



Ghid

Evaluarea și elaborarea
Raportului de evaluare psihologică în
cazurile de violență, neglijare, exploatare
sau trafic al copilului

Ghid

**Evaluarea și elaborarea
Raportului de evaluare psihologică în
cazurile de violență, neglijare, exploatare
sau trafic al copilului**

CZU:

Ghidul „Evaluarea și elaborarea Raportului de evaluare psihologică în cazurile de violență, neglijare, exploatare sau trafic al copilului” a fost elaborat de Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii în cadrul Proiectului „Intervievarea structurată a copiilor-victime/martori din R. Moldova”, implementat cu suportul UNICEF.

Toate drepturile sunt rezervate. Reproducerea totală sau parțială a fragmentelor din această publicație este autorizată doar cu condiția indicării clare și exacte a sursei.

Autori:

Daniela Sîmboteanu
Viorica Adăscăliță
Oxana Șevenco

Contribuții:

Se aduc mulțumiri psihologilor cu o experiență practică avansată în domeniul asistenței copiilor-victime și a victimelor violenței în familie din cadrul Centrului Republican de Asistență Psihopedagogică, Centrului Internațional pentru Protecția și Promovarea Drepturilor Femeii „La Strada”, Centrului de asistență și protecție a victimelor traficului de ființe umane, reprezentanților Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”, Universității Libere Internaționale din Moldova, Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei.

Mulțumiri speciale catedrei Psihologie a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă” din Chișinău pentru evaluarea și validarea acestei lucrări.

Mulțumiri speciale NCPTSD din SUA pentru oferirea dreptului de traducere și publicare a scalelor clinice pentru DSM 5.

Redactor: Larisa Eršov

Design și tipar: Realitatea Media SRL

ISBN

Prefață	05
Context	07
Capitolul I. FENOMENUL VIOLENȚEI, NEGLIJĂRII, EXPLOATĂRII, TRAFICULUI DE COPII	09
1.1. Forme ale abuzului și ale exploatării copiilor	09
1.2. Consecințele/ indicatorii violenței în portretul psihosocial al copilului victimă a violenței, neglijării, exploatării, traficului	17
1.3. Sindromul de acomodare a copilului cu abuzul sexual (CSAAS)	21
1.4. Sindromul stresului posttraumatic (SSPT)	22
Capitolul II. EVALUAREA PSIHOLOGICĂ ÎN CAZURILE DE VIOLENȚĂ, NEGLIJARE, EXPLOATARE, TRAFIC AL COPILULUI: OBIECTIVE, ETAPE, METODE, ABILITĂȚI SPECIALE	28
2.1. Organizarea procesului de evaluare psihologică a copiilor în cazurile de violență, neglijare, exploatare, trafic	28
2.2. Abilitățile necesare psihologului pentru realizarea evaluării	30
2.3. Pregătirea interioară a copilului și a psihologului pentru procesul de evaluare	31
2.4. Direcții și instrumente în evaluarea psihologică a copiilor-victime ale violenței, neglijării, exploatării sau traficului	36
2.4.1 Instrumente pentru un prim contact reușit	36
2.4.2 Identificarea tulburărilor specifice copiilor-victime ale violenței, neglijării, exploatării sau traficului (stresul imediat, simptomele posttraumatice)	38
2.4.3 Identificarea, cunoașterea particularităților de funcționare a sferei cognitive	39
2.4.4 Identificarea, cunoașterea particularităților de funcționare a sferei afective	41
2.4.5 Identificarea, cunoașterea particularităților de funcționare a sferei relaționale	42
2.4.6 Identificarea, cunoașterea particularităților de personalitate și comportament	44
2.4.7 Aspecte specifice în evaluarea abuzului și exploatării sexuale	46
2.5. Analiza, interpretarea și procesarea rezultatelor obținute în cadrul evaluării psihologice	48
2.6. Elaborarea și redactarea raportului de evaluare psihologică în cazurile de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului	49
2.7. Exigențe etice și deontologice în procesul de evaluare psihologică în cazurile de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului	53
Anexa 1. METODOLOGIA DE EVALUARE PSIHOLOGICĂ ȘI ELABORARE A RAPORTULUI DE EVALUARE PSIHOLOGICĂ A COPILOR VICTIME	56
Anexa 2. INTERVIUL DE PROTECȚIE CU COPILUL	66
Anexa 3. LISTA EVENIMENTELOR DE VIAȚĂ CONFORM DSM-5	70
Anexa 4. SCALA CLINICĂ SSPT PENTRU DSM-5	74
Bibliografie	97



Amploarea fenomenului violenței împotriva copiilor, atât la scară internațională, cât și la nivel național, a atins cote alarmante. Numeroase cercetări demonstrează că fenomenul violenței împotriva copilului conduce la multiple consecințe imediate, pe termen lung, dar și cu efecte intergeneraționale. Expunerea la evenimente traumatizante, cum ar fi abuzul și neglijarea în copilărie, presupune declanșarea consecințelor la nivel individual (impact grav asupra personalității, care afectează dezvoltarea copilului), de asemenea la nivelul institutului familiei, al comunității, extinzându-se și la o scară mai largă – la nivel de societate, fiind transpuse în costuri enorme pentru țară.

Cu toate acestea, violența asupra copiilor rămâne a fi un fenomen în mare măsură ascuns, iar mulți copii continuă să sufere în tăcere din cauza că le este teamă să vorbească despre incidente ce implică acte de violență împotriva lor, deoarece nu au încredere în cei din jur sau din motiv că forma abuzului la care sunt expuși nu lasă semne pe corpul lor și atunci le este frică că nu vor fi crezuți.

Pornind de la principiul interesului superior al copilului, este foarte important ca sistemul de protecție a copilului, precum și cel al justiției să asigure respectarea și promovarea demnității umane și integrității fizice și psihologice a copilului ca persoană deținătoare de drepturi, aplicând toate pârghiile legale, astfel încât copiii să beneficieze de protecție, iar agresorii să fie referiți justiției.

În acest context, organele de urmărire penală și instanțele de judecată din Republica Moldova recurg tot mai frecvent la rapoartele de evaluare psihologică în activitatea lor. Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii (CNPAC), în perioada 2013-2016, a înregistrat 579 de solicitări privind evaluarea psihologică a copiilor din partea autorităților abilitate cu protecția copilului și a instituțiilor de drept din 25 de raioane ale țării. Ne-am convins de importanța majoră a raportului de evaluare psihologică a copilului-victimă a infracțiunii în cadrul procesului penal, deoarece prin intermediul examinării psihologice se fac înțelese particularitățile copilului, influența factorilor obiectivi și subiectivi asupra sferei psihoemoționale și comportamentului acestuia; se stabilesc consecințele traumei la copil etc. Atât în cadrul urmăririi penale, cât și în cadrul cercetării judecătorești, este important să fie utilizate toate mijloacele și pârghiile moderne, inclusiv raportul de evaluare psihologică a copilului, întocmit de psihologi calificați, care contribuie la asigurarea succesului în actul justiției, dar cel mai important – în asigurarea unui mediu protector pentru copil.

Ghidul *Evaluarea și elaborarea Raportului de evaluare psihologică în cazurile de violență, neglijare, exploatare sau trafic al copilului*, elaborat în baza practicii Centrului Național de Prevenire a Abuzului față de Copii, se circumscrie contextului situațional actual, și anume al lipsei reglementării la nivel național a procesului de realizare a evaluării psihologice și de elaborare a rapoartelor de evaluare psihologică a copiilor-victime ale violenței, exploatării sau traficului. Ne exprimăm speranța că

Metodologia CNPAC de evaluare și elaborare a Raportului de evaluare psihologică în cazurile de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului, precum și Ghidul de aplicare, vor servi drept repere metodologice pentru psihologii-clinicieni care își desfășoară activitatea în domeniul asistenței psihologice a copilului abuzat. Totodată, credem că această lucrare va servi drept o veritabilă pledoarie pentru reglementarea activității psihologului în Republica Moldova, în mod particular a domeniului de evaluare psihologică a caracteristicilor specifice profilului psihocomportamental al copilului abuzat, un domeniu distinct al psihologiei.

Daniela Sîmboteanu,
președinte CNPAC

Context

Prevenirea și combaterea violenței, neglijării și exploatării copiilor este în Republica Moldova unul dintre domeniile strategice în protecția copilului [39], care în special prevede dezvoltarea capacităților actorilor comunitari și ale grupurilor profesionale pentru identificarea, referirea, asistența cazurilor de violență asupra copiilor, precum și oferirea serviciilor adecvate. Prin aprobarea Legii nr. 140 din 14.06.2013 cu privire la protecția specială a copiilor aflați în situații de risc și a copiilor separați de părinți și, respectiv, a Hotărârii Guvernului nr. 270 din 08.04.2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului, Republica Moldova și-a asumat angajamentul de a asigura toate măsurile de protecție a copiilor în situații de risc, inclusiv prin aplicarea unor proceduri specifice, cum este Procedura de solicitare a efectuării examinărilor specializate în cazurile de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului. Conform acestei proceduri, în cazul în care se suspectă sau este confirmat faptul violenței, neglijării, exploatării sau traficului față de un copil, autoritatea tutelară locală poate solicita efectuarea raportului de evaluare psihologică de către un psiholog cu specializare și experiență în domeniu, în vederea constatării existenței semnelor/consecințelor abuzului. Raportul este utilizat de echipa multidisciplinară în calitate de suport pentru identificarea soluțiilor optime pentru copil. De asemenea, raportul poate fi prezentat la etapa de urmărire penală sau de cercetare judecătorească.

Această inițiativă se înscrie armonios în recomandările Curții Europene a Drepturilor Omului, care, ținând cont de standardele consacrate în textele legale, a insistat asupra identificării unor criterii înaintate rapoartelor de evaluare psihologică, asupra pertinentei lor pentru motivarea luării deciziilor privind soarta, securitatea și dezvoltarea ulterioară a copiilor aflați în situație de risc, inclusiv în situațiile în care se impune protecția copilului de violența în familie etc. Înalțul For de la Strasbourg pune un accent special pe obligațiile pozitive puse pe seama statului, de pe pozițiile executării rezonabile a acestora potrivit prevederilor Convenției Europene pentru Apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților Fundamentale.

Deși abia în aprilie 2014 a fost aprobat primul act normativ ce prevede posibilitatea aplicării raportului de evaluare psihologică [38], utilitatea și pertinenta acestuia în procesul de identificare, evaluare și soluționare interdisciplinară (prin cooperarea intersectorială) a cazurilor de violență, neglijare, exploatare sau trafic al copilului, de prevenire a cazurilor de violență în familie și de supraveghere a îndeplinirii măsurilor de protecție în cazurile de violență în familie, precum și de soluționare a altor cazuri în care copilul se află în situație de risc, este demonstrată prin solicitarea rapoartelor de acest fel de către organele de urmărire penală și prin practica judecătorească națională existentă la acest capitol. Fiind întrebați despre necesitatea raportului de evaluare psihologică a copilului, 64,5% dintre ofițerii de urmărire penală, 72,9%

dintre procurori și 74,5% dintre judecători au menționat că acesta este necesar în toate cazurile în care sunt implicați copiii [3, p. 49-50].

Încadrarea procesuală și aprecierea în calitate de material probatoriu a raportului de evaluare psihologică se face în conformitate cu prevederile Codului de procedură civilă și cu cele ale Codului de procedură penală, fiind reglementate atât noțiunile de *probe* și *mijloace de probă* în general, cât și anumite probe și mijloace de probă particulare. Aceste prevederi sunt coroborate cu prevederile legilor speciale care vin să reglementeze competența și responsabilitățile autorităților/ instituțiilor vizate și responsabile de apărarea și garantarea efectivă a drepturilor și intereselor grupurilor social vulnerabile, după caz, a copiilor martori/ victime ale omisiunilor, încălcărilor, tratamentelor ce aduc atingere integrității fizice și psihoemoționale a acestora, fiindu-le, astfel, cauzate daune morale, fizice și materiale [33, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47].

Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii, prin crearea în 2003 a serviciului specializat de asistență a copiilor abuzați – Centrul de asistență psihosocială a copilului și familiei *Amicul* - oferă o gamă largă de servicii copiilor victime. Din anul 2006, la solicitarea autorităților tutelare, a organelor de urmărire penală și de drept, sunt oferite inclusiv servicii de evaluare psihologică a copiilor și de elaborare a rapoartelor de evaluare psihologică, în vederea stabilirii diagnosticului și a profilului psihocomportamental. Astfel, în lipsa unui cadru de reglementare la nivel național, CNPAC a capitalizat practica acumulată în perioada 2006–2014 și a elaborat Metodologia de evaluare psihologică și de elaborare a raportului de evaluare psihologică a copiilor victime, care a fost consultată cu psihologii practicieni cu experiență în evaluarea profilului psihocomportamental al copiilor victime ale abuzului în cadrul Atelierului național *Raportul de evaluare psihologică a copiilor victime ale abuzului*, organizat la 4 februarie 2015 în parteneriat cu Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, cu suportul UNICEF. Metodologia stabilește modul de organizare și de realizare a procesului de evaluare psihologică, de elaborare a raportului; principiile procesului de evaluare psihologică a copilului-victimă; etapele evaluării psihologice; structura raportului de evaluare psihologică.

Ghidul *Evaluarea și elaborarea Raportului de evaluare psihologică în cazurile de violență, neglijare, exploatare sau trafic al copilului* este un suport metodologic adresat psihologilor clinicieni care își desfășoară activitatea în domeniul asistenței psihologice a copilului abuzat și include: informații despre fenomenologia violenței împotriva copiilor, consecințele acesteia; descrierea procesului de evaluare, a instrumentelor psihodiagnostice; recomandări privind elaborarea rapoartelor de evaluare psihologică.



CAPITOLUL I

FENOMENUL VIOLENȚEI, NEGLIJĂRII, EXPLOATĂRII, TRAFICULUI DE COPII

1.1. Forme ale abuzului și ale exploatării copiilor

Abuzul și neglijarea copilului reprezintă fenomene sociale foarte complexe, întâlnite din cele mai vechi timpuri. Ca fenomene care desemnează violența împotriva copilului, au fost recunoscute abia în 1962, odată cu inițiativa lui Henry Kempe, pediatru din Colorado, SUA [2], care a formulat, pentru medicii din lumea întreagă, conceptul de „sindrom al copilului bătut”. Din acest moment, problema copilului maltratat a devenit o preocupare nu doar pentru medicină, ci și pentru alte domenii.

Actualmente, definirea fenomenului de maltratare a copilului se face din perspectivele: medicală, psihologică, culturală, legislativă etc. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, **abuzul reprezintă orice formă de maltratare fizică și/ sau psihică, abuz sexual, neglijare, tratare neglijentă sau exploatare în scopuri comerciale sau orice alt tip de exploatare care poate cauza daune efective sau potențiale pentru sănătatea, supraviețuirea, dezvoltarea sau demnitatea copilului în contextul unei relații de responsabilitate, încredere sau autoritate [27].**

Din punct de vedere juridic, **abuzul este încălcarea normelor legale care apără relațiile sociale ce asigură o bună și normală creștere și dezvoltare psihofizico-socială a copilului.** Legislația internațională și cea națională încearcă să definească criteriile minime pentru asigurarea îngrijirii copilului, inclusiv cele legale și sociale în cazurile traumelor produse neaccidental sau în urma atenției medicale neadecvate. Definițiile legale ale maltratării copilului subliniază dreptul copilului la protecția vieții, sănătății, integrității psihice și fizice.

În Legea nr. 140 din 14.06.2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situații de risc și a copiilor separați de părinți, *violența împotriva copilului* se definește ca forme de rele tratamente aplicate de către părinți/ reprezentanții legali/ persoana în grija căreia se află copilul, sau de către orice altă persoană, care produc vătămare actuală sau potențială asupra sănătății acestuia și-i pun în pericol viața, dezvoltarea, demnitatea sau moralitatea [40].

Ținând cont de spectrul larg de manifestări ale violenței asupra copilului, specialistul ce are sarcina să evalueze și să elaboreze raportul de evaluare psihologică trebuie să cunoască specificitatea diferitor forme de violență împotriva copiilor.

Abuzul fizic

Violența umană cel mai des este asociată cu abuzurile care periclitează integritatea fizică și sănătatea individului. Indicatorii abuzului fizic sunt cei mai vizibili și ușor de recunoscut: vânătăi, arsuri, fracturi, plăgi etc. Astfel, vătămarea intenționată a integrității corporale ori a sănătății copilului care produce vătămare actuală sau potențială asupra sănătății, supraviețuirii, dezvoltării sau demnității copilului este definită ca *abuz fizic*. Violența fizică se exprimă prin acțiuni variate ca formă și ca intensitate – de la pedepse corporale până la comportamente extreme, care pot pune în pericol viața copilului (arderea cu țigara, cu fierul de călcat, legarea copilului, scuturarea sau lovirea cu/ de obiecte, otrăvirea etc.) și include: acțiuni de lovire, îmbrâncire, trântire, tragere de păr, înțepare, tăiere, ardere, strangulare, mușcare în orice formă și de orice intensitate, otrăvire, intoxicare; orice pedeapsă corporală și oricare alte forme de tortură, tratament sau pedeapsă crudă, inumană sau degradantă; agresiune, hărțuire fizică a unui copil de către adulți sau de către alți copii [27].

