

DIMENSIUNILE PSIHOSOCIALE ALE VIOLENȚEI ÎN FAMILIE: ASPECTE METODOLOGICE DE CERCETARE A FENOMENULUI

Conf. univ. dr. Victoria GONȚA,
Universitatea Americană din Moldova,
Conf. univ. dr. Svetlana CHIȚU,
Universitatea de Studii Politice și Economice Europene „Constantin Stere”,
Conf. univ. dr. Tatiana GRIBINCEA,
Universitatea de Studii Politice și Economice Europene „Constantin Stere”

Summary: *Domestic violence is studied by representatives of various sciences and scientific schools. However, a comprehensive study of domestic violence as a phenomenon psychosocial in Republic of Moldova in the context of social transformation and national culture was not sufficiently addressed in the national literature. Remain open questions about the nature and causes of violence in our society and in the Moldovan family, the impact of violence on the personality of the individual and further socialization, scale and dynamics of violence, research methods and ways to improve real problem.*

Herein contained methodological recommendations to psychodiagnosis victims and abusers in cases of family violence. In this regard, we decided to present the psychometric model in relation to specific symptoms / syndromes of violence actors, described in the literature. Psychodiagnosis activity in cases of domestic violence is presented as an important task in the multidisciplinary assistance to victims and abusers.

Cuvinte-chee: *violență, psihodiagnoză, familie disfuncțională, trauma psihică, stres postraumatic, reabilitare psihologică.*

Relațiile dintre oameni bazate pe principiile umanismului, egalității și libertății de violență ca fenomen social sunt reflectate încă în studiile filozofilor antici: Platon, Aristotel, Quintilian, Ciceron, Plutarh și alții. „Libertatea” și „non-vioența” surprinse în ideile lor sunt prezentate prin prisma intereselor societății mai degrabă decât prin interesele individului. Anumite aspecte ale educației umaniste a personalității și pedagogiei non-

violente care își propun să educe omul liber, sunt reflectate în lucrările marilor gânditori ruși ai secolului al XVIII-lea, cum ar fi V. Monomakh, N. Novikov, A. Radischev.

Violența ca obiect de analiză se regăsește destul de frecvent în cadrul cercetărilor secolelor XIX-XX ce vizează problemele educaționale. De aceste probleme s-au ocupat și oamenii de știință din Vest (Rousseau, Montessori) și profesorii ruși (A. Obuhov, V. Rahmanov, I. Tolstoi, K. Ushinski), care au analizat educația liberă

atât în teorie cât și experimental. Pedagogia nonviolentă a continuat să fie dezvoltată și de A. Makarenko, V. Sukhomlinsky și în cele din urmă a ajuns obiectul cercetărilor contemporane, bazate pe ideile umaniste (E. Shiyanov, I. Kotova, ș.a.), care promovează ideile umaniste ale educației centrate pe persoană.

Aspectele filosofice și sociologice ale violenței au fost abordate în lucrările filosofilor Ortega y Gasset, Pareto, Spinoza, K. Jaspers, I. Lossky și colab. Aspectele culturologice și psihologice sunt abordate în cercetarea violenței ale autorilor E. Fromm, D. Galtung.

Așa, Erich Fromm a identificat mai multe forme de violență: de joc, violență reactivă, de răzbunare. D. Galtung în studiul său s-a concentrat asupra „violenței culturale”, considerând-o „un fenomen pozitiv.”

Natura violenței a fost cercetată de F. Minushev care a determinat violența de origine biogenetică, psihologică, socială și de mediu. A. Bass, J. Berkowitz, K. Lorenz, Z. Freud, Spengler s-au ocupat de studiul agresivității personalității, care provoacă violență.

Din perspectiva pur psihologică problematica violenței a devenit o temă dezvoltată doar în ultimul sfert al secolului XX, în special în lucrările lui Bron, J. Kobrin, D. Levinson, R. Lang, E. Miller, D. Finkelhor. De examinarea deprivării emoționale și neglijării s-au ocupat așa cercetători ca V. Kovalev, J. Langmeyer, Maslow, Z. Mateychik, B. Muhina, Z. Freud, E.

