în cadrul interviurilor sau al audierii victimelor	90
Abrevieri	90

[1.] INTRODUCERE

1.1. SCOPUL ȘI UTILITATEA GHIDULUI

Scopul unui ghid practic pentru documentarea violenței în bază de gen și măsurarea consecințelor traumelor suferite este de a contribui la îmbunătățirea serviciilor, la facilitarea accesului victimelor la justiție și la combaterea fenomenului prin:

- 1) sporirea cunoștințelor specialiștilor din diferite domenii și îmbunătățirea practicilor pe care se bazează serviciile oferite victimelor;
- 2) evaluarea nevoilor victimelor, îmbunătățirea serviciilor oferite, crearea serviciilor noi de protecție și asistență;
- 3) evaluarea nevoilor și dezvoltarea serviciilor pentru agresori;
- 4) colectarea datelor referitoare la violența în bază de gen pentru:
 - a) elaborarea politicilor publice;
 - b) elaborarea rapoartelor statistice comprehensive;
 - c) organizarea dezbaterilor, discuțiilor publice cu privire la fenomen, nevoile victimelor și aspectele legate de agresori.

Fiind axat pe o abordare centrată pe victimă și pe traumă, **acest ghid este destinat:**

- 1) specialiștilor din diferite domenii – medici, psihologi, asistenți sociali, juriști, care oferă servicii victimelor violenței în bază de gen;
- 2) membrilor echipelor multidisciplinare teritoriale;
- 3) consilierilor de probațiune, care lucrează atât cu agresorii, cât și cu victimele;
- 4) reprezentanților instituțiilor de stat de la diferite niveluri – autorități publice locale (APL) și centrale (APC), implicați atât în implementarea, cât și în elaborarea de politici;
- 5) instituții de învățământ care pregătesc cadre și/sau asigură instruirea continuă a specialiștilor din diferite domenii – medici, psihologi, asistenți sociali, juriști.

Ghidul **Documentarea violenței în bază de gen** oferă specialiștilor din diferite domenii:

- a) informație mai amplă despre documentarea comprehensivă a cazurilor de violență, care afectează toate domeniile vieții victimei – fizic, mintal, spiritual, economic, social, cultural;
- b) o nouă gândire și abordare a conceptului de documentare a cazurilor de violență în bază de gen, în funcție de scop, de traumele suferite, de consecințele și de nevoile victimelor;
- c) metode și instrumente de documentare și măsurare (evaluare, estimare) a violenței, în special a consecințelor individuale ale acestui fenomen distructiv pentru persoane aparte, dar și pentru familii și societate.

Pe de altă parte, ghidul oferă instituțiilor de învățământ, care pregătesc cadre sau asigură instruirea continuă, o viziune nouă și mai largă cu privire la violența în bază de gen, în special în ceea ce ține de centrarea pe victime și pe traume sau de abordarea interdisciplinară în asistența și documentarea cazurilor.

Astfel, acest ghid vine să completeze cadrul informațional și metodic existent și să sprijine inițiativele de îmbunătățire a situației cu privire la violența în bază de gen în Republica Moldova.

1.2. CADRUL CONCEPTUAL ȘI METODOLOGIA DE ELABORARE A GHIDULUI

Ghidul de față reprezintă rezultatul unei analize a experienței naționale și internaționale în domeniul documentării violenței în bază de gen, inclusiv a violenței în familie, prin prisma actelor normative în domeniul prevenirii și combaterii acestui fenomen și se bazează pe:

- a) experiența acumulată de ONG-uri² din Moldova în utilizarea Protocolului de la Istanbul;
- b) experiența de lucru a ONG-urilor cu diverse autorități publice centrale și locale, inclusiv cu echipele multidisciplinare teritoriale;
- c) informații din diverse surse locale și internaționale, preocupate de asistența victimelor și documentarea cazurilor;
- d) prevederile articolului 11 al Convenției de la Istanbul, care stipulează cerințele față de colectarea și cercetarea datelor privind violența împotriva femeilor și violența în familie.

Prezentul ghid abordează problema documentării violenței și prin prisma Protocolului de la Istanbul³, care este un manual de investigare și documentare a torturii, din motiv că metodele, traumele și consecințele sunt similare și în cazurile de violență în bază de gen.

Abordarea centrată pe victime⁴, care a devenit o tendință nouă în instituțiile și instrumentele internaționale, este explicată și promovată în acest ghid alături de **abordarea centrată pe traume** și pe efectele distructive ale violenței asupra fizicului și psihicului uman.

Acest ghid conține definiții, referințe la colectarea datelor, la acțiuni și instrumente pentru măsurarea și documentarea traumei, precum și a consecințelor diferitor forme de violență.

De asemenea, se vor aborda nuanțele necesare pentru cadrul de măsurare (evaluare, documentare), pentru a lua în considerare particularitățile fiecărui caz în parte și aspecte legate de violență, ca fenomen. Sursele principale de informații sunt indicate în subsolul textului ca referință, precum și în bibliografia utilizată sau în linkurile utile de la finele documentului.

Pentru a oferi informație suplimentară specialiștilor din diferite domenii, ghidul este completat cu șase anexe, după cum urmează:

- Anexa 1. Glosar. Noțiuni și termeni-cheie privind violența în bază de gen;
- Anexa 2. Lista de abrevieri privind violența în bază de gen;
- Anexa 3. Definiții ale violenței în bază de gen prin prisma cadrului legal internațional;
- Anexa 4. Cadrul legal pentru colectarea datelor și coordonarea documentării;
- Anexa 5. Cercul violenței;
- Anexa 6. Erori posibile în cadrul interviurilor sau al audierii victimelor pentru documentarea cazurilor.

1.3. CONTEXTUL ȚĂRII

În ultimele decenii, violența în bază de gen și violența în familie au luat amploare în Republica Moldova și problemele generate de aceste fenomene ar trebui să fie menținute pe agenda instituțiilor naționale până la eradicarea lor și ameliorarea situației victimelor.

² În special, experiența RCTV „Memoria” și a Asociației „Promo-LEX” în documentarea cazurilor și facilitarea accesului victimelor la justiție.

³ Protocolul de la Istanbul. Manual al ONU de investigare și documentare a torturii. Ediție în limba română, 2009.

⁴ Vezi Glosar, Anexa 1.

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 Ertürk⁵, 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.⁶

În ultimii ani, problemele violenței în bază de gen (și ale violenței în familie) din Republica Moldova au fost discutate în cadrul Evaluărilor Periodice Universale (2011, 2016), în cadrul audierii Republicii Moldova cu privire la implementarea Convenției ONU împotriva torturii (noiembrie 2017), precum și la toate sesiunile Dialogului Moldova – Uniunea Europeană în domeniul Drepturilor Omului, care au loc de două ori pe an.

În pofida constatărilor alarmante, a concluziilor formulate, a recomandărilor primite de către autorități și a unor eforturi întreprinse la nivel de stat, situația în ansamblu la nivel de comunități și a victimelor, în particular, rămâne aproape neschimbată. Serviciile de protecție și asistență a victimelor sunt insuficiente și ineficiente. Drepturile victimelor, garantate de legislație, încă rămân a fi doar pe hârtie. Accesul lor la justiție este încă limitat, inclusiv din cauza documentării ineficiente a cazurilor.

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) **colectarea** corectă, detaliată, multilaterală și comprehensivă a **datelor statistice**;
- d) **identificarea ariilor** care au nevoie de acoperire și implicare a specialiștilor care acordă servicii necesare victimelor și agresorilor;
- e) găsirea celor mai eficiente **măsuri de eradicare și prevenire a fenomenului**.

În 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 documentarea eficientă a violenței în bază de gen, prin abordarea comprehensivă și interdisciplinară a cazurilor.

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

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

[2.] VIOLENȚA ÎN BAZĂ DE GEN: DEFINIȚII, CAUZE ȘI CONSECINȚE

- ✓ Violența distruge vieți omenești, cauzează suferințe, care pot afecta persoanele implicate pentru tot restul vieții.
- ✓ Violența este o încălcare a drepturilor fundamentale ale omului, o cauză și o consecință a inegalității.
- ✓ Violența duce la degradarea sănătății fizice și mintale, iar trauma suferită poate afecta generații la rând, fiind transmisă inclusiv genetic de la părinți la copii.
- ✓ Violența are consecințe grave la nivel individual, familial, comunitar, dar poate avea repercusiuni și la nivel de societate, cu efecte vizibile asupra dezvoltării economice durabile.

2.1. 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 societății.⁷

Violența în bază de gen⁸, 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, uragane⁹).

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 toate culturile, poate apărea pe parcursul întregului ciclu de viață al unei femei și poate include diferite forme – de la amenințări și presiuni până la abuz sexual, violență, discriminare și exploatare.

7. 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>

8. 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>

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

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 intim.¹⁰

„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.”

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 bazată pe gen 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.¹²

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, fistule traumatice și riscuri mai mari de infecții cu transmitere sexuală (ITS) și HIV.”¹³

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.

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.

10. 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].

11. 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>

12. 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>

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

2.2. VIOLENȚA ÎN BAZĂ DE GEN ȘI CICLUL DE VIAȚĂ

Violența împotriva fetelor și femeilor are loc în diferite etape din ciclul lor de viață.¹⁴ 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.

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; crime în numele onoarei; violență din partea partenerului intim; viol și hărțuire sexuală din partea unor bărbați cunoscuți (<i>inclusiv rude</i>) 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.

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 documentării 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.

14. WHO 2005, Integrating Poverty and Gender into Health Programmes: A Sourcebook for Health Professionals, p. 5–6.

2.3. COPILUL-MARTOR SAU COPILUL-VICTIMĂ COLATERALĂ

Copiii nu au de ales atunci când se nasc într-un anumit sistem familial, iar părinții ajung să-și negligeze copiii.

O familie în care violența are un grad ridicat sau persistent de manifestare poate deveni un *focar*¹⁵ 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, la care copilul nu participă ca actor și nu este victimă directă, ci doar asistă ca spectator la descărcările agresive (verbale sau fizice), organizează și declanșează indirect un comportament agresiv în structura afectivă a copilului. Mai mult, modelele familiale disfuncționale, inclusiv cele conflictuale și agresive, tind să se transmită transgenerațional 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, a se vedea Anexa 5 „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:
 - tulburări de anxietate¹⁶;
 - tulburări afective (depresie majoră, tulburare bipolară etc.);
 - tulburări de alimentație (anorexie¹⁷, bulimie¹⁸);
 - tulburări de comportament (tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate – ADHD, intenția suicidală etc.);
 - tulburările de personalitate (evitare, comportament antisocial, personalitate pasiv-agresivă, tulburări de personalitate de limită (borderline)¹⁹ etc.);
- b) 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;
- c) tulburări comportamentale (devin violenți, se dezorganizează sau se superorganizează, încercând să devină foarte buni sau aproape perfecți);
- d) tulburări de dezvoltare *psihosomatică* (depresie, stimă de sine scăzută etc.);
- e) 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.;

15. O noțiune importantă în documentarea fenomenului violenței.

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

17. 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.

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

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

- 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 violență ar trebui să beneficieze de o documentare adecvată 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 retraumatizare, inclusiv cele legate de procesele de judecată între părinți.

Evaluările psihologice repetate ale copilului, solicitate deseori de către instanță sau avocații părților, le pot cauza un prejudiciu enorm, cu retraumatizări profunde, care amplifică starea lor psihoemoțională precară, legată de stresul cronic și de tulburările posttraumatice.

2.4. CAUZE ȘI RĂDĂCINI ALE VIOLENȚEI ÎN BAZĂ DE GEN

Cauzele sau rădăcinile violenței în bază de gen, inclusiv ale violenței în familie²⁰, se pot diviza în două categorii: (A) individuale și (B) societale.

Cauzele individuale (A) sunt foarte relevante și necesită o abordare interdisciplinară și comprehensivă. Ele pot fi de două tipuri:

1) Cauze de fond:

- a) abuz de alcool și de alte substanțe;
- b) tulburări psihice (inclusiv posttraumatice);
- c) dorința (exagerată) de control;
- d) tulburări de personalitate;
- e) comportament agresiv (nu numai în familie, dar și în societate).

Un factor important este abuzul și traumele din copilărie. Riscul de aplicare a violenței și de abuz al unui tânăr care, la rândul său, a fost abuzat este ridicat. Abuzul devine un model al binelui sau o soluție pentru problemele sale psihologice, lipsuri sau relații eșuate. Comportamentul abuziv devine o obișnuință pentru agresori, deoarece:

- a) aduce soluții pentru prezent;
- b) are la bază controlul asupra celorlalți, ceea ce este un lucru dorit de către agresori;
- c) este admis, nepedepsit sau chiar susținut și deci îi învață că pot multiplica comportamentul abuziv, spre beneficiul lor.

2) Cauze imediate:

- a) stres acut sau cronic (nivelul de stres poate crește și ca urmare a schimbărilor majore de structură, apărute ca rezultat al parcurgerii ciclului vieții familiei);
- b) accese de furie (în special în cazurile persoanelor cu un autocontrol scăzut);
- c) depresie (care poate fi cauzată de diferiți factori sau de traume anterioare, inclusiv în cazul tulburărilor de stres posttraumatic);
- d) disperare (deseori legată de schimbări majore în viața persoanei sau în societate);
- e) accese de gelozie;
- f) lipsuri materiale, probleme economice, șomaj.

²⁰. American Academy of Experts in Traumatic stress, www.helpguide.org. Tina de Benedictis, Ph.D., Jaelline Jaffe, Jeanne Segal. Domestic Violence and Abuse: Types, Signs, Symptoms, Causes, and Effects [<http://www.aets.org/article144.htm>].

Cauzele societale (B), prin care se perpetuează comportamentul antisocial al agresorilor, pot fi legate de mai mulți factori și pot include:

- a) discriminarea femeilor (în familie, la locul de muncă, în politică etc.);
- b) stereotipuri societale, bazate pe sexualizarea socială, care favorizează bărbatul;
- c) promovarea modelului masculin de succes în societate;
- d) cadrul legal imperfect, care nu facilitează accesul victimelor la justiție;
- e) în multe cazuri, violența domestică nu se consideră o faptă cu potențial infracțional, dar adesea este considerată drept o „dispută în familie”, în care nimeni nu trebuie să se implice;
- f) lipsa sau insuficiența serviciilor de reabilitare și de sprijin al victimelor;
- g) lipsa sau insuficiența cunoștințelor și abilităților diferitor specialiști în domeniul traumei și al documentării consecințelor violenței;
- h) instanțele nu au un răspuns ferm pentru agresori, iar procesele de judecată pot dura în timp, astfel încât agresorilor rareori li se impun sancțiuni economice severe ori privarea de libertate;
- i) comunitatea tolerează agresorii, căutând adesea explicații/justificări pentru ei, cu învinovățirea femeii (victimelor);
- j) toleranța față de violență, grație normelor care legitimează utilizarea forței fizice ca mijloc de educație;
- k) comunitatea poate considera că abuzul este o parte a relației („când e bine, când e rău”/„rău cu rău, dar e mai rău fără de rău”);
- l) implicarea negativă/abuzivă în relația de familie a altor membri ai comunității, a rudelor (cumnați, socri), care induc tensiune și generează conflicte, prin acțiuni distructive din motive de gelozie, invidie, răzbunare etc.;
- m) insistența comunității (consilieri, biserică, rude etc.) ca să ofere o a doua șansă spre a se reface relația sau spre a menține familia, „în interesul copiilor”;
- n) inechitatea socială și dependența financiară a femeilor, care nu pot munci din cauza nevoii de îngrijire a copiilor. Această situație este agravată și din cauza insuficienței/lipsei sau a calității slabe a serviciilor de îngrijire a copiilor (cum ar fi: creșe, grădinițe, centre de zi pentru copii cu dizabilități etc.);
- o) lipsa unei culturi a comunicării asertive în societate și incapacitatea de gestionare a conflictelor;
- p) lipsa serviciilor de consiliere familială la nivel de centre raionale, sate (lipsă de psihologi sau pregătirea insuficientă a acestora pentru asemenea tip de servicii);
- q) educația precară în domeniul prevenirii abuzului și violenței.

Ținând seama de caracteristicile sistemelor familiale și sociale, Straus (1991)²¹ a prezentat cinci factori care pot determina rate ridicate ale violenței în familie:

- 1) conflicte intrafamiliale – aceleași elemente care contribuie la intimitate și la afecțiune între membrii familiei pot determina și declanșarea conflictului;
- 2) dominația bărbatului în familie și în societate – soțul este capul familiei și reprezintă un element dominant în familie și în societate, iar factorul decisiv în rezolvarea conflictelor este forța fizică și/sau presiunea psihologică;
- 3) normele culturale care permit violența în familie – părinții au drepturi legale, adesea obligația morală, să-și lovească copiii în scopuri educative;
- 4) socializarea familiei în violență – experiența prematură a copiilor care au crescut în condiții de violență între părinți oferă modele de rol și un scenariu specific în antrenarea episoadelor violente viitoare;
- 5) prezența violenței în societate – violența socială (care include acte de violență acceptate de societate, precum și contaminarea canalelor din mass-media) furnizează modele care sunt preluate la nivelul microstructurilor sociale, creând astfel un cerc vicios al violenței, în care se evidențiază un model circular.

21. Murray Straus, Richard J. Gelles. Physical violence in American families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families. New Brunswick, New Jersey, 1990.

În ultimele decenii, cercetările asupra violenței în familie s-au concentrat asupra următorilor factori:

- a) modalitățile prin care se poate asigura creșterea conștientizării aspectelor implicate în problematica violenței;
- b) identificarea condițiilor interne și externe ale familiei, ce determină sau facilitează dezvoltarea sau stoparea violenței;
- c) înscrierea violenței asupra femeilor în registrul problemelor sociale;
- d) inserarea sancțiunilor pentru agresori în legislațiile din multe state ale lumii.

Cu toate acestea, modernitatea și condiția urbană au generat noi forme de violență și au provocat schimbări la nivelul valorilor și aspirațiilor indivizilor. Conflictele datorate sărăciei, dar și lipsei de educație și de informație generează contexte de viață privată în care violența este un comportament tolerat, chiar acceptat, acesta fiind învățat de copii și reprodus ca modalitate esențială, frecventă și normală de comportament interpersonal.

2.5. CONSECINȚELE ȘI EFECTELE MALTRATĂRII ȘI VIOLENȚEI

În funcție de formele de abuz, efectele pot fi diferite. În corelare cu aceste efecte, metodele de violență și abuz pot fi repartizate în câteva categorii mari:

- 1) acțiuni care provoacă durere puternică și chinuitoare;
- 2) acțiuni care cauzează frică intensă și/sau moartea imediată;
- 3) acțiuni care pot duce la epuizare extremă sau completă;
- 4) acțiuni care pot cauza schilodire sau invaliditate pe viață.

Consecințele fizice sunt urmările directe ale atacurilor și violenței fizice (inclusiv traumatisme, fracturi, contuzii, plăgi, anchilozel), care pot fi identificate și documentate. 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 psihologice ale violenței sunt răspunsurile psihoemoționale la evenimentele traumatice suferite, însoțite și de reacții fiziologice. Ele se manifestă în toate sferele psihicului (cum ar fi sfera cognitivă, afectivă, comportamentală, relațională) și pot fi imediate sau tardive.

Consecințele psihologice imediate includ:

Efectele cognitive, manifestate prin:

- a) *sindromul mental acut* (victima poate deveni confuză, dezorientată, se concentrează cu greu, nu poate utiliza experiența precedentă, poate fi în dependență deplină de agresor);
- b) *pierderea simțului realității* (prin intermediul întrebărilor și situațiilor contradictorii, lumea interioară a victimei este transformată rapid într-un haos; persoana este adusă la starea de a crede că și-a pierdut controlul asupra sa, devine confuză, apare frica de a-și pierde rațiunea).

Efectele emoționale și reacțiile psihologice, manifestate prin:

- a) stări de anxietate, teamă, frică, neliniște permanentă, vigilență exagerată, sentimente de pericol iminent;
- b) stări de depresie, 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 umilire 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:

- a) **simptome cognitive:** dificultăți de concentrare a atenției și de memorizare; amnezie psihogenă (incapacitatea de a-și aminti unele aspecte importante ale traumei); lipsa integrării cognitive a evenimentului traumatic; perceperea și interpretarea unor situații neutre sau inofensive ca pe un pericol potențial);
- b) **simptome afective,** cum ar fi: stări de iritabilitate, ajungând până la accese de furie; disconfort intens la confruntarea cu evenimente asociate cu experiența traumatică; stări de anxietate, incapacitatea de a se relaxa; reducerea gamei reacțiilor emoționale, anestezie emoțională, diminuarea capacității de răspuns afectiv; labilitate emoțională; dispoziție depresivă, tristețe; sentimente de culpabilitate și vinovăție. 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;
- c) **manifestări comportamentale:** evitarea situațiilor care determină rememorarea evenimentelor traumatice; scăderea interesului față de activități importante și sarcini zilnice; schimbări ale stilului de viață sau ale locuinței; călătorii neașteptate departe de casă sau asumarea unor identități noi; impulsivitate și episoade de agresivitate imprevizibilă; abuz de substanțe psihoactive; tentative de autovătămare corporală;
- d) **simptome din sfera relațională:** detașare, înstrăinare și izolare de alte persoane; deteriorarea relațiilor cu cei apropiați; afectarea capacității de exprimare a sentimentelor de tandrețe și intimitate; evitarea unor dezvăluiri personale determinate de lipsa de încredere în alte persoane și/sau de teama de a fi respins. Persoana se simte amărâtă, împietrită, evită relațiile emoționale cu alți oameni. Ea are o aparență rece, distantă, lipsită de afecțiune. În acest context, relatările membrilor familiei, ale prietenilor, ale colegilor de serviciu ajută la stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice;
- e) **reacții fiziologice,** cum ar fi: dificultăți la instalarea sau menținerea somnului, tremur muscular, transpirații, ascensiuni ale tensiunii arteriale, accelerarea frecvenței ritmului cardiac și respirator, diminuarea secreției salivare (xerostomie/gură uscată).

Tulburarea de stres posttraumatic²² (TSPT) este una dintre cele mai complexe și mai severe tulburări legate de traumă. Abia în 1980 a fost recunoscut faptul că evenimentul traumatic poate genera efecte pe termen lung. În mod tipic, când este vorba de anxietate, persoana se teme de ceva. Frica este o emoție normală, care ne pregătește pentru a face față pericolului.

Dificultățile apar atunci când oamenii simt frica 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?

Substratul neuroendocrinologic al TSPT:

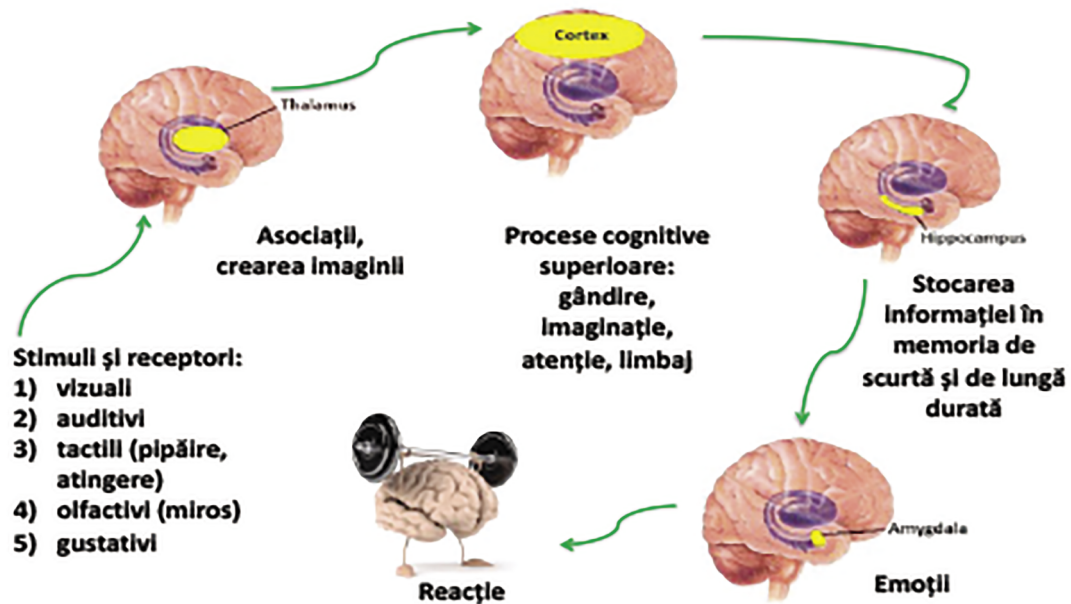
Trauma determină modificări biochimice în creierul și în corpul persoanei afectate. Există un set distinct de modificări la nivelul hipotalamo-hipofizar și la nivel de neuromediatori.

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.

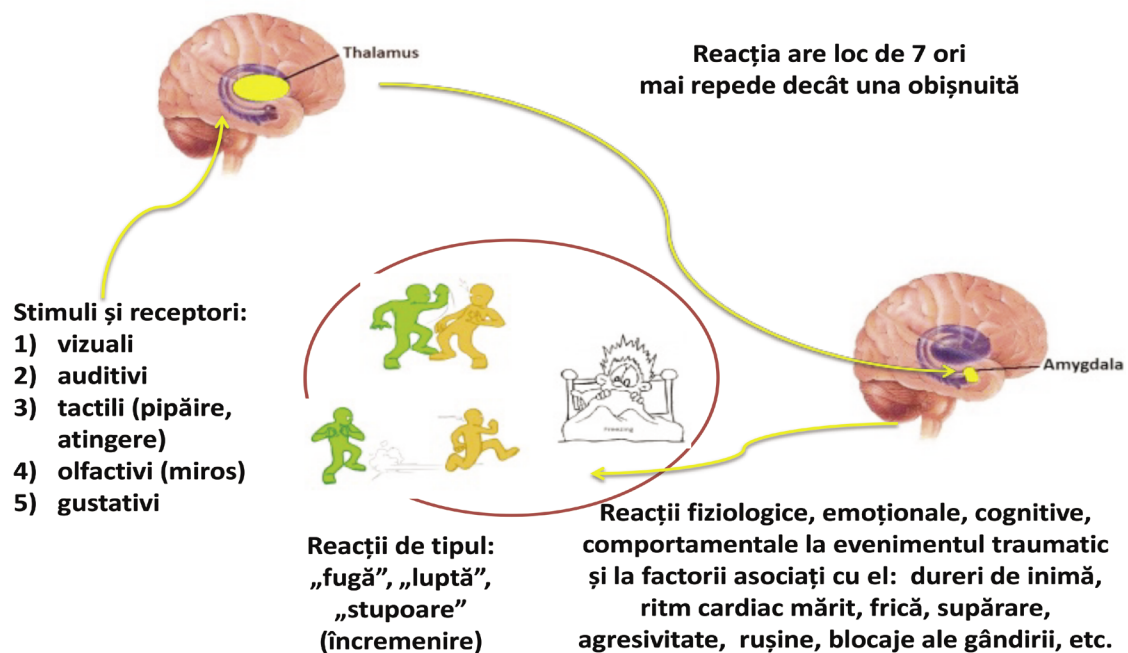
În timpul reacțiilor de frică, stimulii senzoriali, ajungând la amigdală, formează asocieri cu evenimentul traumatizant. Ulterior sinapsele afectate reacționează automat la orice stimul pe care persoana îl asociază cu trauma. Aceste căi pot persista mult timp după eveniment, determinând persoana să fie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

22. În engleză PTSD (Post Traumatic Stress Disorder).