Abuzul sexual al copilului

Abuzul sexual al copilului este un fenomen ascuns și extrem de sensibil, care constă în implicarea copilului într-o activitate sexuală pe care el nu o înțelege pe deplin și este incapabil să o conștientizeze în virtutea gradului său de dezvoltare și care este, în același timp, o încălcare a legilor și tabuurilor sociale. Copiii pot fi abuzați sexual de către adulți sau de către alți copii care sunt – conform vârstei sau etapei de dezvoltare – într-o poziție de răspundere, încredere sau putere *în relație cu victima* [27]. Abuzul sexual poate să ia numeroase forme, semnificând în mod concret următoarele conduite sau acțiuni întreprinse de un agresor mai în vârstă decât victima: supunerea copilului la practici de intruziune orală, genitală sau anală, molestarea de natură sexuală cu contact sexual direct sau fără asemenea contact, seducerea ori coruperea copilului, implicarea lui în practici sexuale neconforme cu vârsta minoratului și expunerea la materiale cu conținut sexual explicit, obligarea forțată la gesturi erotice nedorite, cererea ca victima să îmbrace diverse haine care stimulează „apetitul” sexual al agresorului, obligarea aceleiași victime de a pune în aplicare fanteziile sexuale ale agresorului, forțarea victimei de a asista sau a lua parte la activități sexuale ca atare, exploatarea sa în scopuri de prostituție sau de pornografie etc.

Copilul poate fi supus abuzului sexual în mai multe forme, acestea fiind stipulate în legislația Republicii Moldova.

Tabelul 1. Extrase din Codul penal al Republicii Moldova privind infracțiunile cu caracter sexual [34]

Art.	Conținutul prevederii legale	Pedeapsa
Art. 171 Violul	(1) Raportul sexual săvârșit prin constrângere fizică sau psihică a persoanei sau profitând de imposibilitatea acesteia de a se apăra ori de a-și exprima voința.	Închisoare de la 3 la 5 ani
	(2) Violul: a) săvârșit de către o persoană care anterior a săvârșit un viol prevăzut la alin. (1); b) săvârșit cu bună-știință asupra unui minor; b1) săvârșit cu bună-știință asupra unei femei gravide; b2) săvârșit asupra unui membru de familie; c) săvârșit de două sau mai multe persoane; e) însoțit de contaminarea intenționată cu o boală venerică; f) însoțit de torturarea victimei.	Închisoare de la 5 la 12 ani
	(3) Violul: a) persoanei care se afla în grija, sub ocrotirea, protecția, la educarea sau tratamentul făptuitorului; b) unei persoane minore în vârstă de până la 14 ani; c) însoțit de contaminarea intenționată cu maladia SIDA; d) care a cauzat din imprudență o vătămare gravă a integrității corporale sau a sănătății; e) care a provocat din imprudență decesul victimei; f) soldat cu alte urmări grave.	Închisoare de la 10 la 20 de ani sau detențiune pe viață
Art. 172 Acțiuni violente cu caracter sexual	(1) Homosexualitatea sau satisfacerea poftelor sexuale în forme perverse, săvârșite prin constrângere fizică sau psihică a persoanei, ori profitând de imposibilitatea acesteia de a se apăra sau de a-și exprima voința.	Închisoare de la 3 la 5 ani
	(2) Aceleași acțiuni: a) săvârșite de o persoană care anterior a săvârșit o faptă prevăzută la alin. (1); b) săvârșite cu bună-știință asupra unui minor; b1) cu bună-știință asupra unei femei gravide; b2) săvârșite asupra unui membru de familie; c) săvârșite de două sau mai multe persoane; d) însoțite de contaminarea intenționată cu o boală venerică; g) însoțite de torturarea victimei.	Închisoare de la 5 la 12 ani

Art. 172 Acțiuni violente cu caracter sexual	(3) Acțiunile prevăzute la alin. (1) sau (2), care: a) au fost săvârșite asupra unei persoane despre care se știa cu certitudine că nu a atins vârsta de 14 ani; a) au fost săvârșite asupra persoanei care se află în îngrijirea, ocrotirea, protecția, educarea sau în tratamentul făptuitorului; b) au cauzat contaminarea intenționată cu maladia SIDA; c) au cauzat din imprudență o vătămare gravă a integrității corporale sau a sănătății; d) au provocat din imprudență decesul victimei; e) au provocat alte urmări grave.	Închisoare de la 10 la 20 de ani sau detențiune pe viață
Art. 173 Hărțuirea sexuală	Hărțuirea sexuală, adică manifestarea unui comportament fizic, verbal sau nonverbal care lezează demnitatea persoanei ori creează o atmosferă neplăcută, ostilă, degradantă, umilitoare sau insultătoare cu scopul de a determina o persoană la raporturi sexuale ori la alte acțiuni cu caracter sexual nedorite, săvârșite prin amenințare, constrângere, șantaj.	Amendă în mărime de la 300 la 500 unități convenționale/ muncă neremunerată în folosul comunității de la 140 la 240 de ore/închisoare de până la 3 ani
Art. 174 Raportul sexual cu o persoană care nu a împlinit vârsta de 16 ani	(1) Raportul sexual, altul decât violul, actele de penetrare vaginală, anală sau bucală și altele, comise asupra unei persoane despre care se știa cu certitudine că nu a împlinit vârsta de 16 ani. (2) Persoana care a săvârșit fapta prevăzută la alin. (1) nu este pasibilă de răspundere penală dacă este la nivel apropiat cu victima în ceea ce privește vârsta și dezvoltarea fizică și psihică.	Închisoare de la 3 la 7 ani
Art. 175 Acțiuni perverse	Acțiunile perverse săvârșite față de o persoană despre care se știa cu certitudine că nu a împlinit vârsta de 16 ani, constând în exhibare, atingeri indecente, discuții cu caracter obscen sau cinic purtate cu victima referitor la raporturile sexuale, determinarea victimei să participe ori să asiste la spectacole pornografice, punerea la dispoziția victimei a materialelor cu caracter pornografic, precum și în alte acțiuni cu caracter sexual.	Închisoare de la 3 la 7 ani
Art. 175' Acostarea copiilor în scopuri sexuale	Propunerea, inclusiv prin intermediul tehnologiilor de informare și de comunicare, a unei întâlniri cu un copil în scopul săvârșirii împotriva acestuia a oricărei infracțiuni cu caracter sexual, dacă propunerea a fost urmată de fapte materiale care conduc la o astfel de întâlnire.	Închisoare de la 1 la 5 ani

Abuzul psihologic/ emoțional

În pofida faptului că abuzul emoțional este cel mai pe larg răspândit, acesta este și cel mai greu de identificat, pentru că toate formele de abuz și neglijare au componente psihologice.

Abuzul psihologic/ emoțional este definit prin acte verbale sau simbolice neaccidentale (care nu sunt la voia întâmplării) ale unui părinte sau îngrijitor al copilului (tutore sau altcineva decât părintele biologic) care au ca rezultat/ potențial rezultat afectarea psihologică negativă a copilului (cu consecințe negative asupra stării psihologice a acestuia) [5].

Abuzul psihologic poate avea diverse forme: ofensa, luarea în derâdere, înjurarea, insultarea, poreclirea, șantajul, distrugerea demonstrativă a obiectelor personale, amenințarea verbală, izolarea de prieteni, interzicerea frecventării instituției de învățământ, privarea accesului la informație – acțiuni care provoacă copilului deformări ale autoaprecierii, pierderea încrederii în sine și care complică procesul de dezvoltare și socializare a copilului [30].

Mai frecvent sunt întâlnite următoarele forme de abuz psihologic: rejectarea (respingerea), izolarea, terorizarea, coruperea. Toate aceste forme de abuz psihologic sunt însoțite de cuvinte umilitoare și jignitoare la adresa copilului.

Tabelul 2. Formele abuzului psihologic [12]

No	Forma	Acțiunile adultului	Sentimentele copilului
1	Rejectarea	Adultul îndeapărtează copilul de el, refuză să-i recunoască valoarea sau legitimitatea nevoilor; creează disconfort copilului atunci când acesta își manifestă emoțiile sale firești.	Copilul simte că ceva nu este în regulă cu el, că este "prost", „rău" etc.; se percepe ca o sursă a problemelor părinților/ persoanelor în îngrijirea cărora se află.
2	Izolarea	Adultul întreprinde acțiuni sistematice prin care izolează copilul de comunicarea cu semenii și cu alți adulți, acasă sau în afara casei; limitează nerezonabil libertatea copilului, îi impune unele restricții referitor la comunicarea cu alții.	Copilul trăiește o „inhibiție socială", are dificultăți de adaptare (refuză să meargă la grădiniță sau are fobie școlară), de comunicare, are un sentiment scăzut al eficienței personale și carențe în sfera afectivă (anxietate, depresii, ostilitate etc.).
3	Terorizarea	Adultul amenință verbal copilul cu pedeapsa, cu părăsirea sau alungarea, îl intimidează și îl înfricoșează cu "arme" fizice și psihologice.	Copilul are o stare de anxietate puternică, căreia îi face față cu greu.

4	Coruperea	Adultul încurajează și îndrumă copilul spre comportamente neadecvate (autodestructive, antisociale, criminale, deviante etc.), modelează și permite astfel de comportamente ca prostituția, abuzul de substanțe, consumul de alcool etc.; constrânge dezvoltarea firească a autonomiei copilului (nu susține sentimentele, gândurile, viziunile, necesitățile copilului).	Copilul este „consumator de substanțe” încă în etapa de dezvoltare intrauterină. Copilul este expus unor situații pe care nu le poate înțelege. Trăiește anxietate, frustrare, i se dereglează capacitatea de orientare, acestea conducând la distorsionarea percepției copilului; trăiește sentimentul vinei pentru ceea ce se întâmplă.
5	Ignorarea	Adultul ignoră inițiativele și nevoile de interacțiune ale copilului; nu manifestă emotivitate în interacțiunea cu acesta. Nu are motivație și capacitate de a exprima afecțiune, grijă și dragoste pentru copil. Interacționează cu el doar când este strict necesar.	Copilul trăiește un puternic sentiment de insecuritate, sentimente de vinovăție, jenă, de înstrăinare.

Forme ale abuzului emoțional sunt considerate, de asemenea, **violența intrafamilială**, la care copilul este martor, precum și **sindromul alienării părintești**, ce presupune denigrarea sistematică a unui părinte de către celălalt părinte, cu intenția izolării (înstrăinării) copilului de celălalt părinte. Prin gânduri, acțiuni și maniere verbale sau nonverbale, un copil este abuzat emoțional, îndoctrinat (i se „spală creierul”), pentru a-l determina să creadă că celălalt părinte este un dușman sau pentru a-i sugera ostilitatea sau inferioritatea acestuia.

Neglijarea

Neglijarea copilului deseori se reduce la incapacitatea îngrijitorului de a răspunde nevoilor de dezvoltare ale copilului. Dacă abuzul fizic și cel sexual pot fi identificate în urma producerii unui incident, atunci în cazul neglijării, care este un comportament cronic, este dificil de a stabili un incident concret. Neglijarea presupune omiterea, voluntară sau involuntară, de către persoana care are responsabilitatea creșterii, îngrijirii sau educării copilului, a măsurilor subordonate acestei responsabilități, fapt care pune în pericol viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului. Indicatorul de bază al neglijării este lipsa grijii și educației din partea părintelui/ îngrijitorului [22]. Datorită caracterului cronic al neglijării, copiii percep situația în care trăiesc ca una obișnuită, ei nu realizează că sunt maltratați și că suferă careva consecințe.

Neglijarea este cunoscută sub mai multe forme:

- neglijare alimentară – privarea copilului de hrană sau malnutriția acestuia;
- neglijare vestimentară – lipsa de îmbrăcăminte și/ sau de încălțăminte, în special a celor necesare pentru perioada rece a anului;
- neglijarea igienei – nerespectarea normelor generale de igienă personală, condiții de locuit insalubre, care amenință viața sau sănătatea copilului;
- neglijare medicală – lipsa ori refuzul îngrijirilor medicale necesare pentru protecția vieții, integrității corporale și a sănătății copilului, neadresarea la medic în cazurile de urgență;
- neglijare educațională – refuzul încadrării copilului într-o instituție școlară, neșcolarizarea copilului;
- neglijare emoțională – ignorarea problemelor psihoemoționale ale copilului.

Traficul de copii

Traficul de copii este o problemă a lumii contemporane, ce reprezintă un pericol serios pentru copii și tineri. Acest tip de trafic presupune recrutarea, transportarea, transferul, adăpostirea sau primirea unui copil, precum și darea sau primirea unor plăți ori beneficii pentru obținerea consimțământului unei persoane care deține controlul asupra copilului, în scopul:

- exploatării sexuale, comerciale și necomerciale, în prostituție sau în industria pornografică;
- exploatării prin muncă sau prin servicii forțate;
- exploatării în sclavie sau în condiții similare sclaviei, inclusiv în cazul adopției ilegale;
- folosirii în conflicte armate;
- folosirii în activitate criminală; prelevării organelor sau țesuturilor pentru transplantare; abandonării în străinătate.

Aceleași acțiuni însoțite de:

- aplicare a violenței fizice sau psihice asupra copilului;
- abuz sexual asupra copilului, de exploatare sexuală comercială sau necomercială a acestuia;
- aplicarea torturii, a tratamentelor inumane sau degradante, pentru a asigura subordonarea copilului, ori însoțite de viol, de profitare de dependența fizică a copilului, de folosire a armei;
- amenințare cu divulgarea informațiilor confidentiale familiei copilului sau altor persoane;
- exploatare în sclavie sau în condiții similare sclaviei;
- folosirea copilului în conflicte armate; de prelevare a organelor sau a țesuturilor pentru transplantare [13].

În esență, toate metodele de trafic enumerate se reduc la transmiterea copilului unei alte persoane, pentru o anumită recompensă; în sensul larg, prin noțiunea de *trafic de copii* se înțelege comerțul, negoțul cu copii în scopul de a obține profit.

Exploatarea prin muncă

În Republica Moldova, munca copilului este o problemă complexă, cauzată de sărăcie, dar și de atitudinea tradiționalistă față de implicarea copiilor în diferite munci. Deseori copiii sunt implicați în munci nepermise, aceste acțiuni fiind calificate ca și exploatare. Conform Organizației Internaționale a Muncii, exploatarea prin muncă a copilului înseamnă orice formă de muncă a copilului, de ale cărei beneficii profită un adult și care are drept consecință afectarea dezvoltării, educației și moralității copilului. Conform Recomandării nr. 190 a Organizației Internaționale a Muncii, drept muncă a copilului nu se consideră realizarea de către copii a unor mici îndeletniciri casnice sau gospodărești și nici participarea acestora la activități practice, corespunzătoare vârstei și nivelului lor de dezvoltare [36].

În lista muncilor interzise copiilor intră: lucrările în condiții grele, vătămătoare și periculoase; lucrările subterane; lucrările care pot să aducă prejudicii sănătății și integrității morale a copiilor (jocuri de noroc, lucrul pe timp de noapte, producerea, vânzarea și transportarea băuturilor alcoolice, articolelor de tutun, preparatelor narcotice și toxice); ridicarea și transportarea manuală a greutăților [36]. Astfel de munci îl lipsesc pe copil de bucuriile copilăriei și sunt un obstacol în calea dezvoltării lui fizice, emoționale și sociale. Munca copilului pune în primejdie moralitatea, securitatea și sănătatea acestuia, care deseori sunt dificil sau imposibil de recuperat.

Tabelul 3. Forme de muncă a copilului în funcție de locul și de condițiile de muncă

	Muncă vizibilă	Muncă ascunsă
Muncă concentrată într-un singur loc	Munca copilului este prestată într-un singur loc și nu este ascunsă. <i>Exemple:</i> lucrători în câmp, la construcții particulare, vânzatori de obiecte mărunte în strada etc.	Copiii muncesc împreună sau în apropiere unii de alții, dar nu pot fi observați sau nu sunt accesibili pentru persoanele străine. <i>Exemple:</i> muncitori necalificați la șantiere de construcție, la întreprinderi de prelucrare a produselor alimentare etc.
Muncă dispersată în locuri diferite	Copiii muncesc singuri/ de sine stătător. <i>Exemple:</i> curieri, agenți de legătură, cerșetori, păstori sau îngrijitori de animale domestice etc.	Copiii muncesc în domenii greu accesibile, sunt izolați, lipsiți de drepturi și vulnerabili. <i>Exemple:</i> servitori în casă, copii antrenați în furturi, exploatare sexuală, contrabandă, producerea substanțelor narcotice sau a articolelor de pornografie etc.

1.2. Consecințele/ indicatorii violenței în portretul psihosocial al copilului victimă a violenței, neglijării, exploatarei, traficului

Expunerea în copilărie la evenimente traumatizante cum ar fi violența, neglijarea, exploatarea, traficul presupune declanșarea consecințelor la nivel individual, repercusiuni grave asupra personalității, care afectează dezvoltarea copilului imediat și/ sau pe termen lung.

În ultimele decenii, numeroase cercetări sunt consacrate studierii reacțiilor psihologice specifice ale individului la evenimentele traumatice, inclusiv la violență. Experiența traumatică este o experiență vitală de discrepanță între factorii situaționali amenințatori și capacitățile individuale de stăpânire, experiență care este însoțită de sentimente de neajutorare, abandon, lipsă de apărare și care conduce la o prăbușire de durată a înțelegerii de sine și de lume [21].

Semne generale ale abuzului copilului

Consecințele trăirii traumei de către copii sunt mult mai intruzive decât în cazul adulților, afectând multiple arii de funcționare: cognitivă, socială, emoțională, fizică. Aceste consecințe multidimensionale sunt cu atât mai pronunțate, cu cât copilul nu este victimă a unor incidente traumatice izolate, ci este supus unor experiențe abuzive repetate, complexe, prelungite, în interiorul mediului familial, fiind violat astfel însuși sentimentul de securitate necesar dezvoltării sale normale.