Furman, care au privit-o ca pe o formă specifică de factori psihotraumatizanți.

Problemele asociate cu familia disfuncțională, ca un agent al deformării procesului de socializare și factor de abatere în comportamentul tinerei generații, sunt analizate în lucrările lui G. Avanesova, Y. Antonyan, M. Babaev, I. Dementieva, V. Ermakova, A. Kashelkina, N. Hook, V. Pankratov, D. Shestakov.

Caracteristicile socio-culturale ale violenței, specifice pentru regiunile multi-naționale, cum este de exemplu Caucazul de Nord, influențând formarea valorilor familiale sunt reflectate în studiile lui S. Hadjiev, A. Magomedov, J. Smirnova și alții.

În spațiul românesc de problemele violenței sunt preocupați o multitudine de cercetători contemporani, evidențiind aspectele sociologice ale fenomenului (P. Banciu, M. Rădulescu, S. Diaconu, M. Jigău, M. Liiceanu, A. Preoteasa, L. Ciobanu, C. Naghiu, R. Eparu), aspectele social-psihologice și psihopedagogice (A. Roșan, E. Zamfir, I. Mitrofan, A. Stanciulescu, E. Bonchiș, A. Rădulescu, M. Manu, T. Prună ș.a).

În Republica Moldova deasemenea există studii asupra fenomenului violenței în familie – studii juridice și criminologice (Brînză S., Bujor V., Miron I., Gh. Gladchi, L. Mărgineanu), studii sociologice și psihologice (V. Prițcan, M. Bulgaru, V. Bodrug, S. Rusnac, V. Gonța, O. Stamatin, A. Timuș, V. Climenco, T. Toma ș. a).

Astfel, problema violenței în familie este studiată de reprezentanți ai diferitelor științe și școli științifice. Cu toate acestea, un studiu complex al violenței în familie ca un fenomen psiho-social al Republicii Moldova în contextul transformărilor sociale și culturii naționale nu a fost abordat suficient în literatura de specialitate națională. Rămân deschise întrebările cu privire la natura și cauzele violenței în societatea noastră și în familia moldovenească, impactul violenței asupra personalității și socializării în continuare a individului, amploarea și dinamica violenței, metodele de cercetare și modalitățile reale de ameliorare a problemei.

Despre violența în familie se spune că apare doar în mediile defavorizate social și material, că este cauzată de stresul vieții cotidiene și de lipsa mijloacelor necesare pentru un trai decent sau că este exercitată doar de indivizi cu probleme psihice sau dependenți de alcool și droguri. În general, o femeie (sau, după caz, un bărbat) este considerată victimă a violenței în familie doar dacă este vorba de agresiune fizică. Despre violența sexuală mulți oameni cred că se petrece doar noaptea, pe străduțe neluminate, iar despre agresori, că sunt exclusiv cazuri patologice.

În realitate, situațiile sunt mult mai complexe, și, atât cunoașterea în detaliu a ceea ce înseamnă violență în familie, cât și conștientizarea tuturor formelor ei de manifestare, sunt un prim pas spre soluționarea acestor probleme, care nu sunt doar o problemă a familiei, cuplului,

victimelor sau agresorilor, ci un fenomen social complex. Deși nu se dispune la moment de date exacte privind violența în familie, la nivel de stat s-a recunoscut semnificația îngrijorătoare a acestei probleme: "În prezent, frecvența actelor de violență în familie, a căror victime sunt femeile și copiii, capătă proporții alarmante. Din nefericire, este foarte dificil pentru stat să controleze violența în familie, din moment ce în majoritatea cazurilor aceasta este raportată numai atunci când sunt consecințe severe ale violenței, celelalte cazuri fiind considerate doar conflicte"¹.