În schemele de mai jos²³ 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.



Schema 1: Reacția obișnuită la un stimul extern



Schema 2: Reacția posttraumatică la un stimul extern

23. Create de către echipa CRVT „Memoria” în cadrul proiectului PATH, implementat de către CVT – <https://www.cvt.org/partners-trauma-healing>

2.6. CONSECINȚELE SOCIALE ALE VIOLENȚEI

Deoarece ființa umană este construită pe patru dimensiuni mari: *biopsihosocioculturală*, orice problemă de adaptare apărută în urma traumelor suferite poate afecta toate aceste dimensiuni, în proporție variabilă.

Violența domestică este o problemă de sănătate a persoanei, dar este în același timp și o problemă de sănătate socială (Stark, Flitcraft, 1996).

Toate tipurile de servicii psihosociale: *caritate, prevenire, reabilitare, sprijin* (Hartman, Laird, 1983) funcționează și sunt incluse primordial în planul de intervenție într-un caz, în funcție de nevoile victimelor, dar și de resursele comunității.

Într-o comunitate lipsită de servicii comprehensive de prevenire a violenței și de sprijin al victimelor, adaptate situației ca urmare a cunoașterii importanței și a gravității fenomenului, vor funcționa serviciile de caritate și cele nespecifice de reabilitare, cum ar fi serviciile medicale generale.

- a) *Serviciile de caritate* au la bază compasiunea umană, empatia și dorința de a veni în ajutor.
- b) *Serviciile de reabilitare* acționează prin acordarea asistenței medicale, psihologice, sociale și juridice victimelor violenței în familie.
- c) *Serviciile de suport* sunt rețele de sprijin care se constituie în jurul victimei pentru a o asista în procesul de reabilitare. Rețelele de sprijin pot fi formate din: rude, prieteni, colegi, profesioniști din diferite domenii, care sunt preocupați de violența în bază de gen.
- d) *Serviciile de prevenire* sunt proiecte și programe elaborate în sprijinul victimelor violenței în familie.

Pentru documentarea eficientă a cazurilor, este important de conștientizat că în urma actului de violență trăit, în viața victimelor survin schimbări majore sub mai multe aspecte.

La nivel social:

- 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).

La nivel educațional:

- 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).

La nivel personal:

- a) neîncrederea în propria persoană, anxietate, fobii, suspiciune;
- b) sentiment de inutilitate și teama de a nu poate 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.

În relația cu partenerul, copiii și familia, 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 pot fi 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 evenimentele traumatice 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 și documentare a cazurilor de violență în bază de gen.

2.7. FACTORII CARE POT INFLUENȚA CONSECINȚELE DIFERITOR FORME DE VIOLENȚĂ

Răspunsul la traumă este diferit, individual și depinde de mai mulți factori, care trebuie recunoscuți și înregistrați în procesul de identificare și documentare a cazurilor de violență. Analiza acestor factori permite evaluarea profunzimii traumei complexe și extreme, cauzate de violență, pentru a elabora programe eficiente de asistență imediată a victimei sau de reabilitare comprehensivă, care poate dura mai mult timp.

Luând în considerare aceste detalii, înțelegem mai bine cum să abordăm problemele victimelor și cum să elaborăm strategia de reabilitare.

Analiza acestor factori poate fi utilă și în pronosticul evoluției simptomelor posttraumatice, ceea ce este foarte important în calcularea compensațiilor pentru prejudiciul cauzat.

Pe de altă parte, cunoașterea și documentarea factorilor permit autorităților o înțelegere mai profundă a fenomenului, pentru a iniția activități eficiente de combatere și prevenire.

[3.] CONSIDERAȚII GENERALE CU PRIVIRE LA DOCUMENTAREA VIOLENȚEI ÎN BAZĂ DE GEN

3.1. CADRUL DE COLECTARE A DATELOR ȘI DE COORDONARE A DOCUMENTĂRII

Principiile de documentare și tipologia formelor de violență propuse în acest ghid practic se bazează pe cadrul legal național, dar și pe instrumente juridice internaționale. Acestea includ: Declarația ONU privind eliminarea violenței împotriva femeilor (DEVAW)²⁴, Convenția ONU privind eliminarea discriminării împotriva femeilor (CEDAW)²⁵, precum și Convenția de la Istanbul²⁶ – Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice.

(Pentru mai multe detalii cu privire la definiții și abordări în cadrul legal național și internațional, a se vedea Anexa 3: „Definiții ale violenței în bază de gen prin prisma cadrului legal internațional” și Anexa 4: „Cadrul legal pentru colectarea datelor și coordonarea documentării”.)

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.

Documentarea violenței în bază de gen este un proces interdisciplinar și continuu de colectare și procesare a datelor și a diferitor informații relevante, cu evaluarea impactului asupra victimelor și a societății.

Documentarea violenței ar trebui efectuată *de către profesioniști bine instruiți*, care activează la nivel de comunitate și interacționează direct cu victimele. Procesul de documentare include:

- a) colectarea datelor (din surse relevante, cum ar fi: mărturii ale victimelor, dosare medicale, dosare de la poliție, de la asistenții sociali etc.);
- b) selectarea informațiilor în funcție de necesitățile victimei și de scopul documentării (de exemplu: pentru tratament sau acces la justiție);
- c) corelarea (cu alte informații obținute de la victime sau din alte surse; cu traumele suferite și prejudiciile cauzate);
- d) înregistrarea datelor (în dosare, registre, baze de date, statistici);
- e) organizarea informațiilor acumulate (dosare, baze de date, statistici, rapoarte etc.);
- f) sintetizarea (pentru rapoarte de evaluare și constatare, statistici);

24. <https://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

25. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>

26. <https://rm.coe.int/168046253e>

- g) valorificarea informațiilor (pentru elaborarea planurilor de asistență; pentru pregătirea de rapoarte publice, dezbateri publice, proiecte de legi sau în alte scopuri);
- h) păstrarea datelor (în arhive ale instituțiilor de stat și/sau în arhivele prestatorilor de servicii).

Documentarea violenței în bază de gen trebuie să includă colectarea și procesarea datelor cu privire la următoarele aspecte:

- a) acțiunile de violență asupra unei persoane;
- b) consecințele (medicale și psihologice) imediate și tardive ale traumelor suferite;
- c) dimensiunea efectelor multiple și variate ale violenței asupra situației sociale și legale a victimei;
- d) măsurile întreprinse de către victimă și/sau apărătorii săi;
- e) acțiunile sau inacțiunile autorităților relevante în cazuri concrete;
- f) serviciile oferite victimelor și impactul acestora asupra sănătății fizice și mintale, precum și asupra calității vieții victimelor și a membrilor familiilor lor.

În practică încă este răspândită tendința de a „medicaliza” diferite acțiuni de violență, ceea ce poate conduce la „uniformizarea și tipizarea” cazurilor, la focalizarea doar pe leziunile corporale vizibile, precum și la ignorarea altor nevoi particulare ale victimelor.

„A medicaliza această problemă înseamnă a o pune într-un vocabular medical și a încuraja victimele să «abandoneze descrierea» autentică a problemei lor, ca să facă pe placul personalului medical care acceptă un caz în măsura în care acesta este descris în termenii suferinței medicale, cum ar fi descrierea simptomelor (Shumway, 1989). Aceasta face să se reducă problema violenței în familie doar la experiența suferinței corporale.”²⁷

Indiferent de scop, cadrul de colectare a datelor cu privire la violența în bază de gen ar trebui să abordeze două aspecte esențiale ale dimensiunii violenței și genului²⁸:

- 1) *ce este violența*: definiție, praguri și măsuri de gravitate, unități de măsură și alte detalii specifice pentru identificare și documentare;
- 2) *ce este genul*: sexul victimei și al făptuitorului și alte dimensiuni ale genului, cum ar fi trăsături și comportamente așteptate de către societate, inclusiv relația dintre făptuitor și victimă și alte aspecte care au o conotație din motive de gen.

Datele colectate la nivel local și național trebuie să fie relevante și coordonate. Acest lucru este cel mai bine realizat atunci când criteriile după care sunt colectate datele sunt aceleași și utilizate la fel de către toate agențiile, actorii și instituțiile care depun eforturi pentru asistența victimelor și prevenirea violenței.

Criteriile utilizate în cadrul de măsurare și documentare a violenței în bază de gen ar trebui să corespundă celor din cadrul conceptual, în care sunt dezvoltate politicile și intervențiile agențiilor publice. ***Aceasta înseamnă că cei care colectează date administrative, de anchetă (investigare) sau pentru elaborarea planurilor de asistență ar trebui să utilizeze aceleași definiții și aceleași unități de măsură.*** În etapa actuală, această abordare nu este o practică comună și continuă atât în Republica Moldova, cât și în alte țări, deoarece colectarea datelor a fost dezvoltată mai degrabă în scopuri specifice decât ca ***parte a unui sistem integrat destinat prevenirii violenței***, așa cum ar trebui să fie.

27. Radu Vrsti. Evaluarea și intervenția în crizele date de violența familială. Ghid practic de intervenție în criză. <http://www.vrasti.org/Ghid%20Practic%20de%20Interventie%20in%20Criza.pdf>

28. Sylvia Walby and others. The concept and measurement of violence against women and men, 2017. University of Bristol, p. 12.

Din exemplul diferitor țări, autoritățile cum ar fi poliția colectează date relevante pentru poliție (anchete), în timp ce cadrele didactice efectuează cercetări folosind criterii relevante pentru teoriile lor. În prezent, este necesară cooperarea între autorități pentru a construi un cadru unic de documentare, care ar permite colectarea datelor relevante în scop mai larg, pentru a susține victimele, a diminua amploarea fenomenului și a pune capăt violenței.

Dezvoltarea *unui cadru comun de colectare a datelor* necesită identificarea unui set coerent de principii, care să ia în considerare variațiile între formele de violență și prioritățile din domeniile politicilor publice. Este necesar să se găsească echilibrul adecvat dintre coerența bazată pe principii și variația bazată pe practicile din viața reală.

Un set esențial de criterii și principii pentru colectarea datelor ar trebui să se bazeze pe cadrul legal internațional (în special instrumentele ONU) privind violența în bază de gen și să ia în considerare cel puțin trei abordări de gen²⁹:

- 1) *universalismul*, care poate duce la invizibilitatea de gen;
- 2) *accentul pe femei*, în care violența împotriva femeilor este privită ca o încălcare a drepturilor omului;
- 3) *integrarea dimensiunii de gen*, în care violența este înțeleasă ca o formă de discriminare în bază de gen.

Documentarea violenței în bază de gen (inclusiv a cazurilor concrete) și colectarea datelor statistice ar trebui să fie efectuate atât prin intermediul unor formulare administrative, cât și prin formulare de anchetă, interviuri, chestionare, teste, fișe medicale sau alte tipuri de dosare, care pot fi completate de specialiști din diverse domenii de activitate, care lucrează cu victimele sau cu agresorii.

Cercetările în baza datelor colectate trebuie să fie efectuate pentru mai multe scopuri, inclusiv:

- a) elaborarea unor modele comprehensive de asistență medicală și psihosocială a victimelor;
- b) facilitarea accesului victimelor la justiție;
- c) elaborarea metodelor de lucru cu agresorii;
- d) identificarea cauzelor și factorilor de răspândire a violenței;
- e) studierea consecințelor violenței (individuale și colective);
- f) identificarea metodelor de combatere și prevenire a fenomenului.

La diferite niveluri, colectarea datelor trebuie să fie **coordonată** în așa mod, încât să răspundă diferitor nevoi și probleme legate de:

- 1) asistența victimelor prin oferirea de servicii medicale, psihologice, sociale și juridice;
- 2) diminuarea consecințelor și pierderilor suferite de către victime;
- 3) prevenirea și combaterea fenomenului violenței în bază de gen.

Coordonarea este necesară pentru a asigura elaborarea unui cadru de măsurare coerent pentru violența în bază de gen (împotriva femeilor, dar și a bărbaților), cu includerea indicatorilor și colectarea de date coerente. Coordonarea include:

- 1) **instituții**, care să coordoneze circuitul de informații la nivel național sau între țări și organizațiile internaționale; care să monitorizeze, să reflecte și să îmbunătățească procesele de colectare a datelor; să negocieze compromisurile dintre agențiile necesare pentru a trece la un singur cadru de măsurare și pentru a asigura punerea în aplicare a politicilor și implementarea măsurilor eficiente;
- 2) **indicatori**, pentru a rezuma statisticile complicate în cifre ușor de întreținut, care să facă progresul comparativ;

29. Sylvia Walby and others. The concept and measurement of violence against women and men, 2017. University of Bristol.

- 3) **colectarea datelor**, care să furnizeze informații relevante, coerente și cercetări care să atingă standarde de calitate recunoscute;
- 4) **prelucrarea datelor**, pentru procesarea cifrelor brute în statistici și indicatori conveniți;
- 5) **corelarea datelor**, ca să se asigure că este posibilă legarea, inserarea datelor din diferite surse, menținând în același timp protecția datelor cu caracter personal;
- 6) **protecția datelor**, ca să se asigure că datele referitoare la victimele individuale rămân sub controlul lor și că fac obiectul protecției datelor cu caracter personal și a drepturilor de confidențialitate a datelor;
- 7) **disponibilitatea pentru public**, ca să prezinte statistici și indicatori publicului, factorilor de decizie politică și cercetătorilor într-un mod care să fie în timp util, ușor de înțeles și accesibil;
- 8) **programe de cercetare**, pentru îmbunătățirea calității colectării și utilizării datelor; pentru a sprijini dezvoltarea teoretică și a politicilor din domeniu.

3.2. UNITĂȚILE DE DOCUMENTARE ȘI MĂSURARE

Pentru o documentare mai eficientă, toate formele violenței ar trebui să fie analizate în raport cu trei caracteristici de bază: (1) **severitatea (gravitatea)**, (2) **repetarea (frecvența)** și (3) **durata**.

Acestea se aplică separat, atât: a) **acțiunilor făptuitorului**, cât și b) **daunelor suferite** de către victimă.

(1) Severitatea (gravitatea) acțiunii este aliniată sau proporțională cu prejudiciul cauzat victimei. În special, aceasta este legată de gen, astfel tinde să producă daune mai grave atunci când violența este cauzată de un bărbat. Violența letală este mai bine documentată decât violența non-letală, iar consecințele fizice sunt mult mai măsurate (documentate) decât cele non-fizice.

Gravitatea violenței este afectată de: a) **intenția făptuitorului**, indiferent dacă este premeditată sau nu; b) **motivație** (de exemplu, motivată de ură sau de gen); c) **fierbinteala momentului**, acțiune nechibzuită sau accidentală.

(2) Repetarea (frecvența) este o particularitate a violenței în familie (și, prin urmare, a violenței comise împotriva femeilor) și a formelor de amenințare și de coerciție (constrângere), care se acumulează pentru a constitui violență; este mai puțin probabil ca violența comisă de persoane străine să fie repetată și, prin urmare, repetarea este o caracteristică importantă a crimei violente împotriva femeilor. Repetarea înseamnă o acumulare de prejudicii cu o frecvență înaltă, cauzată victimelor. În documentarea violenței, actele repetate ar trebui să fie luate în considerare, pentru a se asigura ca această caracteristică distinctă de gen a unor forme de violență să nu fie ignorată și ar trebui inclusă în conceptul de violență. Pe de altă parte, repetarea este caracteristica definitorie a persecutării (urmăririi) și a hărțuirii.

(3) Durata acțiunii poate lua forma unor incidente de violență discrete și repetate, iar prejudiciul poate fi trăit ca o stare de frică continuă. Această lipsă de aliniere a temporalității pentru făptuitor și victimă reprezintă provocări pentru un cadru de măsurare, dar durata acțiunii este importantă pentru documentarea consecințelor suferite de către victimă.

Problemele de repetare și de durată trebuie să fie discutate în contextul violenței (inclusiv al celei domestice) în legătură cu conceptele unui „control coercitiv” și „continuu”. Cadrul de măsurare trebuie să includă numărarea repetărilor, în pofida duratei diferite a acțiunilor agresorilor.

Din variațiile enumerate mai sus, apar variații ale tipului de violență în ceea ce privește *natura, gravitatea, durata și repetarea acțiunilor făptuitorului și daunele suferite de către victimă*. Acestea tind să se înscrie în formele de violență recunoscute în drept ca fiind *diferite infracțiuni*.

Documentarea și măsurarea violenței și a consecințelor sale necesită identificarea **unităților de măsură** relevante, care se referă la **evenimente, victime și făptași**. În timp ce convențional există o ipoteză a unui făptuitor și a unei victime pentru fiecare eveniment, în practică acestea nu sunt atât de simplu aliniate. Excepție ar fi în cazul violenței domestice, în care există mai multe evenimente legate de un făptuitor asupra unei victime. Dar întotdeauna este important să se asigure că documentarea și măsurarea violenței utilizează toate cele trei unități: evenimente, victime și făptași.

Cele mai multe servicii și majoritatea mecanismelor de colectare a datelor folosesc, de regulă, una dintre aceste trei unități, pe când abordarea corectă a documentării violenței bazate pe gen necesită folosirea tuturor unităților. Utilizarea și documentarea unei unități nu este un supleant pentru celelalte; toate cele trei unități sunt necesare, deoarece captează aspecte distincte ale procesului de violență.

Dacă se dorește mobilizarea cu succes a tuturor serviciilor publice relevante, va trebui să existe o coordonare mai bună și o compatibilitate mai mare între unitățile de măsură utilizate. De exemplu, dacă trebuie să existe informații disponibile în mod constant (sau care ar trebui să fie discutate în scurt timp) cu privire la ratele de condamnare, acestea necesită aceeași unitate de măsură pe tot parcursul sistemului de justiție penală.

În acest sens, există două abordări:

- prima este de a afirma dominanța uneia dintre cele trei categorii (cum ar fi făptașii/agresorii);
- a doua abordare implică colectarea de informații care ar cuprinde toate cele trei unități de măsură, ce se referă la evenimente, victime și făptași.

Prima abordare ar fi dificil de realizat printr-o studiere unilaterală și tratare consensuală a problemei. Iar a doua abordare ar necesita o cooperare eficientă în jurul obiectivului comun – de a pune capăt violenței. Este interesant de observat că în practică, multe instituții și prestatori de servicii au adesea informații utilizând unități de măsură în formă narativă (cum ar fi cele din dosarele victimelor), chiar dacă nu includ aceste date în sistemele lor statistice.

Aceasta ar însemna că cea mai importantă provocare nu constă în organizarea unei noi forme de colectare de date, ci mai degrabă în *includerea informațiilor relevante în sistemele statistice existente*. De asemenea, anchetele și investigațiile ar trebui să colecteze informații despre *evenimente, victime și făptași* și să nu se limiteze numai la una sau două dintre aceste unități de măsură.

3.3. RECOMANDĂRI PENTRU DOCUMENTAREA CAZURILOR DE VIOLENȚĂ ÎN BAZĂ DE GEN

Recomandări pentru intervievarea victimelor

- 1) În procesul de intervievare a victimelor este necesar să se respecte în mod echilibrat două cerințe importante:
 - a) necesitatea obținerii unei informații logice, exacte și detaliate despre incident și
 - b) respectarea nevoilor particulare ale persoanei intervievate.
- 2) Este important să se identifice și să se înregistreze faptele care într-adevăr s-au întâmplat.
- 3) Fiecare interviu se evaluează și se documentează ca o mărturie unică.
- 4) Fiți pregătiți pentru faptul că interviul poate fi o sursă puternică de stres pentru ambele părți.
- 5) Consimțământul informat al persoanelor intervievate este foarte important.
- 6) Respectarea eticii profesionale este obligatorie.
- 7) Respectarea măsurilor de siguranță și de precauție pentru a evita crearea de riscuri inutile, inclusiv pentru propria persoană/organizație sau pentru persoanele intervievate.
- 8) Dacă este posibil, victimele pot fi adăpostite în centre specializate.

- 9) Sprijinirea și reabilitarea victimelor intervievate și a rudelor apropiate, care au trecut prin violență sau au fost martori (copii, părinți).
- 10) Activitatea preventivă, prin utilizarea informației primite în urma documentării cazurilor de violență.

La discutarea problemelor emoțional-traumatice, în timpul interviului:

- 1) Se vorbește cu atenție și se demonstrează respect pentru persoană, prin tonul sau limbajul comunicării folosite.
- 2) Se ține cont de particularitățile de gen, de vârstă, educație și de cele culturale, inclusiv de aspectele care sunt „tabu” într-o anumită cultură, comunitate etc.
- 3) Se permite persoanei să-și exprime trăirile personale în detaliu.
- 4) Se acceptă durerea și suferința persoanei, dar nu se creează impresia că i se pot acoperi toate nevoile sau se pot satisface toate cererile sale.
- 5) Nu se fac presiuni asupra victimei, dacă nu-și amintește unele detalii care vi se par importante.
- 6) Este mai bine să se efectueze câteva interviuri scurte decât unul lung și obositor.
- 7) Nu se întrerupe interviul prea brusc sau la un subiect dramatic (traumatizant). Chiar dacă este puțin timp la dispoziție sau părțile sunt obosite, se încearcă încheierea conversației pe un subiect pozitiv care ar încuraja/motiva victima să-și mobilizeze resursele interne și încrederea în sine.
- 8) Persoana intervievată se informează adecvat cu privire la posibilitatea de a obține asistență, inclusiv reabilitare și tratament. Se iau toate măsurile necesare și se oferă datele de contact ale instituțiilor relevante.

Măsurile necesare pentru a evita expunerea persoanelor la riscuri inutile:

- 1) Este necesară obținerea consimțământului victimei, în cunoștință de cauză.
- 2) Niciodată nu oferiți detalii și numele persoanelor care au depus mărturie cu privire la cazurile de violență sau maltratare fără consimțământul lor.
- 3) Evitați recunoașterea publică a persoanelor în calitate de sursă de informare.

Recomandări pentru asigurarea acurateței și a fiabilității informațiilor colectate care pot fi mai complete, corecte și relevante prin:

- 1) utilizarea întrebărilor exacte;
- 2) evitarea întrebărilor sugestive;
- 3) efectuarea în ordine cronologică a chestionării/interviului;
- 4) începerea interviului cu întrebări generale sau deschise;
- 5) luarea în considerare a contradicțiilor, care trebuie privite din perspective diferite;
- 6) colectarea documentelor justificative, a rapoartelor medicale și a informațiilor de la diferiți martori.

De asemenea:

- 7) este necesar să se observe modul de reacționare și comportamentul persoanelor intervievate;
- 8) este important să fie luate în calcul diferențele de gen, de vârstă sau cele culturale, precum și stările psihologice legate de traumele suferite;
- 9) nu se admite influențarea conținutului mărturiilor.

Recomandări cu privire la componentele informației calitative pentru documentarea cazurilor:

- 1) Sursa de informare: de unde au fost primite informațiile? Cine este sursa de informare?
- 2) Gradul de detaliere. Cu cât mai multe detalii puteți obține, cu atât aceasta îi va ajuta pe alții să înțeleagă mai bine ce s-a întâmplat.
- 3) Prezența sau absența unor contradicții. De exemplu, în cazul în care victima și alte persoane (cum ar fi un martor) au făcut declarații contradictorii, nu este exclus că ar putea fi și rezultatul amenințărilor din partea agresorului. Este important să se verifice toate informațiile.

- 4) Prezența sau absența elementelor care susțin sau pot să infirme declarația. Cu cât mai multe documente de sprijin vor fi oferite, cu atât mai probabil este să se constate ca elementele de probă să fie adevărate și acceptate de către instanțe.
- 5) Măsura în care informațiile confirmă violența în fiecare caz în parte.
- 6) Termenul de prescripție al informațiilor. Cu cât mai actuală este informația, cu atât mai ușor va fi pentru a investiga cazul de violență.

3.4. INFORMAȚIILE NECESARE PENTRU DOCUMENTAREA CAZURILOR DE VIOLENȚĂ ÎN BAZĂ DE GEN

Recomandările de mai jos sunt concepute pentru a obține cantitatea necesară de informații care trebuie colectate pentru o documentare mai detaliată a fenomenului violenței și a cazurilor distincte.

Cu toate acestea, recomandările ar trebui să fie utilizate în mod flexibil, în funcție de circumstanțele specifice fiecărui caz.

- 1) Este important ca interviul să nu fie centrat doar pe obținerea unui anumit număr de detalii, care pot fi inutile într-un caz particular. De asemenea, este important să nu trecem cu vederea alte detalii importante, a căror existență nici nu a fost bănuită.
- 2) Un alt aspect important căruia ar trebui să i se acorde atenție: atitudine binevoitoare și respect pentru persoana interviuată.
- 3) Nu tratați persoana numai ca pe o sursă de informare. În caz contrar, interviul se va transforma într-o formă de interogare, ceea ce este inacceptabil și poate fi retraumatizant pentru victimă.
- 4) În timpul conversației cu victimele, ghidați-vă de propria impresie despre gradul de claritate al mărturiilor.
- 5) Identificați dacă există aspecte pe care nu le cunoașteți sau acestea sunt neclare, confuze ori contradictorii. Însă în continuare ele trebuie clarificate, chiar dacă vor fi necesare mai multe sesiuni de consiliere și lucru în echipă.
- 6) Asigurați-vă că elementele de probă au logică. Prelucrarea lacunelor, a unor detalii scăpate din vedere și contradictorii, poate dezvălui elemente pe care nu v-ați gândit să le clarificați.
- 7) Când colectați informațiile, asigurați-vă că puteți menține contactul vizual cu persoana care se află în fața dumneavoastră, astfel încât să nu se simtă ignorată sau umilită, precum și să o ajutați să se concentreze.

Uneori este mult mai util și mai eficient să efectuați un interviu împreună cu un coleg/asistent, care va înregistra toate informațiile primite în timpul unui dialog sau al efectuării unui interviu structurat. În asemenea caz, contactul vizual cu victima va fi asigurat, ceea ce îi poate insufla încredere și o stare de siguranță.

- 8) Notițele efectuate ar trebui să ajute la acumularea probelor și restabilirea succesiunii evenimentelor, fără a lăsa vreo întrebare fără răspuns, în caz de documentare pentru accesul la justiție sau pentru elaborarea unui program de asistență și reabilitare.
- 9) Informațiile obținute trebuie să îndeplinească cerințele minime pentru o plângere în caz de violență sau de rele tratamente.
- 10) Prin toate faptele descrise și probele acumulate, ar trebui să se demonstreze că *victima a fost supusă sau riscă să fie supusă violenței de către unul sau mai mulți agresori.*

Ce tip de informații prezintă interes pentru documentarea violenței în bază de gen?