Acțiunile violente împotriva copilului, sau la care el este martor, au un impact negativ asupra creșterii și dezvoltării acestuia. Varietatea și gravitatea consecințelor pe care le prezintă un copil victimă/ martor al violenței vor depinde de mai mulți factori: **tipul abuzului, gradul de gravitate a abuzului, frecvența, cronicitatea abuzului, vârsta copilului, sprijinul existent, persoana făptașului, resursele interioare ale copilului.** Orice specialist din domeniul protecției copilului sau care interacționează cu copiii trebuie să ia atitudine și să acționeze prompt în vederea verificării suspjecției de abuz în cazul în care depistează următoarele simptome:

- hipervigilență, comportament precaut, circumspect, în special dacă se află într-un loc similar cu cel în care s-a produs evenimentul;
- evitarea unor locuri, persoane, obiecte sau alimente care amintesc de momentul evenimentului traumatic;
- împărtășirea unor convingeri greșite, precum că: este acceptabil ca un bărbat să lovească o femeie; violența este modul de a obține ceea ce vrei; oamenii mari au o putere pe care o folosesc pentru a obține ce vor; bărbații care pedepsesc femeile și copiii sunt lideri, conduc familia; exprimarea sentimentelor înseamnă slăbiciune; nu trebuie să vorbești despre violență.

În funcție de vârsta copilului, simptomele ce atestă probabilitatea sporită a existenței abuzului pot fi diferite:

- Sugarii reacționează prin agitație, plânset, refuz de a mânca, sau devin tăcuți, nemișcați, răbdători.

- Copiii antepreșcolari pot avea îmbolnăviri frecvente, dificultăți în relaționare cu maturii și semenii, comportamente pasive (timiditate exagerată) sau agresive (lovesc, mușcă, îmbrâncesc).
- La vârsta preșcolară, din cauza egocentrismului specific vârstei, copiii pot crede că ei înșiși au condiționat acțiunile violente ale adulților. Se pot obține mărturii de la ei, precum că au fost pedepsiți pentru că sunt neascultători, că au greșit cu ceva. La această vârstă, în special băieții manifestă semne ale agresivității și frecvente îmbolnăviri.
- Copiii de vârstă școlară mică pot să aplice violența ca instrument de soluționare a conflictelor în relațiile interpersonale. Devin abătuți, nu se pot concentra la teme, le scade reușita școlară. La această vârstă, în special, fetele pot manifesta fie comportamente agresive, fie manifestări depresive.
- Adolescenții pot acuza public părinții sau alte autorități, manifestă intoleranță față de persoanele suferinde (victime), considerându-le responsabile pentru acțiunile suportate. În adolescență, comportamentul deviant și delinvent poate indica asupra violenței în familie.

De reținut! Orice formă de violență are impact asupra copilului, marcându-l prin diferite semne (indicatori) ale suferinței fizice sau psihologice.

Indicatorii fizici, psihologici și comportamentali identificați la copil sunt niște semnale de alertă, niște semne de întrebare pentru specialiști. Imediat după observarea acestora trebuie să urmeze *interviul de protecție*, care va confirma sau va infirma prezența abuzului în viața copilului.

Interviul de protecție este o primă discuție cu copilul, realizată de către specialistul care a identificat cazul sau de către specialistul care a fost delegat să discute cu copilul, pentru a stabili gradul de securitate a acestuia și a-l informa despre drepturile sale, serviciile de asistență, măsurile de protecție (vezi anexa 2).

Datele obținute în urma interviului de protecție pot fi utilizate în raportul de evaluare psihologică a copilului-victimă (despre situația de abuz, despre stările emoționale, necesitățile actuale, reacțiile comportamentale la moment ale copilului) și în aceste condiții nu mai este necesar ca psihologul să realizeze evaluarea să-l întrebe repetat pe copil despre incident.

Indicatori specifici pe vârste și forme de abuz

Tabelul 4. Semnele psihocomportamentale ale abuzului fizic, emoțional, sexual și ale neglijării, pe vârste

Vârsta	Semne psihocomportamentale ale abuzului fizic, emoțional și ale neglijării	Semne psihocomportamentale ale abuzului sexual
0 – 3 ani	<ul style="list-style-type: none"> - Frică de adulți - Reacții de spaimă - Zâmbet rar - Plâns - Agresivitate - Somn agitat - Lipsă de interes față de joacă - Comportament regresiv (se clatină, sugă degetul, adoptă poziția fătului etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrarea frecventă a organelor genitale - Masturbare - Coșmaruri nocturne - Dereglări ale somnului - Frica de a rămâne în doi cu o persoană adultă, cu fratele mai mare - Comportament regresiv (se clatină, sugă degetul, adoptă poziția fătului etc.)
4 – 6 ani	<ul style="list-style-type: none"> - Pasivitate - Obediență - Atitudine îngăduitoare excesivă - Comportament pseudoadult - Violență față de animale - Minciună - Agresivitate - Culpabilizare 	<ul style="list-style-type: none"> - Masturbare excesivă - Jocuri sexuale cu caracter obsedant - Jocuri cu caracter sexual, implicarea în aceste jocuri a copiilor mai mici - Comportament sexualizat agresiv - Comportament pseudoadult - Dereglări ale somnului - Anxietate - Lipsa plângerilor în caz de investigații
7 – 12 ani	<ul style="list-style-type: none"> - Tendința de a ascunde cauza traumelor - Nedorința de a se întoarce acasă după școală - Izolare - Lipsă de prieteni - Nereușită școlară - Agresivitate - Hoție - Fuga de acasă - Autostigmatizare - Culpabilizare 	<ul style="list-style-type: none"> - Jocuri sexuale cu caracter obsedant - Agresivitate sporită în raport cu semenii - Frecventarea neregulată a școlii - Neîncredere în alții - Lipsa concentrării atenției - Nereușită școlară - Autostigmatizare - Culpabilizare - Depresie - Anxietate
13 – 18 ani	<ul style="list-style-type: none"> - Vagabondaj - Comportament delinvent - Consum de alcool și/ sau droguri - Depresie - Tendințe suicidale - Autostigmatizare - Culpabilizare 	<ul style="list-style-type: none"> - Semne ale depresiei clinice - Anxietate - Dereglări ale somnului - Tendințe suicidale - Izolare - Fuga de acasă - Promiscuitate - Comportament antisocial - Comportament delinvent - Consum de alcool și/sau droguri - Autostigmatizare - Culpabilizare

Tabelul 5. Semne fizice și somatice ale abuzului fizic și ale celui sexual

Semne fizice și somatice ale abuzului fizic	Semne fizice și somatice ale abuzului sexual
<ul style="list-style-type: none"> • Dezvoltare fizică generală încetinită • Leziuni, vânătăi, echimoze • Fracturi • Traumatisme craniocerebrale • Cefalee • Enurezis • Tulburări alimentare (anorexie, vomă, scaune modificate) 	<ul style="list-style-type: none"> • Leziuni ale organelor interne • Leziuni ale organelor genitale • Leziuni ale anusului • Dureri de burtă • Boli cu transmitere sexuală • Sarcină

Tabelul 6. Semnele fizice și psihocomportamentale ale exploatării prin muncă și ale traficului

Semne fizice și psihocomportamentale ale exploatării prin muncă	Semne fizice și psihocomportamentale ale traficului
<ul style="list-style-type: none"> - subdezvoltare fizică, întârziere în apariția semnelor secundare ale sexualității, oboseală cronică, boli cronice: pancreatită, insuficiență renală, arsuri, pediculoză, infecții de piele, astm bronșic, aspect exterior neestetic; - subdezvoltare a funcțiilor psihice: instabilitate a atenției, memorie slabă, gândire concretă operațională; - instabilitate emoțională, inhibiție psihică, frică de pedeapsa fizică, de certuri, scandaluri, anxietate; - inversiune de roluri (maturizare precoce), imagine de sine deteriorată, inhibiție socială (relațională), timiditate, neîncredere în sine, neîncredere în lume, stimă de sine redusă, dezamăgire, dificultăți de exprimare, sentiment de abandon și trădare; - lipsa prietenilor și a persoanelor de referință; - cunoștințe reduse, insucces școlar, absentism, refuzul de a continua studiile. 	<ul style="list-style-type: none"> - condiții precare de trai, malnutriție; - contaminare cu boli sexual transmisibile; - conștiință confuză, dereglări de memorie și de somn; - separare de semenii/ comunitate; - abilități sociale, educative subdezvoltate; - irascibilitate, instabilitate emoțională, anxietate, frică, atacuri de panică, comportament compulsiv, crize isterice; - sentimente de rușine și vinovăție; - neîncredere în oameni, în autorități; - dependență emoțională față de traficanți; - gânduri și tentative de sinucidere.

1.3. Sindromul de acomodare a copilului cu abuzul sexual (CSAAS)

Acest sindrom a fost descris de către Summit (1983) și delimitează câteva stadii ale comportamentului copilului victimă a abuzului sexual. Summit, în baza experienței sale clinice, descrie structura patternului CSAAS ca fiind compusă din cinci comportamente simptomatice care apar constant împreună, și anume: 1) secretul; 2) neajutorarea; 3) imposibilitatea de a reacționa și obișnuința; 4) întârzieri ale dezvoltării sau mărturisiri neconvingătoare; 5) retractarea [7].

Acest sindrom oferă posibilitatea înțelegerii modului de adaptare, de obișnuire a copilului cu abuzul sexual, diferit de așteptările pe care adulții le-ar putea avea în mod obișnuit de la un copil care a fost victima unui abuz sexual din partea unui membru de familie.

Stadiul 1. Păstrarea secretului

Nici un copil nu este pregătit să facă față abuzului sexual. Agresorul îi cere copilului să păstreze secretul, amenințându-l cu o serie de consecințe negative în cazul în care îl va divulga. Copilului i se poate spune direct: "Acesta este secretul nostru", sau acest lucru poate fi lăsat să se înțeleagă. Șantajul, amenințarea, mituirea sunt folosite pentru a menține la copil frica de a face dezvoltării. Copilul se simte lipsit de ajutor și deseori nu ajunge să dezvăluie abuzul, inclusiv pentru că îi este teama că nu va fi crezut din motiv că nu a spus nimănui despre ce i s-a întâmplat imediat după producerea incidentului.

Stadiul 2. Trăirea sentimentul neajutorării

Copilul simte dezechilibrul puterii între propria ființă și persoana adultului abuziv. Abuzatorul folosește autoritatea de adult sau pe cea parentală. În rezultat, are sentimentul că nu va putea opri abuzul și, din această convingere, se supune abuzurilor repetate. Copilul se simte lipsit de ajutor și prins într-o capcană, acesta se supune adultului și nu poate să spună „Nu”.

Stadiul 3. Imposibilitatea de a reacționa și obișnuința

În ciuda sentimentului de vinovăție pe care îl are, agresorul se simte încurajat de faptul că nu există o reacție promptă, agresivă din partea copilului, fapt ce conduce la repetarea abuzului. Copiii folosesc disocierea ca mecanism de apărare pentru a face față realității dureroase – singura persoană care poate opri abuzul este cea care abuzează, deci copilul crede că dacă vrea ca abuzul să se oprească, trebuie să se comporte bine, adică, să accepte solicitările sexuale. Copilul începe să se simtă vinovat că ar fi provocat într-un anumit fel abuzul. Dacă copilul, în mintea sa, nu se poate obișnui cu această situație, furia și sentimentul de neajutorare se pot manifesta în comportamentul acestuia care poate deveni autodestructiv, promiscuu, antisocial sau delincent.

Stadiul 4. Întârzieri ale dezvoltării sau mărturisirii neconvingătoare

Dezvăluirea poate avea loc imediat după abuz, sau după o perioadă mai mare de timp și poate fi declanșată în mai multe forme:

- Copiii pot face declarații largi, ambigue, care pot fi interpretate ca și simptome comportamentale. În cazul copiilor mici, aceștia pot simula un act sexual cu un alt copil și să-i observe reacția;
- Copiii pot face declarații adulților/ prietenilor că au fost abuzați sexual. Scopul acestora este de a testa reacția interlocutorului. Dacă cel care ascultă este șocat, sau are o reacție de repulsie, copilul îi poate spune că l-a mințit;
- Copilul-victimă poate deveni un adolescent rebel, cu comportament antisocial. Schimbările semnificative în comportament (izbucniri comportamentale, accese de furie, insomnii etc.) îl aduc pe copil în vizorul specialiștilor din domeniul educațional, social sau legal și în aceste circumstanțe, în dorința de a-și justifica comportamentul, acesta se poate deschide. Aceeași reacție are loc și în cazul depistării la copil a bolilor venerice sau a sarcinii.

Stadiul 5. Retractarea

În situația în care copilul nu este susținut de membrii familiei și/ sau nu are altă formă de suport social, el se simte vinovat și poate renunța la declarațiile făcute anterior. În acest fel copilul va vedea unica soluție de a restabili pacea în familie, de a recâștiga dragostea și sprijinul familiei. Victima „va admite” că a inventat povestea pentru a restabili echilibrul în familie.

1.4. Sindromul stresului posttraumatic (SSPT)

Depresia, anxietatea severă, atacurile de panică și tulburările de stres posttraumatic (SSPT) sunt cele mai frecvente consecințe de sănătate mintală ca urmare a abuzului în copilărie. Cercetările în domeniu sugerează că între 30% și 50% dintre copiii abuzați sexual îndeplinesc criteriile complete pentru un diagnostic SSPT (Widom, 1999; Darves-Bornoz et al., 1998), iar până la 80% trăiesc cel puțin unele simptome posttraumatice (McLeer et al., 1992; Cuffe et al., 1998), printre care: hipervigilență, gânduri intruzive, flashback-uri disociative, suprasolicitare psihică intensă la confruntarea cu stimulii externi sau interni etc. [după 21].

Starea de stres posttraumatic nu este singurul tip de tulburare observabil la copil și adolescent în urma unui traumatism, dar este forma cea mai caracteristică și cea mai frecventă a afectării psihotraumatice.

Sindromul de stres posttraumatic (SSPT) a fost introdus în 1980 în clasificatorul DSM-III, fiind caracterizat ca un sindrom de anxietate, ca un stres întârziat și care poate fi declanșat prin dezastre naturale, accidente grave, agresiuni, violuri și alte evenimente critice cu impact traumatizant, atât fizic, dar mai ales psihic.

Conform ultimelor modificări apărute în ediția DSM-V, tulburarea de stres posttraumatic nu mai este considerată o tulburare de anxietate, ci una încadrată în categoria nou-introdusă „*Trauma and Stressor-Related Disorders*” – *traumă și tulburări ce țin de stres (309.81 (F43.10)*

Evenimentele de stres excepțional afectează atât maturii, cât și copiii, care pot fi implicați în mod direct în diverse evenimente terifiante - violență multiplă și abuz sexual, boli somatice și spitalizare îndelungată, adopție, drame familiale (suicidul rudelor) - sau pot deveni victime ale infracțiunilor, dezastrelor naturale, atacurilor teroriste, conflictelor armate, prizonieratului, migrației, traficului de ființe umane, situațiilor de deces al persoanelor apropiate, situațiilor excepționale (incendii, distrugerea locuinței) și altor adversități combinate.

Traumatizante pentru copil pot fi și incidentele în care el este martor al prejudiciului (violență, crimă, sinucidere) cauzat unei rude sau unei persoane apropiate (prieten, coleg de clasă). Pe lângă factorul de amenințare traumatică majoră, drept semn al traumei poate fi considerat și sentimentul de neputință al copilului (faptul că este neputincios) în acel moment dificil [1].

Tulburarea posttraumatică de stres apare peste o lună după ce persoana a fost expusă la un eveniment terifiant.

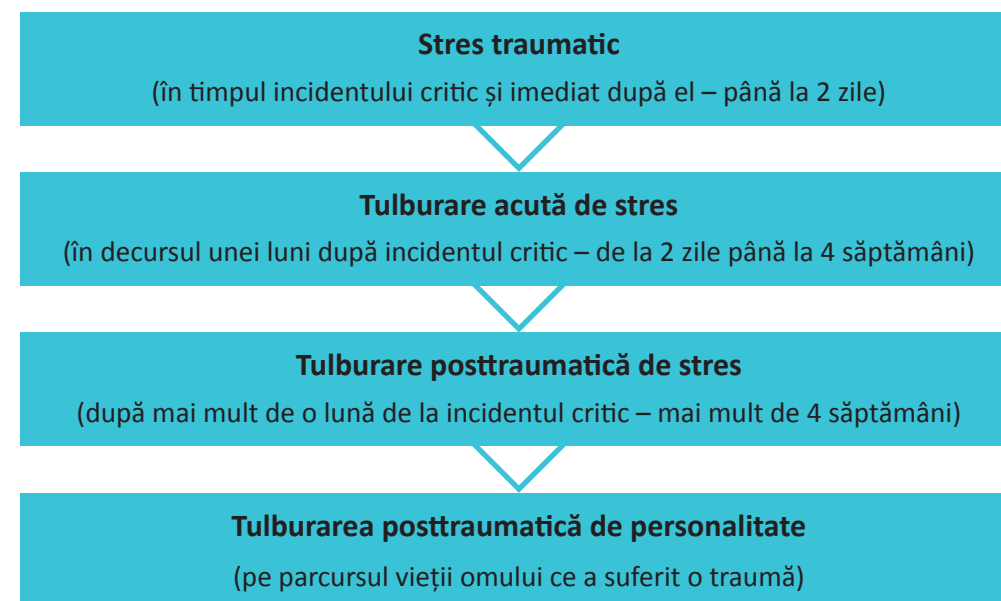


Figura 1. Etapele de formare a tulburărilor posttraumatice de stres [31]

Criteria de diagnostic al stresului posttraumatic - 309.81 (F43.10), DSM-V [5]

A. Expunerea la stimuli ca moartea cuiva, amenințarea cu moartea, injurii serioase la adresa propriei persoane sau agresiune sexuală într-una (sau mai multe) din următoarele situații:

1. Confruntarea în mod direct cu un/unele eveniment(e) traumatic(e).
2. Martor la un eveniment(e) traumatic(e) care li s-a întâmplat altor persoane.
3. Cunoașterea faptului că evenimentul(ele) traumatic(e) i/li s-a(u) întâmplat unui membru apropiat al familiei sau unui prieten apropiat (moarte violentă sau accident).
4. Trăirea repetată sau expunerea la stimuli aversivi ai evenimentului traumatic (expunerea la răvășițele umane de către serviciile de urgență/poliție; expunerea la detalii cu referire la abuzul sexual al copiilor).