Motivele violenței sunt multiple și greu de precizat pentru fiecare caz în parte, un singur lucru este cert, și anume că, în mare parte, violența în familie este o problemă de putere, dominație și control. Violența în familie este favorizată de convingeri bine înrădăcinate, învățate sau moștenite, de credința că femeia trebuie să se supună necondiționat bărbatului, că "femeia trebuie bătută din când în când" (conform statisticilor, una din zece femei abuzate în familie fizic și/sau social, în consens cu unul din șase bărbați abuzați psihologic cred acest lucru), de împărțirea rigidă în "sexul tare" și "sexul slab". Deși nici pe departe atât de grave ca impact imediat ca acțiunea de agresiune propriuzisă, aceste stereotipuri sunt parte din problemă, iar adresarea acestora nu se poate

¹ Centre for Information and Documentation of the Council of Europe, Human Rights Report 33 (1999) - quoted in 2

face fără a se ține cont de ele. În același timp, aceste stereotipuri contribuie la starea de rușine și vinovăție și sentimentele de neajutorare, pasivitate și neputință pe care le trăiesc cele mai multe dintre femeile abuzate în familie, făcând și mai dificil de rupt cercul vicios al violenței, chiar și în cazurile în care victima are șansa de a “evada”. De cele mai multe ori, victimele se auto-acuză pentru cele întâmplate și se simt responsabile pentru comportamentul celui care le agresează. Cred că partenerul are dreptul să fie violent și ajung să-i dea dreptate când le blamează, astfel, auzim multe femei abuzate spunând “e vina mea că l-am cicălit prea mult când a venit de la muncă în loc să-l înțeleg și să tac din gură”.

În ultimii ani mișcarea internațională privitoare la prevenirea și combaterea violenței în familie a elaborat și a publicat un număr impunător de documente și studii care prevăd diverse propuneri și metodologii de lărgire a drepturilor și posibilităților victimelor și de influențare prin metode recuperatorii și de sancționare a abuzatorului în familie. În acest context principala problemă constă în definirea formelor de implicare în scop de prevenire, profilaxie, recuperare. Se remarcă patru abordări principale ale acestei probleme: definirea volumului, calității și spectrului de servicii asistențial-sociale, crearea condițiilor de readaptare a subiecților violenței în familie, sancționarea abuzatorilor, implicarea unor institute anti-penale cu caracter de mediere. Autorii contemporani relevă aceste tendințe ca principii de organizare a

activității de prevenire și combatere a violenței în familie².

Principiile nominalizate mai sus determină necesitatea și posibilitatea legal consfințită a creării unui sistem eficient de asistență multidisciplinară a violenței în familie în Republica Moldova.

În lucrarea de față se conțin recomandări metodice în vederea psihodiagnosticului victimei și abuzatorului în cazurile de violență în familie. În acest sens, am decis să prezentăm modelul psihometric în raport cu simptomele/sindroamele specifice actorilor violenței în familie, descrise în literatura de specialitate.

Un șir de autori consideră că pentru victimele violenței în familie este caracteristică trăirea stresului posttraumatic, definit în literatură ca o reacție deosebită la agentul stresor.

Stresul posttraumatic poate fi provocat de situații traumatizante care conduc la suprasolicitarea capacităților psihofiziologice și psihosociale ale omului și depășirea posibilităților lui de adaptare, caracteristicile esențiale ale acestuia fiind următoarele³:

1) Persoana conștientizează cert evenimentul care a dezechilibrat-o, lucrurile care i s-au întâmplat, condițiile care au dus

² Cîmpeanu, I. *Victimizarea și tehnicile specifice de asistență a victimei*, în *Asistența socială. Studii și aplicații*. coord. G. Neamțu și D. Stan, Iași, Polirom, 2005, pp. 92-94.

³ Ромек, В.; Конторович, В.; Крукович, Е., *op. cit.*, p. 48.

la înrăutățirea stării psihologice și psiho-somatice;

2) Agentul stresor este neapărat un eveniment, circumstanță, persoană, proces din ambianță și important pentru subiect;

3) Evenimentul modifică cardinal modul de viață al subiectului, îl pune în situația de a renunța la reacțiile stereotipe, de a elabora conduite noi sau, cel puțin, îi creează impresia unor schimbări considerabile, ample și neașteptate;

4) Subiectul se simte demoralizat, speriat, incapabil de careva acțiuni de recuperare a pierderilor, cedând în fața circumstanțelor traumatizante.

Stresul posttraumatic conține și manifestări deosebite specifice care se remarcă prin menținere considerabilă în timp și dinamic defavorabilă stării psiho-somatice a subiectului.