În procesul de colectare de informații, trebuie clarificat:

CINE a comis un act sau mai multe acte de violență?	CINE a fost subiectul maltratării fizice, psihice sau al altor forme de violență?
CE reprezintă maltratarea? (<i>formele de violență suferite</i>)	CÂND, UNDE, DE CE, CUM? (<i>detalii de context, severitate, durată, repetitivitate etc.</i>)

Care sunt detaliile necesare pentru a răspunde la aceste întrebări?**a) Identitatea făptuitorului (făptuitorilor)**

Pentru a stabili că încălcarea a avut loc, trebuie să se dovedească faptul că victima a fost maltrată de către unul sau mai mulți agresori, prin diverse forme de violență, care trebuie documentate minuțios.

Este important de stabilit identitatea făptuitorului (făptuitorilor) pentru *toate episoadele de violență* care au avut loc împotriva unei victime, deoarece, în multe cazuri, ea suferă de violență cauzată de diferite persoane pe parcursul vieții sale.

De asemenea, se impune documentarea reacțiilor funcționarilor de stat și a faptului dacă s-au luat măsuri corespunzătoare pentru a proteja victimele de abuzuri și violență.

b) Identitatea victimei (victimelor) include:

- 1) numele complet;
- 2) data nașterii/vârsta;
- 3) studiile/ocupația;
- 4) locul de trai sau de plasament temporar;
- 5) fotografia victimei (în lipsa unui document de identitate cu fotografie);
- 6) dovezile privind starea de sănătate a victimei, înainte și după acțiunile de violență la care a fost supusă: rapoarte medicale, mărturii, fotografii, expertize medico-legale și alte dovezi.

Rețineți: de regulă, o acțiune imediată poate fi întreprinsă mai dificil în absența unui act de identitate al victimei. Dar lipsa unui act de identitate nu trebuie să fie un impediment pentru acordarea unui suport imediat, în cazurile de urgență și pentru documentarea violenței suferite.

c) Descrierea formelor de violență și a traumelor suferite

Diferite abuzuri și formele de violență suferite de către victimă trebuie să fie minuțios identificate și documentate, în ordinea descreșterii gravității lor, cu accentul pe cele mai traumatizante evenimente de natură fizică, psihologică, socială, economică sau moral-spirituală (enumerate mai jos, în special în capitolul 4). Oricare dintre aceste forme poate fi considerată drept o încălcare gravă a drepturilor omului, prin consecințele sale imediate și tardive.

Pentru o **descriere exactă a ceea ce a avut loc și cât de des a avut loc**, victima mai poate fi, de asemenea, rugată:

- 1) să descrie obiectele (instrumentele) utilizate de către agresor, precum și părțile corpului care au fost afectate, dacă maltratarea a fost de natură fizică;
- 2) să descrie cu exactitate maximum posibilă trăirile și sentimentele sale în timpul acțiunii și după, dacă maltratarea a fost psihologică sau de oricare altă natură (în fapt, toate formele de violență au consecințe psihologice);
- 3) să descrie care au fost reacțiile imediate (simptome acute) la fiecare dintre formele de maltratare sau violență la care a fost supusă;
- 4) să descrie dacă au fost sau continuă să apară consecințe (simptome fizice sau psihologice) tardive, ca rezultat al suferințelor trăite;
- 5) să prezinte orice documente medicale dacă a fost supusă unor examinări sau tratamente medicale imediat după acțiunile de violență sau mai târziu. Această informație se include în mod obligatoriu în plângerea pentru violență;
- 6) să confirme dacă înainte de maltratare (sau în timpul acesteia, sau mai târziu) au fost prezenți alți membri ai familiei, în special copii, care pot fi considerați victime colaterale.

d) Alte informații (care să răspundă la întrebările CÂND, UNDE, DE CE, CUM?) ar trebui să includă, dar să nu se limiteze la următoarele:

- 1) detalii despre focarul violenței, cum ar fi: începutul; factorii care au declanșat-o; contextul; incidența (număr de episoade); evoluția; gravitatea; consecințele pentru familie etc.;
- 2) cine a mai suferit în urma violenței: numărul și identitatea victimelor colaterale;
- 3) dacă victima s-a adresat autorităților publice/la poliție și modul în care a făcut adresarea;
- 4) instituțiile unde victima a fost înregistrată, documentată, susținută și ajutată, inclusiv adăposturile sau centrele de zi (de unde se pot solicita date suplimentare, rapoarte de evaluare și constatare etc.);
- 5) în cazul agresiunilor/abuzurilor repetate, data și locul incidentelor pot ajuta la o documentare detaliată și cronologică a fiecărui episod de violență. Este important ca victimele și/sau martorii să fie întrebați despre caracterul maltratării: UNDE s-a întâmplat; CE s-a întâmplat; CINE a aplicat violența și CINE a suferit; CUM a fost aplicată violența; cât de des s-a întâmplat și ce consecințe a avut fiecare episod pentru victimă;
- 6) reacția autorităților la incidentul care a avut loc (inclusiv dovada lipsei oricărei reacții).

Reacția autorităților la un caz concret de violență este un aspect foarte important, care ar trebui să fie parte a documentării cazurilor de violență și care să răspundă la următoarele întrebări:

- 1) Dacă victima s-a adresat telefonic sau a depus o plângere către autorități, prin care să solicite ajutor. Care a fost reacția? A fost primit vreun răspuns oficial?
- 2) Dacă autoritățile s-au autosesizat în cazul în care au identificat semne vizibile de violență sau leziuni corporale la victimă, în urma unor examinări medicale sau interacțiuni în alte contexte (servicii sociale, școală etc.).
- 3) Dacă victima a avut posibilitatea să fie examinată de către un medic în scurt timp sau imediat după violență (inclusiv medic legist). De asemenea, este important de documentat și alte detalii, cum ar fi: cum a ajuns victima la medic; dacă a fost însoțită de cineva; dacă medicul a redactat un raport medical sau a prescris tratament; dacă victima mai avea în acel moment semne evidente de leziuni; dacă s-au efectuat investigații de diagnosticare etc.
- 4) A fost inițiată o anchetă? Ce a inclus ancheta? Au fost intervievați martori? Au fost intervievați presupușii agresori?
- 5) În cazul în care victima a murit, a fost efectuată o autopsie? Care a fost rezultatul examinării medico-legale?

[4.] CADRUL DE EVALUARE A TRAUMEI ÎN DOCUMENTAREA VIOLENȚEI ÎN BAZĂ DE GEN

*Cum se pot afla detalii cu privire la incident,
fără a afecta exactitatea răspunsurilor?*

Pentru multe victime, descrierea în ordine cronologică și detaliată a incidentului sau a unei perioade de violență ar putea fi o sarcină foarte dificilă. Victimele au nevoie de timp, de spațiu adecvat, de sprijin, de ghidarea conversației spre aspectele relevante.

Cu toate acestea, trebuie reținut faptul că scopul interviului este de a dirija cursul conversației, dar nu de a sugera victimei ce ar trebui să spună. Interviu ar trebui să înceapă întotdeauna cu întrebări generale sau deschise. De exemplu, cu întrebări care ar presupune mai multe răspunsuri posibile, apoi puteți restrânge subiectul, pe baza informațiilor primite.

În **faza de șoc**, victimele manifestă frecvent stări confuzionale și tendințe de derealizare, nu cred în realitatea evenimentului și deseori îl neagă. În relatările victimelor, există două stiluri de prezentare a informației despre cele întâmplate: de tip „**controlat**” sau „**expresiv**”.

La victimele cu un stil de relatare de tip **controlat** predomină:

- a) negarea afectelor³⁰;
- b) reacțiile de evitare;
- c) tendința de anestezie emoțională și de disociere (des întâlnită).

În stilul de relatare **expresiv** predomină:

- a) intruziunile cu invazie de stimuli/pătrundere în detalii;
- b) un stil de povestire pe care observatorul neantrenat îl poate resimți ca fiind suprasolicitant și chiar aproape de „isteric”.

În realitate, **povestirea excesivă** din stilul expresiv corespunde copleșirii cu stimuli a victimei și este ca un strigăt de ajutor, o reacție absolut firească la experiența traumatizantă extremă, prin care a trecut.

În unele cazuri, absența reacțiilor tipice la stresul traumatic este rezultatul unei negări conștiente, determinate de nevoia de conservare a imaginii de sine. Astfel, la aceste persoane sunt mobilizate mecanisme de apărare puternice, care se manifestă prin rezistență, retragere, detașare și chiar indiferență în timpul interviului/audierii.

³⁰. Reacții emotive intense și de scurtă durată, cum ar fi: spaimă, furie, bucurie nestăpânită.

În cazul necesității documentării diferitor forme de violență, retragerea și aplatizarea afectivă reprezintă dificultăți serioase, deoarece victimele nu sunt capabile să relateze istoria și suferința lor, deși aceasta le-ar ajuta mult să-și depășească problemele cu care se confruntă.

Iar suprimarea emoțiilor provocate de evenimentele traumatice are un efect paradoxal – de creștere a anxietății și agravare a depresiei, cu înrăutățirea stării de sănătate, a problemelor psihologice și a relațiilor sociale.

Evitarea comunicării trăirilor traumatice nu numai că prezintă dificultăți pentru documentare, dar și limitează vindecarea și solicită eforturi considerabile din partea victimei pentru a conviețui cu *golul psihic* existent. Efectele acestei evitări sunt diferite de la un caz la altul, dar se pot manifesta prin: amnezie disociativă (deteriorare reversibilă a memoriei), coșmaruri frecvente, flashbackuri și alte manifestări.

Scoaterea la suprafață sau „ventilarea” tensiunii psihice, generate de traumele suferite, facilitează depășirea șocului traumatic și face parte din metodele de asistență psihologică. Din aceste considerente, documentarea cazurilor de violență trebuie efectuată în paralel cu alte servicii oferite în cadrul unui program comprehensiv de reabilitare.

4.1. FACTORII CARE POT DIMINUA SAU AGRAVA IMPACTUL VIOLENȚEI

Acești factori sunt multipli, diferiți, printre care putem enumera:

- 1) **Scopurile și contextul**, care diferă de la caz la caz. Metodele mai severe de violență se utilizează atunci când se urmărește și schimbarea comportamentului, cu distrugerea personalității victimei.
- 2) **Tipurile de violență**. Prin comparație, violența psihică este mult mai gravă și mai distructivă decât cea fizică, dar deseori nu este luată în considerare. Iar violența sexuală este mult mai distructivă decât alte metode.
- 3) **Caracteristici biologice ale victimei:**
 - **vârsta:** impactul ar putea fi mai puternic și mai profund asupra copiilor decât asupra adulților;
 - **genul:** de regulă, femeile sunt fizic, mintal și social mult mai delicate și mai sensibile decât bărbații. Din aceste considerente, impactul traumei este mult mai grav în cazul femeilor;
 - **personalitate:** o persoană matură poate fi mai adaptată la diferite forme de stres decât un copil sau un adolescent cu probleme de adaptare;
 - **experiența de viață** de asemenea ar putea ajuta victima să facă față mai ușor diferitor acțiuni distructive și abuzuri;
 - **trecutul social:** impactul ar putea fi mai grav asupra persoanelor cu un trecut social mai bun, care au avut parte anterior de un mediu plin de înțelegere și dragoste, fără să fie implicate în conflicte.
- 4) **Caracteristici ale mediului:**
 - **mediul familial:** dacă membrii familiei înțeleg suferința victimei și îi oferă înțelegere, sprijinul necesar prin compasiune și empatie, atunci această persoană va putea trece mai ușor peste evenimentele traumatice trăite;
 - **mediul social:** dacă societatea ignoră, respinge sau privește victima ca pe o persoană iresponsabilă sau vinovată de starea ei, atunci consecințele traumelor pot să se amplifice;
 - **reacția grupului:** dacă victima consideră că i-a dezamăgit pe cei din jurul său și se simte ca o sursă de probleme, ar putea apărea tensiuni interne puternice, care s-ar adăuga la consecințele menționate. Pe de altă parte, dacă victima se simte bine-venită și acceptată de cei din jur, ca o persoană care a ținut piept problemelor și intereselor grupului, acest lucru ar avea un efect pozitiv asupra procesului de recuperare și vindecare.

- 5) Tratament și rehabilitare:** identificarea victimelor primare și secundare (membrii familiilor acestora), precum și tratamentul eficient în cadrul programelor adecvate de rehabilitare, inițiate în scurt timp sau imediat după abuzurile suferite, contribuie la minimalizarea consecințelor traumei. Toate formele de tratament și de asistență medicală, socială și psihologică trebuie să fie inițiate în același timp, de către o echipă multidisciplinară bine instruită.

4.2. EXAMINAREA MEDICALĂ A VICTIMELOR DIFERITOR FORME DE VIOLENȚĂ

Scopul examinării medicale în cazuri de violență constă în obținerea unei opinii a specialistului (expertului) despre măsura în care datele medicale se corelează cu declarațiile pretinselor victime ale violenței (diferitor abuzuri), precum și în prezentarea eficientă a constatărilor și interpretărilor medicale către instanțele de judecată sau alte instituții relevante.

În afară de facilitarea accesului la justiție, rapoartele medicale au și rolul de informare și instruire a profesioniștilor din sistemul judiciar, din alte agenții guvernamentale, precum și din comunitățile locale și internaționale, cu privire la aspectele și detaliile efectelor fizice și psihologice ale diferitor forme de violență.

Rapoartele medicale necesită și o anamneză³¹ atentă și detaliată, o examinare minuțioasă, precum și o identificare timpurie și completă a consecințelor fizice și psihologice, care să fie efectuată de către medici bine instruiți și sensibili la problemele de gen, la cele transculturale și la dinamica interacțiunii interpersonale dintre victime și reprezentanții autorităților. Medicii trebuie să fie instruiți și familiarizați cu consecințele medicale și psihosociale ale diferitor forme de violență, precum și să posede experiență de lucru cu protocoalele și principiile stabilite pentru documentarea eficientă a cazurilor.

Consecințe ale violenței asupra sănătății fizice și mintale

În timp ce violența poate avea consecințe devastatoare pentru sănătate, este important să recunoaștem că există diferențe individuale în apariția și manifestarea simptomelor fizice și psihice. Oamenii reacționează diferit la evenimente traumatizante, inclusiv la diferite forme de violență, dar au și capacități de recuperare diferite. În unele cazuri, când examinarea medicală și investigațiile de diagnosticare necesare se efectuează cu mult mai târziu după traumă și după dispariția semnelor și simptomelor leziunilor acute, este mult mai dificil de colectat dovezile medicale ale diferitor forme de violență.

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 violenței pot afecta toate sistemele de organe. De regulă, unele efecte 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. Dar în cele mai dese cazuri, simptomele psihosomatice și neurologice au o evoluție cronică. Simptomele sistemului musculo-scheletic sunt, de obicei, prezente în ambele faze – de manifestări acute și cronice. O acțiune specifică de violență, gravitatea și localizarea anatomică a leziunii de multe ori pot indica probabilitatea dovezilor fizice de violență tipică.

³¹. Anamneză – totalitate a datelor pe care medicul le adună interogând bolnavul asupra apariției și evoluției bolii de care suferă, asupra antecedentelor ei etc.

De exemplu, **traumele cranio-cerebrale** (apărute în urma bătăilor cu lovituri la cap), care deseori duc la pierderea cunoștinței, sunt deosebit de important să fie documentate pentru diagnosticul clinic al disfuncțiilor organice ale creierului, care apar mai târziu.

Sugrumarea este una dintre formele cele mai severe ale violenței fizice, 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:

- 1) în primele 15 secunde există o stare de activitate cerebrală sporită, cu agitație psihomotoare, respirație accelerată, tahicardie, transpirație excesivă și lipicioasă;
- 2) dacă acțiunea de strangulare continuă, se poate dezvolta deprimarea sistemului nervos central, însoțită de simptome de hipoxie cerebrală, cum ar fi: amețeli, încetșarea conștiinței, slăbiciune generală, dereglări de vedere și de auz, moleșeală;
- 3) 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;
- 4) 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) se încheie în mod fatal, excepție fiind cazurile în care victima este resuscitată imediat.

Cele mai frecvente **efecte tardive** ale hipoxiei cerebrale sunt:

- 1) cefalee repetată, greșuri, amețeli;
- 2) dereglări ale vorbirii, ale auzului și ale funcției vizuale;
- 3) reducerea eficienței mintale, dificultăți de concentrare;
- 4) deteriorarea progresivă a memoriei, putând ajunge chiar și la demență;
- 5) dereglări de coordonare a mișcărilor;
- 6) astenie și oboseală rapidă (fatigabilitate);
- 7) stări afective (în special: instabilitatea dispoziției, plâns frecvent, depresii, labilitate emoțională, irascibilitate);
- 8) dificultatea de a adormi pe timp de noapte, însoțită de somnolență în timpul zilei.

O atenție deosebită în documentarea 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 în bază de gen 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 intervențiile chirurgicale. Dar medicii chirurghi care le tratează nu întotdeauna corelează traumatismele perineale cu circumstanțele traumelor suferite de către femeile asistate.

4.3. CONSTATĂRI SAU DOVEZI MEDICALE

Dovezile diferitor forme de violență includ:

- 1) **constatări medicale:** este important ca victima să se adreseze 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;
- 2) **constatări psihologice:** este important de a obține o evaluare psihologică efectuată de către specialiști care au experiență de lucru cu victime trecute prin traume extreme;

- 3) **rezultatele investigațiilor de diagnosticare** (de laborator, imagistice și instrumentale);
- 4) **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.

Profesioniștii din domeniul medical pot asigura o documentare importantă a violenței, cu emiterea de rapoarte medicale și constatări, care pot fi utilizate în procesul de judecată. Serviciile de documentare medicală sunt deseori acordate în cadrul unor organizații nonguvernamentale pentru apărarea drepturilor omului, în cooperare cu centre medicale sau de reabilitare a victimelor diferitor forme de violență, cu asigurarea efectuării unor investigații de diagnosticare necesare.

Documentarea medicală reprezintă colectarea și înregistrarea datelor, măsurarea consecințelor violenței asupra sănătății fizice și mintale a victimelor, corelarea simptomelor cu traumele suferite, prelucrarea datelor și emiterea extraselor din dosarele/fișele medicale. Expertiza medico-legală este o parte a documentării medicale și este efectuată în instituții specializate de către experții medico-legali.

În linii mari, specialiștii din domeniul medical și psihosocial ar trebui să fie pregătiți pentru a efectua o **documentare minuțioasă a violenței domestice, care va cuprinde următoarele elemente esențiale**³²:

- 1) **Anamneza**, acuzele de bază și istoricul simptomelor actuale: se identifică și se înregistrează detalii precise despre abuzuri și despre corelația lor cu problema/acuzele prezentate. Se include istoricul traumelor suferite și corelarea simptomelor medicale cu formele de abuz relate.
- 2) **Istoria medicală anterioară**. Se pun întrebări și se înregistrează orice informație medicală care are legătură cu violența domestică: despre orice traumă; patologie obstetrică sau ginecologică; patologie psihiatrică sau abuz de substanțe. Se documentează condițiile care pot afecta siguranța victimei sau capacitatea acesteia de a-și asigura tratamentul consecințelor abuzului.
- 3) **Istoricul violenței sexuale**. Se documentează orice atac sexual; lipsa mijloacelor de protecție sau posibilitatea de a utiliza contraceptive; bolile sexual-transmisibile; sarcină neplanificată; avorturi planificate și avorturi spontane etc.
- 4) **Utilizarea medicamentelor**. Se documentează orice legătură dintre abuzurile (traumele) suferite și utilizarea medicamentelor, în special a celor psihoactive și analgezice, dar nu numai.
- 5) **Starea socială relevantă**. Se documentează relația cu abuzatorul (agresorul), aranjamentele de viață în comun; condițiile de trai; accesul agresorului la victimă. La înregistrarea abuzului, ori de câte ori este posibil, trebuie folosite propriile cuvinte ale pacientei: „*Ion, soțul meu, m-a lovit peste urechea dreaptă atât de puternic, încât am asurzit pe moment, iar apoi îmi țiuia în cap câteva zile*”.
- 6) **Examinarea fizică**. Se înregistrează cu minuțiozitate toate detaliile privind constatările legate de abuz, inclusiv un examen al stării neurologice și al stării mintale. Pentru documentarea leziunilor se utilizează harta corpului (schemele-standard ale regiunilor corporale) și fotografierea, pentru a completa descrierea înregistrată în fișa medicală. Se utilizează tehnici standard de colectare a dovezilor medicale pentru vătămări acute sau agresiuni sexuale.

La examinarea fizică vă puteți ghida după recomandările din Protocolul de la Istanbul³³, în special capitolul V, „Dovezi fizice ale torturii”, precum și după cele din *Ghidul pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor*, menționat mai sus.

32. Domestic Violence: Strategies For Screening, Assessment, Intervention, And Documentation. Trainer's Manual For Health Care Providers, Family Violence Prevention Fund (1998). Handout 3-9.

33. <http://www.icarfoundation.ro/wp-content/uploads/2011/09/Istanbul-Protocol-in-Romanian.pdf>

- 7) Investigații de laborator și alte metode de diagnosticare.** Se înregistrează rezultatele oricăror teste de laborator, examinări imagistice (ultrasonografie, radiografie, tomografie computerizată în cazuri mai dificile); sonodopplerografie a vaselor magistrale și electroencefalografie, oricare alte proceduri de tratament și de diagnostic, cu descrierea detaliată a legăturii acestora (corelarea lor) cu abuzul și traumele suferite.
- 8) Evaluarea consecințelor psihologice și psihodiagnosticul** trebuie să fie efectuate de către un 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 Shnurr și colab. (2002), 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: **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.

Următorul pas este aprecierea în ce măsură acuzele persoanei acoperă celelalte **criterii de diagnostic**: „B”: intruziune, gânduri obsesive despre traumă; „C”: evitare – răspuns emoțional; „D”: vigilență crescută; „E”: afectarea funcționării și „F”: durată. Toate acestea reprezintă diagnosticul formal al tulburării de stres posttraumatic (TSPT³⁴).

Un aspect important pentru emiterea raportului de evaluare psihologică este corelarea simptomelor cu traumele suferite. În evaluarea psihologică vă puteți ghida după recomandările din Protocolul de la Istanbul³⁵, în special capitolul VI, „Dovezi psihologice ale torturii”.

- 9) Evaluarea siguranței (securității) persoanei și a riscurilor.** În acest sens, se evaluează și se înregistrează toate informațiile referitoare la riscul de sinucidere sau omucidere; orice suspectare sau probabilitate că persoana ar putea fi grav rănită sau vătămată. Ar trebui să se determine dacă este sigur din punct de vedere fizic/psihologic ca ea să meargă acasă și dacă copiii sau alte persoane aflate în întreținere sunt în siguranță. Trebuie să se evalueze și să se înregistreze gradul de entrapare (o potențială blocare sau cursă întinsă de către agresor) și nivelul de teamă al persoanei.
- 10) Opțiunile discutate și recomandările oferite** se înregistrează la oricare adresare din partea unei victime sau a membrilor familiilor lor, chiar dacă este unică.
- 11) Raport al poliției.** Se află dacă a fost depusă o plângere la poliție și se înregistrează numele ofițerului care investighează (gestionează) cazul, precum și acțiunile întreprinse.
- 12) Modalități de înregistrare a cazului,** de colectare a informațiilor și monitorizare a situației și de scoatere din evidență (discharge).

Dovezile medicale sunt cele mai importante tipuri de probe care pot fi obținute pentru accesul la justiție. Acestea pot crește foarte mult credibilitatea relatărilor victimelor sau ale martorilor. Cu toate acestea, doar dovezile medicale nu pot fi întotdeauna decisive, din următoarele motive:

- 1) unele forme de violență lasă puține urme, dar și mai puține dintre ele pot lăsa simptome fizice de durată, care ar putea indica faptul că violența a avut loc;
- 2) unele leziuni și alte semne care, în conformitate cu relatările victimelor, au apărut ca urmare a violenței, ar putea apărea din oricare alt motiv (având și o altă etiologie posibilă).

34. Post Traumatic Stress Disorder.

35. <http://www.icarfoundation.ro/wp-content/uploads/2011/09/Istanbul-Protocol-in-Romanian.pdf>

Examinarea medico-legală poate dovedi că leziunile victimei sau tipul de comportament au apărut ca rezultat al traumelor suferite și pot fi confirmate cu descrierea în detaliu. În cazurile în care plângerea pentru violență este susținută atât de dovezi fizice, cât și de cele psihologice, care au fost considerate relevante pentru mărturia victimei (și care se corelează cu traumele suferite), valoarea probelor medicale va fi mult mai mare.

Atât examinarea medicală, cât și cea psihologică trebuie să fie efectuată de către un personal specializat și cu experiență în domeniul documentării consecințelor posttraumatice, apărute în urma diferitor forme de violență. Documentarea medicală necesită cunoștințe speciale pentru a confirma faptul că investigarea medicală de diagnosticare sau evaluările psihologice au fost efectuate de către profesioniști cu experiență și în cazul când concluziile și constatările vor servi ca probe în instanțele de judecată.

Cu toate acestea, acest lucru nu înseamnă că relatările victimelor și consecințele traumelor nu trebuie să se documenteze și de către alți prestatori de servicii, care lucrează cu victimele. Toate semnele fizice sau problemele comportamentale evidente ale persoanei intervievate, care pretinde a fi victimă, ar trebui documentate minuțios la diferite etape de intervenții și asistență. Toate aceste evaluări și concluzii ar putea fi foarte utile, mai ales în cazurile în care nu există nicio posibilitate de a efectua un examen medical imediat.

Un interviu realizat atent, cu înregistrarea detaliilor despre modul în care a fost maltratată victima, este la fel de important ca și documentarea consecințelor fizice și psihologice. Conversația cu eventuali martori, cu rude (părinți, frați, surori) poate ajuta foarte mult la identificarea unor detalii privind modul cum arăta victima după actul de violență, precum și orice modificări în starea ei, în comportament sau în maniere.

La colectarea dovezilor medicale este foarte important să se ia în considerare diferențele dintre medicina terapeutică (care tratează pacienții) și medicina legală (care explorează aspectele juridice). Concluziile oferite din ambele părți sunt foarte importante pentru o documentare adecvată a consecințelor violenței.

Medicina legală este o ramură specializată din domeniul medical, care are drept scop stabilirea cauzelor și a originii leziunilor. *În multe țări, același personal medical realizează și funcția terapeutică, și cea medico-legală.* Cu toate acestea, în măsura în care este posibil, ar trebui să fie implicați medici cu competențe în domeniul științei medico-legale, precum și medici care înțeleg diferența dintre aceste două discipline. Dar specialiștii implicați trebuie să fie conștienți de faptul că în documentarea medicală a diferitor forme de violență, nu pot exista documente medicale care pot fi invocate ca o dovadă unică în instanța de judecată.

Examinarea medico-legală și documentarea medicală a diferitor leziuni trebuie să fie efectuate indiferent de cât de mult timp a trecut din momentul traumei. Dar dacă se susține că trauma a avut loc în ultimele șase săptămâni, o astfel de examinare ar trebui să fie efectuată de urgență, până când nu au dispărut semnele evidente de violență. Examinarea ar trebui să includă și o evaluare a necesității de tratament al leziunilor sau simptomelor, a nevoii de asistență psihologică, de consultare a instituțiilor specializate, de efectuare a anumitor teste de diagnostic și de planificare a unor măsuri ulterioare³⁶.