Notă. Criteriul A4 nu se aplică în cazul expunerii prin mass-media electronică, televiziune, filme sau imagini, cu excepția cazului în care această expunere este legată de activitatea profesională.

B. Prezența unuia (sau a mai multor) dintre următoarele simptome intruzive asociate cu evenimentul(ele) traumatic(e), începutul căruia a apărut după evenimentul(ele) traumatic(e):

1. Amintiri intruzive stresante, recurente, involuntare ale evenimentului(elor) traumatic(e) (imagini, gânduri sau percepții). Notă. În cazul copiilor mai mari de 6 ani, prin intermediul jocului repetitiv pot fi exprimate anumite teme sau aspecte ale evenimentului(elor) traumatic(e).
2. Vise recurente apăsătoare despre eveniment
3. Reacții disociative (de exemplu, flashbackuri), sentimentul retrăirii experienței, iluzii, halucinații. (Astfel de reacții pot să apară continuu, extremitatea fiind lipsă completă a gradului conștientizării mediului înconjurător.)
Notă. La copii, o reconstituire specifică a traumei poate apărea în timpul jocului.
4. Suprasolicitare psihică intensă la confruntarea cu stimuli externi sau interni ce simbolizează sau seamănă cu un aspect al evenimentului traumatic
5. Reactivitate fiziologică la expunerea la stimuli interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect al evenimentului traumatic

C. Evitarea persistentă a stimulilor asociați cu trauma și aplatizarea reactivității generale (care nu era prezentă înainte de trauma), dacă sunt prezenți unul sau ambii itemi de mai jos:

1. Evitarea sau efortul de a evita amintirile dureroase/deranjante, gândurile sau sentimente asociate cu trauma

2. Evitarea sau efortul de a evita stimulii externi, precum activități, locuri sau persoane care pot trezi amintirea traumei

D. Gânduri și emoții negative asociate cu evenimentul traumatic, apărute sau agravate după un asemenea eveniment, dacă sunt prezenți doi sau mai mulți itemi de mai jos:

1. Incapacitatea de reactualizare a unor aspecte importante ale evenimentului traumatic (de regulă, din cauza amneziei disociative, și nu din cauza altor factori, cum ar fi leziunile cerebrale, alcoolul sau drogurile)
2. Convingeri negative/așteptări persistente și exagerate cu privire la sine sau la alții (de exemplu: „Eu sunt rău“, „Nimeni nu poate fi de încredere“, „Lumea este foarte periculoasă“, „Sistemul meu nervos este distrus definitiv“)
3. Gânduri distorsionate persistente cu privire la cauza sau consecințele evenimentului traumatic, fapt ce conduce la autoînvinuire sau la blamarea celor din jur
4. Starea emoțională negativă persistentă (de exemplu, frică, groază, furie, vinovăție sau rușine)
5. Diminuarea pronunțată a interesului sau a participării la activități semnificative
6. Detașare sau înstrăinare față de alte persoane
7. Incapacitate persistentă de a simți emoții pozitive (de exemplu, incapacitatea de a simți fericire, satisfacție, sau sentimente de tandrețe, dragoste)

E. Simptome persistente de excitabilitate crescută (care nu existau înainte de traumă), dacă sunt prezente cel puțin două dintre următoarele simptome:

1. Irascibilitate și accese de furie, exprimate prin agresiune verbală sau fizică față de oameni sau obiecte
2. Comportament autodistructiv sau riscant
3. Hipervigilență
4. Tresăriri exagerate
5. Probleme de concentrare
6. Tulburări de somn (de exemplu, dificultăți de adormire, somn agitat)

F. Durata perturbării: (Criteriile B, C, D și E) se mențin mai mult de 1 lună.

G. Perturbarea cauzează disperare sau o deteriorare semnificativă clinic în domeniile social, școlar, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

H. Perturbarea nu este cauzată de efecte fiziologice sau ca rezultat al administrării anumitor substanțe (de exemplu, medicamente, alcool) sau altor condiții medicale.



CAPITOLUL II

evaluarea psihologică în cazurile de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului: obiective, etape, metode, abilități speciale

2.1. Organizarea procesului de evaluare psihologică a copiilor în cazurile de violență, neglijare, exploatare, trafic

Evaluarea psihologică a copilului victimă ori potențială victimă a violenței, neglijării, exploatării sau traficului este un demers profesional realizat de către un psiholog competent, recunoscut și atestat în domeniu, la cererea organelor competente (autoritatea tutelară, inspectoratul de poliție, procuratura, instanța de judecată, Avocatul Poporului pentru drepturile copilului), finalizat printr-un raport ce conține opiniile de specialitate ale psihologului cu privire la una sau mai multe aspecte de ordin psihologic, relevante în examinarea și soluționarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare sau trafic al copilului.

Obiectivele evaluării derivate din solicitările instanțelor abilitate în domeniu se rezumă la următoarele:

- Identificarea nivelului de dezvoltare a copilului, a capacității acestuia de a oferi mărturie relevante în procesul de investigare a cazurilor de violență, neglijare, exploatare, trafic;
- Identificarea semnelor specifice copiilor abuzați în profilul psihocomportamental al acestora;
- Determinarea gradului de traumatizare a copilului.

Organizarea procesului de evaluare psihologică a copiilor în cazurile de violență,

neglijare, exploatare, trafic implică mai multe aspecte:

1. Analiza solicitării de evaluare, pentru a clarifica dacă psihologul evaluator:
 - dispune sau nu de specializare și de competență profesională pentru realizarea respectivei evaluări;
 - este sau nu implicat într-un potențial conflict de interese în cazul în care îl cunoaște pe copilul evaluat și/sau pe membrii familiei acestuia;
 - are sau nu suficient timp pentru realizarea evaluării; dispune sau nu de posibilitatea participării ulterioare la procedurile legale în calitate de specialist.
2. Formularea scopului și a obiectivelor evaluării, astfel încât raportul să reflecte răspunsul la întrebările formulate în solicitarea de evaluare. În cazul în care în solicitare nu sunt specificate întrebări, psihologul va formula scopul și obiectivele evaluării orientate pe determinarea indicatorilor specifici copiilor-victime în profilul psihocomportamental al copilului.
3. Identificarea necesității includerii în procesul de evaluare a altor persoane de referință (frați/ surori, părinți, reprezentanți legali, persoane în grija cărora se află copilul). Includerea în evaluare a altor persoane se realizează în vederea: a) evaluării acestora cu scopul determinării stilului de educație și/ sau atitudinii față de copilul evaluat; b) acumulării datelor anamnestice despre copilul evaluat.
4. Stabilirea orarului ședințelor de evaluare. Durata și timpul acordat evaluării se stabilește în funcție de specificul cazului examinat. În vederea unei evaluări optime, se recomandă examinarea copilului pe parcursul a 3-4 ședințe separate în timp. Nu se acceptă elaborarea rapoartelor de evaluare psihologică în baza unei singure ședințe.
5. Consultarea altor surse adăugătoare de informare, care să confere poziției de evaluator mai multă obiectivitate. Astfel de informație poate fi obținută din următoarele surse:
 - a) documente de înregistrare a serviciilor psihologice oferite anterior (motivul oferirii, durata, diagnosticul, factorii ce au influențat – pozitiv sau negativ – schimbările survenite în starea copilului);
 - b) referințe medicale (informație despre starea de sănătate a copilului, traume, tratamente înscrise în cartela medicală, concluzii ale examinării/ expertizei medico-legale);
 - c) hotărâri/decizii ale autorității tutelare sau ale instanțelor judecătorești (dinamica familiei, precedente de maltratare în familie etc.);
 - d) descrierea situației academice a copilului (frecvența, reușita, comunicarea în grupul de semeni, activismul școlar etc.).
6. Determinarea completului de metode psihodiagnostice care vor fi utilizate în studierea copilului. Este recomandată utilizarea următoarelor metode de cercetare: observarea indicatorilor specifici pentru copiii abuzați, neglijăți, exploatați, traficați

(în baza grilei de observație); interviewarea (interviul semistrukturat – clinic sau cognitiv); chestionarea, aplicarea testelor standardizate și a celor proiective.

Înainte de a începe procesul de evaluare psihologică, este bine să fie conștientizate anumite limite ale acestui proces, faptul că pot apărea unele dificultăți, precum sunt lipsa dorinței, motivației de a participa la evaluare – atât din partea copilului, cât și din partea adultului (reprezentant legal/ tutore); operarea cu realități subiective reproduse în limita capacităților copilului la momentul evaluării; insuficiența instrumentelor de diagnostic diferențiate în raport cu vârsta, etnia, experiența de viață, gradul de școlarizare și de cultură.

Este important ca atât specialistul care este antrenat în procesul de evaluare, cât și reprezentanții legali/ tutorii copilului evaluat să împărtășească o viziune comună asupra procedurii de evaluare. În acest sens, cu scopul uniformizării și definitivării atitudinii comune față de evaluarea copiilor victime ale violenței, neglijării, exploatarei sau traficului, se propun spre reflectare câteva întrebări:

Ați accepta ca o persoană necunoscută să pună copilului Dvs. întrebări despre relațiile din familie?

Ați accepta ca cineva străin să ducă copilul Dvs. pentru investigații la medic?

V-ați simți confortabil dacă o persoană necunoscută s-ar interesa și ar pune întrebări despre viața Dvs. intimă, personală? etc.

Astfel, în cazurile de violență, neglijare, exploatare sau trafic al copilului, din partea specialistului evaluator se așteaptă o abordare cât mai delicată, confidențială, prietenoasă și, totodată, neutră.

2.2. Abilitățile necesare psihologului pentru realizarea evaluării

Sarcina psihologului ce realizează evaluarea psihologică este de a afla cât mai multe informații despre impactul abuzului asupra copilului, contextul producerii acestuia și privind datele familiale, într-o perioadă scurtă de timp. O atitudine constructivă din partea psihologului în timpul evaluării implică menținerea unei atitudini mentale deschise, folosirea ascultării active, păstrarea vigilenței și folosirea tipurilor de întrebări ce încurajează copiii să ofere informații.

Calitățile personale ale psihologului, respectul față de persoanele evaluate, încrederea în acestea și empatia sunt esențiale pentru facilitarea unei interacțiuni optime cu solicitantul, copilul și membrii neabuzivi ai familiei. De asemenea, psihologul trebuie să fie conștient de prejudecățile sale, de ceea ce simte o persoană atunci când este evaluată, de propriile sentimente și emoții, să fie conștient că furia, disperarea, rușinea, neputința și alte manifestări de acest fel ale copiilor și ale membrilor neabuzivi ai familiei sunt normale – acestea sunt reacții firești la stres.

Peter Dale, Richard Green și Ron Fellows (2005) susțin necesitatea deținerii de către psihologii care efectuează evaluări pentru copii și familii a unor competențe-cheie [19]:

- cunoștințe privind principalele cercetări internaționale și naționale în domeniul de evaluare, capacitatea de a înțelege limitele metodologice ale cercetărilor în aplicarea rezultatelor acestora în cazuri individuale;
- abilități de a gestiona relația cu membrii familiei care pot fi anxioși, furioși, defensivi etc.;
- competențe pentru a identifica și a selecta informații relevante într-o manieră sistematică de la membrii familiei privind istoricul dezvoltării copilului, istoricul familiei etc. prin realizarea unei interacțiuni constructive, de colaborare;
- competențe observaționale, în special a interacțiunilor părinte – copil;
- abilități de intervieware (ascultare, comunicare, înțelegere, oferirea de feedback, explorarea răspunsurilor venite în urma feedbackului oferit etc.);
- competențe pentru a regla intensitatea emoțională a interviurilor, acestea fiind necesare în situațiile în care membrii familiei au invariabil sentimente puternice cauzate de situația în care se află;
- gândire și abilități analitice, pentru a sintetiza informațiile complexe, obținute sau aflate în proces de obținere, dar și explorarea dintr-o perspectivă neutră a ipotezelor formulate;
- monitorizarea contratransferului (ca răspuns pentru membrii familiei) și a altor potențiale surse de deformare care pot apărea în evaluare;
- cunoștințe și pricepere de a evalua potențialul de schimbare pentru problemele identificate atât la psihologul care evaluează (contratransfer), cât și la copilul/familia pentru care se realizează evaluarea;
- abilități pentru scrierea raportului de evaluare, care trebuie să fie convingător, să ofere o opinie autorizată, să fie clar și să dețină imaginea unui document echilibrat.

2.3. Pregătirea interioară a copilului și a psihologului pentru procesul de evaluare

Înțelegerea mai bună a trăirilor copilului-victimă și ale reprezentantului lui legal/tutorelui reprezintă condiția de bază a unui proces de evaluare psihologică eficient.

Există mai multe situații în care demararea procesului de evaluare psihologică nu este posibilă înainte de clarificarea impedimentelor legate de pregătirea interioară a copilului pentru acest proces:

1. Copilul refuză să fie evaluat. În acest caz, psihologul e bine să identifice motivul refuzului și să acționeze în vederea oferirii copilului unei mai bune explicații despre procesul de evaluare. De regulă, refuzul copiilor de a participa la evaluare presupune anumite frici care urmează să fie elucidate (prelucrate) înainte de a începe evaluarea propriu-zisă. Putem evidenția următoarele aspecte sensibile pentru copiii implicați în procesul de evaluare:

- Pe copii s-ar putea să-i sperie/ îngrijoreze eventuala reacție a adulților apropiați la aflarea mai multor detalii despre abuzul suportat;
- Copiii nu doresc să devină cauza discordiei sau a despărțirii adulților (părinți, tutori etc.);
- Copiii le este teamă că persoanele inculpate sau susținătorii acestora s-ar putea răzbuna pe ei sau pe apropiații lor;
- Copiii nu vor să fie cauza pedepsirii abuzatorilor, în special atunci când aceștia fac parte din familie;
- Copiii consideră că au fost neascultători, fapt pentru care au fost pedepsiți prin abuz;
- Copiii s-ar putea să creadă că abuzatorii regretă faptele comise și că nu vor mai repeta acțiunile violente, sexuale, de neglijare sau exploatare.

Rolul psihologului este să identifice prompt momentul de reticență, de refuz al copilului sau al maturului responsabil de el. Pentru a nu pierde contactul, se recomandă ca psihologul să reacționeze imediat prin menționarea faptului sesizat și să stimuleze discuția în baza motivelor refuzului. Este important ca și copilul/ maturul de referință să-și expună fricile, neliniștea, dar și psihologul să ofere un feedback emoțional, suplinindu-l ulterior cu informația necesară care lipsește sau este interpretată eronat.

Exemple:

1. identificarea stării de reticență:

„Observ că ceva te face să nu dorești să vorbești cu mine. Probabil, îți este teamă că după întâlnirea noastră tu, mama ta sau altcineva ar putea păți ceva. Spune-mi despre aceasta îngrijorare și împreună vom încerca să facem ceva ca să nu-ți mai fie frică.”

SAU: „Observ că nu prea dorești să vorbești despre ce s-a întâmplat. Probabil, crezi că dacă vei spune mai multe despre ce ți s-a întâmplat, o să se întâmple ceva grav cu persoana care te-a făcut să suferi. Este important să vorbești despre ceea ce te îngrijorează. Eu voi încerca să te ascult și să-ți explic ce se va întâmpla mai departe.”

2. oferirea feedbackului emoțional (după ce copilul/ maturul își descrie starea):

„Înțeleg că-ți este teamă la gândul că persoana care ți-a făcut rău ar putea să se răzbune pe tine pentru că ai povestit despre ce s-a întâmplat. Presupun că ai multe gânduri care te chinuie, despre care nu spui nimănui și de asta îți pare că nimeni nu te poate ajuta.”

3. oferirea informației necesare sau eliminarea erorilor cognitive:

„Tu crezi că dacă vei spune mai multe despre X, acesta va fi pedepsit și-ți pare rău să se întâmple asta. Vreau să-ți spun că ceea ce a făcut X este o infracțiune și orice matur știe că asemenea fapte se pedepsesc prin lege. Dacă maturul știe despre aceasta, dar încălcă de mai multe ori legea și nu este pedepsit, atunci el începe să creadă că i se

permite orice și devine foarte periculos. El trebuie oprit la timp, ca să nu mai comită alte infracțiuni, poate mult mai grave.”

SAU: „Tu crezi că X ar putea să te pedepsească pentru că ai povestit despre lucrurile rele pe care ți le-a făcut. Dar același lucru poate să se întâmple și dacă nu vei spune nimic, deoarece atunci X va continua să facă lucruri rele, în urma cărora s-ar putea să ai de suferit tu sau alte persoane. Doar împreună putem lua măsuri ca să te protejăm pe tine și pe persoanele dragi ție.”

Explicația oferită trebuie să fie formulată pe înțelesul atât al copilului evaluat, cât și al maturului care îi reprezintă interesele, astfel încât să fie luate în considerație nevoile și trăirile lor.

2. Copilul se află în stare de criză emoțională. Indiferent cât de emoțional sau dramatic ar fi modul de prezentare a stării de criză, psihologul trebuie să se axeze pe următoarele întrebări:

- Cât de severă este starea de criză, care este nivelul de urgență și nivelul de intervenție?
- Este copilul în pericol să-și piardă conștiința, să dezvolte o afecțiune psihică, să comită un suicid?
- Trebuie spitalizat?
- Ce resurse sunt disponibile și adecvate situației copilului?