Reieșind din modificările pe care le suportă subiectul afectat de stresul posttraumatic la nivel de structuri de personalitate, autorii contemporani au completat diagnosticul cu o categorie terminologică nouă - tulburări posttraumatice de personalitate (*posttraumatic personality disorder*)⁴. Această completare este îndreptățită de faptul că persoana care a suportat sindromul tulburărilor de stres posttraumatic denotă trăsături distincte de personalitate pe parcursul întregii vieți. Important pentru specialiștii care activează în domeniul reabilitării psihologice a victimelor violenței este înțelegerea rolului

psihodiagnosticului corect și a implicării psihoterapeutice profesionale în scop de readaptare și reintegrare socială a persoanei afectate de actul violenței.

Analiza manifestărilor sindromului tulburărilor de stres posttraumatic în cazul victimelor violenței în familie a scos în evidență și câteva criterii de psihodiagnostic specifice acestei categorii.

Mai jos le prezentăm încercând să le divizăm în funcție de vârsta victimei: victima adultă și victima copil și în funcție de tipul de abuz exercitat asupra lor, victimele prezentând anumite simptome la nivel psihic, fizic și social. Acestea au fost identificate prin contactele directe cu victimele, prin înregistrarea comportamentului lor.

În scopul diagnosticării obiective a stresului posttraumatic sunt utilizate criteriile prin care se definește acest sindrom, expuse în DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*), și ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Majoritatea criteriilor de diagnostic expuse în diverse surse pot fi întrunite în trei grupe:

- 1) simptomul trăirilor repetate - al intruziunii;
- 2) simptomul evitării;
- 3) simptomul hiperactivării fiziologice.

După ICD-10 în calitate de criterii de diagnosticare a simptomului de stres posttraumatic servesc următoarele indicii⁵.

⁴ *Ibidem*.

⁵ După Малкина-Пых, И. Г., *op. cit.*, pp. 144-145.

A. Clientul a suportat acțiunea unui eveniment sau a unei situații cu caracter stresogen (de durată diferită – de moment sau pe parcursul unei perioade), care a provocat starea de pericol sau de catastrofă, prin care a condiționat manifestarea distresului.

B. Este dominat de amintiri obsedante, vii, sau se confruntă cu reminiscențe ale factorului stresant, visuri repetate despre acesta, trăiri ale situației în condițiile influenței unor stimuli care o amintesc sau sunt asociați traumei.

C. Dă dovadă de insistență în evitarea circumstanțelor care amintesc sau se asociază cu evenimentul.

D. Manifestă sau:

1) amnezie psihogenă parțială sau completă cu referință la anumite aspecte ale evenimentului traumatizant;

2) simptomatică puternic manifestată de sporire a afectivității sau a excitabilității psihice, care nu era prezentă până la evenimentul traumatizant, manifestată în cel puțin două din aceste forme:

a) dificultăți de somn sau de adormire;

b) iritare și crize nervoase;

c) dificultăți de concentrare a atenției;

d) nivel sporit al excitației;

e) reflex puternic la stimuli auditivi și vizuali.

În DSM-IV sunt expuse criteriile de diagnostic ale reacțiilor acute la stres și ale tulburărilor de stres posttraumatic.

Criteriile de diagnostic al reacțiilor acute la stres după DSM-IV⁶

Criteriul A desemnează: confruntare în direct, fiind martor sau victimă a violenței în familie, manifestată în forme drastice de abuz fizic care i-au pus în pericol viața sau i-au afectat integritatea fizică, sau a urmărit asemenea acțiuni asupra altui membru al familiei. Este vorba de persoane care denotă următoarele simptome:

1) confruntare în direct;

2) reacții în formă de frică, vulnerabilitate, groază.

Criteriul B: persoanele manifestă cel puțin trei simptome disociative sau în timpul, sau după evenimentul traumatizant, din cele enunțate mai jos:

1) simptomul catatoniei sau al disocierii emoționale de eveniment;

2) îngustarea câmpului de conștiință, perceperea limitată a evenimentelor din ambianță;

3) excluderea propriei prezențe și participări la eveniment;

4) depersonalizare manifestată în evitarea vorbirii de la persoana întâia;

5) amnezie disociativă, incapacitate de a-și aminti detaliile cu referință la eveniment.