O sursă relevantă de informare pentru documentarea medicală este *Ghidul³⁷ pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor* (2016), elaborat de către Centrul de Drept al Femeilor în parteneriat cu Ministerul Sănătății în cadrul proiectului „Consolidarea răspunsului specialiștilor din domeniul sănătății la violența în bază de gen”, realizat cu susținerea Fondului ONU pentru Populație (UNFPA) și a Fundației OAK. Ghidul a fost editat cu sprijinul financiar al UNFPA și al Fundației OAK.

36. Vezi capitolul V, „Dovezi fizice ale torturii”, Protocolul de la Istanbul.

37. http://cdf.md/files/resources/118/Ghid_2017.pdf

38. Elaborat de către Centrul de Drept al Femeilor în parteneriat cu Ministerul Sănătății în cadrul proiectului „Consolidarea răspunsului specialiștilor din domeniul sănătății la violența în bază de gen”, realizat cu susținerea Fondului ONU pentru Populație (UNFPA) și a Fundației OAK. Ghidul a fost editat cu sprijinul financiar al UNFPA și al Fundației OAK.

4.4. DOVEZI FIZICE ALE DIFERITOR FORME DE VIOLENȚĂ

Semnele exterioare sunt mai vizibile în câteva zile de la apariția leziunilor, dar ar trebui să se încerce identificarea lor chiar și după o perioadă mai îndelungată de timp. Este necesar a colecta un volum de informații cât de complet posibil. Absența unor leziuni vizibile nu înseamnă că maltratarea nu a avut loc.

Pentru o documentare eficientă, este necesar să se acorde atenție următoarelor aspecte:

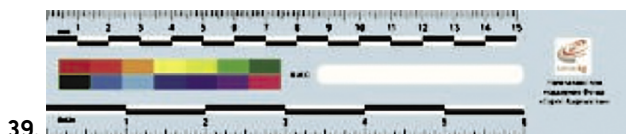
- 1) orice leziuni evidente, cum ar fi: edeme, vânătăi, tăieturi, arsuri sau excoriații ale pielii;
- 2) orice dificultăți în mișcare, cum ar fi: în timpul mersului pe jos, la urcarea pe scări, în timpul șederii pe scaun sau când trebuie să stea în picioare o perioadă de lungă durată; în cazul aplecării, îndoirii sau ridicării brațelor, al oricăror altor mișcări;
- 3) orice formă sau poziție atipică a spatelui, brațelor sau picioarelor.

Cum ar trebui să se înregistreze urmele/semnele vizibile de violență (potențiale dovezi pentru instanțele de judecată)?

Pentru colectarea datelor/dovezilor medicale:

- 1) trebuie marcate: localizarea, mărimea, forma, culoarea și tipul (tăieturi, vânătăi, arsuri...) cu privire la orice leziune;
- 2) fotografierea, care în mod ideal ar trebui să includă o fotografie de ansamblu, în care se poate vedea localizarea exactă a tuturor leziunilor, precum și fotografii de la o distanță mică, care prezintă detaliile fiecărei leziuni în parte. Aceste fotografii ar trebui să includă data și un indicator de dimensiune, de preferință o riglă specială pentru documentarea fotografică a leziunilor³⁹. Dacă este posibil și necesar, mai târziu se poate invita un fotograf profesionist;
- 3) în caz contrar, când documentarea fotografică nu este posibilă, specificați dimensiunea în comparație cu orice obiect convențional, cu dimensiuni fixe (cutie de chibrituri, o foaie de hârtie aritmetică etc.);
- 4) în cazul în care există numeroase leziuni, este bine ca acestea să fie indicate pe o hartă a corpului – scheme standard ale regiunilor corpului (care ar trebui să fie disponibilă în dosarele victimelor);
- 5) leziunile se descriu cu precizie și cât mai detaliat, de exemplu, *„un edem rotund, de culoare albastru-închis, de 4 cm în diametru, pe partea exterioară a brațului drept, la zece centimetri mai jos de umăr”*;
- 6) persoana interviuată este solicitată să demonstreze devierile în mișcare sau postură și este întrebată despre simptomele apărute după incident. De exemplu, răspunsul ar putea fi: *„O săptămână în urmă nu am putut ridica brațul stâng la 90 de grade, dar acum pot să-l ridic și deasupra capului. Eu încă nu pot mișca pe deplin mâna și încă simt amorțelă”*. Astfel de afirmații pot fi citate întocmai în dosarul victimei.

Aceste recomandări pot fi adaptate și pentru investigații asupra corpurilor victimelor decedate. În aceste cazuri, trebuie să se documenteze, de asemenea, contextul sau condițiile în care a fost identificat corpul victimei, de exemplu: unde a fost găsit, pe ce suprafață, cum era vremea (cald/frig) sau dacă era un timp umed/uscă în regiunea corespunzătoare. Toate acestea pot ajuta medicul legist să determine dacă acești factori pot fi cauza unor urme sau modificări de pe corpul victimei.



4.5. PARTICULARITĂȚI ALE EXAMINĂRII MEDICALE A VICTIMELOR DIFERITOR FORME DE VIOLENȚĂ

Personalul medical ar trebui să cunoască următoarele reguli, care trebuie respectate în timpul unui examen medical al victimelor:

- a) **Consimțământul informat:** trebuie să se asigure că victimele înțeleg potențialele beneficii, dar și consecințele negative ale examinărilor și investigațiilor și că au dreptul de a le refuza.
- b) **Confidențialitatea:** medicii și alte persoane sunt obligate să respecte confidențialitatea și pot divulga informații doar cu acordul persoanei în cauză.
- c) **Contextul/anturajul:** locul pentru interviu și examinare ar trebui să fie sigur și confortabil maximum cu puțință, inclusiv cu acces la toaletă. Pentru a efectua un interviu și examenul medical detaliat, ar trebui să fie alocat timp suficient.
- d) **Controlul asupra situației:** victima este lăsată să înțeleagă că este în regulă dacă are nevoie de o pauză pentru a se odihni sau că poate să nu răspundă la unele întrebări, dacă nu dorește.
- e) **Obținerea încrederii:** încrederea este o componentă esențială pentru o relatare exactă a faptelor de violență. Pentru a câștiga încrederea cuiva care a suferit o traumă puternică, este nevoie de ascultare activă, comunicare adecvată, amabilitate, empatie autentică și onestitate.
- f) **Pregătirea pentru interviu:** medicii ar trebui să citească materiale informative relevante pentru a înțelege contextul abuzurilor și posibilele consecințe.
- g) **Metodele de interviu:** inițial, întrebările trebuie să fie deschise, permițând victimei să-și elibereze emoțiile și să vorbească despre traumă, fără prea multe întreruperi. Întrebările închise sunt adesea folosite pentru a adăuga claritate sau pentru a redirecționa interviul, în cazul în care persoana se îndepărtează de la subiect.
- h) **Istoria bolii/anamneza:** este necesar să se obțină o anamneză completă, inclusiv legată de problemele medicale, chirurgicale, fizice sau mintale anterioare. Este foarte important să se documenteze orice antecedente de leziuni sau boli înainte de maltratare, precum și să se acorde atenție la orice consecințe posibile. Evitarea întrebărilor sugestive, împreună cu structura corectă a interviului, este necesară pentru a obține o situație cronologică a evenimentelor traumatice identificate în cursul perioadei în care victima a fost supusă violenței. Informațiile detaliate din anamneză pot fi utile în confirmarea abuzului. De exemplu, o descriere detaliată și un raport medical privind observațiile și relatările asupra leziunilor și manifestărilor acute ale proceselor patologice, inclusiv în timpul procesului ulterior de vindecare, reprezintă adesea o sursă importantă de dovezi pentru a susține acuzațiile de maltratare.
- i) **Identificarea neconcordanțelor:** la prima etapă de interviu, mărturia victimei poate arăta neconsecvență, dacă lipsește o informație importantă. Factorii care pot interfera cu o reenumerare precisă a faptelor și cu descrierea evenimentului pot include: dezorientare, goluri în memorie, leziuni organice ale creierului, efectele psihologice ale violenței, teama de risc pentru sine sau de risc pentru alții, precum și o lipsă de încredere în specialistul care efectuează interviul, evaluarea sau investigarea medicală.
- j) **Informații nonverbale sau nerostite:** în documentarea medicală a istoriei traumei este necesar să se acorde o atenție deosebită comportamentului victimei și reacțiilor sale emoționale, precum și semnificației acestor informații.
- k) **Reacțiile de „transfer și contratransfer”⁴⁰:** medicii care efectuează examene medicale ar trebui să fie conștienți de posibilele reacții emoționale care pot apărea de ambele părți. Aceste reacții emoționale sunt cunoscute drept reacții de „transfer” și „contratransfer”. De exemplu: sentimentele de neîncredere, teamă, rușine, mânie, vinovăție etc. pot fi printre reacțiile tipice de transfer ale victimelor față de medici sau alți profesioniști, mai ales atunci când li se cere să spună și să-și amintească detalii din istoria traumelor lor.

40. http://www.sfatulmedicului.ro/arhiva_medicala/transfer-contratransfer

Iar răspunsurile emoționale ale medicului față de victimă, cunoscute sub numele de „contratransfer”, pot include reacții și simptome cum ar fi: neîncredere, furie, identificarea cu victima, coșmaruri, evitarea, amorteala emoțională, sentimente de neajutorare și disperare etc., care pot afecta clinicienii, dar și rapoartele medicale și de evaluare psihologică.

- l) Având în vedere vulnerabilitatea extremă a victimelor și tendința lor de a re trăi trauma, este important ca profesioniștii din domeniul sănătății să mențină o perspectivă clară și un cadru profesional bine structurat. Astfel de efecte cum ar fi **arderea profesională (emoțională)** sau **trauma secundară** a medicului sau a altor profesioniști pot fi minimizate prin supervizare și prin discuții cu unii colegi, după efectuarea interviului.
- m) Documentarea eficientă a diferitor forme de maltratare necesită o înțelegere substanțială a **motivației de a lucra în domeniul traumei**. Este important ca medicul să nu folosească victimele pentru a rezolva problemele sale, deoarece acest lucru poate afecta în mod clar eficacitatea sa.

Victimele diferitor forme de violență pot avea traume și leziuni specifice sau comune. Medicii care le oferă asistență ar trebui să coreleze relatările victimelor despre violența suferită cu acuzele lor medicale (despre problemele de sănătate), cu rezultatele investigațiilor de diagnosticare și concluziile examenelor medicale și să indice nivelul de relevanță în aceste corelații.

De exemplu, un raport medical ar trebui să includă următoarele constatări: *„procesele patologice sau diagnozele stabilite”*:

- ✓ sunt în conformitate cu declarațiile victimei (sau nu sunt);
- ✓ sunt asociate cu o anumită acțiune, dintre cele relatate de către victimă (sau nu sunt);
- ✓ se corelează în mod evident cu traumele suferite sau nu;
- ✓ ar putea fi o consecință directă a traumelor suferite sau ar putea fi agravate de acestea;
- ✓ au caracteristici specifice ale unei anumite boli sau afecțiuni.

În documentul final ar trebui să fie incluse rezultatele și opiniile (concluzii și constatări) cu privire la toate sursele de dovezi medicale: date fizice și psihice, istoricul medical, certificate medicale, fotografii, rezultatele investigațiilor și testărilor psihologice, alte constatări și rapoarte relevante.

De asemenea, medicul sau expertul medico-legal ar trebui să ofere suplimentar indicații și/sau recomandări pentru tratament și îngrijire a persoanei în cauză, prognoze și riscuri pentru sănătate, monitorizare continuă a eventualelor consecințe sau a manifestărilor clinice tardive ori cronice.

4.6 EVALUAREA PSIHOLOGICĂ A DIFERITOR FORME DE VIOLENȚĂ

Consecințele psihologice ale violenței și documentarea lor

Chiar și cele mai grave forme de violență ar putea să nu lase urme fizice (prin utilizarea lor sofisticată), în același timp, pot provoca consecințe psihologice grave.

Acest lucru este valabil mai ales în cazurile în care victima a fost supusă violenței psihologice și spirituale, cum ar fi: izolarea, amenințările cu moartea sau amenințări aduse membrilor familiei, umilirea în aspecte religioase sau sexuale sau orice alte chinuri.

Evaluarea psihologică a victimei ar trebui să fie efectuată de către un specialist cu experiență în domeniu. Dar unele observații simple asupra comportamentului persoanei sau orice comentarii subiective pe care victima le poate face despre sine însăși (de exemplu, descrierea unui coșmar, gânduri de suicid, oricare altele), de asemenea, ar trebui să fie documentate de către un specialist, pentru interpretarea lor de către un expert la o etapă ulterioară.

Pentru documentarea consecințelor violenței, următoarele simptome relevante (cu valoare clinică sau de diagnosticare) pentru **sindromul de stres posttraumatic**⁴¹ pot fi observate la victimă sau aceasta le poate relata:

- 1) **Retrăirea evenimentelor, inclusiv amintiri sau vise intruzive**, care pot indica asupra sursei traumei. Acestea sunt: gânduri de retrăire a incidentelor traumatiche; amintiri recurente intruzive și tulburătoare ale evenimentelor traumatiche; vise zbuciumate repetate, cu subiecte legate de incident; schimbări neașteptate de comportament sau sentimentul că evenimentele traumatiche pot avea loc din nou.
- 2) **Evitarea**. Stresul puternic legat de evenimentele care simbolizează sau se aseamănă cu trauma suferită poate cauza dezvoltarea unui comportament de evitare. Acesta se poate manifesta prin încercări persistente de a evita locurile sau evenimentele asociate cu trauma, precum și prin stări de amorțeală (aplatizare) emoțională generală.
- 3) **Gânduri negative sau stări de spirit negative**.
- 4) **Stare de hipervigilență, simptome de hiperexcitare**, cum ar fi probleme de adormire, iritabilitate și accese de furie, probleme de concentrare sau de memorie. Victima poate menționa în timpul interviului că are stări de anxietate, agitație, tresăriri la orice zgomot sau un grad sporit de teamă, frică de ceva sau de cineva.

Având în vedere subiectivitatea simptomelor psihologice, pentru documentarea cazurilor este important să se obțină dovezi confirmative de la membrii familiei sau prieteni, cum ar fi: „Ea/el se trezește în transpirații reci în mijlocul nopții și plânge, pentru că are coșmaruri în care este maltratat(ă)”; „Ea/el își pierde ușor cumpătul. Înainte de traumă, era o persoană blajină și calmă” sau „Ea întotdeauna evită să treacă pe lângă locul în care a fost maltratată (casa unde a locuit etc.)”.

Evaluarea stării psihologice a unei victime este importantă și este necesar să se efectueze întotdeauna. Aceste evaluări pot fi efectuate în cursul unui examen medical. Iar în cazul în care nu există urme vizibile ale traumelor, evaluarea psihologică poate și trebuie să fie desfășurată în mod independent⁴².

Deși pot exista diferențe semnificative în acțiunile psihice asupra persoanei, violența și relele tratamente pot duce de multe ori la o traumă psihologică profundă și cu urmări de durată.

Conform Protocolului de la Istanbul, cele mai frecvente probleme psihologice ale unor acțiuni violente includ tulburarea de stres posttraumatic (TSPT) și forme severe de anxietate, dar pot cuprinde și următoarele simptome:

- 1) retrăirea repetată a traumei;
- 2) evitare și amorțeală emoțională;
- 3) simptome de hiperexcitabilitate;
- 4) simptomele depresiei;
- 5) stima de sine distorsionată și lipsa de încredere în viitor;
- 6) disociere, depersonalizare și comportament atipic;
- 7) acuze de probleme somatice;
- 8) disfuncție sexuală;
- 9) psihoze reactive;
- 10) izbucniri de furie sau probleme neuropsihice;
- 11) abuz de substanțe (alcool, droguri, medicamente sau alte substanțe psihoactive).

41. <http://www.psihologia.ro/studii-stiri-evenimente/90-dsm-5-si-sindromul-de-stres-posttraumatic.html>

42. Vezi cap. VI din Protocolul de la Istanbul – „Dovezi psihologice ale torturii”, care descrie evaluarea psihologică sau expertiza psihiatrică.

Asemenea simptome psihologice și funcționarea socială scăzută se pot manifesta mai mulți ani sau chiar pot persista pe tot restul vieții. Din aceste considerente, este important să se înțeleagă următoarele aspecte:

- a) gravitatea reacțiilor psihologice depinde de tipul de personalitate, de credință sau cultură, de caracteristicile sociale și individuale;
- b) violența și maltratarea pot avea consecințe grave pentru orice persoană;
- c) consecințe semnificative și severe pot apărea fără prezența de leziuni sau afecțiuni fizice grave;
- d) unele forme de abuz, care la prima vedere pot părea minore, ar putea cauza pe termen lung consecințe psihologice grave.

În Republica Moldova, **tulburarea de stres posttraumatic** (TSPT) este o categorie de diagnostic care încă rămâne să fie identificată destul de puțin de către medici și psihologi.

Situația nu este destul de bună și în alte țări, atunci când este vorba de identificarea și documentarea diferitor forme de violență. Într-un studiu efectuat de către McKenzie și Smith (2006), despre cât de bine este identificată această tulburare de către diverși profesioniști, s-a constatat că doar 68% din medicii de medicină generală, 77% dintre psihologi și 79% din psihiatri pot identifica corect TSPT⁴³.

Partea bună este că în ultimele decenii, se atestă o creștere a interesului față de această entitate clinică și față de elaborarea diferitor instrumente de măsurare a traumei și evaluare a tulburării de stres posttraumatic.

4.7. INSTRUMENTE DE EVALUARE ȘI MĂSURARE A TRAUMEI

În funcție de modul de aplicare, instrumentele de evaluare și măsurare a traumei pot fi încadrate în *două clase principale*:

- 1) instrumente aplicate de către clinicieni/specialiști;
- 2) instrumente de autoevaluare, la care persoana răspunde fiind ghidată de către specialiști.

În funcție de scopul acestor instrumente, se disting:

- 1) instrumente care evaluează natura evenimentului traumatic;
- 2) instrumente care evaluează simptomele posttraumatice;
- 3) instrumente de diagnostic.

În funcție de modul de construcție a instrumentelor de evaluare, putem utiliza:

- 1) scale de autoevaluare;
- 2) liste de verificare a simptomelor (check-lists);
- 3) chestionare, mai ales pentru depistarea simptomelor și a severității lor;
- 4) interviuri structurate, folosite mai ales pentru diagnostic.

În 2005, Elhai (și colab.) au efectuat o anchetă printre 227 de membri ai *Societății Internaționale pentru Studii de Stres Traumatic* (The International Society for Traumatic Stress Studies) cu privire la frecvența de utilizare atât în scopuri clinice, cât și în scopuri de cercetare, a instrumentelor stocate pe o listă cvasiexhaustivă.

Rezultatele acestei anchetări sunt prezentate în tabelul de mai jos și clasifică instrumentele în funcție de câți dintre cei 227 de profesioniști chestionați au utilizat un instrument anume:

⁴³. Radu Vraști, Măsurarea sănătății mentale (carte în format electronic, 01/2009).

INSTRUMENTUL ⁴⁴	număr utilizatori (N=227):	
	în clinică	în cercetare
Instrumente utilizate de clinician		
Clinician-Administered PTSD Scale (Scala pentru TSPT ⁴⁵ administrată de către clinician)	73 (32%)	52 (23%)
Structured Clinical Interview for DSM-IV-PTSD Module (Interviul clinic structurat pentru modulul DSM-IV-TSPT)	20 (9%)	17 (7%)
Acute Stress Disorder Interview (Interviul pentru tulburare de stres acut)	12 (5%)	20 (9%)
Child Maltreatment Interview Schedule (Program de interviu pentru cazurile de maltratare a copiilor)	12 (5%)	6 (3%)
Anxiety Disorders Interview Schedule Revised-PTSD Module (Program de interviu pentru tulburări de anxietate. Modul TSPT revizuit)	9 (4%)	6 (3%)
Diagnostic Interview Schedule – PTSD Module (Program-interviu de diagnosticare – modulul TSPT)	6 (3%)	2 (1%)
Composite International Diagnostic Interview – PTSD Module (Interviu internațional de diagnostic complex – modulul TSPT)	5 (2%)	7 (3%)
Mini International Neuropsychiatric Interview – PTSD Module (Miniinterviu internațional neuropsihiatric – modulul TSPT)	5 (2%)	4 (2%)
National Women's Study PTSD Module (Studiul național al femeilor – modulul TSPT)	4 (2%)	4 (2%)
Structured Interview for PTSD (Interviu structurat pentru TSPT)	5 (2%)	2 (1%)
Instrumente de autoevaluare		
Trauma Symptom Inventory (Inventarul simptomelor traumei)	53 (23%)	13 (6%)
PTSD Checklist (Lista de verificare pentru TSPT)	36 (16%)	37 (16%)
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (Scala pentru diagnosticul stresului posttraumatic)	36 (16%)	25 (11%)
Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Keane PTSD Scale (Inventarul multifazic al personalității Minnesota, Scala TSPT 2-Keane)	34 (15%)	6 (3%)
Impact of Event Scale (Scala impactului evenimentului)	30 (13%)	31 (14%)
Symptom Checklist-90 Revised-PTSD Scale (Lista de verificare a simptomelor-90, Scala TSPT revizuită)	30 (13%)	18 (8%)
Impact of Event Scale (Scala impactului evenimentului)	26 (11%)	18 (8%)
Life Events Checklist (Lista de verificare a evenimentelor de viață)	22 (10%)	17 (7%)
Detailed Assessment of Posttraumatic Stress (Evaluarea detaliată a stresului posttraumatic)	21 (9%)	7 (3%)
Mississippi Combat PTSD Scale (Scala TSPT Combat Mississippi)	20 (9%)	4 (2%)
PTSD Symptom Scale (Scala simptomelor TSPT)	17 (7%)	13 (6%)
Personality Assessment Inventory – PTSD Scale (Evaluarea personalității – Scala TSPT)	13 (6%)	4 (2%)
Posttraumatic Cognitions Inventory (Inventarul cognițiilor posttraumatice)	12 (5%)	15 (7%)
Trauma Symptom Checklist – 40 (Lista de verificare a simptomelor traumei – 40)	12 (5%)	8 (4%)
Modified PTSD Symptom Scale-Self-Report (Scala simptomelor TSPT modificată – autoraportare)	11 (5%)	7 (3%)
Davidson Trauma Scale/or Self-Rating Traumatic Stress Scale (Scala traumei Davidson sau Scala de autoevaluare de stres traumatic)	11 (5%)	4 (2%)
Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Schlenger PTSD Scale (Inventarul multifazic de personalitate Minnesota-2-Schlenger Scala TSPT)	11 (5%)	3 (1%)
Distressing Event Questionnaire (Chestionarul evenimentelor dureroase/traumatizante)	9 (4%)	7 (3%)
Life Stressor Checklist (Lista de verificare a stresului de viață)	6 (3%)	4 (2%)

44. Denumirea instrumentelor este păstrată în engleză și tradusă de către autori, iar varianta română ar putea avea unele devieri legate de traducere.

45. PTSD – Posttraumatic stress disorder (tulburarea de stres posttraumatic).

O parte dintre instrumentele din tabel sunt cunoscute și, probabil, utilizate de unii specialiști din Republica Moldova. O cercetare similară anchetei de mai sus ar putea fi utilă pentru a cunoaște modul și nivelul de documentare a consecințelor posttraumatice de către specialiștii din Moldova, care lucrează cu victimele violenței în bază de gen și ale violenței în familie sau cu alte persoane trecute prin traumă extremă.

Pe lângă testele de diagnosticare pentru depresie, anxietate și alte simptome, specialiștii Centrului de Reabilitare a Victimelor Torturii „Memoria” (RCTV „Memoria”) utilizează următoarele instrumente de bază:

A. Scala de evaluare a simptomelor (inclusiv cu aplicarea lor în dinamică), care solicită unidirecțional pacienții să-și evalueze severitatea simptomelor de la „inexistente” până la „severe”:

- 1) Scala de anxietate Taylor, care conține 50 de întrebări cu două variante de răspuns („DA” și „NU”) și este destul de ușor de utilizat pentru pacienți;
- 2) Scala depresiei Beck, care reprezintă un chestionar din 13 sau 21 de itemi numerotați, având fiecare patru variante de răspuns, apreciat de la 0 la 3;
- 3) Scala de autoapreciere Spilberger, constituită din două părți, măsoară în mod separat anxietatea reactivă (AR) și anxietatea personală (AP);
- 4) Chestionarul Heck și Hess, o metodă-expres de diagnosticare a nevrozei. Chestionarul conține 40 de întrebări, fiecare cu două variante de răspuns („DA” și „NU”).

B. Scala definită (din engleză **Categorical scales**), utilizată pentru cuantificarea simptomelor, se bazează pe criterii de diagnosticare, cum ar fi DSM-IV⁴⁶, ICD-10⁴⁷:

- 1) Chestionarul Harvard de evaluare a traumei (Harvard Trauma Questionnaire – HTQ)⁴⁸;
- 2) Chestionarul (Lista de verificare) Hopkins de evaluare a anxietății și a depresiei HSCL-25 (Hopkins Symptom Checklist-25);
- 3) Chestionarul TSPT (tulburarea de stres posttraumatic – TSPT).

Chestionarul Harvard pentru evaluarea traumei (HTQ) este util în ambele aspecte pentru documentarea violenței în bază de gen, deoarece permite identificarea și cuantificarea:

- a) evenimentelor cu potențial traumatic;
- b) simptomelor legate de traume.

Acest instrument cuprinde o gamă completă a simptomatologiei posttraumatice, în special pentru formele cronice de traumă, cum ar fi violența domestică, abuzul fizic și abuzul sexual (Herman, 1992)⁴⁹. *Valoare de diagnosticare* are identificarea a, cel puțin, unui eveniment traumatic, care implică atât iminența sau amenințarea cu moartea, cu vătămarea gravă (severă), cât și un răspuns intens de frică, neajutorare sau groază.

Chestionarul Harvard a fost elaborat cu scopul de a identifica evenimentele traumatice și consecințele acestora și este compus din cinci părți:

- i) evenimente traumatice;
- ii) descriere personală;
- iii) traume cranio-cerebrale;
- iv) simptome posttraumatice;
- v) instrumente de interpretare.

46. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4).

47. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision.

48. Mollica et al. Harvard Trauma Questionnaire/HTQ. 1992.

49. Rachel Kimerling, Paige Ouimet and Jessica Wolfe. Gender and PTSD, 2002.

Scorul pentru simptomele traumei (inclusiv anxietate și depresie) este calculat după o formulă specială, la fel și scorul pentru evenimentele traumatizante. Persoanele cu ambele scoruri $\geq 2,5$ (conform clasificării DSM-IV sau/și total) sunt considerate ca având simptome clinice de TSPT.

Pentru a fi mai adaptat și mai ușor de utilizat în diferite țări, Chestionarul Harvard a suferit mai multe modificări, care însă nu i-au afectat structura de bază. În cadrul RCTV „Memoria”, acest instrument a fost utilizat mai intens din anul 2009, când a fost tradusă și adaptată versiunea cambodgiană, preluată din manualul *Measuring Trauma, Measuring Torture (2004)*⁵⁰. Totuși, este necesară o adaptare mai comprehensivă a instrumentului, cu înregistrarea și recomandarea lui pentru utilizare la nivel național în Republica Moldova.