Astfel, ținta principală a evaluării se comută de pe obiectivul inițial (elaborarea profilului psihocomportamental) pe identificarea rapidă a pericolului pe care copilul îl poate prezenta pentru el însuși sau pentru alții și cât de deteriorată este funcționarea acestuia față de nivelul anterior [21].

Totodată, psihologul trebuie să ofere primul ajutor – să reducă tensiunea, să calmeze copilul, să-i ofere un șir de recomandări utile pentru gestionarea stărilor de afect, astfel încât acesta să facă față frustrărilor și situațiilor stresante care ar putea să se repete, atât în contextul procesului de evaluare, cât și în unele situații din viața de toate zilele.

În toate cazurile psihologul trebuie să *stabilizeze starea dezechilibrată* a copilului, utilizând tehnici de lucru cu copiii în criză. Majoritatea tehnicilor sunt orientate pe reconectarea cu propriul corp, cu realitatea înconjurătoare. Copilul este rugat să execute anumite acțiuni, cum ar fi: să miște, să scuture din mâini; să lovească cu picioarele în podea, imitând mersul tropăit; să respire și să urmărească procesul de inspirație, expirație etc. În general, tehnicile de lucru în stările de criză necesită o abordare directivă din partea psihologului, transmitând copilului instrucțiuni simple și clare, astfel încât acesta din urmă să înțeleagă că trebuie să execute întocmai ceea ce i se cere. Acest lucru se realizează în cadrul unei relații psiholog – copil bazate pe empatie, acceptare necondiționată, confidențialitate, respect mutual și colaborare armonioasă.

3. Copilul manifestă emoții negative în legătură cu separarea de adultul de referință. În acest caz, psihologul trebuie să permită prezența acestuia, cerându-i să păstreze neutralitatea și neimplicarea în procesul de evaluare.

Exemplu:

„Pentru început Vă propun să rămâneți în această odaie, până când A. (numele copilului) va dobândi încrederea că aici nu se întâmplă nimic rău. Pe parcurs s-ar putea să se întâmple ca A. să accepte să rămână singur și atunci o să Vă rog să așteptați în sala de alături. Dar, atâta timp cât ne aflăm în același spațiu, Vă rog să-mi permiteți să interacționez cu A., de parcă Dvs. nici nu ați fi prezentă aici.”

4. Psihologul suspectează că copilul simulează simptome ale abuzului sau, invers, disimulează (neagă victimizarea sa). În acest caz, psihologul trebuie să acorde atenție concordanței între mesajele verbale și cele neverbale ale copilului.

În cazul declarării unor fapte, evenimente inexistente, copilul nu va putea sincroniza declarațiile verbale cu manifestările neverbale specifice descrierii evenimentelor traumatice, cum ar fi: pauze, lacrimi, dificultăți de a formula unele aspecte trăite, dezgust proiectat pe față etc.

Ținem să atenționăm că este interzisă învinovățirea copilului pentru faptul că nu spune adevărul.

În cazul negării faptelor abuzive, copilul manifestă semne vizibile de încordare, precauție, atenție exagerată asupra cuvintelor pronunțate, se gândește prea mult până acceptă să ofere răspuns la întrebare, de parcă verifică în gând dacă este sau nu interzis să ofere această informație; în unele situații copiii refuză, pur și simplu, să răspundă, de parcă nu sunt siguri dacă acest răspuns este unul „bun” sau „rău”. În timp ce se observă aceste discordanțe în comportamentul copilului, se recomandă inițierea acestui subiect de discuție, dându-i de înțeles copilului că ați observat că se întâmplă ceva straniu și că, posibil, există ceva la mijloc ce-l face pe copil să se comporte anume așa.

Exemplu:

„Când copiii povestesc despre lucrurile rele ce li s-au întâmplat, unii plâng, altora le este greu să descrie unele detalii, iar unii nu vorbesc, ascund cele mai trașnice momente trăite. Sunt și cazuri în care copiii spun că li s-a întâmplat ceva rău, dar în realitate aceste lucruri nu s-au întâmplat. Sunt și cazuri în care copiilor li se întâmplă ceva rău, dar ei spun că nu li s-a întâmplat nimic și atunci, la fel, apar anumite semne, după care îți poți da seama despre acest lucru. Dar anume în aceste cazuri nu certăm copiii pentru că nu spun adevărul. Este important să aflăm din ce cauză au ales să spună un neadevăr. De cele mai multe ori aflăm că le este frică de ceva și atunci încercăm să-i ajutăm, să nu le mai fie frică.”

Pot avea loc și cazuri în care evaluarea psihologică a copilului nu este posibilă din cauza că psihologul, în contextul propriilor traume legate de violență, sexualitate etc., este afectat de unele aspecte ale cazului copilului evaluat.

Pentru specialiștii ce recunosc prezența unei traume nesoluționate legate de violență în copilărie, se recomandă să fie conștienți de probabilitatea contratransferului și de necesitatea de a avea grijă de sănătatea lor mentală. Ar putea fi utile:

- abordarea acestui aspect în cadrul unui curs de terapie;
- supervizarea din partea unui coleg cu o mai mare experiență în domeniu;
- transferul cazurilor dificile către un alt psiholog.

Uneori, psihologul poate să nu conștientizeze impactul negativ al unor cazuri asistate asupra sănătății sale mentale, fapt ce va spori riscul în care se află, provocându-i simptome specifice arderii sau deformării profesionale. Este importantă autoevaluarea periodică a indicatorilor arderii profesionale, pentru a interveni la timp și a preîntâmpina efectele de durată.

Tabelul 7. Indicatorii arderii profesionale [26]

- **Epuizarea emoțională** – se exprimă prin senzația de oboseală și dezechilibru emoțional, provocată de activitatea de muncă. Suprasolicitățile emoționale și imposibilitatea de restabilire a energiei duc la tentative de evitare, evadare și înstrăinare. Persoana devine incapabilă să muncească cu aceeași energie. Munca este îndeplinită formal.
- **Depersonalizarea** – lipsa emoțiilor, relația inumană și cinică cu beneficiarii. Clientul este perceput ca un obiect depersonalizat și, de obicei, este tratat cu indiferență. Atitudinea negativă față de munca îndeplinită cauzează pesimism, lipsă a dorinței de a comunica, însoțită de un comportament de ignorare. Inițial, persoana afectată de arderea emoțională poate să-și rețină emoțiile negative, dar peste un timp, fiind la limita resurselor sale, poate deveni irascibilă și, în final, poate exploda prin acte de agresiune necontrolată.
- **Reducerea realizărilor personale** – este însoțită de scăderea autoaprecierii persoanei. Principalele manifestări ale simptomului sunt: tendința spre aprecierea negativă a propriei persoane, a realizărilor și succeselor sale profesionale, negativism în raport cu obligațiunile de serviciu, scăderea motivației profesionale etc. Individul pierde speranța în perspectivele sale profesionale, are mai puțină satisfacție de la munca pe care o face și, ca urmare, îi apare sentimentul de incompetență, de sortire la insucces.

2.4. Direcții și instrumente în evaluarea psihologică a copiilor-victime ale violenței, neglijării, exploatării sau traficului

Copilul ce a trăit experiența abuzului și exploatării, adesea are trăiri puternice sau ascunde simptomele, ceea ce face mai dificilă abordarea temelor critice în cadrul evaluării psihologice. În acest paragraf, psihologii Centrului Național de Prevenire a Abuzului față de Copii (CNPAC) oferă exemple de utilizare a metodelor de evaluare psihologică în procesul de diagnostic și de intervenție în criză.

2.4.1. Instrumente pentru un prim contact reușit

În momentul în care copilul abuzat întâlnește o persoană care vrea să-i ofere ajutor, de obicei, el este cuprins de sentimente puternice și de gânduri diverse. Atunci când copilul încearcă să povestească sau, pur și simplu, să se gândească la ceea ce i s-a întâmplat, acesta simte, adesea, un disconfort puternic sau i se amplifică anumite simptome. Copilul, de multe ori, vrea să facă orice altceva, decât să se gândească sau să vorbească despre ceea ce i s-a întâmplat, pe când scopul primelor ședințe de evaluare este de a studia tipologia evenimentului sau evenimentelor traumatiche, cerându-i copilului concentrarea anume pe aceste aspecte.

Adresarea întrebărilor simple și concrete facilitează procesul de înțelegere, pe când adresarea unor întrebări complexe și abstracte va determina refuz sau răspunsuri eronate din partea copiilor, mai ales din cauza faptului că ei nu cer clarificări atunci când nu înțeleg o întrebare (fie că le este rușine, fie că nu sunt conștienți că, de fapt, nu au înțeles întrebarea).

Pe baza experienței clinice, Organizația Corner House din Minneapolis, SUA a realizat, în funcție de etapele de dezvoltare ale copilului, o selecție de întrebări ce pot fi adresate în cadrul conversației în procesul de evaluare psihologică a copilului.

Tabelul 8. Repere pentru întrebări adecvate vârstei/ nivelului de dezvoltare al copilului [24]

Vârsta copilului	Cine?	Ce?	Unde?	Când?	Comunicare structurată	Detalii contextuale
3 ani						
4-6 ani						
7-8 ani						
9-10 ani						
11-12 ani						

Observăm că specialiștii de la Corner House au exclus întrebarea „De ce?”, motivând acest lucru prin faptul că aceasta poate produce copiilor victime sentimentul că ar fi

judecați sau acuzați pentru incidentele în care au fost implicați.

La prima întâlnire vom încerca, cât mai curând posibil, să ajutăm copilul să înțeleagă cine suntem noi, psihologii, ce cunoaștem deja și ce vom face mai departe împreună. Se recomandă a vorbi direct, fără ocolișuri.

Tehnica „Lucrez cu...”

„Eu am aflat că ți s-a întâmplat ceva care te-a făcut să suferi. Aici vin copii, cărora li s-au întâmplat lucruri asemănătoare cu ceea ce ți s-a întâmplat. Iar eu sunt persoana care discută cu copiii, află mai multe despre ei, apoi descrie și explică într-un document cum se simt ei acum, dacă le este sau nu frică de anumite situații sau persoane, dacă au anumite gânduri neliniștitoare etc.”

Cu copiii mai mici se utilizează expresii mai simple: *„Eu sunt aici pentru a vorbi cu copiii ca și tine despre întâmplări bune (vesele) și despre întâmplări rele (triste). După ce copiii îmi povestesc despre lucrurile rele, eu mă joc cu ei, noi desenăm sau construim ceva, iar peste un timp ne despărțim. Apoi ne întâlnim din nou, până când nu mai avem ce povesti.”*

Tehnica „Cercul – scala de evaluare”

Copilului i se oferă o foaie pe care este desenat un cerc mare cu un punct în mijloc și este rugat să se gândească și să simtă lucrurile ce există în viața lui, atât cele bune, cât și cele rele. Ajutați copilul să deseneze „felii de tort” pe cerc pentru fiecare lucru la care s-a gândit. Încurajați-l să simtă și să analizeze cât de mare ar trebui să fie fiecare felie de tort. Scrieți alături de felie sau în interiorul fiecărei bucăți ceea ce reprezintă. Scopul acestui instrument este de a obține, parțial, o evaluare inițială a intensității trăirii abuzului și a consecințelor acestuia pentru copil.

Cercul poate fi folosit pentru a cunoaște mai bine lumea interioară a copilului, dar și pentru o evaluare mult mai concentrată a problemelor, cerându-i să se gândească la care din aspectele identificate are nevoie de ajutor sau care sunt cele mai serioase dificultăți pentru el.

O altă alternativă de studiat sunt trăirile, emoțiile, care pot fi introduse prin propunerea de a identifica mai multe trăiri pe care le are în ultimul timp și pentru fiecare să deseneze câte o felie de tort. Psihologul poate, în continuare, să se concentreze asupra fenomenologiei traumei, rugând copilul să insereze partea din felia cu denumirea „speriat” pe care copilul o arată persoanelor din jur și cât de mare este partea din această felie pe care nu o arată nimănui.

Tehnica „Conversație cu părinții copilului abuzat”

Ajutați părinții să-și susțină copilul în viața de zi cu zi, mai ales în perioada inițială după dezvăluirea abuzului. Ajutați-i, în același timp, să înțeleagă că aceasta este o problemă de echilibru: pe de o parte, există riscul ca aceștia să fie prea joviali și să se concentreze doar pe lucruri pozitive, astfel încât copilul să creadă că ei au uitat ce i s-a întâmplat sau vor să ascundă ceea ce s-a întâmplat; pe de altă parte, există riscul ca părinții să fie triști

și, prin această stare, să transmită copilului că sunt prejudiciați și distruși.

Recomandări generale:

- Acordați suficient timp pentru introducere și explicarea rolurilor, prezentați-i camera în care se va face evaluarea, precum și procesul de evaluare;
- Dacă copilul este anxios, prezentați-i cu grijă care sunt etapele evaluării și în ce constau acestea;
- Dacă copilul devine agitat fizic, lăsați-i spațiu de mișcare (de exemplu, să se clatine de pe un picior pe altul, să se frământa, să se târâie etc.), deoarece acest comportament poate avea un efect autoliniștitor. În cazul în care aceste comportamente devin prea perturbatoare, stabiliți limite și/ sau redirecționați-i comportamentul, spunând: „Sunt îngrijorat că te vei răni. Vino înapoi la masă, ca să fii în siguranță și să putem vorbi”;
- Dacă copilul are un comportament de retragere, acceptați-i această dorință, deoarece aceste momente îi permit să conștientizeze impactul propriilor reacții;
- Oferiți-i scurte pauze, în care copilul să deseneze, să modeleze, și apoi angajați-l în procesul de evaluare.

2.4.2. Identificarea tulburărilor specifice copiilor-victime ale violenței, neglijării, exploatării, traficului (stresul imediat, simptomele posttraumatice)

Primul pas în evaluarea tulburărilor specifice copiilor-victime ale violenței, neglijării, exploatării, traficului este identificarea prezenței evenimentului/ evenimentelor traumatic(e) (criteriul A). Despre natura evenimentului traumatic (gradul de amenințare) se poate judeca în baza: a) anchetelor care identifică evenimentele din viața copilului similare celor ce pot produce efecte traumatice; b) chestionarelor/ scalelor ce măsoară intensitatea stresului imediat; c) primei părți a oricărui interviu semistrukturat, orientat pe identificarea simptomelor posttraumatice.

Pentru a exclude subiectivitatea în aprecierea naturii evenimentului traumatic, se cere ca copilul să-și aducă aminte și să numească inițial cel mai rău eveniment pe care l-a trăit vreodată, primul eveniment în linia cronologică și cel mai recent eveniment sau combinație de evenimente stresante [9, p. 4].

Următorul pas, după ce a fost confirmată prezența evenimentului traumatic, este determinarea simptomelor posttraumatice: intruziune, evitare, excitabilitate fiziologică etc. Există mai multe instrumente de cercetare psihodiagnostică a **sindromului stresului posttraumatic (SSPT)**, utilizate în procesul de evaluare a copiilor-victime ale violenței: interviuri semistrukturate, scale de autoevaluare, liste de simptome (checklist), chestionare, în special pentru decelarea simptomelor și a severității lor.

Tabelul 9. Mijloace psihodiagnostice de studiere a SSPT

Denumirea	Subiecți	Scopul
Lista evenimentelor de viață după DSM-5 (Life Events Checklist (LEC) for DSM-5, Extended Version) Vezi anexa 3	Copii de la 10 ani	Criteriul de diagnostic A (DSM-5): identificarea expunerii la traumatism și natura acestui traumatism.
Scala clinică de identificare a SSPT, după DSM-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5, Past Month Version) Vezi anexa 4	Copii de la 10 ani	Identificarea simptomelor posttraumatice.
Interviul semistrukturat de apreciere a trăirii traumatice a copilului (CAPS-CA-5) [1, p.100]	Copii de la 10 ani	Identificarea manifestărilor de stres posttraumatic la copii
Ancheta de apreciere a trăirilor traumatice de către copil pentru părinți (Child Stress Reaction Checklist) [11, p.94]	Părinți	Identificarea manifestărilor sindromului de stres posttraumatic la copii
Scala de evaluare a influenței evenimentului traumatic (Impact of Event Scale-R; IES-R) [1, p.105]	Copii de la 10 ani	Identificarea reacțiilor individuale la evenimentul traumatizant
Chestionarul <i>Adaptare neuropsihică</i> , elaborat în cadrul Institutului Psihoneurologic V.M. Behterev [11, p.50]	Copii de la 10 ani	Identificarea sănătății psihice sau a psihogenilor

2.4.3. Identificarea, cunoașterea particularităților de funcționare a sferei cognitive

Nivelul general de dezvoltare intelectuală a copilului poate fi identificat în baza conversației, acordând atenție la: complexitatea limbajului (activ/ pasiv), modul de exprimare orală (fluent, coerent, dificil, cu dificultăți de pronunție), facilitatea/ dificultatea transpunerii gândurilor în vorbire, capacitatea de concentrare a atenției, capacitatea de a reactualiza informația recent sau mai demult memorată, capacitatea de a explica lucrurile în relația „cauză – efect”, capacitatea de a elabora, crea povestioare imaginare, posedarea cunoștințelor școlare și de cultură generală etc.

Utilizarea unor chestionare bazate pe măsurarea nivelului de dezvoltare a proceselor psihice cognitive nu este recomandată în evaluarea copiilor abuzați, neglijați,

exploatați sau traficați, cu excepția cazurilor în care există semne de reținere în dezvoltarea psihică/retard mental.

Relevante pentru domeniul evaluării psihologice și scrierii rapoartelor de evaluare psihologică sunt cunoștințele despre factorii dezvoltării copilului, precum: **memoria, durata atenției, înțelegerea noțiunilor din categoriile simplu/ complex și concret/ abstract.**

Memoria prin recunoaștere este abilitatea de a ne aminti ceva experimentat anterior. Ann Brown și Joseph Campione (1972) [după 7] au demonstrat că, începând cu vârsta de 4 ani, copiii au acest tip de memorie bine dezvoltat și, în consecință, pot oferi informații precise.