Criteriul C: trăirea repetată a evenimentului traumatizant în formă de – imagini stresante, gânduri neplăcute, *flashback*-uri, sentimentul repetării evenimentului; manifestarea acelorași semnal-

⁶ *Ibidem*, pp. 148-149

mente în confruntarea unui stimul care amintește de evenimentul traumatizant.

Criteriul D: dorința de a evita oricare stimul care se asociază cu trauma.

Criteriul E: simptome evidente ale anxietății, iritării – excitabilitate, dificultăți de concentrare, somn distorsionat, frici, excitabilitate motrică.

Criteriul F: distres în formă clinică care conduce la distorsiuni în activitatea socială, profesională sau de altă natură.

Criteriul G: simptomatologia se manifestă pe parcursul a cel puțin două zile, și cel mult patru săptămâni de la evenimentul traumatizant.

Criteriile de diagnostic ale tulburărilor de stres posttraumatic după DSM-IV (stau la baza scalelor conținute în interviul semistructurat descris în blocul de teste)⁷

Criteriul A desemnează: confruntare în direct, fiind martor sau victimă a violenței în familie, manifestată în forme drastice de abuz fizic care i-au pus în pericol viața sau i-au afectat integritatea fizică, sau a urmărit asemenea acțiuni asupra altui membru al familiei. Este vorba de persoane care denotă următoarele simptome:

- 1) confruntare în direct;
- 2) reacții în formă de frică, vulnerabilitate, groază.

Notă: reacțiile date la copii se pot manifesta în formă de comportament agitat sau dezorganizat.

Criteriul B: repetarea trăirilor legate de evenimentul traumatizant prin intermediul

a cel puțin unuia din comportamentele descrise mai jos:

1) amintiri repetate și obsesive în formă de imagini, gânduri, percepții care provoacă trăiri emoționale dificile.

Notă: copiii mici pot manifesta aceasta în formă de joc, conținutul căruia este identic conținutului evenimentului traumatizant.

2) visuri repetate despre eveniment.

Notă: la copii – coșmaruri în timpul somnului cu conținut indescifrabil.

3) efecte flashback, iluzii, halucinații, amintiri disociative, care se manifestă atât de puternic, încât perturbază calmul persoanei.

Notă: pentru copii este specific stereotipul comportamental, repetarea conduitei.

4) trăiri dificile, provocate de situații care prin ceva amintesc de traumă.

5) reactivitate fiziologică la situațiile care prin ceva amintesc de traumă.

Criteriul C: evitarea stimulilor care prin ceva amintesc de traumă. Rigiditatea afectivă (numbing) – stare pe care persoana n-a cunoscut-o până la traumă. Se consideră că acest criteriu se manifestă dacă sunt prezente nu mai puțin de trei din următoarele manifestări:

1) efort în a evita gândurile, sentimentele, discuțiile despre traumă;

2) efort în a evita acțiunile, locurile, oamenii care amintesc despre traumă;

3) amnezie psihogenă – incapacitatea de a-și aminti detaliile evenimentului traumatizant;

⁷ *Ibidem*, pp. 145-146

4) interes și implicare limitate în raport cu activitățile obișnuite din trecut;

5) izolare socială;

6) diminuare din intensitatea stărilor afective manifestată, de exemplu, în capacitatea de a iubi;

7) sentiment de viitor fără de perspectivă, trist.

Criteriul D: simptomatologia sporirii permanente a excitabilității care nu se manifesta până la traumă. Se definește în prezența a cel puțin două simptome din următoarele:

1) dificultăți de adormire sau somn dificil;

2) iritare și supărare;

3) dificultăți de concentrare a atenției;

4) manifestare hipertrofă a necesității de securitate, a acțiunilor de protecție, a fricii și așteptării de pericole;

5) reacții hipertrofe de frică.

Criteriul E: simptomatologia din criteriile C, B se manifestă nu mai puțin de o lună.