Lista de verificare a simptomelor Hopkins-25 (HSCL-25)

Lista de verificare a simptomelor Hopkins-25 este un instrument de screening cunoscut și utilizat pe scară largă, a cărui istorie datează din anii 1950, când a fost proiectat de Parloff, Kelman și Frank de la Universitatea Johns Hopkins⁵¹.

Profesorul Karl Rickels, unul dintre cei care au dezvoltat HSCL, a demonstrat împreună cu colegii săi utilitatea în practica de familie⁵² sau în serviciul de planificare familială⁵³ a unei versiuni de chestionar cu 25 de itemi.

HSCL-25 este un instrument de măsurare a simptomelor de anxietate și depresie, foarte des întâlnite la victimele violenței în bază de gen. Conține 25 de itemi, distribuiți în două părți. Partea I a HSCL-25 are 10 itemi pentru simptome de anxietate. Partea a II-a are 15 itemi pentru simptomele depresiei. Scala pentru fiecare întrebare include patru categorii de răspuns („Deloc”, „Puțin”, „Destul de pronunțat”, „Extrem”, cu un rating de 1 la 4, respectiv).

În cadrul evaluării se calculează trei scoruri: a) pentru *anxietate*, care este media primilor 10 itemi; b) pentru *depresie*, care este media următorilor 15 itemi; c) *scorul total* reprezintă media tuturor celor 25 de itemi ai chestionarului.

Prin utilizarea chestionarului în mai multe grupuri-țintă, s-a demonstrat în mod constant că scorul total este strâns corelat cu stresul psihoemoțional sever, iar scorul depresiei este corelat cu depresia clinică, definită în *Manualul de diagnostic și statistic* al Asociației Americane de Psihiatrie, versiunea a IV-a (DSM-IV)⁵⁴.

Instrumentele de screening trebuie administrate de către un personal bine instruit în domeniul traumei și cu experiență de lucru cu persoanele care au suportat o traumă extremă. Acestea nu au fost concepute pentru autoevaluare, iar lista de control nu poate înlocui abilitățile și rolul unui profesionist în domeniul sănătății mintale, care are o pregătire pentru lucrul cu trauma.

50. Richard F. Mollica, Laura S. McDonald, Michael P. Massagli, Derrick M. Silove. *Measuring Trauma, Measuring Torture*, Harvard Program in Refugee Trauma, 2004.

51. Parloff M.B., Kelman H.C., Frank J.D. Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria for improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. 1954; 3:343-351.

52. Hesbacher P.T., Rickels K., Morris R.J., et al. Psychiatric illness in family practice. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1980.

53. Winokur A., Winokur D.F., Rickels K. et al. Symptoms of emotional distress in a family planning service: stability over a four-week period. *British Journal of Psychiatry*. 1984; 144: 395-399.

54. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

Stările psihoemoționale și alte sechele posttraumatice care se dezvoltă la persoanele trecute prin situații critice generatoare de stres psihic (inclusiv diferite forme de violență) au nu numai tendința de a nu dispărea cu timpul, ci pot deveni tot mai pronunțate. Unele simptome pot reapărea în timp, debutând brusc pe fundalul unei stări generale aparent bune a persoanei.

Din aceste considerente, documentarea consecințelor psihologice nu trebuie să se limiteze la efectuarea unor evaluări unice, necesare sau solicitate pentru accesul la justiție. Victimele ar trebui să fie incluse în programe de reabilitare cu monitorizare continuă, pentru a colecta toate informațiile necesare cu privire la evoluția simptomelor. Aceste date sunt necesare atât pentru aprecierea prejudiciilor cauzate, cât și pentru elaborarea programelor comprehensive de asistență și reabilitare.

[5.] ABORDAREA CENTRATĂ PE VICTIMĂ ȘI ABORDAREA CENTRATĂ PE TRAUMĂ ÎN COLECTAREA DATELOR

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

Focalizarea pe femeie și pe problemele cu care se confruntă a fost inițiată cu scopul de a elimina violența împotriva ei și pentru a o aduce pe arena democratică în calitate de subiect politic activ.

Violența împotriva femeii a fost asociată cu o unitate de măsură des aplicată – cea de **victimă**, pentru a se obține garanții că serviciile publice care ajută persoana supusă violenței vor rămâne centrate pe aceasta.

Termenul-cheie **abordare centrată pe victimă** este definit ca fiind orientarea sistematică spre nevoile și preocupările victimei, căreia i se oferă servicii cu compasiune, într-o manieră sensibilă, nediscriminatorie și nesentențioasă (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 retraumatizarea asociată procesului de justiție penală, prin:

- a) 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 suferințele lor;
- b) responsabilizarea supraviețuitorului ca participant activ implicat în procesul de reabilitare, documentare și acces la justiție;
- c) oferire de posibilități supraviețuitorului de 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 clienți, dar deseori au resurse financiare și umane limitate sau insuficiente, ceea ce îi împiedică să răspundă tuturor necesităților.

În același timp, constrângerile temporale la care este supusă poliția (adesea suprasolicitată) 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 nevoia de tratament și de reabilitare a victimei, care ar putea furniza și dovezi medicale necesare investigației legale. Or, un sprijin adecvat din partea medicilor și a psihologilor poate ajuta victima pe parcursul urmăririi penale 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:

- ▶ Toți profesioniștii implicați în cazurile de violență în bază de gen trebuie să susțină victima, dând dovadă de multă răbdare, empatie și compasiune, antrenând actori care împărtășesc aceleași principii și eforturi.
- ▶ Trebuie evitate orice activități care pot exclude o victimă și care reflectă comportamentul unui agresor, oricât de neintenționat ar fi acesta.
- ▶ Trebuie facilitate accesul victimelor la servicii de reabilitare comprehensive și implicarea lor în procesul de recuperare.

Prestatorii de servicii specializate pentru victimele violenței în bază de gen dispun de o diversitate de abilități profesionale, de resurse sociale, de competențe culturale și, la modul ideal, de ***o perspectivă informată asupra traumei***.

Profesioniștii bine instruiți din domeniul medical, social și psihologic pot evalua nevoile victimelor și le pot oferi sprijinul necesar într-un mod adecvat. 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.

Prestatorii de servicii pentru victimele violenței au adesea parteneriate și colaborări cu persoane extrem de vulnerabile la violența în bază de gen, despre care se știe că este puțin probabil că o vor raporta în vederea aplicării legii.

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 organizațiile cu experiență în lucrul direct cu victimele, precum și organizațiile 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 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.

Instruirea profesioniștilor în evaluarea nevoilor victimei; în implicarea și colaborarea cu victimele în procesul de asistență; în îngrijirea informată a traumelor; în formarea competențelor culturale; în probleme de diversitate și incluziune, precum și legate de multe alte aspecte, îi va ajuta să construiască un răspuns eficient, centrat pe victimă.

Utilizarea termenilor „victimă” și „supraviețuitor”

Acest ghid folosește termenii „victimă” și „supraviețuitor” pentru a se referi la persoanele care au trecut prin diverse forme de violență. 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 a comportamentului criminal al altei/altor persoane (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.

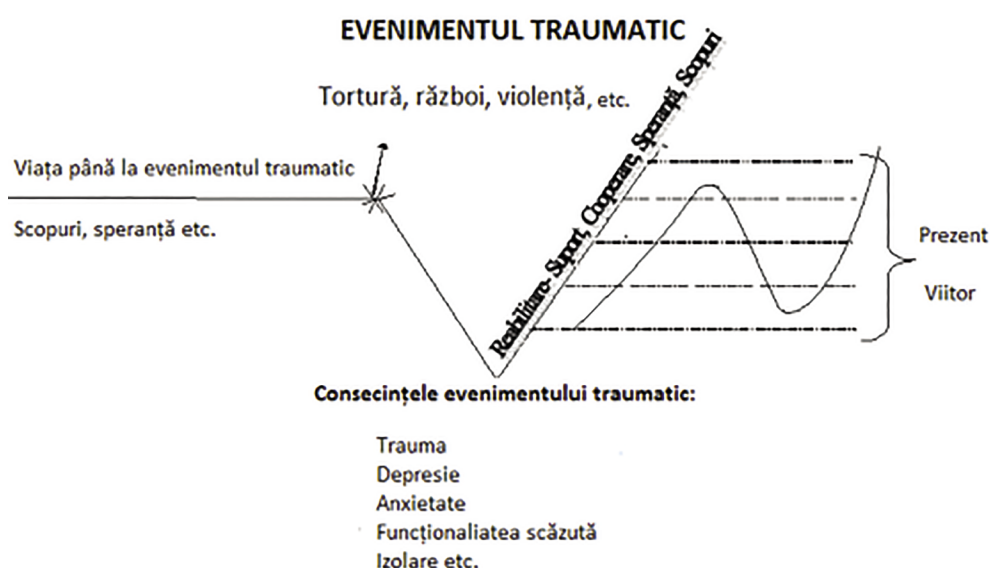
„Supraviețuitor” este un termen folosit pe scară largă de către organizațiile/instituțiile care oferă servicii persoanelor trecute prin violență, pentru a le recunoaște puterea și curajul de care dau dovadă în depășirea traumei și a victimizării, în procesul de continuare sau de reconstruire, cu succes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

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).

Evenimentul traumatic poate fi reprezentat schematic astfel:⁵⁵



Schema 3: Evenimentul traumatic.

55. Schema a fost creată de către echipa RCTV „Memoria”, în cadrul proiectului PATH (Partners in trauma healing) implementat de către CVT (Center for victims of torture) – <https://www.cvt.org/partners-trauma-healing>

În același timp, trauma presupune o desfășurare procesuală și nu se termină atunci când se finalizează un eveniment sau o situație traumatizantă; or, stresul respectiv apare uneori la mult timp după consumarea evenimentului traumatizant.

Trauma psihică reprezintă:

- o suferință psihică apărută în urma unei pierderi, a unui accident, a unei catastrofe, a unei vătămări;
- o „rană” sau o leziune sufletească produsă în interiorul sistemului de personalitate;
- o „întrerupere” a integrității personalității, cu consecințe dureroase și perturbatoare.

Termenul-cheie **abordare centrată pe traumă** recunoaște prioritatea traumei, sugerează sensibilitatea și informarea cu referire la impactul traumei asupra 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:

- a) se concentrează pe o înțelegere și o reacție (a victimei) la impactul traumei;
- b) subliniază siguranța fizică, psihologică și emoțională atât pentru supraviețuitori, cât și pentru prestatorii de servicii;
- c) creează oportunități pentru supraviețuitori de a reconstrui un sentiment de control asupra vieții lor și de abilitare pentru a-și continua viața cu demnitate.

5.1. TRAUMA ȘI VIOLENȚA ÎN FAMILIE

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) 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 sau doar prezența ca martor la violența domestică reprezintă o formă de traumă complexă.

Violența domestică (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 abuzate se vor confrunta cu urmări ale schimbărilor în dezvoltarea și funcționarea creierului, declanșate de această expunere traumatizantă.

Cercetările sugerează: cu cât copilul este mai mic, cu atât sunt mai dăunătoare experiențele traumatice în ceea ce privește dezvoltarea creierului. Cei 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.

5.2. 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:

- se angajează și acționează conform principiilor fundamentale ale siguranței, credibilității, colaborării și responsabilizării;
- 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 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 instabilitatea stărilor psihoemoționale.

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-cheie⁵⁶ privind victimele violenței în cuplu și în familie care stau la baza dezvoltării unei practici centrate pe traumă sunt următoarele:

- 1) siguranța (fizică și emoțională);
- 2) încrederea (construită în timp între supraviețuitor și prestatorii de servicii);
- 3) abilitarea și dobândirea de competențe;
- 4) maximizarea alegerii, luării de decizii și controlului clientului asupra vieții sale;
- 5) colaborarea (partajarea responsabilităților și puterii decizionale);
- 6) construirea unor experiențe relaționale pozitive;
- 7) înțelegerea traumei, a prevalenței acesteia, a dinamicii și a impactului;
- 8) înțelegerea complexității clientului (capacitatea lui de coping și de reziliență⁵⁷; contextul religios, cultural etc.);
- 9) 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;
- 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, beneficiile 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), ci și pentru personal și 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 servicii.⁵⁸

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

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

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

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.

5.3. NEVOILE COMPLEXE ALE SUPRAVIEȚUITORILOR DIFERITOR TRAUME

Legătura cauzală între violență (inclusiv domestică/familială, abuz asupra copilului) și abuzul de substanțe (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 „mecanism de coping”, adoptat de către victime ca răspuns la traume complexe.

Similar cu alte strategii de coping (cum ar fi 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.

Persoanele traumatizate ar putea percepe serviciile oferite de către diferite instituții/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 retraumatizare 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 ce poate diagnostica acest comportament?”**.

5.4. SPRIJINUL ȘI REABILITAREA VICTIMELOR DIFERITOR FORME DE VIOLENȚĂ

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 luate însă măsurile necesare care ar garanta că interviul cu victima a avut loc într-o atmosferă de înțelegere reciprocă și 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.

La efectuarea interviurilor cu victimele vor fi luate măsuri pentru a le oferi sprijinul necesar în reabilitare, abilitare economică și reintegrare socială. Acest tip de sprijin presupune consiliere profesională sau doar informarea victimei despre faptul că pentru ea sunt deschise uși unde i se va oferi tot ajutorul.

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. Victimele își împărtășesc experiențele personale cu avocații, ceea ce le cauzează și o durere emoțională. Deși relatarea evenimentelor traumatice poate fi văzută ca o schimbare pozitivă sau un pas concret spre realizarea scopului, nu trebuie să uităm că acest lucru aduce și multă suferință.

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 dreptul, dar și cu nevoia de reabilitare a victimelor, folosind o listă de agenții și organizații care oferă asistență specializată.

Este necesar să se obțină asigurări că victimele primesc sprijinul necesar și că beneficiază de servicii comprehensive 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.

[6.] CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

În etapa actuală, în Republica Moldova există mai multe probleme legate de documentarea violenței în bază de gen:

- 1) Medicalizarea diferitor acțiuni de violență poate reduce concentrarea eforturilor și a acțiunilor întreprinse doar la examinarea consecințelor fizice, determinând „uniformizarea și tipizarea” cazurilor și ignorarea altor nevoi individuale ale victimelor.
- 2) Documentarea medicală încă este focalizată preponderent pe semne vizibile, fără a se utiliza un sistem mai extins de referințe externe (către alte instituții medicale), pentru a se efectua investigații de diagnosticare relevante, care ar depista consecințele violenței și ale traumelor suferite (dovezi pentru instanțe).
- 3) Traumele complexe și efectele lor sunt adesea nerecunoscute, nediagnosticate sau diagnosticate greșit, superficial sau tardiv.
- 4) Deși victimele se adresează pentru ajutor și pot fi tratate în mai multe instituții sau pot beneficia de mai multe servicii pe o perioadă lungă de timp, totuși serviciile oferite sunt fragmentare, cu sisteme de referințe și de monitorizare slabe, ceea ce nu asigură asistența și documentarea adecvată a cazurilor.
- 5) La nivel local, nu se acționează suficient pentru a se documenta toate aspectele și consecințele violenței, ale traumelor suferite. Din aceste considerente, victimele nu pot beneficia nici de documentare suficientă, nici de servicii comprehensive de reabilitare (medicale, psihologice, sociale, legale).
- 6) Serviciile necoordonate și neintegrate sporesc riscul retraumatizării și pot conduce la cronicizarea, agravarea stărilor legate de traumele nerecunoscute sau diagnosticate greșit.
- 7) Extinderea, agravarea și cronicizarea simptomelor sunt costisitoare din punct de vedere psihologic, financiar și sistemic, deoarece vor necesita eforturi și cheltuieli continue.
- 8) Focarele de violență nu sunt identificate timpuriu, nu sunt documentate și monitorizate eficient în vederea prevenirii și contracarării fenomenului.
- 9) Insuficiența programelor de asistență a agresorilor în teritoriu în scop de documentare, tratament și reabilitare în caz de necesitate, pentru prevenirea aplicării repetate a violenței.
- 10) Insuficiența sau chiar lipsa de instruire a unor profesioniști în domeniul traumei și al documentării comprehensive a consecințelor violenței.

Experiența acumulată în cadrul RCTV „Memoria”, în cooperare cu „Promo-LEX” și alte ONG-uri care activează în domeniu, precum și analiza experienței internaționale cu privire la necesitatea și modul de documentare a cazurilor de violență efectuată pentru acest ghid practic, ne-au permis să formulăm următoarele **concluzii**:

- 1) **Violența în bază de gen** este un fenomen distructiv pentru victime, dar și un impediment grav în procesul de dezvoltare a societății. Ținta actului de violență, de regulă, este distrugerea personalității victimei, ceea ce generează suferință, frică și anxietate în familie și în societate, persistând ani la rând.

- 2) **Consecințele traumelor fizice sau/și psihice** suferite influențează grav nu numai victima, dar și pe cei din jur, având tendința de a se transmite generațiilor următoare.
- 3) **Răspunsul la traumă** este individual și depinde de mai mulți factori: de tipul de personalitate; de durata, intensitatea și persistența agentului agresor; de perioada între traumă și asistența oferită, de tipul acesteia, precum și de alți factori.
- 4) Este importantă monitorizarea și documentarea **dependenței reciproce** a tulburărilor psihice posttraumatice și a patologiei somatice, fapt ce influențează evoluția altor maladii psihosomatice, în special cardiovasculare, endocrine, gastrointestinale, imunitare.
- 5) **Abordarea problemelor și consecințelor posttraumatice** trebuie să fie individuală, sistemică și metodică, cu documentarea lor minuțioasă de către specialiști bine instruiți.
- 6) **Abordarea centrată pe victime și pe traumă** permite identificarea și documentarea tulburărilor posttraumatice și a altor probleme cu care se confruntă victimele, ceea ce ar facilita găsirea de soluții adecvate și eficiente pentru asistența lor, dar și pentru prevenirea fenomenului violenței în bază de gen.
- 7) **Analiza în comun cu victima a traumelor suferite** este foarte importantă, deoarece acceptarea trecutului, oricât de dureros, este un factor-cheie necesar producerii unor schimbări pozitive în procesul de reabilitare, dar și va facilita procesul de colectare a datelor pentru documentare și acumulare de material probatoriu pentru accesul la justiție.
- 8) **Acordarea de servicii de reabilitare** eficiente, adecvate și cât mai curând posibil după traumele suferite nu este numai un drept al victimelor violenței în bază de gen, dar reprezintă și necesitatea stringentă de a obține atât date importante pentru evaluare, raportare sau statistici, cât și o ameliorare a stării lor psihice și fizice, precum și o ambianță sănătoasă în jurul lor.
- 9) **Procesul de reabilitare** este unul îndelungat, anevoios și costisitor atât pentru victime, pentru familia lor, cât și pentru întreaga societate. O documentare adecvată a cazurilor ar contribui semnificativ la prevenirea fenomenului și la reducerea costurilor pentru tratament și reabilitare.
- 10) **Documentarea psihologică** a violenței în bază de gen în Republica Moldova necesită o nouă abordare, cu utilizarea unor instrumente de evaluare recunoscute la nivel internațional, care ar permite nu numai diagnosticarea necesară pentru asistență, dar și evaluarea traumelor suferite pentru accesul la justiție, ca dovezi (material probatoriu) pentru instanțe.
- 11) **Documentarea cazurilor de violență în bază de gen** este necesară pentru elaborarea strategiilor de protecție, reabilitare a victimelor, combatere și prevenire a fenomenului.
- 12) **Modelul de reabilitare comprehensivă** inițiat în Republica Moldova de către echipa RCTV „Memoria” permite o documentare complexă și adecvată a cazurilor diferitor forme de violență și abuzuri, inclusiv a torturii și a violenței în bază de gen.
- 13) **Beneficiile** unei documentări detaliate și precise a cazurilor de violență în bază de gen permit:
 - a) îmbunătățirea comunicării între instituții, profesioniști și prestatori de servicii, cu privire la asistența eficientă a victimei;
 - b) acumularea și furnizarea dovezilor în procedurile penale sau civile;
 - c) măsurarea costurilor și a prevalenței problemelor specifice de sănătate fizică și mintală, precum și a altor prejudicii cauzate;
 - d) înregistrarea activităților și procedurilor pentru care se va solicita compensarea cheltuielilor sau costurilor suportate de către victime (care pot fi acoperite de către stat sau de către agresor).

RECOMANDĂRI:

- 1) **Victimologia** ar trebui să devină nu numai o știință sau o noțiune legală, dar și o **disciplină clinică, medicală și psihologică**.
- 2) **Toate categoriile de profesioniști** care vin în contact cu victimele diferitor forme de violență în bază de gen, cu atât mai mult cei care le vor oferi anumite tipuri de asistență, trebuie să aibă o **pregătire specială**, care să presupună studierea particularităților de manifestare a consecințelor posttraumatice și documentarea eficientă, profesionistă a consecințelor violenței, pe lângă un sprijin și un ajutor adecvat și comprehensiv.
- 3) **Simptomele tulburării de stres posttraumatic**, legate de traume fizice și/sau psihice suferite în urma diferitor forme de violență, se întâlnesc foarte des la diferite categorii de victime și **trebuie cunoscute** nu numai de către psihologi, de medici, inclusiv de medicul de familie, dar și de către pedagogi, de polițiști, de asistenți sociali, de alți profesioniști care vin în contact cu victimele în scop de asistență și documentare.
- 4) **Este necesar să fie selectat și aprobat un set de teste și chestionare** care să fie aplicate de către psihologi, medici și alți profesioniști din Republica Moldova care interacționează cu victimele violenței în bază de gen pentru diagnosticarea și documentarea consecințelor posttraumatice, precum și pentru identificarea traumelor suferite.
- 5) Existența unei legături strânse, multilaterale, cu influențe reciproce între traumele suferite și diverse afecțiuni fizice, mintale sau psihosomatice impune drept **necesară și utilă adoptarea unei abordări complexe** a problemelor cu care se confruntă victimele, presupunând și documentarea tuturor aspectelor legate de traumele suferite și de consecințele lor.
- 6) **Fortificarea echipelor multidisciplinare teritoriale**, cu instruirea specialiștilor în domeniul traumei și în cel al documentării diferitor forme de violență.
- 7) **Instruirea continuă și formarea viitorilor specialiști** (din domeniul medical, psihologic, juridic, asistență socială) prin introducerea studierii traumei și a consecințelor posttraumatice în programul curricular al instituțiilor de învățământ relevante.
- 8) **Ajustarea cadrului legal național** la cerințele și recomandările instrumentelor și instituțiilor internaționale cu privire la asistența victimelor, reabilitarea lor, documentarea violenței în bază de gen și asigurarea accesului la justiție.
- 9) **Revizuirea cadrului legal național** în scopul asigurării conformității cu standardele internaționale în domeniu, pentru a investiga și a documenta corect, eficient și adecvat diferite infracțiuni ce țin de violența în bază de gen. Spre exemplu, în cazul definiției violului, termenul „constrângere” să fie înlocuit cu cel de „consimțământ viciat”, așa cum prevede Convenția de la Istanbul.

[7.] REFERINȚE BIBLIOGRAFICE:

- 1) Protocolul de la Istanbul⁵⁹. Manual de investigare efectivă și documentare a torturii și a altor tratamente crude, inumane sau degradante. Organizația Națiunilor Unite, Geneva și New York, 2004.
- 2) Morari Galina, Pădure Andrei, Zarbailov Natalia. Ghid pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor. Centrul de Drept al Femeilor. Chișinău, 2017.
- 3) Vraști Radu. Măsurarea sănătății mentale. Măsurarea tulburării posttraumatice de stres. (Resursă electronică, 01/2009).
- 4) Vraști Radu. Evaluarea și intervenția în crizele date de violența familială. Ghid practic de intervenție în criza. (Resursă electronică)
- 5) Platforma de acțiune Beijing +20 și Uniunea Europeană. Domeniul D: Violența împotriva femeilor.
- 6) Turliuc Maria Nicoleta, Karner Huțuleac Adina, Dănilă Oana. Violența în familie. Teorii, particularități și intervenții specifice. Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2009.
- 7) Ghid de intervenție în cazurile de violență în familie. Agenția Națională pentru Protecția Familiei. România.
- 8) Mândrilă Carmen–Gabriela. Violența în familie – o problemă a societății contemporane. Curs. Iași. 2004.
- 9) Legea nr. 45 (2007) „Cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie”.
- 10) Bodrug–Lungu Valentina, Grădinaru Ina, Gorceag Lilia, Sîrbu Simion, Bojenco Diana, Triboi Ina. Manual de instruire a specialiștilor în lucrul cu agresorii familiali. Elaborat în cadrul proiectului finanțat de OAK Foundation, 2017.
- 11) Sylvia Walby and others. The concept and measurement of violence against women and men. University of Bristol. 2017.
- 12) Bloom, Shelah S. Violence Against Women and Girls: A Compendium of Monitoring and Evaluation Indicators. Carolina Population Center, MEASURE Evaluation, Chapel Hill, North Carolina. 2008.
- 13) Sarah Deer, Carrie A. Martell, Hallie Bongar White, Maureen White. A Victim-Centered Approach To Domestic Violence Against Native Women. 2008.
- 14) Creating Trauma-informed services: Tipsheet series. National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health. 2011.
- 15) Anne L. Ganley. Domestic violence: Strategies for screening, assessment, intervention and documentation. Trainer's manual for health care providers. Family Violence prevention Fund. 1998.
- 16) Anne L. Ganley. Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers. 1998.
- 17) Anne L. Ganley. Understanding domestic violence. Futures Without Violence: 1998.

59. Ediție tradusă și adaptată în română. Chișinău, 2009.

- 18) Anastasia J. Gage, Melissa Dunn. Monitoring and Evaluating Gender-based Violence Prevention and Mitigation Programs. 2009.
- 19) Protect II. Guidance Report for the improvement of data on gender-based violence against women in the European Union. Capacity Building in Risk Assessment and Safety Management to Protect High Risk Victims. Vienna. 2013.
- 20) Sylvia Walby. Ensuring Data collection and research on violence against and domestic violence: article 11 of the Istanbul Convention. A collection of papers on the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Council of Europe, March 2016.
- 21) Sheree Goldman, Domestic Violence Education. Course. Wild Iris Medical Education. 2014.
- 22) Nancy E. Isaac and V. Pualani Enos. Documenting Domestic Violence: How Health Care Providers Can Help Victims. National Institute of Justice. 2001.
- 23) Lentz, Linda MA, RN. 10 tips for documenting domestic violence. Women's Center Inc. of Columbia. Nursing. 2011.
- 24) William J. Rudman Ph.D. Coding and Documentation of Domestic Violence. School of Health Related Professions. The University of Mississippi Medical Center. 2000.
- 25) UNFPA Strategy and Framework for Action to Addressing GBV, 2008-2011, p. 7.
- 26) Richard F. Mollica, Laura S. McDonald, MALD, Michael P. Massagli, Ph.D., Derrick M. Silove, MD. "MEASURING TRAUMA, MEASURING TORTURE", Harvard Program in Refugee Trauma. 2004.