Un copil în vârstă de 3 ani își poate menține *atenția* pentru realizarea unei sarcini în limita a 9-15 minute. După acest interval de timp, copiii se plictisesc dacă desfășoară aceeași activitate, cum ar fi să asculte pe cineva, să aștepte pe cineva sau să deseneze.

Un copil de 4-5 ani poate fi atent între 20 și 25 minute; 6-10 ani – 30-45 minute, iar cel de 10-12 ani poate fi atent mai mult de 1 oră. Desigur, aceste valori sunt valabile în situația în care copilul nu suferă de tulburări de atenție, precum ADHD.

Competența copiilor de a răspunde la întrebări este maximizată atunci când le sunt adresate întrebări despre conceptele pe care ei sunt capabili să le înțeleagă și despre informațiile care au semnificație pentru ei. Cercetările demonstrează că dacă specialistul utilizează un *limbaj* ușor de înțeles pentru copiii de 3-4 ani, aceștia furnizează informații mai exacte și le scade sugestibilitatea.

Unele cercetări au demonstrat că *amintirile implicite* (memorie somatică a acțiunilor habituale, sau memorie inconștientă) extinse pot fi identificate în comportamente, percepții cu mult înainte ca copiii să-și amintească conștient sau să verbalizeze ceea ce își amintesc. În acest context, putem desprinde ideea că psihologul evaluator trebuie să fie atent la comportamentele nonverbale și la răspunsurile copilului, deoarece acestea reflectă amintiri implicite ale unor evenimente (spre exemplu, copilul poate strâmba din nas în semn de dezgust când descrie abuzul sexual oral).

Există mai multe definiții *ale sugestibilității*. O definiție operațională cu relevanță pentru evaluarea psihologică a copilului victimă este oferită de M. Brucke și S. Ceci (1995): „măsura prin care procesele de codare, stocare, recuperare și relatare a evenimentelor pot fi influențate de o serie de factori interni sau externi” [17]. Autorii acestei definiții menționează că, sub presiuni reale sau imaginare, copiii dependenți de adulți fac declarații de care sunt conștienți că sunt neadevărate. La fel, sugestibilitatea copiilor poate fi influențată de elemente circumstanțiale, cum ar fi timpul relativ mare scurs de la producerea evenimentului, neînțelegerea de către copil a semnificației abuzului, precum și de caracteristici individuale: scor scăzut al inteligenței verbale, caracter dificil și stimă de sine scăzută.

Psihologii evidențiază faptul că trauma psihică generează ulterior modificări în schemele cognitive de bază ale individului, îndeosebi cu referire la următoarele convingeri: credința că lumea e bună, că lumea are un scop; credința în propria

valoare; credința că lumea prezintă încredere. Evenimentul traumatic cauzează o perturbare a credințelor individuale în siguranță, încredere, putere, în stima de sine și în apropierea de alții.

Indivizii care dezvoltă SSPT sunt cei care percep atât evenimentul, cât și consecințele lui imediate excesiv de negativ, care se autoblamează pentru ceea ce s-a întâmplat și care consideră că nimic nu va mai fi ca înainte.

Pentru Ehlers și Clark tulburarea post-traumatică de stres este un puzzle de tulburări cognitive care, însa, pot fi subsumate unui mecanism cognitiv prin care indivizii vulnerabili procesează trauma într-un mod care îi face să-și dezvolte un simț al pericolului, simț care are două consecințe principale: 1) o evaluare negativă excesivă a traumei suferite și a consecințelor ei și 2) o tulburare a memoriei care conduce la elaborarea și contextualizarea defectuasă a evenimentului trait, fapt ce explică de ce există o discrepanță între greutatea amintirii intenționale a evenimentului și reexperimentarea spontană și involuntară a lui [după 16].

În scopul evaluării caracteristicilor cognitive se recomandă aplicarea *Scalei convingerilor fundamentale* [1, p.114] și a *Chestionarului modalităților de coping (WCQ)* [1, p.111].

2.4.4. Identificarea, cunoașterea particularităților de funcționare a sferei afective

Tulburările emoționale la copii, de obicei, sunt generate de următoarele trei surse:

- copilul nu a fost învățat cum să gestioneze sentimentele exprimate de o altă persoană;
- existența tulburărilor în activitatea și funcționarea biochimică a creierului;
- trăirea unui sau a mai multor evenimente traumatice.

Având în vedere că copiii victime ale violenței, neglijării, exploatării, traficului au acumulat în experiența lor evenimente traumatice, se recomandă studierea minuțioasă a particularităților de manifestare a sferei emoționale, deoarece ei pot dezvolta: tulburări de anxietate, tulburare bipolară, tulburări de comportament, depresie, tulburare reactivă de atașament și alte dereglări emoționale.

De exemplu, experiențele traumatice pot deregla sfera emoțională a copilului – fie temporar, fie pe termen lung – prin mecanisme ca: hipervigilența, reducerea capacității exploratorii, interpretările eronate sau ostilitatea orientată către ceilalți, agresivitatea – în scopul autoprotejării – sau frici generalizate și preocupări excesive de sine, astfel încât atenția sa este consumată în detrimentul explorării mediului. Afectele negative la copil se pot manifesta ca ambivalență, respingere, furie și retragere emoțională față de părinți sau îngrijitori, confirmând tendința acestuia spre neîncredere în ceilalți și întărind astfel acele componente psihologice care interferează cu învățarea și formele de adaptare sănătoasă la mediu.

Mai jos sunt prezentate principalele instrumente de cercetare psihodiagnostică a sferei afective – instrumente psihometrice standardizate, semistandardizate și proiective, clasificate în funcție de vârsta copilului.

Tabelul 10. Instrumente de studiere a particularităților de funcționare a sferei afective

Denumirea	Vârsta	Scopul
Scala de determinare a nivelului anxietății (Taylor)	12–18 ani	Măsurarea manifestărilor anxioase
Scala depresiei Beck (BDI)	12–18 ani	Identificarea simptomelor depresive la momentul evaluării
Autoaprecierea stărilor psihice după Eysenck	15–18 ani	Cercetarea stărilor emoționale: anxietate, frustrare, rigiditate, agresivitate
Chestionarul Bass și Durkey	14–18 ani	Determinarea reacțiilor agresive și ostile ale adolescenților
Test de ostilitate	14–18 ani	Măsurarea indicatorului de ostilitate (general, specific)
Chestionarul de stabilire a gradului de exprimare a simptomatologiei psihopatologice	De la 14 ani	Identificarea simptomelor psihopatologice
Testul proiectiv <i>Arborele</i>	De la vârsta preșcolară	Explorarea indicatorilor dezvoltării psihoemoționale
Testul mâinii (test proiectiv)	De la vârsta preșcolară	Identificarea coeficientului agresivității active/ pasive
Desenul liber (desenul serial)	De la vârsta preșcolară	Familiarizarea cu trăirile, preocupările actuale

2.4.5. Identificarea/ cunoașterea particularităților de funcționare a sferei relaționale

Evenimentele traumatice pot avea un impact de alienare a relației părinte – copil. Copiii mici au expectanțe adecvate că părinții îi protejează în toate circumstanțele și percep experiența traumatică ca pe un indicator al incapacității părintelui de a-i proteja, ca un indicator al părintelui furios sau indiferent față de copil. Încrederea copilului în părinte ca sursă de protecție și securitate poate fi afectată pe termen lung, uneori ireversibil, stare manifestată prin pierderea sentimentului de intimitate și comportament afectuos, sporirea furiei, respingerii, controlului și comportamentelor punitive orientate către părinte. Copilul poate să prefere un părinte în detrimentul

celuilalt, motiv de creștere a tensiunilor în familie [20].

Anumite procese defensive pot să apară la părinți, cum ar fi negarea, izolarea afectivă, supraidentificarea cu copilul sau alte mecanisme care interferează cu disponibilitatea emoțională a părintelui [23].

Atunci când abuzurile asupra copiilor apar în contextul relațiilor și intimităților apropiate, este firesc ca acei copii abuzați să se teamă, să se ferească sau să manifeste ambivalențe față de apropierea interpersonală.

Probabil, unul dintre cele mai dureroase și tulburătoare aspecte ale abuzului copilului este impactul asupra capacității lui de a avea încredere. Necesitând o suprimare a activității defensive și un sentiment de siguranță în relația cu celălalt, încrederea este greu de manifestat.

Relația părinte – copil poate fi agravată la modul negativ de circumstanțe externe, cum ar fi implicarea sistemului de justiție sau plasamentul copilului pentru îngrijire temporară.

Identificarea contextului familial ajută atât pentru înțelegerea rolului familiei în expunerea copilului la violență, neglijare, exploatare sau trafic, cât și pentru determinarea ariilor de reziliență și vulnerabilitate în recuperarea după traumă. Un eveniment traumatic care survine ca un episod discret, deși dăunător în sine, poate fi depășit dacă copilul este înconjurat de un mediu familial capabil să furnizeze resurse materiale și emoționale pentru recuperarea copilului.

Alternativ apare situația în care circumstanțele familiale stresante copleșesc copilul și familia. Sărăcia, șomajul, carențele în educație sau probleme de aculturație în familiile de imigranți pot duce la lipsa accesului la servicii pentru copilul care ar avea nevoie de acestea.

Mai jos sunt prezentate principalele instrumente de cercetare psihodiagnostică a sferei relaționale – instrumente psihometrice standardizate, semistandardizate și proiective, clasificate în funcție de vârsta copilului.

Tabelul 11. Instrumente de studiere a particularităților de funcționare a sferei relaționale

Denumirea	Vârsta	Scopul
Diagnosticul relațiilor emoționale în familie	4–6 ani 6–10 ani	Determinarea atitudinii emoționale a copilului față de membrii familiei
Testul ADOR (Adolescenții despre părinți)	13–18 ani	Determinarea specificului educațional al părinților din perspectiva adolescenților
Testul DROP (Relațiile părinți – copii)	13–18ani	Identificarea specificului relațional și atitudinal al fiecărui părinte (mama/ tatăl) din perspectiva adolescentului

Testul CAT (Children's Apperception Test)	3–10 ani	Studierea necesităților dominante ale copilului; particularitățile de percepție și atitudinea copilului față de părinți; specificul mecanismelor de apărare în caz de conflict; frici, neliniști provocate de situații frustrante; relațiile interpersonale cu frații/ surorile și semenii
Testul <i>Completarea frazelor</i>	De la 9 ani	Determinarea atitudinii copilului față de persoanele de referință: mamă, tată, surori/ frați, colegi, profesori; față de familie; față de viitor etc.
Desenul familiei	De la vârsta preșcolară	Determinarea tipului de relații intrafamiliale, a elementelor de identificare cu membrii familiei; a tendințelor de valorizare/ devalorizare etc.
Desenul <i>Omulețul în ploaie</i>	De la 10 ani	Diagnosticarea capacităților de a învinge situațiile complicate, a rezervelor personale și a particularităților mecanismelor de apărare.

2.4.6. Identificarea/ cunoașterea particularităților de personalitate și de comportament

Studiile psihologice cercetează copilul în categoria persoanelor cu o vulnerabilitate de victimizare crescută, datorită particularităților psihocomportamentale și de vârstă specifice. Copiii sunt lipsiți aproape complet de posibilități fizice și psihice de apărare, au capacități reduse de anticipare a unor acte comportamentale proprii sau ale altora, posedă o capacitate redusă de înțelegere a efectelor și consecințelor unor acțiuni proprii sau ale altor persoane, sunt creduli și sinceri – particularități care fac din ei victime facile, dar și o categorie specială de părți cu calitate procesuală [10].

Amprente ale abuzului suportat pot fi regăsite în particularitățile de personalitate și în cele comportamentale ale copiilor victime. O particularitate specifică este *disocierea*. Aceasta se manifestă printr-o serie de atitudini și comportamente ce ar putea surprinde profesionistul care evaluează copilul, îl audiază, asistă etc. De exemplu, aneștia emoțională se traduce prin lipsa la copil a durerii pe care cei din jurul lui se așteaptă ca acesta să o simtă, adică lipsa de manifestare a vreunei emoții cu privire la evenimentul traumatic și la consecințele acestuia asupra sa. Amnezia temporară poate fi o altă manifestare a disocierii traumatice.

Răspunsul copilului la traumă poate fi influențat și de caracteristicile sale temperamentale. De exemplu, copiii mai timizi/ rezervați tind să răspundă la traumă prin comportamente internalizate, cum ar fi răcirea afectivă, izolarea socială, anxietatea de separare și fricile. În contrast, copiii foarte activi sunt înclinați să

răspundă prin comportamente externalizate cum ar fi neglijența, accesele de furie, agresivitatea și ostilitatea. Copiii mici pot prezenta atât comportamente de „agățare” de persoanele de referință, cât și frică, furie, sfidare față de acestea. Deoarece comportamentele externalizate tind să fie mai frecvent raportate decât simptomele de anxietate și depresie, evaluarea trebuie să caute probe sistematice pentru comportamentele internalizate atunci când părinții sau îngrijitorii raportează agresivitate, sfidare sau lipsa complianței copilului în timpul procesului de referire și evaluare.

Comportamentul copilului poate fi puternic influențat de stimulii ce acționează ca triggeri pentru amintirile traumatiche, afundând copilul în imagini intrusive sau în alte experiențe senzoriale ori perceptive. Elementele de reamintire pot să rămână neidentificate atunci când operează în afara conștiinței copilului, sau atunci când acesta nu poate folosi limbajul ca să descrie ce se întâmplă.

Stimulii senzoriali pot acționa ca declanșatori pentru răspunsurile de stres, atunci când sunt asociați cu stresul secundar traumei. De exemplu, sirena ambulanței sau a mașinii poliției, vederea unui polițist sau intrarea în holul unui spital, unde copilul a fost dus în urgență, poate afecta calitatea reamintirii evenimentului traumatic.

În continuare sunt prezentate principalele instrumente de cercetare psihodiagnostică a particularităților de personalitate și de comportament – instrumente psihometrice standardizate, semistandardizate și proiective, clasificate în funcție de vârsta copilului.

Tabelul 12. Instrumente de studiere a particularităților de personalitate și de comportament

Denumirea	Vârsta	Scopul
Desenul <i>Omulețul</i>	De la vârsta preșcolară	Studierea reprezentărilor despre sine, a imaginii despre propriul corp, a identității sexuale, a relațiilor interpersonale, a comunicabilității, anxietății, agresivității ca particularități de personalitate.
Chestionarul de determinare a predispoziției spre victimizare (O. Andronnikov)	12–18 ani	Măsurarea predispoziției spre realizarea anumitor forme de comportament victimizant.
Chestionarul de personalitate Cattell Chestionarul de personalitate pentru nivel secundar (HSPQ – High School Personality Questionnaire), Cattell, Beloff	8–12 ani 12–17 ani	Elaborarea unui profil de personalitate în baza trăsăturilor identificate: ciclotimie – schizotimie; inteligență; forță a Eului – slăbiciune a Eului; flegmatic – excitabil; supunere – dominantă; expansiv – neexpansiv, taciturn; forță a Supraeului – slăbiciune a Supraeului; timiditate – îndrăzneală; realism – lipsă de realism; încredere în sine – îngrijorare.

Chestionar caracterologic (H. Leongard, H. Schmieschek)	14–18 ani	Determinarea manifestărilor caracterologice dominante, evidențierea unor trăsături „accentuate” ale caracterului: demonstrativitate, hiperexactitate, hiperperseverență, nestăpânire, hipertimie, distimie, ciclotimie, exaltare, anxietate, emotivitate
Testul anxietății școlare (Phillips)	7–12 ani	Studierea nivelului și a formelor anxietății în situații școlare: anxietate școlară generală, stres social, frustrarea trebuinței de obținere a succesului, frica autoprezentării (autoexprimării), frica de evaluare a cunoștințelor, frica de a nu satisface expectanțele părinților, nivel scăzut de coping fiziologic la stres, probleme și frici legate de profesori.
Testul <i>Cine sunt eu?</i> (M. H. Kuhn și T. S. McPartland)	7–18 ani	Identificarea conținutului și a calității imaginii de sine.
Desenul proiectiv <i>Autoportretul</i>	12–18 ani	Studierea imaginii de sine, a nivelului de autoapreciere, a stării de moment, a reacțiilor nevrotice, a simptomelor de frică și agresivitate.
Desenul proiectiv <i>Animalul inexistent</i>	7–18 ani	Studierea particularităților de personalitate și de comportament.
Asociații în baza cardurilor metaforice	10–18 ani	Descrierea de sine și a situațiilor actuale din viața copilului, specificul psihocomportamental în situații dificile.

2.4.7. Aspecte specifice în evaluarea abuzului sexual și a exploatării sexuale

În cadrul evaluării copiilor victime ale abuzurilor sexuale, vom examina efectele abuzului sexual asupra comportamentului copilului, raportându-le la patru dinamici traumatogene, elaborate de Finkelhor și Browne în 1985 [21]:

1. Sexualizarea traumatică. Având în vedere faptul că copilul a fost recompensat pentru comportamentele sexuale inadecvate vârstei, el este nevoit să accepte actele sexuale și beneficiile oferite de abuzator, compensând în acest fel lipsa de atenție și îngrijire. Participarea sexuală a copilului cu timpul a devenit o valoare în sine: copilul

a învățat idei false despre comportamentul sexual și morala sexuală. Activitatea sexuală a fost asociată, după caz, cu emoții și amintiri negative.