Criteriul F: tulburarea provoacă stări afective dificile și dificultăți de adaptare socială, profesională, de realizare a activităților pe care anterior le făcea ușor.

În **ICD-10** sunt expuse și criteriile de diagnosticare a tulburărilor de personalitate, survenite în rezultatul suportării stresului posttraumatic⁸:

1) date amnestice cu referință la schimbări de percepție, gândire, atitudine față de sine și față de ambianța socială după trăirea evenimentului traumatizant;

2) comportament inadecvat, marcat de rigiditate, cu manifestarea a cel puțin două simptome din cele expuse în continuare:

a) agresivitate și suspiciune față de ambianța socială, care nu se manifestau anterior evenimentului stresant;

b) izolare socială;

c) manifestări depresive, decepție, pesimism;

d) iritare, anxietate, uneori dependențe de substanțe toxice – alcool, droguri;

e) sentiment de inutilitate, incapacitate de a face față situației, autoapreciere și conștiință de sine distorsionate;

3) schimbările în structurile de personalitate sunt acompaniate de diminuarea funcționalității sociale, care se răsfrânge negativ în relațiile cu cei apropiați;

4) tulburările de personalitate sunt provocate doar de evenimentul traumatic, lipsesc în anamneza pre-traumatică, nu au la bază careva tulburări de caracter în copilărie, adolescență;

5) tulburările se manifestă pe parcursul a cel puțin doi ani, nu au la bază alte simptome psihice, decât cele care caracterizează tulburările de stres post-traumatic, nu sunt condiționate de careva modificări psihice de natură organică.

Psihodiagnosticul victimei violenței în familie adulte, se realizează prin implicarea acelor metode care pot oferi informație necesară în cadrul constituirii programului de reabilitare. Desigur se ține cont de gradul de afectare a persoanei, de traumă. Atât caracterul traumei, circumstanțele în care

⁸ *Ibidem*, pp. 149-150.

aceasta a avut loc, tipul de violență și formele abuzului, cât și trăsăturile de personalitate ale victimei, relațiile dintre victimă și abuzator și caracteristicile ei esențiale, timpul care a decurs de la traumă și până la adresarea către un serviciu specializat sunt indicii de care urmează să

țină cont specialistul psiholog în selectarea metodelor de psihodiagnostic. În continuare vom utiliza modelul propus de V. Romek, V. Kontorovici, E. Krukovici, în scopul ilustrării etapelor de formare a tulburărilor posttraumatice.

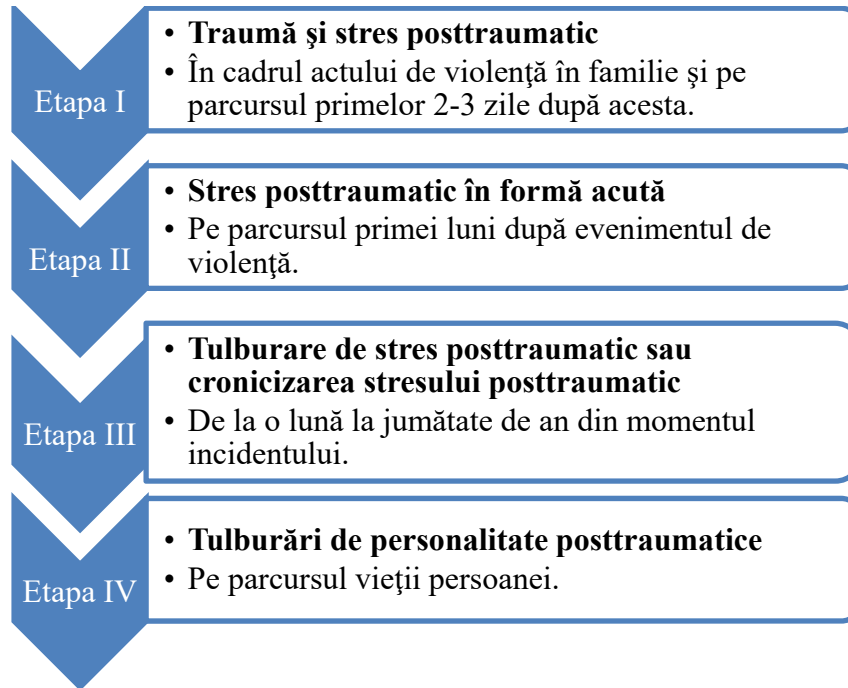


Figura 1. Etape de formare a tulburărilor de stres posttraumatic

La prima etapă în cadrul diagnosticului se pune scopul evaluării reacțiilor individuale la evenimentul traumatizant și se identifică anumite capacități de adaptare ale persoanei pe care le putem implica în recuperarea acesteia. Respectiv vor fi aplicate următoarele metode:

1) *Scala de evaluare a influenței evenimentului traumatic*, în plus unii dintre autori recomandă *Scala Mississippi pentru evaluare a reacțiilor posttraumatice* – în scop de identificare a impactului evenimentului traumatizant;

2) Teste de capacități sociale: *Testul încrederii în sine*, *Testul de autoeficacitate gene-*

ral, *Testul Q-sort* – pentru a cerceta anumite condiții și cauze ale victimizării legate de caracteristicile predispozante ale persoanei, și pentru a identifica laturile problematice asupra cărora urmează să se centreze activitatea de reabilitare psihologică.

Pe parcursul primelor 2-3 zile chiar în condiția când starea fizică a persoanei permite aplicarea mai multor metode, nu se recomandă recurgerea la acestea, reieșind din câteva considerente:

a) persoana, suportând incidențele traumei comportă stări afective dificile, rezultatele testării putând fi eronate;

b) însele condițiile testării, multitudinea de întrebări pot crea o stare de confuzie care va face dificil contactul psihologic cu persoana;

c) după primele 2-3 zile prin aplicarea repetată a metodelor de apreciere a impactului evenimentului traumatizant asupra stării psihice a persoanei sau prin observație și discuție va deveni clară situația victimei și va fi mai lesne efectuat procesul de selectare a metodelor valide pentru psihodiagnosticul specializat în vederea depistării eventualelor tulburări de personalitate.

La cea de a doua etapă, mai ales ținând cont de implicarea sau lipsa unor servicii de reabilitare adresate victimei, de prezența sau absența stării de șoc post-traumatic, prin psihodiagnostic urmează să fie identificate caracteristicile stresului post-traumatic și incidența în structurile de personalitate ale victimei. Dacă victima este amplasată deja într-un centru de reabilitare,

și pe parcursul primei etape a fost supusă psihodiagnosticului și i s-au acordat servicii de reabilitare cu scop de diminuare a stării de șoc posttraumatic, atunci vom aplica metode prin care vom identifica stările ei psihice la moment. În cazul când victima s-a adresat după o perioadă mai mare de trei zile de la evenimentul traumatizant, dar fără a depăși o lună, va fi nevoie și de evaluarea impactului evenimentului traumatizant prin utilizarea metodelor la care ne-am referit mai sus, una dintre care este descrisă desfășurat în această lucrare – *Scala de evaluare a influenței evenimentului traumatic*. Această scală poate fi însă utilizată și repetat, deoarece rezultatele testării repetate ne vor oferi informație despre cele trei caracteristici ale stresului posttraumatic: intruziune, evitare, excitabilitate fiziologică.

Urmând scopul identificării unor tulburări de personalitate, vom utiliza următoarele metode:

1. Chestionarul de stabilire a gradului de exprimare a simptomaticii psihopatologice. Metoda câștigă prin faptul că oferă informație cu referință la schimbările fiziologice, psihice și psihosociale (somatizare, manifestări obsesiv-compulsive, depresie, anxietate, anxietate fobică, psihotisme, sensibilitate interpersonală, tendințe paranoide), stabilind și indici suplimentari – intensitatea de manifestare a simptomaticii, dificultatea stărilor și manifestarea distresului. Metoda pierde doar prin numărul destul de mare al itemilor – 90.

2. În același scop pot fi folosite câteva metode:

a) Chestionar de identificare a tensiunii neuropsihice în scop de psihodiagnostic al nevrozei și intensității manifestării ei;

b) Chestionarul de identificare expres a disfuncțiilor somatoforme prin care sunt cercetate manifestările psihastenice, depressive, hipocondrice;

c) Scala depresiei Beck care oferă date despre intensitatea stărilor depressive.