[8.] LINKURI UTILE:

- 1) Domestic Violence Education. http://www.nursingceu.com/courses/449/index_nceu.html#assess
- 2) Definiția violenței și tipuri de violențe. <http://www.scribub.com/sociologie/Definitia-violentei-si-tipuri-2222121516.php>
- 3) National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health
www.nationalcenterdvtraumamh.org
- 4) Domestic Abuse Prevention Program, Home of Duluth Model, <http://www.theduluthmodel.org>
- 5) http://unhcr.org.ua/img/uploads/docs/Protocolul%20de%20la%20Istanbul_1.pdf
- 6) National Child Traumatic Stress Network – <https://www.nctsn.org/>
- 7) Vrasti Radu. Evaluarea și intervenția în crizele date de violența familială. Ghid practic de intervenție în criză, 2012. <http://www.vrasti.org/Ghid%20Practic%20de%20Interventie%20in%20Criza.pdf>
- 8) <https://www.blueknot.org.au/Home/Front-Page-News/ID/46/Trauma-informed-Practice-in-Domestic-and-Family-Violence-Services>
- 9) American Academy of Experts in Traumatic stress, www.helpguide.org
- 10) Platforma de acțiune de la Beijing, adoptată în 1995, <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2010-0037+0+DOC+XML+V0//RO>
- 11) World Health Organization (WHO) (2016) Violence against Women: Intimate Partner and Sexual Violence against Women. Fact sheet. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/ [November 2016].
- 12) http://politia.md/sites/default/files/ni_violenta_in_familie_2016.pdf
- 13) http://www.politia.md/sites/default/files/ni_violenta_in_familie_12_luni_2017.pdf
- 14) <http://www.futureswithoutviolence.org>
- 15) <http://www.health-genderviolence.org/training-programme-for-health-care-providers/facts-on-gbv/defining-gender-based-violence/21>
- 16) <http://blog.omct.org/violence-women-private-actors-state-responsibility-convention-torture/>
- 17) <https://www.blueknot.org.au/Home/Front-Page-News/ID/46/Trauma-informed-Practice-in-Domestic-and-Family-Violence-Services>
- 18) <http://www.despresuflet.ro/forum/agresivitate-f8/atasamentul-victimei-fata-de-agresor-t1599.html>
- 19) Portalul Guvernamental al Datelor Deschise, <http://date.gov.md/ro>

[9.] ANEXE

9.1. ANEXA 1: GLOSAR. NOȚIUNI ȘI TERMENI-CHEIE PRIVIND VIOLENȚA ÎN BAZĂ DE GEN

1) Agresivitatea exprimă o dispoziție biopsihologică și reacțională la situații de mediu, o reacție de apărare, o tendință impulsivă care ar putea fi mai puțin controlată de procesele psihice de integrare în ambianță⁶⁰. Agresivitatea reprezintă tendința spre o conduită orientată spre obiecte, persoane sau spre sine însuși, în intenția de a produce o daună (vătămare) de ordin material, fizic și/sau moral, psihologic. Agresivitatea *este definită și ca „tendința de a-l ataca pe celălalt sau de a distruge un oarecare obiect, pentru atingerea satisfacerii imediate a unei nevoi” (cum ar fi o descărcare psihoemoțională)*. Poate fi și trăsătura de personalitate „a unui individ care are obiceiul de a se comporta agresiv”⁶¹, în special dacă scapă controlului rațional.

Câțiva dintre factorii psihologici care predispun la o creștere/intensificare a potențialului de comportament agresiv sunt: abuzurile suferite în copilărie sau alte traume de pe parcursul vieții; anumite antecedente agresive față de ceilalți sau față de propria persoană; unele trăsături de personalitate (*impulsivitatea*, labilitatea emoțională, iritabilitatea caracterială⁶², toleranța scăzută la critică sau frustrare etc.), care pot fi sau nu legate de traume suferite anterior sau de situații repetate de stres prelungit, care nu au fost gestionate.

2) Agresiunea constituie „o mobilizare a organismului care duce la atac/luptă, determinând eventual rănirea, vătămarea sau chiar moartea victimei”. Din punct de vedere social, agresiunea reprezintă „comportamentul adoptat cu intenția de a face rău celui alt, în plan fizic sau psihologic”⁶³. Termenii „intenție” și „rău” sunt relativ subiectivi. Astfel, se explică faptul că *victima, agresorul și observatorul*⁶⁴ vor avea perspective diferite asupra caracterului agresiv sau nonagresiv al unui act concret sau cu privire la gradul de pericolozitate al unei acțiuni agresive. În funcție de toleranța societății în privința actelor agresive, de pragul de la care pornesc, acestea se transformă în acte infracționale. Cuvintele pot avea și ele un caracter agresiv: deschis (amenințări, injurii, insulte) sau ascuns și insidios (răutate, ironie, causticitate). Atacul și percepția intenției sunt factori situaționali care tind să producă un răspuns agresiv. *În acest caz, reacțiile agresive ale unei persoane favorizează apariția răspunsurilor agresive ale altcuiva*. Nu întâmplător, provocarea prin atac sau insultă este *una dintre cauzele cele mai frecvente ale agresivității (intensificate uneori și de consumul de alcool)*. Ca subiect al normei reciprocității, agresiunea poate lua forma unor reguli precum „ochi pentru ochi, dinte pentru dinte”, „viață pentru viață” etc. Aceste reguli explică posibilele „reacții în lanț” ale mai multor acte de agresiune, produse ca urmare a unui atac.

3) Agresorii sunt persoane care vor să domine, să decidă și să controleze totul în jurul lor, inclusiv oamenii din jurul lor. Aceștia nu pot construi relații interumane adecvate, bazate pe respect reciproc. Ei nu sunt capabili de comunicare asertivă și nu le pasă de sentimentele și experiențele

60. Tadeusz Pirozynski, 1991.

61. Larousse. Marele dicționar al psihologiei, 2006.

62. Iritabilitate care deja face parte din caracterul persoanei.

63. Larousse. Marele dicționar al psihologiei, 2006.

64. Poate fi martorul, victima colaterală, dar și persoana care raportează cazul.

altor oameni, în special ale celor din anturajul apropiat. Deseori îi înjosesc pe unii, ca să crească în ochii proprii sau în ochii altora. Este posibil ca agresorii să fi fost ei înșiși agresați sau hărțuiți anterior, să fi trecut prin traume extreme ori repetă modelele de comportament din familia de origine. Agresorii sunt atât de sex masculin, cât și feminin, atât adulți, cât și persoane sub 18 ani. Profilul agresorilor este diferit și deci dificil de identificat. Ei pot fi foarte violenți ori foarte comunicabili și, aparent, prietenoși. Uneori acționează direct, alteori din umbră, răspândind zvonuri sau bârfe, dar rămân parcă străini de propriile acțiuni. Deși diferiți, ei au și trăsături comune (menționate mai sus), care trebuie observate și documentate la timp, pentru a se lua măsuri de prevenire. În practică, au fost identificate două tipuri de agresor:

a) agresorul care resimte inferioritatea poziției sale sociale în raport cu situația socială a victimei.

Acesta dezvoltă un comportament verbal și nu numai, încearcă să minimizeze acțiunile și reușitele victimei în plan profesional, social sau financiar. Există situații în care agresorul reușește să-i cultive victimei un sentiment de vinovăție, repetându-i că ea este singura vinovată de starea conflictuală creată și „capul tuturor răutăților”. Mai mult, acesta uneori dezvoltă un comportament exemplar față de alte persoane din anturajul său, care nu-i pot reproșa nimic. Despre un asemenea agresor se vehiculează că în raport cu alte persoane (în afara victimei) ar fi galant, amabil, chiar excesiv de amabil;

b) agresorul cu o poziție socială superioară victimei încearcă să-și domine partenerul de viață, controlându-l financiar și relațional. Este cazul agresorului care provine dintr-o familie cu un nivel economic ridicat, comparativ cu cel al victimei originare dintr-o familie defavorizată economic, în care unul dintre părinți lipsește (de regulă, tatăl) sau părinții și rudele nu au cum să intervină în situații de criză. Spre deosebire de victima izolată de familia sa, agresorul se poate bucura de suportul moral al propriei familii, care se află în imediata vecinătate (uneori în aceeași locuință) și care îi oferă sprijin necondiționat.

Legea nr. 45 definește agresorii ca „persoane care comit acte de violență în familie, în concubinaj. În cazul plângerilor din partea mai multor membri de familie, cu învinuiri reciproce de comitere a actelor de violență, agresorul va fi identificat luându-se în considerare următoarele circumstanțe: care dintre subiecții implicați a acționat în apărarea sa ori a altei persoane; probabilitatea survenirii unor situații critice pentru fiecare persoană; modul de acționare în cadrul scenei de violență și gravitatea leziunilor provocate de fiecare persoană; plângerile anterioare de violență în familie, alte împrejurări care indică la inițiatorul actelor de violență”.

4) Abordarea centrată pe traumă presupune o focalizare sistematică pe studierea, analiza și procesarea traumei, pentru a se găsi cele mai eficiente și umane măsuri de asistență, tratament și documentare a consecințelor traumelor suferite.

Ghidul de față include cinci componente principale ale abordării informate despre traume, în violența în bază de gen și violența în familie:

- a) oferirea de informații supraviețuitorilor despre efectele traumatice ale abuzului;
- b) adaptarea programelor și a serviciilor la nevoile supraviețuitorilor și căutarea de soluții pentru problemele de sănătate fizică și mintală, legate de traumele suferite;
- c) crearea de oportunități pentru a discuta cu supraviețuitorii despre răspunsul (reacția) lor la traume, inclusiv prin sesiuni de psihoeducație;
- d) oferirea de resurse și redirecționarea victimelor către alte servicii necesare, prin dezvoltarea sistemelor de referință;
- e) reflectarea abordării centrate pe traume în practica proprie și în programele inițiate.

5) Abordarea centrată pe victime este concentrarea sistematică pe nevoile și preocupările victimei în procesul de identificare și prestare a serviciilor de protecție și asistență, oferite cu un sentiment de compasiune, într-o manieră sensibilă, nediscriminatorie și nesentențioasă.

6) Asistența comprehensivă presupune servicii complexe oferite pentru a răspunde cu cea mai mare eficiență și a cuprinde în cea mai mare măsură necesitățile victimelor violenței în bază de gen, pe criterii medicale, psihologice, sociale și legale:

- a) **Asistența medicală** – consultații medicale, investigații de diagnosticare, tratament medicamentos și/sau specializat, oferit imediat după adresare sau referit către instituții medicale. Documentarea medicală a cazurilor;
- b) **Asistența psihologică și psihoterapeutică** – consiliere, testare și evaluare psihologică; psihoterapie (individuală, de grup, de familie); documentarea psihologică a cazurilor;
- c) **Asistența socială** – identificarea necesităților victimei; analiza dificultăților cu care se confruntă în căutarea soluțiilor; consiliere și suport în soluționarea problemelor sociale; informare despre serviciile sociale prestate de către instituțiile de stat, private și organizațiile neguvernamentale; completarea anchetei sociale și a altor documente legate de managementul de caz;
- d) **Asistența juridică** – consiliere sau consultație juridică, reprezentare legală în instanța de judecată și în alte instituții, facilitarea accesului la justiție prin întocmirea actelor procesuale și a demersurilor, precum și alte servicii juridice oferite victimelor violenței în bază de gen.

7) Beneficiar(ă) – victimă a violenței în bază de gen, căreia i se acordă servicii de reabilitare și asistență comprehensivă de către specialiștii din diverse instituții sau de către echipe multidisciplinare, în scopul documentării și asistenței pentru diminuarea consecințelor fizice, psihologice, sociale și legale ale traumelor și prejudiciilor cauzate de către agresor(i).

Beneficiar(ă) asistat(ă) – victimă care a beneficiat de **asistență comprehensivă** (medicală, psihologică, socială și legală) centrată pe nevoile și problemele individuale, soldată cu rezultate documentate, în baza anumitor criterii și indicatori de succes (calitativi și cantitativi).

Beneficiar(ă) înregistrat(ă)/consultat(ă) – beneficiar(ă) care s-a adresat cel puțin o singură dată pentru o consultație sau un tip de asistență.

8) Caz de violență în bază de gen – caz semnalat și înregistrat (de către autorități) ca acțiune de violență⁶⁵, soldat cu prejudicii fizice, psihologice, economice, materiale sau de altă natură, cauzate de către unul/mai mulți agresori unei/mai multor victime. Nu întotdeauna numărul de victime coincide cu numărul de cazuri, deoarece într-un caz de violență (cu unul sau mai multe episoade) ar putea fi înregistrate mai multe victime.

9) Coerciție (constrângere) – utilizarea forței pentru a manipula sau a menține controlul asupra gândurilor, acțiunilor și comportamentului victimei, prin violență, intimidare, amenințări, degradare, izolare și/sau supraveghere. În contextul violenței intime a partenerului, coerciția poate implica abuzuri financiare, psihologice, fizice, sexuale, emoționale și alte tipuri de abuz pentru a submina și a controla victima. Există două forme specifice de constrângere, care trebuie luate în considerare:

- a) **Constrângerea ținând sănătatea mintală**, ca parte a unui model mai larg de abuz și control. Aceasta implică adesea folosirea forței, amenințări sau manipulări, cu împiedicarea victimei să acceseze tratamentul necesar, cu menținerea controlului sau manipularea cu medicamentele. Astfel, printre multe alte tactici, abuzatorul folosește starea de sănătate mintală a victimei pentru a o submina și a o discredita în fața altor persoane, pentru a manipula poliția sau a influența deciziile privind custodia copilului, implicând stigmatizarea sănătății mintale pentru a o face să se convingă că nimeni nu o va crede.
- b) **Constrângerea prin utilizarea diferitor substanțe**, care include tactici abuzive orientate către utilizarea de către victime a unei/a unor substanțe, ca parte a unui model mai larg de abuz și control. Aceasta implică deseori folosirea forței, a amenințărilor sau a manipulării și poate include obligarea victimei să folosească unele substanțe sau medicamente în doze mai mari decât

65. Are loc ca urmare a așteptărilor în raport cu rolul normativ asociat fiecărui gen, împreună cu relațiile inegale de putere dintre cele două genuri, în contextul unei societăți specifice.

cele indicate de medici. Are drept scop subminarea și discreditarea, manipularea autorităților pentru a influența deciziile privind custodia copiilor, sabotând în mod deliberat eforturile de recuperare ale victimei sau accesul la tratament, pentru a o determina să se retragă.

10) Documentarea violenței în bază de gen este un proces interdisciplinar și continuu, care are drept scop culegerea, selectarea, înregistrarea, organizarea, sintetizarea, corelarea, valorificarea și stocarea datelor și a diferitor informații relevante cu privire la:

- a) acțiunile și formele de violență;
- b) consecințele traumelor suferite;
- c) efectele multiple și variate ale violenței;
- d) măsurile întreprinse de victimă și/sau apărătorii săi;
- e) acțiunile sau inacțiunile autorităților;
- f) serviciile oferite victimelor și impactul acestora.

11) Documentarea medicală – colectarea și înregistrarea datelor, măsurarea consecințelor violenței asupra sănătății fizice și mintale a victimelor, corelarea simptomelor cu traumele suferite, prelucrarea datelor și emiterea rapoartelor medicale (extraselor din fișele/dosarele medicale).

12) Documentarea psihologică – evaluarea psihologică și psihodiagnosticul problemelor de sănătate mintală prin utilizarea testelor, corelarea simptomelor cu traumele suferite, cu emiterea rapoartelor de evaluare psihologică.

13) Expertiza medico-legală este efectuată în instituții specializate de către experții judiciari și medico-legali și constituie o parte a documentării medicale a cazurilor de violență.

14) Focar de violență domestică – familie, cuplu (gospodărie) unde au fost semnalate și/sau înregistrate cazuri de violență, cu o tendință de persistență și escaladare. O familie în care violența are un grad ridicat de manifestare devine un focar de producere și răspândire socială a agresivității.

15) Gaslighting⁶⁶ este o formă de abuz psihologic prin manipulare, prin care agresorul își influențează victima pentru a o face să se simtă instabilă, nesigură de propria realitate sau chiar stare (aceasta se crede „nebună” sau așa i se spune). Este o tehnică de manipulare psihologică a victimei, practică de către abuzator(i) pentru o perioadă îndelungată de timp cu anumite scopuri. Abuzatorul dobândește astfel putere și control total asupra victimei, care are încredere deplină numai în percepția lui. În majoritatea cazurilor, victima își pierde stima de sine, încrederea, iar în cele mai grave cazuri și sănătatea mintală. Acest proces de spălare a creierului se realizează treptat, astfel încât victima nu este conștientă de ce i se întâmplă. Persoanele care manipulează folosind această tactică au, la rândul lor, tulburări mintale, fiind abuzatori, psihopați, sociopați, dictatori, narcisiști, lideri ai diferitor culturi sau „guru” autoprocamați. Deseori folosesc tehnicile:

- a) mint cu detașare și impertinență;
- b) neagă cu vehemență că ar fi spus sau ar fi făcut ceva, în ciuda dovezilor pe care victima le deține;
- c) atacă ceea ce este mai drag sau mai apropiat pentru victimă;
- d) pot lăuda pe neașteptate sau pot arunca momeli doar pentru a crea și mai multe confuzii;
- e) sunt conștienți că starea de confuzie destabilizează victima;
- f) proiectează în permanență; pot înșela sau minți, dar acuză victima că ar face-o;
- g) îi provoacă pe alții împotriva victimei;
- h) pot asigura victima, sub o formă sau alta, că ceilalți o mint;

⁶⁶ Termenul „gaslighting” își are originea în filmul omonim „Gas Lighting” (1940), fiind folosit și în literatura clinică și de specialitate. Abuzatorul este numit „gaslighter”.

- i) nu sunt consecvenți în ceea ce spun și fac;
- j) desfințează victima în timp, abuzându-o treptat, pentru o perioadă îndelungată.

16) Ghișeul unic de informare pentru persoanele afectate de violență reprezintă o entitate care furnizează informații verbale, sub formă de broșuri sau alte materiale printate, privind serviciile care pot fi prestate victimelor violenței în bază de gen. În funcție de specificul fiecărui caz, ghișeul unic va referi persoana către serviciile necesare prin demersuri/trimiteri documentate și înregistrate.

17) Hărțuirea este un comportament intenționat, care amenință sau deranjează insistent și prezintă diverse acțiuni neplăcute, stânjenitoare sau chiar chinuitoare pentru victime. În conformitate cu Legea nr. 121 din 25.05.2012⁶⁷ „Cu privire la asigurarea egalității”, hărțuirea reprezintă orice comportament supărător care conduce la crearea unui mediu intimidant, ostil, degradant, umilitor sau ofensator, având drept scop sau efect lezarea demnității unei persoane pe baza criteriilor stipulate de lege.

Se deosebește de o glumă prin faptul că se repetă des (uneori aproape în fiecare zi) și **victima nu se simte niciodată în siguranță** printre semenii și colegii săi. Hărțuirea morală implică o gamă largă a conduitei, cum ar fi: discreditarea, izolarea, umilirea, bârfirea, intimidarea, amenințarea, deteriorarea condițiilor de muncă, diminuarea respectului față de sine sau a dorinței de viață etc., care agravează starea victimei într-atât încât aceasta ar putea comite un suicid.

Hărțuirea poate lua diferite forme, inclusiv:

- ✓ abuz verbal – aluzii, amenințări, porecle etc.;
- ✓ gesturi sau acțiuni indecente (de exemplu, victima poate fi scuipată sau i se aruncă ceva pe haine);
- ✓ intimidare prin intermediul unor gesturi agresive ale corpului sau al intonației agresive, pentru a determina victima să facă sau să nu facă ceva anume;
- ✓ izolare, atunci când victima este ignorată în mod deliberat de către cineva, sau de către majoritatea celor din jur, la instigare sau din cauza agresorului;
- ✓ extorcere de bani, alimente, obiecte (în special care prezintă o valoare sentimentală, cum ar fi cadouri de la părinți sau de la alte persoane dragi);
- ✓ deteriorarea intenționată a obiectelor victimei;
- ✓ acțiuni fizice – lovituri ușoare, palmuire, ciupit, împingere, împiedicare, imobilizarea mâinilor, alte acțiuni care cauzează durere și chiar leziuni corporale;
- ✓ umilire prin intermediul telefoanelor mobile și al internetului – SMS-uri, mesaje prin poșta electronică, replici și comentarii jignitoare în chaturi etc.

18) Monitorizarea postasistență presupune că se urmărește evoluția cazului după încheierea unui program de asistență.

19) Observatori sunt persoanele care au obligația sau posibilitatea să observe, să supravegheze sau să monitorizeze situația într-o familie (focar de violență), pentru a se documenta și a interveni în scop de prevenire și/sau de acordare a sprijinului necesar victimelor, în caz de risc major sau acțiuni violente. Observatorii au un rol important în colectarea datelor și raportarea cazurilor. Ei pot fi și martori în procesul de judecată.

20) Partea vătămată este considerată persoana fizică sau juridică căreia i s-a cauzat prin infracțiune un prejudiciu moral, fizic sau material, recunoscută în această calitate conform legii, cu acordul victimei. Minorul căruia i s-a adus prejudiciu prin infracțiune va fi considerat parte vătămată (victimă).

67. <http://lex.justice.md/md/343361/>

21) Plan individual de asistență – set de măsuri întreprinse în scopul ameliorării situației și satisfacerii necesităților beneficiarului, elaborat de către specialiști cu implicarea și participarea directă a acestuia.

22) Reabilitarea victimelor – complex de acțiuni care au drept scop de a ajuta supraviețuitorii diferitor forme de violență să revină la o viață normală, cât mai apropiată de cea pe care au avut-o până la traumă. Pentru a fi eficient, procesul de reabilitare necesită o abordare holistică și comprehensivă. Programul de reabilitare include o gamă variată de metode de asistență și tratament, bazate pe nevoile specifice ale fiecărei victime, ținând cont și de traumă, context, consecințe, resurse interne, capacități individuale de recuperare și alte aspecte fizice, mintale, socioculturale sau de altă natură.

Conform Legii nr. 137 din 29.07.2016 „Cu privire la reabilitarea victimelor infracțiunilor, precum și a drepturilor acestora”, se realizează prin punerea la dispoziție a unor servicii de suport. Serviciile de suport – publice sau private – oferite victimelor urmăresc oferirea de consultații și sprijin în comunicarea victimelor cu autoritățile publice, asistența psihologică și socială pentru recuperare fizică. Serviciile de suport își realizează scopul prin acțiuni speciale de consiliere psihologică, asistență juridică și socială a victimelor abuzului, violenței fizice, psihice sau sexuale. În conformitate cu prevederile Legii nr. 137, asistența medicală nu este inclusă în serviciile de suport acordate pentru reabilitarea victimelor infracțiunii.

23) Reziliența⁶⁸ reprezintă capacitatea inerentă a unei persoane de a face față și de a se adapta în cazul adversităților, traumelor, tragediilor, amenințărilor sau surselor semnificative de stres. Reziliența nu este o trăsătură pe care cineva o are sau nu o are. Unii oameni pot fi mai rezistenți, indiferent dacă se confruntă sau nu cu provocări legate de sănătate, sănătate mintală sau consum de substanțe. Cercetările privind reziliența și experiența de lucru cu supraviețuitorii indică faptul că există mai mulți factori care contribuie la rezistență, inclusiv factori psihologici, culturali și sociali. Aceștia includ: prezența unui grup de sprijin, un sentiment de valoare, un sentiment de apartenență și posibilitatea de a comunica cu alții, precum și accesul la necesități de bază, cum ar fi alimentația de calitate, locuință decentă, o educație bună, un loc de muncă și facilități de transport. Pentru copii, cel mai important contributor la reziliență este o relație semnificativă cu un părinte care îi oferă sprijin, cu un antrenor, profesor, îngrijitor sau cu un alt adult de încredere⁶⁹.

24) Reziliența psihologică se referă la capacitatea unei persoane de a trece peste momentele grele din viață, peste suferințe, traume, tragedii sau accidente. Reziliența semnifică un anume tip de rezistență psihică și anume acea capacitate/putere de a înfrunta sentimentele și gândurile asociate cu situațiile dificile prin care trece o persoană.

25) Servicii de plasament – adăpost temporar oferit victimei și copiilor acesteia, pe un termen limitat (de până la 3, 6–12 luni, după necesități) și asigurarea cu produse alimentare și de igienă de primă necesitate.

26) Situație de criză – totalitate a circumstanțelor ce prezintă un pericol iminent pentru viața și/sau integritatea fizică și/sau psihică a persoanei, care necesită intervenție în regim de urgență cu măsuri adecvate de protecție⁷⁰.

68. Termen împrumutat din limba engleză (*resilience*).

69. Centrul Harvard privind copilul în curs de dezvoltare, 2017, Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick și Yehuda, 2014.

70. Legea nr. 45 (2007) „Cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie”.

- 27) Strategii de coping**⁷¹ – procese active prin care un individ face față vieții și/sau unei situații stresante și reușește să o stăpânească. Acest proces are loc datorită autoaprecierii propriilor capacități și motivații. *Mecanismele de coping* sunt strategii utilizate în mod inconștient și/sau conștient de către o persoană pentru a evita, a diminua sau a remedia pe cât posibil impactul negativ pe care o situație cu care se confruntă îl are asupra stării sale de confort psihic și fizic.
- 28) Supraviețuitori** pot fi considerați adulții aparte, adulții împreună cu copiii lor, tinerii sau persoanele în etate sau oricare membru al unui sistem familial care *au trăit* sau *au fost martorii* unor acțiuni de violență. Acestea pot fi abuzuri și violențe repetate într-o relație intimă, în familie, în sisteme de stat, cum ar fi penitenciare sau poliție, precum și în comunitate. Acțiunile violente pot, de asemenea, include și alte evenimente traumatizante, cum ar fi abuzuri sexuale, accidente rutiere organizate, amenințări pentru viața, integritatea, siguranța fizică sau emoțională. *Supraviețuitor al violenței* este un termen folosit pe scară largă de către organizațiile, instituțiile sau specialiștii care oferă servicii persoanelor trecute prin diverse forme de violență, pentru a le recunoaște puterea și curajul de care dau dovadă, în procesul de continuare sau de reconstruire a vieții lor, pe care o pot trăi cu demnitate. Noțiunea de „victimă” este evitată de către prestatorii de servicii, în scopul depășirii traumei și prevenirii victimizării excesive, care poate fi o piedică în reabilitarea, reintegrarea socială și abilitarea economică a beneficiarilor.
- 29) Tortură** – „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”⁷².
- 30) Trauma** reprezintă un eveniment traumatizant copleșitor, cauzat de o acțiune violentă, perceput ca o suferință intensă, imensă, neobișnuită, situată în afara limitelor umane, trăită de persoana respectivă. În situații traumatice, persoana suferindă reacționează prin simptome ca: teamă intensă, durere, lipsă de speranță. Evenimentul traumatizant poate fi *singular, izolat* sau *repetitiv, divers și cronicizat*, așa cum poate avea loc la maturitate, când structura personalității este deja încheată sau *în copilărie*, când persoana este mult mai fragilă⁷³. De-a lungul timpului, conceptul de traumă s-a axat pe traumele individuale – abuzul și neglijarea copiilor, abuzuri față de adulți sau adolescenți, violență sexuală și abuzul de către un partener intim, precum și efectele individuale ale traumei legate de război sau diverse acțiuni militare. Mulți se confruntă cu traume colective, precum și cu:
- traume care afectează oamenii ca parte a unei comunități, culturi sau grupuri specifice;
 - experiențe care continuă să afecteze indivizii și comunitățile de-a lungul generațiilor, inclusiv *moștenirile traumatizante* care rezultă din violența socială instituționalizată, sclavie și colonizare; trauma de război, sărăcie, migrație, exil (deportare) și persecuție; trauma violenței homofobe și de gen; precum și trauma insidioasă, microagresivă, acțiuni de dezumanizare și marginalizare pe care mulți oameni le pot trăi zilnic.
- 31) Trauma individuală** este o trăire (experiență) unică a unui eveniment, a unei serii de evenimente sau a unui șir de circumstanțe, pe care o persoană o simte ca fiind dăunătoare din punct de vedere fizic ori emoțional sau care-i pune viața în pericol și care are efecte nefaste asupra

71. Termen împrumutat din limba engleză, semnifică efortul sau procesul activ prin care un individ face față provocărilor vieții/unei situații stresante.