- Consecințe psihice: hiperaccentuarea domeniului sexual; confuzie legată de propria identitate corespunzătoare vârstei, precum și de normele sexuale; confundarea sexualității cu grija și dragostea; aversiune față de intimitatea sexuală.
- Simptome: comportament sexual compulsiv; promiscuitate; prostituție, tulburări sexuale, evitarea sexualității; sexualizarea relațiilor, inclusiv cu propriii copii.

2. Stigmatizarea. Abuzul sexual presupune că făptașul insultă sau înjosește victima, o forțează să țină în secret aceste acțiuni. Dacă copilul a suportat acțiuni sexuale însoțite de insulte, umilințe și amenințări, atunci el percepe aceste acțiuni ca ceva de care trebuie să-i fie rușine. Copilul obține, direct sau indirect (din auzite), reacții șocante la încercările sale de a vorbi despre abuzul la care a fost supus, în unele cazuri fiind făcut responsabil de acțiunile suportate, deseori simțind că este perceput de alții ca și „stricat(ă)”.

- Consecințe psihice: sentiment de culpabilitate și rușine; sentiment al stimei de sine diminuat; sentiment de înstrăinare de alții, ca urmare a faptului că experiențele rușinoase nu pot fi comunicate.
- Simptome: autoizolare, delinvență, comportament autodistructiv, autovătămare până la suicid; consum de droguri sau de alcool, ca și încercări de autoanestezie, automedicație.

3. Trădarea. Într-o relație sexuală abuzivă maturul se folosește de încrederea și dependența copilului față de adult. Astfel, sunt dezamăgite așteptările naturale ale unui copil - de a fi protejat, îngrijit – de la persoana matură ce îl abuzează, dar și de la persoana de referință, care nu este abuzivă, dar care nu-l poate ajuta, apăra etc. Sunt cazuri în care mamele sunt atât de mult prinse în dinamica de putere a sistemului familial dominat de către tatăl abuzator, încât preferă să acopere inconștient comportamentul acestuia și să sufere mai degrabă incestul, decât să protejeze copilul cu riscul destrămării familiei și al unei situații materiale precare ca urmare a separării, risc pe care mulți făptași îl induc foarte bine. Alte mame sunt prinse în dinamica familiei ca și foste victime, în sensul perpetuării transgeneraționale a abuzului. Altele sunt co-făptașe la abuz sau prezintă dificultăți narcisice de a recunoaște eșecul lor ca parteneră pentru soț.

- Consecințe psihice: doliu, depresie, dependență extremă; neîncredere, în special față de bărbați; mânie, ostilitate, dorință de răzbunare; vulnerabilitate crescută pentru experiențe abuzive ulterioare; supunere în relațiile intime.
- Simptome: comportament agresiv, comportament de cramponare, transmiterea transgenerațională la propriii copii.

4. Neputința. În cazurile de abuz sexual sunt încălcate granițele corporale împotriva dorinței copilului, se exercită violență sau manipulare pentru seducerea copilului, acesta se simte incapabil să se protejeze sau să oprească abuzul și nici nu poate împărtăși credibil această experiență.

- Consecințe psihice: sentiment de invaziune în spațiul intim, angoasă; sentiment scăzut al eficienței personale; autopercepere ca și victimă fără apărare; trebuință crescută de control; identificare cu agresorul.
- Simptome: coșmaruri, fobii, tulburări somatice; tulburări de comportament alimentar și de somn; depresie, disociere, fugă, probleme școlare; pericol al revictimizării din cauza neajutorării învățate; comportament agresiv, delincvență; preluarea rolului făptașului, pentru a transforma neputința în putere.

5. **Parentificare și deformarea atribuirii rolurilor sociale** (pot fi observate în cazul abuzului sexual intrafamilial). Copilul abuzat sexual în familie este tratat în rol de adult, adesea de către părinți. Adultul abuziv îi acordă copilului atenție deosebită, recompense inadecvate vârstei și acesta este preferat fraților. În consecință, copilul își pierde copilăria și statutul de copil.

- Consecințe psihice: toleranță slabă la frustrare; pierderea distanței; inversarea rolurilor familiale; pierderea copilăriei.
- Simptome: tulburări ale comportamentului social; comportament dominator, manipulator; conflicte cu semenii, luptă pentru putere cu adulții; comportament pseudoadult.

2.5. Analiza, interpretarea și procesarea rezultatelor obținute în cadrul evaluării psihologice

Informațiile acumulate în rezultatul aplicării diferitor instrumente de evaluare a copilului se supun acțiunii de procesare, care presupune organizarea datelor colectate, prelucrarea analitică a acestora, sintetizarea și sistematizarea pe categorii relevante, inclusiv în format electronic.

Procesarea poate fi:

- acantitativă:** ordonarea datelor statistice acumulate prin chestionare, aplicarea listelor de control etc., efectuarea calculelor (frecvența manifestărilor, procentaj, medii), identificarea evidențelor care să susțină sau să infirme unele ipoteze etc.;
- calitativă:** descrierea detaliată a informațiilor relevante colectate, atribuirea sensurilor, raportarea la valori și descriptori etc.

Interpretarea rezultatelor, parte a procesului de evaluare, presupune încadrarea informațiilor colectate în criterii, norme, standarde, raportarea la individ și emiterea unor judecăți de valoare legate de evaluarea realizată.

Interpretarea poate fi:

- specializată:** efectuată de către specialist, pe domeniul său de activitate, încheiată prin formularea concluziilor și a recomandărilor pe domeniul evaluat.;
- multidisciplinară:** efectuată în echipă, în ședințe comune de examinare a rezultatelor evaluării, în cadrul cărora fiecare specialist își expune constatările-

cheie, informațiile relevante și prezintă concluziile și recomandările pe domeniul evaluat.

Pentru a avea o reprezentare cât mai clară despre copilul evaluat și a răspunde la întrebările parvenite odată cu solicitarea efectuării evaluării și emiterii raportului de evaluare psihologică, este important:

- Să se înregistreze și să se păstreze fișele de răspuns pentru fiecare probă de evaluare, fișele de observație și însemnările psihologului făcute la fiecare ședință. Există probabilitatea (în cazul unor litigii de confruntare a două sau mai multe evaluări ale copilului, realizate de diferite instituții/ psihologi) să fie nevoie de prezentarea acestora la solicitarea instanței de judecată;
- Să se planifice în orarul de activitate al psihologului timpul necesar pentru calcularea și interpretarea scorurilor obținute în baza testelor aplicate;
- Să se aprobe și să se utilizeze de fiecare dată aceeași structură a raportului de evaluare psihologică, astfel încât fiecare raport nou elaborat să se insereze în structura anterior aprobată;
- Să se coreleze rezultatele obținute în baza aplicării instrumentelor psihodiagnostice cu descrierile despre copil, situația acestuia, obținute din alte surse (discuții cu părinții, educatorii/ profesorii) și cu indicatorii psihocomportamentali și nonverbal ai copilului înregistrați în timpul ședințelor de evaluare;
- Să se pună accent pe înregistrarea schimbărilor psihocomportamentale manifestate de copil și familia acestuia pe parcursul perioadei de evaluare. Există semne care vorbesc despre schimbarea poziției față de declarațiile inițiale, astfel, copilul sau persoana de referință devine reticent(ă) și neagă veridicitatea expunerilor inițiale. În asemenea cazuri este necesară informarea despre acest lucru a specialiștilor echipei multidisciplinare, atenționarea acestora asupra riscului sporit de schimbare a declarațiilor sau de refuz al acestora de a participa la procesul de cercetare legală a cazului suspect de infracțiune.

O importanță deosebită o pot avea unele fraze (enunțuri) ale copilului, emise în momente de tensiune psihoemoțională, asociate cu evenimentele traumatice trăite de acesta. De asemenea, sunt importante enunțurile evocate instantaneu în cadrul jocului de către copiii mici. Este bine ca aceste fraze să fie înregistrate, păstrându-li-se autenticitatea, iar apoi să fie utilizate în raportul de evaluare psihologică.

2.6. Elaborarea și redactarea raportului de evaluare psihologică în cazurile de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului

După finalizarea procesului de evaluare psihologică și de interpretare a rezultatelor, se purcede la faza de elaborare a raportului de evaluare psihologică – documentul ce va reflecta rezultatele evaluării psihologice a copilului victimă a violenței, neglijării, exploatării, traficului.

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

Structura recomandată a raportului de evaluare psihologică (vezi anexa 1):

1. Indicarea organizației ce a solicitat efectuarea evaluării psihologice și elaborarea raportului de evaluare psihologică; indicarea psihologului care a realizat evaluarea și a organizației pe care o reprezintă;
2. Date personale ale copilului evaluat (numele, prenumele, vârsta, locul de trai);
3. Scopul evaluării;
4. Metodele de cercetare utilizate în procesul de evaluare, forma de lucru cu copilul, perioada de realizare (numărul de ședințe sau de ore);
5. Descrierea scurtă a problemei copilului (evenimentul/evenimentele traumatice evocate de copil / instituția solicitantă);
6. Descrierea particularităților psihoindividuale ale copilului relevante scopului evaluării (date despre: istoria copilului, situația familială, atitudinea membrilor familiei față de copil și față de situația prin care a trecut acesta, dinamica stării psihoemoționale a copilului, particularitățile de vârstă corelate cu vulnerabilitatea, sugestibilitatea, factorii de constrângere etc.);
7. Analiza, interpretarea și fundamentarea științifică a rezultatelor aplicării tehnicilor și a procedurilor psihodiagnostice;
8. Concluzii și recomandări în baza rezultatelor evaluării.

În continuare vom prezenta un model de elaborare a raportului de evaluare psihologică a copilului victimă a abuzului sexual, respectând structura raportului recomandată de *Metodologia de evaluare psihologică și de elaborare a raportului de evaluare psihologică în cazurile de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului*. Menționăm că acest model de raport este elaborat în baza mai multor cazuri asistate și nu face referință la un caz concret.

MODEL

Indicarea organizației ce a solicitat efectuarea evaluării psihologice și elaborarea raportului de evaluare psihologică. Date personale ale copilului evaluat (numele, prenumele, vârsta, locul de trai).

Raport de evaluare psihologică

a copilului D. F., a. n. 2006, domiciliat în s. A., rl D., elaborat în baza solicitării Procuraturii rlu D, nr. 23-134 din 22.03.2017

Scopul evaluării

Începând cu data de 27.03.2017, în cadrul Centrului de asistență psihosocială a copilului și familiei în situație de criză a fost inițiat procesul de evaluare psihologică a copilului D. F., în scopul elaborării profilului psiho-comportamental, a identificării prezenței/ absenței semnelor abuzului.

Metodele de cercetare utilizate în procesul de evaluare, forma de lucru cu copilul, perioada de realizare (numărul de ședințe sau de ore)

Evaluarea psihologică a inclus cinci ședințe psihodiagnostice cu copilul. În cadrul acestora au fost aplicate următoarele metode psihodiagnostice: interviul clinic, Desenul familiei animalelor, Desenul „Animalul inexistent”, Chestionarul FPI forma B, Chestionarul tendințelor spre comportament victimizat al lui O. Andronnicov și observarea sistematică.

Descrierea scurtă a problemei copilului (evenimentul sau evenimentele traumatice evocate de copil/ instituția solicitantă)

Copilul a invocat că a fost supus sistematic violenței fizice și emoționale (strigăte, tras de păr, loviri peste cap, inclusiv cu obiecte) de către mama sa și concubinul ei, în perioada conlocuirii cu aceștia.

Descrierea particularităților psiho-individuale ale copilului relevante scopului evaluării. Analiza, interpretarea și fundamentarea științifică a rezultatelor aplicării tehnicilor și procedurilor psihodiagnostice

În conformitate cu rezultatele obținute a fost elaborat următorul profil psiho-comportamental:

Starea generală a copilului la momentul evaluării psihologice este caracterizată de apatie, lipsă de interes față de majoritatea subiectelor de discuție, de îngândurare, tristețe, dificultăți de stabilire a contactului. Prima reacție a fost refuzul de a comunica la subiecte emoțional negative.

Sfera cognitivă: copilul prezintă un vocabular bine dezvoltat, nivel scăzut de

curiozitate față de obiectele și subiecții din realitatea înconjurătoare. Întâlnește dificultăți de învățare a disciplinelor școlare, care sunt cauzate de lacunele în cunoștințe acumulate în clasele V - VI și de motivația scăzută de învățare.

Sfera afectivă a copilului este marcată de gânduri și trăiri asociate evenimentelor traumatizante din viața lui.

Sunt dominante trăirile de singurătate, nesiguranță, tristețe adâncă, sentimentul că nu are suport; fricile legate de contactul cu alte persoane; starea de neputință. Predominarea la copil a stărilor emoționale descrise a condus la dezvoltarea unei stări emoționale generale nesatisfăcătoare.

În profilul psihologic al copilului au fost identificate semne astenice cu dereglări psihosomatice (dureri de cap, dificultăți de adormire, coșmaruri), semne depresive în stările lui emoționale, în comportament, în relațiile cu alte persoane, stare emoțională instabilă în combinație cu iritare, nivel scăzut de autocontrol, anxietate, autoagresiune și agresiune față de alte persoane, nivel scăzut de activism social.

Totodată, a fost identificată tendința spre comportament agresiv provocator, spre încălcarea regulilor și normelor sociale. Ca urmare a istoriei vieții sale, la D. F. a apărut stereotipul privind necesitatea aplicării pedepselor fizice (bătăii) copiilor mici pentru a-i educa.

De asemenea, s-a constatat tendință spre comportament autodistructiv, spre situații riscante, periculoase. Drept urmare, a avut câteva încercări suicidale (și-a tăiat mâinile). Din spusele copilului, acestea nu au fost încercări de a-și pune capăt zilelor, dar de a se elibera de durerea sufletească puternică, insuportabilă, fapt ce este caracteristic pentru persoanele cu tendințe suicidale. Tentativele au avut loc atunci când D. F. locuia cu mama și concubinul ei, după cazurile de violență din partea acestora.

Totodată pentru copil este caracteristic nivelul scăzut al atitudinii critice față de situații și față de alte persoane, față de comunicarea cu persoane necunoscute, inclusiv prin intermediul rețelelor de socializare.

Sfera relațională. D. F. întâmpină dificultăți în comunicarea cu semenii, relațiile cu aceștia sunt marcate de complexe și autoizolare. Nu are persoane de încredere. Totodată, simte căldura emoțională în relațiile cu tata și cu noua lui familie.

La momentul evaluării copilul nu comunică cu mama, nici mama nu-l telefonează. Mai mult ca atât, D. F. visează noaptea că mama și concubinul ei vin să-l ia acasă, la mama și se trezește plin de spaimă. A declarat că simte ură față de mama, pentru că i-a influențat negativ dezvoltarea, fapt ce a condus, după părerea copilului, la apariția fricilor, neîncrederii în alte persoane, complexelor interne.

Concluzii și prognostic (dacă este cazul) în baza rezultatelor evaluării.

Concluzii:

Copilul D. F. manifestă semne specifice copiilor victime ale violenței: trăiri de singurătate, nesiguranță, tristețe adâncă, lipsă de suport, contacte dificile cu alte persoane, gânduri și tendințe suicidale, stare de neputință, agresivitate și autoagresivitate, tulburări somatice – dureri de cap, dificultăți de adormire, coșmaruri.

Recomandări.

Recomandări:

1. Stabilirea domiciliului copilului cu tata;
2. Asistența psihologică de lungă durată pentru copil;
3. Responsabilizarea mamei în vederea frecventării unui program de consiliere în vederea optimizării relațiilor cu copilul.

Indicarea psihologului care a realizat evaluarea și a organizației pe care o reprezintă;

Semnătura acestuia.

P. T., psiholog la Centrul de asistență psihosocială a copilului și familiei în situație de criză

Raportul finalizat și tehnoredactat este aprobat de conducătorul instituției emițătoare, semnat de psihologul evaluator, înregistrat cu numărul și data din registrul de evidență a corespondenței expediate al instituției și expediat instituției solicitante.

Toți semnatarii Raportului de evaluare psihologică a copilului își asumă responsabilitatea pentru veridicitatea datelor incluse în raport.

Raportul se perfectează în două exemplare, unul este expediat solicitantului, iar al doilea se păstrează în dosarul copilului evaluat, în conformitate cu Regulamentul instituției.

2.7. Exigențe etice și deontologice în procesul de evaluare psihologică în cazurile de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului

Subiecții implicați în procesul de evaluare a copilului victimă a violenței, neglijării, exploatării sau traficului sunt obligați să însușească și să respecte *Codul de etică*, precum și anumite norme specifice etice și de comportament, care vizează obligațiile

și responsabilitățile profesionale, morale privind satisfacerea necesităților și intereselor beneficiarilor, fără a le aduce acestora prejudicii de natură fizică, psihică sau morală și fără a leza demnitatea acestora.

În acord cu deontologia profesională, principiul de bază al căreia este respectarea drepturilor și demnității oricărei persoane, specialiștii ce realizează evaluarea psihologică a copilului se vor asigura de respectarea următoarelor reguli:

- a) respectarea personalității copilului și a valorilor acestuia, indiferent de naționalitate, etnie, religie, sex, abilități fizice sau intelectuale, statut socioeconomic;
- b) respectarea părinților/ reprezentanților legali ai copilului, reprezentanților diferitor instituții cu care colaborează în procesul evaluării;
- c) aplicarea practicilor prin care se respectă drepturile legale, civice, morale și prin care nu se aduc prejudicii demnității persoanei;
- d) efectuarea evaluării copilului în concordanță cu acordul părinților/ reprezentanților legali, după caz, al autorității tutelare;
- e) oferirea informațiilor privind copilul, întemeiate pe o evaluare obiectivă, susținută științific și metodologic, precizând limitele afirmațiilor, concluziilor și recomandărilor.