Etapa a treia din nou solicită tratarea diferențiată a situației de psihodiagnostic, urmând să se țină cont de durata contactului victimei cu serviciile de reabilitare și timpul când s-a adresat către acestea: imediat după incident sau după o perioadă mai mare de o lună, când a realizat o înrăutățire considerabilă a stării generale și a calității contactelor sociale cauzată de tulburările de stres posttraumatic. Dacă victima s-a aflat în atenția specialiștilor și a fost implicată într-un program de reabilitare după o lună tehnicile psihodiagnostice pot fi utilizate în scop de evaluare a eficienței programului. Dacă s-a adresat pentru prima dată sau s-a adresat imediat după un act violent din șirul multelor care l-au precedat, putem ipotetic presupune prezența unor manifestări cronice ale stresului posttraumatic, manifestat deja în tulburări. Aplicarea metodelor de psihodiagnostic nominalizate mai sus vor avea scopul stabilirii:

a) prezenței caracteristicilor distincte ale stresului posttraumatic (incluziune, evitare, excitabilitate fiziologică);

b) identificarea tulburărilor de nivel fiziologic, psihic, psihologic, social.

În condițiile victimelor abuzurilor repetate pe parcursul mai multor ani vom considera că avem de a face cu cea mai avansată etapă - etapa a patra - care conduce la tulburări de personalitate, vom socoti drept necesară cercetarea detaliată a personalității victimelor. Rezultă că la cea de-a patra etapă urmează să utilizăm metode care ne-ar permite identificarea stărilor psihice ale persoanei (Testul de verificare a capacităților de adaptare neuro-psihică, elaborat în cadrul Institutului Psihoneurologic V.M. Behtereev; Chestionarul de identificare a tensiunii neuropsihice; Chestionarul de identificare expres a disfuncțiilor somatoforme; Chestionarul de stabilire a simptomaticei psihopatologice; Scala depresiei Beck ș.a.), anumite momente de dezadaptare psihosocială (chestionare de ostilitate sau agresivitate, de autoeficacitate generală, de diagnosticare a capacităților relațional-comunicative).

În concluzie, activitatea de psihodiagnostic și reabilitare psihologică în cazurile de violență în familie se prezintă ca o sarcină importantă în asistența multidisciplinară a victimelor și abuzatorilor. Activitatea dată este centrată pe potențialul uman, pe resursele disponibile ale victimei sau agresorului. În cadrul asistenței psihologice trebuie respectat dreptul victimei sau agresorului la autodeterminare (capacitatea acestuia de a alege soluția optimă pentru rezolvarea problemelor sale). Specialistul psiholog îl ajută pe client să-și folosească și să-și dezvolte capacitățile necesare soluționării problemelor.

Bibliografie:

1. Cîmpeanu, I., *Victimizarea și tehnicile specifice de asistență a victimei, în Asistența socială. Studii și aplicații*, coord. G. Neamțu și D. Stan. Iași,: Polirom, 2005, p. 92-94.
2. Fischer, G.; Riedesser, P., *Tratat de psihotraumatologie*. București: Ed. Trei, 2009. 472 p.
3. *Manualul pentru diagnosticul și statistica tulburărilor mentale DSM-III*, editat de Asociația Psihiatrilor Americani, 1981
4. Rusnac, S., Gonța, V., Clivadă, S., Zmuncila L., *Asistența psihologică a cazurilor de violență în familie: psihodiagnostic și reabilitare a victimelor și abuzatorilor*, Ed. ULIM. – Ch. 2009 – 124 p.
5. Малкина-Пых, И. Г. *Психологическая помощь в кризисных ситуациях*. М.: Эксмо, 2008.
6. Райх, В. *Анализ характера*. М: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 528 с.
7. Ромек, В.; Конторович, В.; Крукович, Е. *Психологическая помощь в кризисных ситуациях*. СПб.: Речь, 2005.
8. Селье, Г. *Психофизиология стресса*. М.: Прогресс, 1991. 248 с.