72. Convenția împotriva torturii și altor dureri provocate și tratamentelor crude, inumane sau degradante, din 1984, art. 1.

73. <http://www.trauma-dissociation.ro/index.php/ro/acasa/2-uncategorised/3-ce-este-trauma>

bunăstării sale mintale, fizice, sociale, emoționale sau spirituale. Atunci când o persoană suferă o traumă, capacitatea sa de a face față situației și capacitatea de a-și integra experiența emoțională este redusă, provocându-i un stres semnificativ.

32) Trauma colectivă, istorică și continuă se referă la trăiri insidioase, culturale, politice și economice care afectează indivizii și comunitățile, implicând leziuni comune structurilor de sprijin social, cultural și fizic ale grupului. Cuprinde leziunile și suferințele emoționale, psihologice și spirituale, cumulate de-a lungul vieții și de-a lungul generațiilor, suferite de un grup de oameni în urma evenimentelor istorice care au fost distructive pentru starea fizică, mintală, emoțională și spirituală. Violența structurală continuă și discriminarea interpersonală se referă la credințele, ideologiile rasiste sau alte discriminări utilizate ca justificări pentru structurile discriminatorii, inechitățile sociale, încarcerarea în masă, expunerea la stresul social, intruziunea și disparitățile economice care sunt susținute social și sistematic de cultură, legi și politici (Root, 1997; Fabri, 2003; Michaels, 2010; Goosby, 2013; Sotero, 2006; Jack Saul, 2014; Packard, 2014; Braveheart, 1995).

33) Trigger⁷⁴ – factor declanșator al aducerilor-ămintă despre trauma suferită (rememorarea traumei), poate fi orice evocă o amintire a evenimentelor traumatizante din trecut, inclusiv gândurile, sentimentele și senzațiile asociate cu aceste experiențe. Trigger/factor declanșator pot fi mirosurile, emoțiile, senzațiile corporale, imaginile, situațiile, tonalitatea, un anumit tip de interacțiune sau un anumit moment. Rememorările traumatice îl pot determina pe cineva să fie înspăimântat, copleșit, dezechilibrat psihoemoțional, nervos sau să simtă că mintea și corpul reiau o experiență traumatică.

34) Victime directe ale violenței în bază de gen sunt persoanele (adulți și/sau copii) care au suferit o traumă sau cărora li s-a cauzat un prejudiciu, ca urmare directă a unui sau mai multor acte de violență comise împotriva lor de către unul sau mai mulți agresori.

35) Victime indirecte (colaterale) ale violenței în bază de gen sunt persoanele din anturajul apropiat al victimei – rude apropiate (în special copii sau părinți, surori/frați), care au fost martori la agresiuni sau cărora li s-a cauzat un prejudiciu prin acțiuni indirecte.

36) Violența este agresivitatea liberă, exteriorizată sau manifestarea comportamentală a unei stări de agresivitate. Noțiunea de „violență” este definită prin acte/acțiuni de aplicare a forței, a constrângerilor sau de încălcare a normelor și a drepturilor celui alt. Altfel spus, *violența constă în totalitatea conduitelor agresive* la care un subiect mai puternic fizic sau moral îl supune pe un altul mai slab: maltratare (femei și copii abuzați și maltratați), acte de violență ale partenerului (femei bătute) sau chiar acțiuni criminale (tâlhărie, viol, omucidere).

Violența include toate comportamentele violente (fizice, psihologice sau sexuale), de abuz activ (bătaie, hărțuire, urmărire etc.) sau pasiv (de tipul neglijenței). Violența este considerată a fi un abuz de putere, o modalitate de impunere a puterii asupra celorlalți, dar, în mod paradoxal, ea semnifică uneori și lipsa de putere. În această situație, dorința persoanei agresive de a se afirma este atât de puternică, încât se transformă în agresivitate distructivă și violență.

37) Violența domestică (VD) sau violența în familie este inclusă în categoria violenței împotriva femeilor, unde se regăsește alături de abuzul altor membri ai familiei, precum copilul (abuzul fizic și psihologic al copilului), vârstnicul (abuz, neglijare) etc.

74. Termen împrumutat din limba engleză.

Violența domestică⁷⁵ nu este un eveniment izolat, individual, ci mai degrabă un model al comportamentelor unui abuzator folosit împotriva unei victime. Modelul constă dintr-o varietate de acte abuzive, care apar în mai multe episoade pe parcursul relației. Unele constau dintr-un atac susținut de o tactică repetată (de exemplu, lovitură), combinată cu o varietate de alte tactici (cum ar fi adresarea de cuvinte urâte, amenințări sau atacuri împotriva proprietății). Alte episoade pot include un singur act (de exemplu, o palmă cu un efect evident și puternic). O tactică (de exemplu, atac fizic) poate fi utilizată mai rar, în timp ce alte tipuri de abuz (cum ar fi adresarea de cuvinte urâte sau gesturi intimidante) pot fi folosite zilnic.

Unele componente ale modelului de comportament abuziv sunt considerate crime în majoritatea țărilor (de exemplu, atacul fizic, agresiunea sexuală, amenințarea, răpirea, hărțuirea), în timp ce alte acte de batjocură nu sunt ilegale (de exemplu, adresarea cu cuvinte urâte, interogarea copiilor pentru a afla detalii despre mama lor, interzicerea accesului victimei la automobilul familiei sau la alte bunuri). Toate elementele modelului de comportament abuziv interacționează și se amplifică reciproc. Astfel, acțiunile cumulate pot avea efecte fizice și emoționale foarte profunde și persistente asupra victimelor, care mai degrabă răspund întregului model al abuzului, decât la un episod sau o tactică utilizată de către agresor.

Creșterea numărului de victime ale violenței domestice determină *sensibilizarea și recunoașterea publică a fenomenului* cu derularea măsurilor de prevenție a cazurilor potențiale și de acțiune în cazurile active.

Convenția privind combaterea violenței asupra femeii și violenței domestice (Consiliul Europei, Convenția de la Istanbul, 2011) definește violența domestică ca „orice act fizic, sexual, psihologic sau economic de violență în familie sau domestică între actuali și foști parteneri aflați în relație maritală sau de concubinaj, indiferent dacă agresorul împarte sau nu același domiciliu”. Se subliniază că originea violenței este comportamentul abuziv al partenerului și că tipul de relație cu partenerul nu este relevant.

Legea nr. 45 din 01.03.2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie definește violența în familie ca fiind „acte de violență fizică, sexuală, psihologică, spirituală sau economică, cu excepția acțiunilor de autoapărare sau de apărare ale altei persoane, inclusiv amenințarea cu asemenea acte, comise de către un membru de familie în privința altui membru al aceleiași familii, prin care s-a cauzat victimei prejudiciu material sau moral”.

Definițiile mai vechi au creat o asociere între violența fizică și violența în familie. Astăzi, fenomenul violenței în familie este conceptual mai larg, incluzând și alte forme de abuz, care trebuie identificate și documentate. După analiza și sinteza diferitor definiții din cadrul legal național și internațional, se constată că violența în familie reprezintă:

- a) orice *acțiune sau inacțiune intenționată*, cu excepția acțiunilor de autoapărare ori de apărare, *manifestată fizic sau verbal*;
- b) săvârșită de către *un membru de familie* împotriva altui membru al aceleiași familii;
- c) care provoacă ori poate cauza *un prejudiciu sau suferințe fizice, psihice, sexuale, emoționale ori psihologice*;
- d) inclusiv *amenințarea* cu asemenea acte, *constrângerea sau privarea arbitrară de libertate*.

În diverse definiții se accentuează clar elementele de bază ale fenomenului violenței în familie, iar prin *membru de familie* se înțeleg:

- a) ascendenții și descendenții, *frații și surorile, copiii acestora*, precum și persoanele înrudite prin adopție legală;

75. Sursa: Ganley, Anne L. (1998): Understanding domestic violence. In: Warshaw, C., & Ganley, A. (1998): Improving the health care response to domestic violence: a resource manual for health care providers. Futures Without Violence: <http://www.futureswithoutviolence.org>.

- b) soțul/soția și/sau fostul soț/fosta soție;
- c) persoanele care au stabilit relații asemănătoare aceloră dintre soți sau dintre părinți și copii, în cazul în care conviețuiesc;
- d) tutorele sau altă persoană care exercită în fapt ori în drept drepturile față de persoana copilului;
- e) reprezentantul legal sau altă persoană care îngrijește persoana cu boală psihică, dizabilitate intelectuală ori handicap fizic, cu excepția celor care îndeplinesc aceste atribuții în exercitarea sarcinilor profesionale.

38) Violența intimă asupra partenerului (*Intimate partner violence – IPV*) este o abordare americană asupra fenomenului, care a beneficiat de cercetările sociologice extinse ale lui M. P. Johnson, începând cu anii 1990⁷⁶.

Violența intimă asupra partenerului este considerată similară abuzului domestic sau violenței domestice, deși, în fapt, termenul de violență domestică este mai larg, întrucât cuprinde și abuzul asupra copilului sau asupra vârstnicului, ca membri ai familiei, incluzând:

- a) violența comună de cuplu, fără tulburare de comportament;
- b) terorismul intim (în intimitate), cu tulburare de comportament;
- c) comportamentul psihopatic (în general, violent);
- d) disforic borderline (dependența afectivă de relație);
- e) rezistența violentă (împotriva abuzului);
- f) controlul violent mutual.

39) Violența verbală – folosirea unui limbaj jignitor, brutal: utilizarea de insulte, amenințări, cuvinte și expresii degradante sau umilitoare.

40) Violența psihologică presupune impunerea voinței sau a controlului personal, provocarea stărilor de tensiune și de suferință psihică prin intimidare, umilire, ofensare, luare în derâdere, înjurare, insultare, poreclire, șantajare, distrugere demonstrativă a obiectelor, prin amenințări verbale, prin afișare ostentativă a armelor sau prin lovire a altor persoane sau chiar și a animalelor domestice de care victimele sunt atașate; neglijare; implicare în viața personală; acte de gelozie; impunere a izolării prin sechestrare/detenție, inclusiv în locuința familială; izolare de familie, de comunitate, de prieteni; interdicere a realizării profesionale, interdicere a frecventării instituției de învățământ; deposedare de acte de identitate; privare intenționată de acces la informație; alte acțiuni cu efect similar⁷⁷.

Există diferite tipuri de presiuni sau atacuri psihologice:

- a) *Amenințări cu violență și cauzare de prejudicii.* Avertizările și amenințările agresorului pot fi îndreptate împotriva victimei, a altor persoane importante pentru victimă sau pot fi amenințări suicidale. Uneori, amenințarea poate fi urmată de omorul victimei și al altor persoane, apoi de sinucidere. Amenințările pot fi făcute direct, prin cuvinte (de exemplu, „te voi omorî”, „îți voi omorî copilul”, „nimeni nu te va avea”, „mama/sora ta va plăti”, „nu pot trăi fără tine” etc.) sau prin diverse acțiuni (de exemplu, urmărirea, demonstrarea armelor, luarea de ostatici, tentative de suicid etc.).
- b) *Violența emoțională.* Abuzul emoțional este o tactică de control, care constă dintr-o mare varietate de atacuri verbale și umilinte, inclusiv atacuri verbale repetate împotriva valorii victimei, ca persoană sau rol ca părinte, membru al familiei, prieten, coleg sau membru al

⁷⁶. Johnson M. P. A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence. Boston, MA: Northeastern University Press, 2008.

⁷⁷. Legea nr. 45 (2007) „Cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie”.

comunității. În violența domestică, atacurile verbale și alte tactici de control se combină cu amenințări pentru a menține dominația făptuitorului prin frică. În timp ce abuzul verbal repetat dăunează partenerilor și relațiilor de-a lungul timpului, acesta nu stabilește același climat de teamă ca și abuzul verbal combinat cu utilizarea sau amenințarea cu răfuiala fizică. Prezența unor acte abuzive din punct de vedere emoțional poate indica utilizarea nedeclarată a forței fizice sau o posibilă viitoare violență domestică. Abuzul emoțional poate include și umilirea victimei în fața familiei, a prietenilor sau a străinilor. În mod repetat, făptașii pot susține că victimele sunt nebune, incompetente și „nu sunt în stare de nimic”, „nimic nu pot face cum se cuvine”. Nu toate insultele verbale ale partenerilor sunt acte de violență. Pentru ca abuzul verbal să fie considerat violență domestică, acesta trebuie să facă parte dintr-un model de comportament coercitiv (de constrângere), în care făptuitorul folosește sau amenință să folosească și forța fizică.

- c) *Izolarea*. În mod frecvent, agresorii încearcă să controleze timpul, activitățile și contactul victimelor cu alte persoane, inclusiv colegii de muncă. Ei obțin control asupra victimelor printr-o combinație de tactici de izolare și dezinformare. Tactica de izolare poate deveni mai abuzivă în timp. Prin creșterea gradului de izolare, unii agresori își sporesc controlul psihologic asupra victimelor până la punctul în care le pot determina sau distorsiona realitatea. Folosirea tacticii de dezinformare, cum ar fi distorsionarea a ceea ce este real prin minciună, furnizarea de informații contradictorii sau reținerea informațiilor, este complicată prin izolarea forțată a victimelor de alte persoane. De exemplu, agresorii pot minți victimele despre drepturile lor legale sau despre rezultatele intervențiilor medicale. În timp ce multe victime sunt capabile să-și mențină gândurile și acțiunile lor independente, altele cred în ceea ce spun agresorii, deoarece sunt izolate sau/și li se aduc informații contradictorii. Prin izolarea victimei, făptuitorul împiedică descoperirea abuzului și evită să fie responsabil pentru el. Uneori agresorii pot nici să nu se apropie de victimă procedând astfel, încât aceasta să se simtă ca o persoană incompetentă, inutilă și să rămână izolată. În aceste cazuri sunt folosite zvonurile, bârfele, speculațiile și aprecierile negative.
- d) *Folosirea (implicarea) copiilor*. Unele acte abuzive sunt îndreptate împotriva sau implică copiii, pentru a controla sau a pedepsi victima adultă (de exemplu, atacuri fizice împotriva unui copil; abuzul sexual al copiilor; forțarea copiilor să urmărească acțiunile violente sau implicarea copiilor în abuzul victimei).

Un agresor poate folosi copiii pentru a-și menține controlul asupra partenerului său prin diverse acțiuni sau inacțiuni: poate să nu contribuie financiar la îngrijirea copiilor; obligă copiii să spioneze; insistă ca cel puțin un copil să fie întotdeauna în preajma victimei; amenință să-i ia copiii sau sa-i țină departe de victimă; se confruntă în instanțe pentru custodie; răpesc sau iau copiii ostatici ca o modalitate de a obține supunerea victimei. Sunt cazuri când agresorul distorsionează realitatea copiilor sau recurge la manipularea acestora prin minciuni referitoare la reputația victimei („eu vreau să fim o familie, însă mama voastră nu mai vrea să mă accepte” / „vrea să mă înlocuiască cu un alt tată”). De asemenea, copiii pot fi atrași în atacuri, altercații și uneori sunt răniți pur și simplu pentru că sunt prezenți (de exemplu, victima ține un copil în brațe când este îmbrâncită sau împinsă în perete) sau când încearcă să intervină în altercațiile dintre părinți.

- 41) Violența socială** are drept scop izolarea victimei de comunitate, de familie, de colegi și de prieteni și se manifestă prin impuneri, interdicții, dezinformare sau privare intenționată de acces la informație, de comunicare cu anumite persoane, precum și alte acțiuni cu efect similar. Pe lângă izolare, o formă de violență socială este și impunerea unui post de muncă nedorit în cadrul unei afaceri de familie sau a realizării unei profesii/unor activități nedorite, care provoacă victimei stări de anxietate, depresie, surmenaj psihic și fizic.

42) Violența fizică – vătămare intenționată a integrității corporale ori a sănătății, prin lovire, îmbrâncire, trântire, tragere de păr, înțepare, tăiere, ardere, strangulare, mușcare, în orice formă și de orice intensitate, prin otrăvire, intoxicare, alte acțiuni cu efect similar⁷⁸.

Abuzul fizic poate include lovituri, zgâriere, mușcare, izbire, îmbrâncire, răsucirea membrelor, strangulare și/sau folosirea împotriva victimei a diferitor „instrumente” (obiecte din gospodărie, cuțite, arme de foc etc.). Atacurile fizice pot cauza leziuni vizibile sau nu, dar în toate cazurile este necesar a se efectua investigații de diagnosticare minuțioase, pentru a identifica consecințele și vătămarile profunde.

Abuzul fizic este similar metodelor fizice de tortură descrise în Protocolul de la Istanbul. Din aceste considerente, ghidul este recomandat atât pentru analiza metodelor, cât și pentru selectarea metodelor de diagnostic, în scop de documentare și elaborare a planului de tratament. De exemplu, metoda de tortură „telefonul”, ce constă în lovirea cu palmele peste urechi (simultană peste ambele sau unilaterală), este foarte des întâlnită în cazurile de violență în familie. Loviturile peste urechi au deseori efectul unei explozii, iar consecințele sunt foarte grave – ruperea timpanului, otite posttraumatice și surditate. Pe termen lung victimele se pot confrunta cu surditate posttraumatică severă și pot avea nevoie de tratament specializat, inclusiv de endoproteze sau aparate auditive.

O altă formă de violență fizică (deseori trecută cu vederea) este „strangularea” (comprimarea gâtului), care poate avea consecințe grave pe termen scurt (stare de inconștiență sau deces) și pe termen lung, prin cauzarea unei stări de hipoxie în creier⁷⁹.

43) Violența sexuală – orice violență cu caracter sexual sau orice conduită sexuală ilegală în cadrul familiei sau în alte relații interpersonale, cum ar fi violul conjugal, interzicerea folosirii metodelor de contracepție, hărțuirea sexuală; orice conduită sexuală nedorită, impusă; obligarea practicării prostituției; orice comportament sexual ilegal în raport cu un membru de familie minor, inclusiv prin mângâieri, sărutări, pozare a copilului și prin alte atingeri nedorite cu tentă sexuală; alte acțiuni cu efect similar⁸⁰.

Violența sexuală⁸¹ are multe forme se poate produce în circumstanțe foarte diferite. O persoană poate fi violată sau abuzată sexual de către un individ sau de către mai multe persoane (viol în grup); incidentul poate fi planificat sau poate fi un atac neașteptat. Deși violența sexuală apare cel mai frecvent în locuința victimei (sau în cea a abuzatorului), incidentele pot avea loc și în multe alte locuri, cum ar fi locul de muncă, la școală, în închisori, în mașini, pe străzi, în diverse spații închise sau deschise (parcuri, păduri, lanuri de diverse culturi sau plantații etc.). Făptuitorul unei agresiuni sexuale poate fi o cunoștință, un prieten, un membru al familiei, un partener intim sau un fost partener intim, un străin, dar cel mai adesea este cineva cunoscut de către victimă. Nu există niciun făptuitor-tip; bărbații violenți sexual provin din toate mediile, bogați și săraci, cu studii sau fără, religioși și nereligioși. Agresorii pot fi persoane în poziții de conducere, care sunt respectate și de încredere (de exemplu, un medic, profesor, ghid turistic, preot, ofițer de poliție) și astfel, mai puțin susceptibili de a fi bănuți de violență sexuală.

Violența sexuală este obișnuită în situații de război și de conflicte armate. În mod specific, violul și tortura sexuală sunt frecvent utilizate și pentru a demoraliza inamicul; femeile sunt uneori forțate la „căsătorii temporare” cu soldați inamici. Femeile care sunt încarcerate pot fi supuse violenței sexuale de către gardieni și ofițerii de poliție. Este important să cunoaștem aceste aspecte, deoarece în Republica Moldova pot ajunge solicitanți de azil, care se refugiază

78. Legea nr. 45 (2007) „Cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie”.

79. <http://csv.scrieunblog.com/articles/hipoxie-cerebrala-ce-este-privarea-de-oxigen.html>

80. Legea nr. 45 (2007) „Cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie”.

81. World Health Organization (WHO). Guidelines for Medico-legal care of victims of Sexual Violence.

din zone de conflict. În același timp, și cetățene ale Republicii Moldova pot reveni acasă din diferite țări cu zone de război sau conflicte armate.

Alte forme de violență sexuală:

- a) sclavia sexuală;
- b) hărțuirea sexuală (inclusiv solicitările de sex în schimbul promovării la locul de muncă, al promovării sau al unor note mai mari la locul de studii);
- c) traficul în scopul exploatarei sexuale;
- d) expunerea forțată la pornografie;
- e) sarcină forțată;
- f) sterilizarea forțată;
- g) avort forțat;
- h) căsătorie forțată;
- i) mutilarea genitală a femeilor;
- j) teste de virginitate;
- k) incest.

44) Violența economică este privarea de mijloace economice, inclusiv lipsirea de mijloace de existență primară, cum ar fi hrană, medicamente, obiecte de primă necesitate; abuz de situații de superioritate pentru a sustrage bunurile persoanei; interzicerea dreptului de a poseda, a folosi și de a dispune de bunurile comune; control inechitabil asupra bunurilor și resurselor comune; refuz de a susține familia; impunere la munci grele și nocive în detrimentul sănătății, inclusiv a unui membru de familie minor; alte acțiuni cu efect similar⁸².

În violența economică, agresorii controlează accesul victimelor la toate resursele familiei: timp, transport, hrană, îmbrăcăminte, locuință și bani. Nu contează cine este furnizorul principal sau dacă ambii parteneri contribuie la bunăstarea familiei. Agresorul se poate opune în mod activ victimei, devenind din punct de vedere financiar independent și autosuficient, ca o modalitate de a menține puterea și controlul. Sau, din contra, el poate refuza să lucreze și insistă ca victima să întrețină familia. Agresorul poate insista ca victima să fie „contabilul” familiei, cerând ca aceasta să țină toate înregistrările și să scrie toate cecurile. Sau agresorul poate să păstreze informații financiare importante departe de victimă. Sunt cazuri în care banii comuni și unele bunuri sunt păstrate sau trecute în posesiune pe numele unor rude ale agresorului. În asemenea cazuri victimele pot fi dublu agresate și supuse diferitor violențe și din partea rudelor agresorului.

Este cert că în toate cazurile, agresorul tinde să dețină controlul și să ia singur deciziile. Victimele sunt puse în situația de a avea „permisiunea” de a cheltui bani pentru nevoile de bază ale familiei. Atunci când victima decide sau intenționează să rupă relația umilitoare, agresorul poate folosi presiuni economice cum ar fi: refuzul de a plăti facturi; inițierea de proceduri legale costisitoare pentru victimă; distrugerea bunurilor în care victima are o cotă sau refuzul de a lucra acolo unde victima ar avea acces legal la veniturile sale. Toate aceste tactici pot fi folosite indiferent de clasa socială sau situația economică a familiei, deoarece scopul agresorului este de a menține controlul sau de a forța victima să se întoarcă la el.

45) Violența spirituală constă în subestimarea sau diminuarea importanței satisfacerii necesităților moral-spirituale prin interzicere, limitare, ridiculizare, penalizare a aspirațiilor membrilor de familie, a accesului la valorile culturale, etnice, lingvistice ori religioase, impunerea aderării la credințe și practici spirituale și religioase inacceptabile, precum și alte acțiuni cu efect similar sau cu repercusiuni similare.⁸³

⁸². Legea nr. 45 (2007) „Cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie”.

⁸³. Legea nr. 45 (2007) „Cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie”.

9.2. ANEXA 2: 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 ⁸⁴
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 Convention on Civil and Political Rights)	Pactul internațional privind drepturile civile și politice
ICESCR (International Convention on Economic, Social and Cultural Rights)	Pactul internațional 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)

⁸⁴. CAHVIO a fost creat ad-hoc în decembrie 2008 de către Consiliul Europei, pentru a pregăti proiectul Convenției privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice (Convenția de la Istanbul).

9.3. ANEXA 3: 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”⁸⁵.

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)⁸⁶ 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 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)

85. http://www.hhri.org/thematic/gender_based_violence.html

86. Pentru mai multe detalii, consultați: https://www.hhri.org/wp-content/uploads/2019/01/HHRI_EN_GBV.pdf

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 niciunei forme de discriminare;
- f) dreptul la cele mai înalte standarde de asistență în domenii ce țin de sănătatea 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 1995⁸⁷, 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; sterilizarea 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; ale femeilor care trăiesc în zone rurale sau îndepărtate, ale 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 33–40⁸⁸, care privesc dreptul material:

87. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2010-0037+0+DOC+XML+V0//RO>

88. <https://rm.coe.int/168046253e>

- 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”:

- 1) violență psihologică;
- 2) urmărire/persecutare (Stalking);
- 3) violență fizică;
- 4) violență sexuală, inclusiv viol;
- 5) căsătorie forțată;
- 6) mutilarea genitală a femeilor;
- 7) avort forțat și sterilizare forțată;
- 8) și o altă formă care are nevoie de sancțiuni penale sau de altă natură: „hărțuirea sexuală”.

Particularitățile acestor forme de violență sunt prezentate în Convenție, după cum urmează:

- 1) **Violența psihologică:** „prejudicii grave aduse integrității psihice a persoanei, cauzate intenționat prin comportament agresiv, constrângere sau amenințări” (art. 33).
- 2) **Urmărirea/persecutarea (Stalking):** „angajarea în mod repetat a unui comportament amenințător îndreptat spre o altă persoană, cauzându-i teamă pentru siguranța ei” (art. 34).
- 3) **Violența fizică:** „săvârșirea unor acte de violență fizică împotriva unei alte persoane” (art. 35).
- 4) **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.

- 5) **Căsătoria forțată:** „obligarea unei persoane adulte sau a unui copil de a intra într-o căsătorie” (art. 37).
- 6) **Mutilarea genitală feminină** (art. 38):
 - a) „excitarea, infibularea sau efectuarea oricărei alte mutilații la întreaga parte sau la o parte a labiilor mari, labiilor mici sau clitorisului unei femei”;
 - b) „forțarea sau determinarea unei femei să se supună oricăror acte enumerate la litera a)”;;
 - c) „incitarea, constrângerea sau determinarea unei fete să se supună oricăror acte enumerate la litera a)”.
- 7) **Avortul forțat și sterilizarea forțată** (art. 39):
 - a) „efectuarea unui avort asupra unei femei fără consimțământul său prealabil și informat”;
 - b) „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”.

8) **Hărțuirea sexuală:** „orice formă de comportament verbal, nonverbal 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 Speciale⁸⁹, 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 ce 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 tortură⁹⁰, 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”.⁹¹

89. Art. 171–175. Codul penal al Republicii Moldova.

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

91. Convenția împotriva torturii și altor dureri provocate și a tratamentelor crude, inumane sau degradante, din 1984, art. 1.

9.4. ANEXA 4: CADRUL LEGAL PENTRU COLECTAREA DATELOR ȘI COORDONAREA DOCUMENTĂRII

Informația colectată ar trebui să fie:

- ✓ din prima sursă;
- ✓ detaliată;
- ✓ consecutivă;
- ✓ confirmată din diferite surse;
- ✓ actuală și actualizată.

Pentru documentarea eficientă a cazurilor, cunoașterea bună a tuturor formelor de violență și a consecințelor acestora⁹² este mai mult decât o necesitate, ci mai degrabă o obligație a tuturor specialiștilor care sunt implicați în asistența victimelor și în prevenirea fenomenului.

După cum s-a menționat mai sus, există diferite forme de violență în bază de gen orientate împotriva femeilor, copiilor și bărbaților. Din aceste considerente, colectarea și prelucrarea informațiilor legate de multitudinea de forme de violență necesită:

- a) cunoștințe bune în domeniul traumei;
- b) experiență de lucru cu victimele;
- c) abilități pentru identificarea metodelor de violență aplicate;
- d) cunoștințe și abilități pentru documentare și investigare legală a infracțiunii;
- e) cunoștințe și abilități pentru identificarea și cuantificarea („măsurarea”) consecințelor posttraumatice.

În conformitate cu art. 11 al Convenției de la Istanbul, **colectarea datelor despre fenomen, precum și documentarea cazurilor concrete** este necesară și importantă pentru prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice.

Domeniul de aplicare al art. 11 este elucidat în Raportul explicativ al Convenției (Consiliul Europei 2011b) și în înțelegerea acestuia din partea altor surse ale Consiliului Europei (Seminarul Consiliului Europei 2014, Consiliul Europei 2014, 2010, 2008b, 2008a, 2007, 2006).

- (1) Prin art. 11, în scopul punerii în aplicare a Convenției de la Istanbul, statele părți se angajează:
 - a) să colecteze în mod regulat date statistice relevante dezagregate privind cazurile de violență de toate formele care fac obiectul Convenției;
 - b) să sprijine cercetarea în domeniul tuturor formelor de violență, care intră în sfera de aplicare a prezentei Convenții, pentru a studia cauzele și efectele, incidențele și ratele de condamnare, precum și eficacitatea măsurilor luate pentru punerea în aplicare a prezentei Convenții.
- (2) Părțile vor efectua, la intervale regulate de timp, cercetări (studii) centrate pe populație, pentru a evalua prevalența și tendințele în toate formele de violență, care intră în sfera de aplicare a prezentei Convenții.
- (3) Părțile furnizează grupului de experți, după cum se menționează în art. 66 din Convenție, informațiile colectate în temeiul prezentului articol, pentru a stimula cooperarea internațională și pentru a permite efectuarea de comparații la nivel internațional.
- (4) Părțile se asigură că informațiile colectate în temeiul prezentului articol sunt puse la dispoziția publicului larg.

92. Sursa: Ganley Anne L. Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers, 1988.

La nivel de țară, prin modul cum este definit art. 10 al Convenției de la Istanbul, colectarea datelor ar trebui efectuată de un organism național (o unitate cu funcții atât coordonatoare, cât și executoare).

Conform Legii nr. 45 din 01.03.2007 „Cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie”, în Republica Moldova organul central de specialitate abilitat cu funcții de elaborare și de promovare a politicilor de prevenire și de combatere a violenței în familie și de asistență socială a victimelor și agresorilor este Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale (MSMPS).

Astfel, MSMPS asigură elaborarea unui raport anual cu privire la violența în familie și violența față de femei, cu implicarea și participarea tuturor autorităților și instituțiilor abilitate cu funcția de prevenire și combatere a violenței în familie, care urmează a fi prezentat guvernului până la data de 31 martie și făcut public, în conformitate cu același act normativ⁹³.

Pe lângă MSMPS a fost creat *Consiliul coordonator interministerial în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie*⁹⁴, în a cărei componență intră reprezentanți ai autorităților publice centrale, ai societății civile și alte părți interesate.

Consiliul coordonator interministerial este responsabil de asigurarea coordonării și colaborării dintre ministere și alte autorități administrative centrale care au competențe în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie.

Regulamentul Consiliului coordonator interministerial în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie prevede și următoarele obiective de bază:

- 1) promovarea abordării multidisciplinare a aspectelor de prevenire și combatere a fenomenului violenței în familie în politicile și planurile naționale și sectoriale;
- 2) coordonarea activităților autorităților abilitate cu atribuții în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie;
- 3) examinarea/expertizarea cadrului normativ cu privire la dezvoltarea infrastructurii serviciilor adresate subiecților violenței în familie;
- 4) examinarea problemelor/lacunelor legislative ce vizează mecanismele de implementare a cadrului normativ din domeniu;
- 5) identificarea necesităților pentru efectuarea studiilor, inclusiv în domeniul violenței în familie;
- 6) coordonarea metodologică a organizării și desfășurării campaniilor tematice în domeniul prevenirii/informării și formării culturii nonviolente a populației.

De asemenea, conform Legii nr. 45 din 01.03.2007 „Cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie”, art. 8 alin. 1, lit. (d), patru ministere – Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Educației, Culturii și Cercetării, Ministerul Afacerilor Interne și Ministerul Justiției – colectează sistematic date statistice pe domeniu, dezagregate pe sexe, oferă suport în realizarea cercetărilor privind fenomenul de violență în familie.

Coordonarea documentării violenței la nivel de raion este realizată de secțiile/direcțiile de asistență socială și protecție a familiei. Conform Legii asistenței sociale nr. 547 din 25.12.2003, asistența socială se angajează să prevină, să limiteze sau să înlăture efectele temporare sau permanente ale unor evenimente considerate drept riscuri sociale, care pot genera marginalizarea ori excluderea socială a persoanelor și a familiilor aflate în dificultate.

93. Art. 8, alin. 1¹, lit. (d).

94. Prin Hotărârea Guvernului nr. 72 din 07.02.2012.

Prin intermediul specialistului responsabil de domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie, secțiile/direcțiile de asistență socială și protecție a familiei actualizează baza de date la nivel teritorial, ce vizează fenomenul violenței în familie⁹⁵ și prezintă MSMPS rapoarte semestriale despre activitățile desfășurate în teritoriu de către secții/direcții, asistenți sociali conform parteneriatelor stabilite.

La nivel local, rolul de coordonator în colectarea și procesarea datelor (documentarea violenței) ar trebui să fie asumat de către echipele multidisciplinare teritoriale (EMD).

În conformitate cu Legea nr. 45 din 01.03.2007 „Cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie”, pentru asigurarea unei abordări sistemice a protecției și asistenței subiecților violenței în familie, a desfășurării activităților comune de prevenire și combatere a violenței în familie, specialiștii abilitați se desemnează în echipa multidisciplinară teritorială, creată în cadrul administrației publice locale de nivelul întâi sau nivelul doi.

Echipa multidisciplinară este constituită din următorii specialiști: asistent social comunitar, medic de familie, reprezentanții instituțiilor de învățământ, polițist, reprezentant al autorității administrației publice locale, alte organe și organizații neguvernamentale competente, menite să intervină prompt în soluționarea cazurilor de violență în familie și acordarea serviciilor și asistenței necesare în conformitate cu prevederile legislației în vigoare, conform Instrucțiunii metodice privind intervenția Poliției în prevenirea și combaterea cazurilor de violență în familie, aprobată prin Ordinul IGP al MAI nr. 134 din 15 martie 2017.

La nivelul administrației publice locale de nivelul întâi, este creată *Comisia pentru probleme sociale*, în calitate de organ abilitat cu funcții de organizare și coordonare a activităților de prevenire și combatere a violenței în familie. Comisia monitorizează activitatea echipelor multidisciplinare de combatere a fenomenului violenței în familie în localitate și prezintă consiliului local (pretorului de sector în mun. Chișinău) rapoarte semestriale despre activitatea de prevenire și combatere a violenței în familie desfășurată în localitate, cu propuneri de îmbunătățire a situației în acest domeniu, conform *Instrucțiunii privind modul de exercitare, de către administrația publică locală, a atribuțiilor legale în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie*, aprobată prin Ordinul ministrului muncii, protecției sociale și familiei nr. 105 din 02.08.2012⁹⁶.

Informația, periodic generalizată, privitor la activitatea de identificare și combatere a cazurilor de violență în familie este adusă la cunoștință consiliului local și direcției/secției de asistență socială și protecție a familiei, în calitate de autoritate publică locală, abilitată cu funcții de implementare a politicilor de prevenire a violenței în familie.

Asistentul social comunitar are rolul de coordonator al echipei multidisciplinare, în acest sens exercitând rolul de manager de caz pentru cazurile de violență în familie, asigurând o abordare multidisciplinară în soluționarea cazurilor, în conformitate cu Managementul de caz, aprobat prin Ordinul nr. 71 din 03.10.2008⁹⁷.

95. Art. 8, alin. 3, lit. (b).

96. https://www.hhri.org/wp-content/uploads/2019/01/HHRI_EN_GBV.pdf

97. http://msmps.gov.md/sites/default/files/document/attachments/ghidul_asistentului_social_managementul_de_caz.pdf

În scopul identificării cazurilor potențiale de violență în familie, asistentul social va monitoriza familiile în care se produc conflicte familiale. În cadrul procesului de monitorizare, asistentul social efectuează vizite în familiile respective, pentru a putea sesiza evoluția relațiilor interpersonale și starea psihoemoțională din cadrul familiei, în conformitate cu etapele desfășurării acestei proceduri indicate în Managementul de caz, aprobat prin Ordinul nr. 71 din 03.10.2008 (fostul MPSFC).

În scopul prevenirii cazurilor de violență în familie, asistentul social comunitar identifică și ține evidența familiilor în care apar conflicte familiale (focare de violență, ce se pot transforma în violență în familie), prin următoarele căi:

- a) obținerea informației despre caz de la familie, rude, vecini sau comunitate;
- b) la cererea presupusei/pretinsei victime;
- c) la sesizarea altor actori comunitari (administrația publică locală, școală, instituțiile medicale, poliție etc.);
- d) cazuri descoperite în cadrul exercitării atribuțiilor de serviciu.

În situația în care asistentul social a fost sesizat privind violența în familie, el informează ofițerul operativ de sector (telefonic și, după caz, în scris), se deplasează împreună cu acesta la fața locului, conform *Instrucțiunii privind intervenția secțiilor/direcțiilor asistență socială și protecție a familiei, în cazurile de violență în familie*⁹⁸.

De asemenea, în cazul în care constată acte de violență în familie împotriva copiilor, asistentul social va acționa în conformitate cu Legea 140⁹⁹ și cu Instrucțiunile interministeriale privind prevenirea, identificarea și intervenția în cazurile de violență, neglijare, exploatare împotriva copilului, care abordează cazurile de neglijare și abuz față de copil nu numai în mediul familial, ci și în instituțiile educaționale, medicale, cele de asistență socială, inclusiv în instituțiile rezidențiale, serviciile de tip familial și altele.

În cazul solicitării informațiilor sau a unui raport de caracterizare a familiei de către instanța de judecată, asistentul social este obligat să prezinte acest raport, pentru a facilita procedura de obținere, prelungire și revocare a ordonanței de protecție.

Orice caz identificat de violență în familie urmează a fi înregistrat de către asistentul social într-un registru special.

Poliția monitorizează și instrumentează, în comun cu asistenții sociali, cazurile de violență în familie din teritoriul deservit, actualizează baza de date cu informații din domeniu.

Totodată, ofițerul de sector are și alte atribuții diriguitoare în acest scop, conform cărora:

- a) identifică, înregistrează și raportează cazurile de violență în familie;
- b) asigură evidența nominală a agresorilor;
- c) sesizează autoritățile tutelare, în cazul copiilor-victime ale violenței în familie;
- d) examinează cererile și sesizările parvenite din partea cetățenilor, instituțiilor medicale, centrelor medico-legale referitor la conflicte familiale, la acte de violență, la amenințări cu moartea sau la existența unui pericol iminent de realizare a lor;
- e) vizitează familiile ai căror membri sunt luați în evidență, efectuează acțiuni de prevenire a comiterii repetate a actelor de violență în familie etc.

98. https://msmps.gov.md/sites/default/files/document/attachments/instructiuni_privind_interventia_sectiilor_directiilor_asistenta_sociala_si_protectie_a_familiei_in_cazurile_de_violenta_in_familie.pdf

99. Legea nr. 140 din 14.06.2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți, <http://lex.justice.md/md/348972/>

Lucrătorii medicali pot să sesizeze poliția despre cazul identificat de violență în familie, luând în formă scrisă acordul informat al victimei, care se înregistrează în documentația medicală, conform *Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medicale în cazurile de violență în familie*, aprobată prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 155 din 24.02.2012¹⁰⁰. Totuși, lucrătorul medical este obligat să informeze poliția, chiar și fără acordul victimei, în cazul constatării unui prejudiciu cauzat sănătății persoanei, drept consecință a unei acțiuni ilegale, conform Legii nr. 264 din 27.10.2015 „Cu privire la exercitarea profesiei de medic”¹⁰¹, art. 13, alin. 4, lit. (e).

În documentarea violenței, viața privată și identitatea victimei sunt protejate. Înregistrarea, păstrarea și utilizarea datelor cu caracter personal privind victima se efectuează în conformitate cu prevederile Legii nr. 133 din 08.07.2011 „Cu privire la protecția datelor cu caracter personal”¹⁰².

Capitolul IX al Convenției de la Istanbul se referă la **mecanismele de monitorizare** care trebuie stabilite la nivel de țară. Dezvoltarea colectării de date și a cercetării necesită coordonare în vederea realizării întregului potențial de sprijinire a victimelor și dezvoltare a politicilor.

Pe lângă identificarea necesității unei coordonări naționale (art. 10), Convenția prevede că informațiile colectate în conformitate cu art. 11 să fie oferite *Grupului de experți privind acțiunea împotriva violenței împotriva femeilor și a violenței domestice* (GREVIO¹⁰³), care monitorizează punerea în aplicare a prezentei convenții de către părți (art. 66).

Există și alte mecanisme relevante (unele în curs de dezvoltare), care sunt inițiate pentru a facilita coordonarea (inclusiv activitatea agențiilor ONU și UE), pentru a dezvolta definiții și sisteme de clasificări și indicatori, comparabile la nivel internațional.

Astfel, organismele de coordonare și monitorizare la nivel național ar trebui să fie entități guvernamentale oficiale, care pot fi dintre cele deja existente și mandatate sau nou-înființate.

100. http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr_155_din_24.02.2012.pdf

101. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=313062>

102. <http://lex.justice.md/md/340495/>

103. Group of experts on action against violence against women and domestic violence – GREVIO.

9.5. ANEXA 5: CERCUL VIOLENȚEI

În orice situație de violență, numai agresorul poartă vina și trebuie pedepsit conform legii.

La baza celor mai multe cazuri de violență și abuz (inclusiv tortură) se poate afla **un cerc vicios** sau **un cerc al violenței**,¹⁰⁴ care se repetă, dar și se „revarsă” sau trece de la o generație la alta.

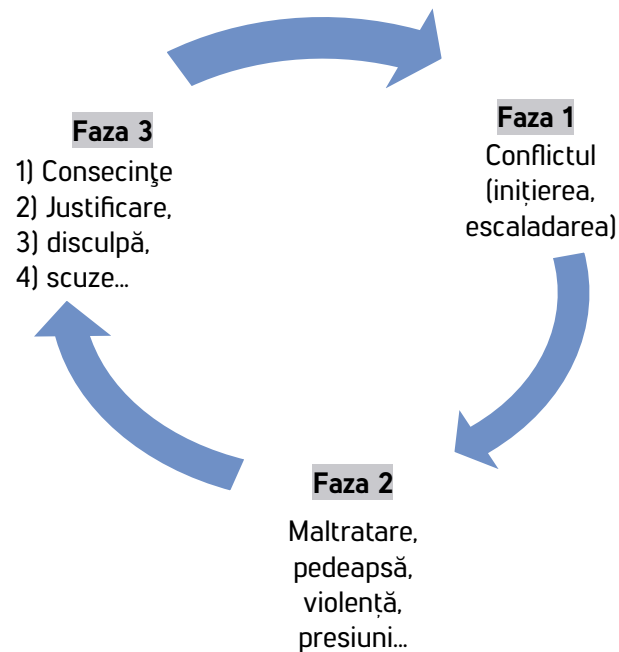


Figura 1: Un cerc al violenței

Saltzman și colegii săi (2002) identifică patru tipuri de violență intimă asupra partenerului:

- a) violența fizică;
- b) violența sexuală;
- c) amenințările cu violența fizică sau sexuală;
- d) violența psihologică/emoțională.

Cercetările indică faptul că violența intimă asupra partenerului (IPV) survine într-un ciclu trifazic (Leonore Walker, 1984):

- I. o perioadă de acumulare și creștere a tensiunii, care duce la
- II. violență, urmată de
- III. o perioadă de „lună de miere”, de calm și de remușcări în care abuzatorul este bun, iubitor și cere să fie iertat.

¹⁰⁴. Imagine alcătuită de L. Popovici.

L. Walker prezintă cele trei faze ale relației violente astfel¹⁰⁵:



Figura 2: Caracterul ciclic al relației violente

FAZA I: Acumularea și creșterea tensiunii. Agresorul urmărește comportamentul victimei, caută să o învinuiască de orice, apar nemulțumiri nejustificate rațional, de unde și amenințările, creează situații care ar justifica abuzul asupra ei. *Victima este foarte atentă și încearcă prin orice modalități să evite abuzul. În timp, creșterea tensiunii o face pe victimă să declanșeze/să grăbească apariția fazei 2.*

FAZA II: Acțiunea violentă propriu-zisă. Presupune o descărcare necontrolată a tensiunii prin lovituri, strigăte și diferite forme de abuz. Dacă victima se opune, agresorul va deveni și mai violent. Este un joc „de-a puterea”, destinat să-i arate victimei „cine este șeful”.

FAZA III: „Luna de miere”. O perioadă neobișnuit de calmă. Agresorul face tot ce-i stă în putință pentru a recâștiga controlul și a păstra victima în relație: cere scuze, este calm, iubitor, face cadouri. Această fază pașnică de „lună de miere” poate să-i dea victimei speranța că abuzatorul s-a schimbat cu adevărat de data aceasta. *Se creează iluzia că între parteneri crește legătura sufletească, emoțională.*

Caracterul ciclic al relației sau al comportamentului victimei și al agresorului poate fi prezentat sumar astfel:

AGRESORUL	VICTIMA
Abuzează victima (o agrează)	Neagă agresiunea sau o ascunde
Își ascunde agresivitatea de cei din jur (aparent este o persoană cu multe calități pozitive)	Speră că agresorul se va schimba
Gradual, devine tot mai agresiv (crește intensitatea și gravitatea abuzului)	Justifică violența (caută scuze pentru agresor, îi este milă de el, caută răspunsuri la cauza comportamentului lui agresiv)
Manifestă agresivitatea repetitiv și tot mai des	Începe să se izoleze de cei din jur, trăind sentimente de frică, rușine sau chiar vină pentru cele întâmplate

105. Sursa: <https://mytrustline.wordpress.com/ce-este-violenta-in-familie/identifica-violenta-in-familie/factorii-violentei-in-familie/>

Autocontrol defectuos (își pierde des controlul)	Devine aproape izolată de cei din jur
Încearcă să-i convingă pe cei din jur și pe victimă că este inocent	Îl crede pe agresor și își asumă parte din vină
Promite că se va schimba	Intră din nou în cerc, acceptând o nouă legătură emoțională, ca pe o nouă șansă că relația se va îmbunătăți

Ciclul violenței se repetă. Rar se întâmplă ca actul de violență asupra femeii să fie unul singular. Incidentele se vor repeta tot mai frecvent și vor deveni din ce în ce mai grave de-a lungul timpului.

*Ciclul violenței poate fi întrerupt?
Cum putem separa victimele potențiale de potențialii
agresori care continuă cercul violenței?*

Ciclul violenței poate fi întrerupt în cazul în care victima nu va ierta imediat primele acte de violență și va opune rezistență sau va solicita ajutor.

Rudele, prietenii, diferiți profesioniști sau/și membrii echipelor multidisciplinare teritoriale (polițistul, asistentul social, medicul, primarul) pot fi persoane de ajutor în caz de violență.

Persoanele (victime sau agresori) care au reușit să rupă acest cerc vicios sunt deseori cele care au beneficiat de un ajutor specializat în legătură cu problemele lor sau au fost sprijinite de familie ori prieteni. Fără un suport adecvat (reabilitare psihoemoțională sau psihoterapie), riscul apariției tulburărilor psihoemoționale, a abuzului de substanțe, a agresivității și a violenței, atât la victime, cât și la agresori, crește substanțial.

Studiile demonstrează că circa o treime din totalul celor maltratați manifestă un comportament agresiv și abuziv față de alții, inclusiv față de rudele și copiii lor. Această prevalență se observă și la copiii abuzați de către părinți și care, mai târziu, încep să manifeste cruzime față de propriii lor copii.

În general, **Cercul violenței** este definit ca o succesiune (adesea repetitivă) de acțiuni de natură agresivă sau distructivă. Termenul este folosit în mai multe **contexte** (în familii, în diferite instituții de tip închis – poliție, penitenciare, armată etc.), de care sunt legate conotațiile sale diverse, descriibile după cum urmează.

Actul de violență poate fi privit ca un ciclu care constă din anumite faze sau etape. Potrivit teoriei lui Leontiev, există câteva etape în dezvoltarea agresivității:

- a) conștientizarea necesității de violență;
- b) motivația corespunzătoare;
- c) scopul ca predicție și anticipare a rezultatelor comportamentului distructiv;
- d) actul de violență ca efect al acțiunii.

Ciclicitatea violenței se poate referi și la comportamentul agresiv al unei anumite persoane. Ea este reprezentată de particularitățile de dezvoltare, de formarea agresivității (ciclurile evolutive) sau de realizarea unui comportament distructiv, adică a ciclurilor de violență, care se caracterizează prin repetitivitate și prin dinamică. Astfel, se disting:

- a) **cicluri evolutive**, care arată particularitățile de dezvoltare și de formare a comportamentului agresiv al individului. Ele caracterizează procesul de formare a unei personalități agresive. Includ, de exemplu, ciclurile în care este trasată creșterea gravității agresiunii în comportamentul uman. Tipul ciclic de agresiune este caracteristic pentru „cariera penală” a mai mulți criminali violenți, care inițial au ucis animale, iar mai apoi și oameni.

În asemenea cazuri, este evidentă evoluția violenței: **agresiunea prehomicidă** → **tranzitorie** → **homicidă**.

Logica dezvoltării violenței din familie, de asemenea, reprezintă un ciclu, care trece prin următoarele faze interdependente: începe cu o critică → ajunge la umilire → izolare, iar în continuare → la abuzuri ușoare (palmuire, lovituri) și în cele din urmă → la bătăi regulate și intense, iar uneori → la omor;

- b) **cicluri de violență cu repetare periodică** sau cu o dinamica internă proprie și tipică (adică „cicluri care au o regularitate de repetare și o anumită dinamică de dezvoltare”). Un exemplu ar putea fi descrierea periodicității ciclului de violență în familie (se folosește și termenul de „cerc vicios al violenței”), care constă din următoarele faze recurente: **creșterea tensiunii** → **agresivitate** → **împăcare și curtare**, după cum s-a descris și mai sus.

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 la o persoană la alta, în procesul de interacțiune socială negativă. De exemplu, preluarea de către fiu a agresivității tatălui sau de către victimă a comportamentului agresorului său.

În acest context, Len Berkowitz scrie: „Violența naște violență, iar rezultatele acumulate în urma cercetărilor aduc 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. În timp, a fost dovedit că acei copii care au fost abuzați de părinți au început să demonstreze agresiune față de copii lor când au devenit adulți. În multe cazuri, agresorii sexuali au fost, de cele mai multe ori, victime supuse unor abuzuri sexuale în copilăria lor.

La o abordare mai detaliată, cercul violenței oferă mai multe explicații și răspunsuri la întrebările apărute la o eventuală analiză a fenomenului violenței în bază de gen și a altor forme de violență în Republica Moldova.

„Oamenii sunt predispuși genetic să reacționeze agresiv la evenimente neplăcute”, spune Berkowitz, *însă noi (cei din jur) „putem învăța să modificăm sau să controlăm reacția lor”.*

Astfel, suportul și serviciile specializate pentru victime și agresori, combaterea impunității, educația și măsurile de organizare socială contribuie la ținerea sub control a agresivității și a violenței. Pe lângă alte acțiuni și programe, aceste măsuri pot să neutralizeze reacțiile sau să atenueze dorințele afective inferioare și agresivitatea unor persoane.

9.6. ANEXA 6: ERORI POSIBILE ÎN CADRUL INTERVIURILOR SAU AL AUDIERII VICTIMELOR

Erori	Exemple	Modalități de evitare a erorilor
Loc nepotrivit	Cabinet cu gratii (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 potrivit, persoana fiind consultată și întrebată în ce spațiu se va simți mai confortabil pentru discuție.
Anturaj nepotrivit	Prezența în cabinet a mai multe 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	15-20 de minute sau circa 2 ore fără întrerupere	Programări de 45-60 de minute. Pauze. Se oferă apă, ceai etc.
Limitarea sau lipsa contactului vizual cu victima	Cel care interviuează va nota continuu relațiile victimei, fără a-i urmări reacțiile.	Înregistrare audio, explicându-se persoanei interviuate necesitatea acesteia; se face doar cu acordul victimei. Pentru fixarea informației, se va implica o altă persoană cu experiență, iar interviuatorul 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 interviuate sunt încurajate să spună ceea ce simt la momentul discuției și să-și exprime spontan sentimentele.
Condamnare a victimei, 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; 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 interviează, 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.

ABREVIERI

APC – autorități publice centrale
APL – autorități publice locale
CEDO – Convenția europeană a drepturilor omului
DGSP – Direcția Generală Securitate Publică
EMD – echipă multidisciplinară teritorială
IGP – Inspectoratul General al Poliției
MAI – Ministerul Afacerilor Interne
MSMPS – Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
OMCT – Organizația Mondială contra Torturii
OMS – Organizația Mondială a Sănătății
TSPT – tulburare de stres posttraumatic
VBG – violență în bază de gen
IPV – violență intimă asupra partenerului
WAVE – Femeile Împotriva Violentei în Europa