Specialiștii, în atribuțiile cărora intră evaluarea copilului sunt obligați să manifeste un grad înalt de integritate morală și profesională în relațiile cu beneficiarii direcți și indirecti, cu colegii de serviciu, cu alți parteneri. În promovarea acestui principiu se vor respecta următoarele reguli:

- a) neadmiterea distorsiunilor, omisiunilor și informațiilor false în activitatea de evaluare și de interpretare a rezultatelor evaluării;
- b) evitarea implicării persoanelor care pot prezenta conflict de interese, sau care pot reduce capacitatea evaluatorului de a fi obiectiv și imparțial;
- c) abținerea de la exercitarea unor atribuții profesionale, atunci când, din motive de ordin personal sau de alt ordin, poate fi afectată obiectivitatea sau eficiența acțiunii profesionale;
- d) promovarea obiectivității și onestității în activitatea profesională și în relațiile cu beneficiarii, colegii și cu alți parteneri în domeniul de activitate profesională;
- e) evitarea/ excluderea poziției autoritare în activitatea de evaluare;
- f) promovarea respectului reciproc, axarea relațiilor profesionale pe comunicare adecvată și constructivă;
- g) abordarea/adoptarea unei ținute vestimentare și a unei imagini exterioare decente etc.

În conformitate cu principiul responsabilității profesionale și sociale, specialiștii implicați în evaluarea copiilor contribuie la asigurarea bunei stări a beneficiarilor

directi și indirecti, fiind obligați să consolideze domeniul de activitate prin:

- a) exercitarea calificată și calitativă a atribuțiilor de funcție, onorarea integrală a angajamentelor stipulate în fișa postului;
- b) utilizarea celor mai adecvate tehnologii în domeniul de competență profesională;
- c) sesizarea și implicarea instanțelor superioare, a organelor abilitate, în caz de constatare a oricărei situații de risc pentru viața și securitatea copilului;
- d) consultarea altor specialiști, inclusiv din alte instituții, în scopul asigurării evaluării holistice și comprehensive;
- e) preocupare permanentă pentru formarea profesională continuă;
- f) specialiștii responsabili de evaluarea psihologică a copilului se vor asigura de confidențialitatea informațiilor personale utilizate în procesul evaluării, în conformitate cu Regulamentul instituției.

Anexa 1.

Model CNPAC

Metodologia de evaluare psihologică și elaborare a raportului de evaluare psihologică a copiilor victime

Capitolul I

DISPOZIȚII GENERALE

1. Metodologia de evaluare psihologică și elaborare a raportului de evaluare psihologică a copiilor victime (în continuare Metodologia) stabilește modul de organizare și de realizare a procesului de evaluare psihologică și de elaborare a raportului de evaluare psihologică a copilului victimă/ potențială victimă.

2. Prevederile prezentei Metodologii se aplică de către psihologii cu specializare și experiență în domeniul asistenței psihologice a copiilor victime/ potențiale victime.

3. Principiile procesului de evaluare psihologică a copilului victimă/ potențială victimă sunt:

1) **Centrare pe interesul superior al copilului:** pentru a determina interesul superior al copilului, psihologul care intră în contact cu acesta trebuie să aibă în vedere cel puțin următoarele aspecte:

a) modul în care sunt respectate drepturile copilului la dezvoltare fizică, psihologică, la educație și sănătate, la securitate, stabilitate și apartenență la o familie;

b) opinia copilului, în funcție de vârsta și gradul său de maturitate;

c) istoricul copilului, având în vedere, în mod special, situațiile de violență, neglijare, exploatare, trafic, precum și potențialele riscuri de revictimizare a acestuia;

d) capacitatea părinților sau a persoanelor în grija cărora se află/ urmează să se afle copilul de a răspunde nevoilor concrete ale acestuia;

e) existența relațiilor de atașament cu persoanele din rețeaua socială a copilului.

2) **Abordare individuală și complexă:** evaluarea necesită o abordare complexă a aspectelor relevante (educație, grad de adaptare psihosocială, sănătate, situație socio-economică, etc.), precum și a interacțiunii dintre acestea.

3) **Obiectivitate:** este asigurată prin alegerea tehnicilor și procedurilor de evaluare psihologică fidele și valide. Psihologul va folosi numai instrumente de evaluare ale căror caracteristici tehnice (validitate și fidelitate) au fost stabilite, care dețin etalon pentru membrii populației vizate și sunt însoțite de manualul acestora. Psihologul va folosi metode de evaluare adecvate nivelului de dezvoltare, educațional al copilului/ maturului care participă în procesul de evaluare psihologică. Cerințele față de tehnicile de evaluare psihologică, lista recomandată a lor sunt reflectate în Ghidul de aplicare a Metodologiei. Obiectivitatea este asigurată inclusiv prin preluarea de către

psiholog doar a cazurilor în care nu este în relații de rudenie, cunoștință, prietenie sau de altă natură cu persoanele implicate în procesul de evaluare psihologică.

4) **Confidențialitate:** psihologul va respecta confidențialitatea tuturor informațiilor colectate în cadrul evaluării psihologice și nu va dezvălui informațiile pe care le deține despre copil sau familia acestuia altor persoane, cu excepția reprezentanților autorităților tutelare, instituțiilor de drept, Avocatului Poporului pentru drepturile copilului care au solicitat realizarea evaluării psihologice și întocmirea raportului de evaluare psihologică. Psihologul va efectua înregistrări audio, video sau scrise doar cu permisiunea copilului/ reprezentantului legal al acestuia. Psihologul va colecta doar acele date care sunt relevante pentru evaluare și va lua toate măsurile pentru a proteja respectivele informații.

5) **Colaborare interdisciplinară:** în procesul realizării evaluării psihologul implicat va colabora cu alți specialiști implicați în examinarea cazului pentru a asigura o abordare comprehensivă în colectarea, interpretarea și valorificarea datelor evaluării.

6) **Transparentă și accesibilitate:** scopul, obiectivele, tehnicile utilizate în cadrul evaluării trebuie să fie clare, pe înțelesul tuturor celor implicați - copiilor supuși evaluării, reprezentanților legali ai acestora, reprezentanților organizațiilor ce au solicitat raportul de evaluare psihologică – fapt ce contribuie la utilizarea eficientă a rezultatelor evaluării în procesul de satisfacere a necesităților copilului.

4. Evaluarea psihologică a copiilor se realizează cu acordul reprezentanților legali ai acestora (după caz, al autorității tutelare), dar nu și în prezența lor. Fac excepție cazurile în care copiii manifestă anxietatea separării de adult (până la 5-7 ani), instabilitate emoțională (predispunere spre criză psiho-emoțională) sau anumite nevoi speciale. În situația în care maturul de referință este prezent în procesul de evaluare, acesta trebuie să fie poziționat în afara spațiului de vizualizare al copilului și să fie atenționat privind obligativitatea neimplicării în procesul de evaluare.

5. Evaluarea psihologică a copilului victimă/ potențială este realizată de către un psiholog competent și recunoscut în domeniu, la cererea organelor competente (autoritatea tutelară, inspectoratul de poliție, procuratura, instanța de judecată, Avocatul Poporului pentru drepturile copilului), finalizat printr-un raport, care conține opiniile de specialitate ale psihologului cu privire la una sau mai multe aspecte de ordin psihologic relevante în examinarea și soluționarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului.

6. Raportul de evaluare psihologică a copilului victimă/ potențială victimă este rezultatul final al activității psihologului, orientat spre descrierea și evaluarea particularităților individual-psihologice ale personalității copilului, realizat cu scopul aprecierii stării actuale, a pronosticului dezvoltării ulterioare și elaborării de recomandări care sunt determinate de scopul evaluării.

Capitolul II

CERINȚE FAȚĂ DE PROFESIONIȘTII EMITENȚI AI RAPORTELOR DE EVALUARE PSIHOLICĂ A COPILULUI VICTIMĂ/ POTENȚIALĂ VICTIMĂ

7. Psihologul care va realiza procesul de evaluare psihologică a copilului victimă/ potențială victimă trebuie să dispună de pregătire profesională de bază (licență și masterat sau echivalentul acestora) în domeniul psihologiei, pregătire specializată (instruire continuă) în domeniul asistenței psihologice a copilului victimă și experiență de lucru cu această categorie de copii de cel puțin 2 ani.

8. Cerințele minime față de psihologul care va realiza evaluarea psihologică și va întocmi raportul de evaluare psihologică sunt următoarele:

- 1) cunoștințe și abilități de aplicare a Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului;
- 2) cunoștințe și abilități în realizarea cercetării psihologice, în aplicarea metodelor psihodiagnostice;
- 3) abilități de stabilire a contactului cu copilul evaluat și cu părinții/ reprezentanții legali ai acestuia;
- 4) competențe observaționale, în special privind identificarea indicatorilor psiho-comportamentali specifici copiilor victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului;
- 5) abilități de intervievare (ascultare, comunicare, înțelegere, oferire de feedback, etc.);
- 6) competențe de reglare a intensității emoționale a trăirilor copilului în cadrul realizării evaluării;
- 7) gândire și abilități analitice pentru sistematizarea informațiilor complexe obținute, certe sau în proces de clarificare, dar și pentru explorarea dintr-o perspectivă obiectivă a ipotezelor formulate;
- 8) abilități pentru elaborarea raportului de evaluare psihologică consolidate în baza supervizării unui specialist cu o mai mare experiență în acest domeniu.

Capitolul III

ORGANIZAREA PROCESULUI DE ELABORARE ȘI EMITERE A RAPORTULUI DE EVALUARE PSIHOLICĂ

Secțiunea 1

Solicitarea evaluării psihologice și elaborării raportului de evaluare psihologică

9. Evaluarea psihologică și elaborarea raportului de evaluare psihologică a copilului victimă/ potențială victimă se realizează în baza solicitării din partea instituțiilor abilitate: autoritatea tutelară de nivelul I și II, instituțiile de drept (inspectoratul de poliție, procuratura, instanța de judecată), Avocatul Poporului pentru drepturile copilului.

10. În cazul solicitării realizării evaluării psihologice și elaborării raportului de evaluare psihologică din partea reprezentanților legali/ persoanelor în grija cărora se află copilul în legătură cu un caz suspect de violență, neglijare, exploatare sau trafic, se recomandă acestora să se adreseze instituțiilor abilitate cu atribuții în domeniul protecției copilului în vederea solicitării evaluării de către acestea.

11. În cazul în care psihologul/ organizația a aflat despre un caz suspect de violență, neglijare, exploatare, trafic față de un copil în contextul solicitării unui raport de evaluare psihologică din partea reprezentanților legali/ persoanelor în grija cărora se află copilul, organizația este obligată să sesizeze autoritatea tutelară locală în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului 270 din 8 aprilie 2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului.

12. Solicitarea de evaluare psihologică și de elaborare a raportului de evaluare psihologică trebuie să conțină date despre copil, descrierea generală a situației suspecte de violență și aspectele/ întrebările care se cer a fi cercetate și descrise de către psiholog cu referire la:

- 1) nivelul general de dezvoltare intelectuală și de personalitate al copilului, nivelul de dezvoltare a competențelor în raport cu vârsta;
- 2) prezența sau lipsa în profilul psihologic al copilului a indicatorilor traumei psihice/ abuzului suportat;
- 3) nivelul de funcționalitate psihologică a copilului până la evenimentul traumatic, care sunt consecințele abuzului suportat asupra dezvoltării ulterioare a copilului;
- 4) sistemul de relații sociale al copilului și atitudinile acestuia față de apropiații/ maturii din mediul lui social, față de alți copii;
- 5) natura și gradul de influență a maturului, a anturajului social asupra copilului și a nivelului de sensibilitate a acestuia față de respectiva influență;

6) gradul de sugestibilitate al copilului, etc.

13. În cazul în care solicitarea nu conține întrebări specifice evaluării cazurilor de violență, neglijare, exploatare, trafic sau conține întrebări ambigue, psihologul poate recomanda solicitantului să concretizeze aria de investigare prin formularea unor întrebări clare sau poate să formuleze scopul și obiectivele evaluării orientate pe determinarea indicatorilor specifici copiilor victime în profilul psiho-comportamental al copilului.

14. În situația în care instituția solicitantă cere investigarea unor probleme care depășesc limitele competenței psihologului specializat în domeniul asistenței psihologice a copiilor victime/ potențiale victime (aspecte legate de sănătatea mentală, somatică, de tulburări psihice, dizabilități, etc.), instituția care a primit solicitarea expediază un răspuns în care stipulează limitele competenței sale ce nu permit realizarea evaluării și recomandă instituția relevantă pentru studierea problemelor respective.

15. Procesul de evaluare are, în general, scopul de cercetare a particularităților psiho-comportamentale ale copilului, corelate cu tipul de abuz suportat, dar nu și reabilitarea acestuia.

16. Dacă este solicitată asistență psihologică pentru copilul victimă a violenței, neglijării, exploatării sau traficului, dar la momentul adresării nu a parvenit nici o solicitare de evaluare psihologică din partea instituțiilor competente, psihologul va include în procesul de asistență câteva ședințe cu caracter psihodiagnostic, rezultatele cărora le va păstra și le va utiliza în cazul primirii solicitării de elaborare a raportului de evaluare psihologică.

Secțiunea 2

Etapele evaluării psihologice

17. La etapa pregătitoare psihologul va întreprinde următoarele acțiuni:

1) Va analiza solicitarea de evaluare și va atrage atenție la următoarele aspecte:

- a) cât de clar și specific este formulată solicitarea;
- b) dispune sau nu de specializare și competență profesională pentru realizarea respectivei evaluări;
- c) excluderea unui potențial conflict de interes în cazul în care psihologul se cunoaște cu copilul evaluat și/ sau cu familia acestuia;
- d) timpul optim necesar pentru realizarea evaluării și disponibilitatea de participare la procedurile legale în calitate de specialist.

2) Va formula scopul și obiectivele evaluării, astfel încât raportul să reflecte răspunsul la întrebările adresate în solicitarea de evaluare.

3) Reieșind din scopul și obiectivele propuse, psihologul identifică necesitatea

includerii în procesul de evaluare și a altor persoane de referință (frați/ surori, părinți, reprezentanți legali, persoane în grija cărora se află copilul). Incluzerea în evaluare a altor persoane se realizează în vederea:

- a) evaluării acestora cu scopul determinării stilului de educație și/ sau atitudinii față de copilul evaluat;
- b) acumulării datelor anamnestice despre copilul evaluat.

4) Procesul de evaluare psihologică a copilului va fi realizat în condiții prietenoase. În acest sens vor fi utilizate încăperile destinate consilierii psihologice.

5) Psihologul, în comun cu reprezentanții legali ai copilului, stabilește orarul ședințelor de evaluare. Durata și timpul acordat evaluării se stabilește în dependență de specificul cazului examinat. În vederea unei evaluări optime se recomandă examinarea copilului pe parcursul a 3-4 ședințe separate în timp. Nu se acceptă elaborarea rapoartelor de evaluare psihologică în baza unei singure ședințe.

6) În caz de necesitate, înainte de a începe evaluarea, psihologul poate să apeleze la surse adăugătoare de informare, care să-i confere poziției sale de evaluator mai multă obiectivitate. Astfel de informație poate fi obținută din următoarele surse:

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

7) La determinarea completului de metode psihodiagnostice care vor fi utilizate în studierea copilului se va lua în considerație relevanța acestora pentru oferirea răspunsurilor la întrebările incluse în solicitarea de evaluare psihologică.

8) Este recomandată utilizarea următoarelor metode de cercetare:

- a) observarea indicatorilor specifici pentru copiii abuzați, neglijați, exploatați, traficați (în baza grilei de observație);
- b) interviuarea (interviul semistructurat (clinic sau cognitiv));
- c) chestionarea, aplicarea testelor standardizate și a celor proiective.

9) În cazul utilizării metodelor psihometrice, psihologul trebuie să recurgă la bateria de teste recomandate în Ghidul de aplicare a Metodologiei. Psihologul trebuie să ia în calcul o serie de factori care pot influența rezultatele testelor psihometrice: neînțelegerea întrebărilor, oboseala, anxietatea, agitația, depresia, preocuparea

pentru anumite lucruri, o condiție medicală cronică, inclusiv lipsa de motivație.

18. La etapa de efectuare a procedurii de evaluare propriu-zisă psihologul va aplica metodele, tacticile și tehnologiile planificate, raportându-le la vârsta și capacitățile copilului. În cadrul acestui proces se desfășoară comunicarea, interacțiunea psihosocială dintre psiholog și copilul evaluat. La etapa de evaluare propriu-zisă trebuie de avut în vedere următoarele aspecte:

1) Durata etapei de bază depinde de complexitatea scopurilor, de numărul sarcinilor propuse, de volumul completului de metode psihodiagnostice și, nu în ultimul rând, de starea psihologică a copilului/ maturului evaluat. De regulă, evaluarea se desfășoară timp de 4-6 săptămâni.

2) Condiția unei bune evaluări este stabilirea unui contact optim cu copilul. Acesta influențează formarea la copil a unei atitudini de încredere față de matur, a reprezentării că psihologul este o persoană bună, ce se îngrijorează pentru el și este un ascultător foarte atent. În dependență de vârsta copilului se recomandă diferite modalități de inițiere a comunicării cu el.

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

a) acceptarea limbajului copilului, utilizarea aceluiași cuvinte, denumiri pe care le utilizează copilul;

b) utilizarea în conversație doar a datelor/ informațiilor verbalizate de copil, fără a-i da de înțeles că psihologul cunoaște informații despre situația suspectă sau confirmată de violență la care a fost supus;

c) evitarea erorilor de exprimare în formularea instrucțiunilor (două instrucțiuni în una sau două instrucțiuni care se exclud reciproc);

d) nu se recomandă întreruperea copilului, corectarea expresiilor, adresarea întrebărilor care sugerează răspunsul;

e) enunțurile, întrebările, reacțiile verbale și nonverbale ale psihologului trebuie să fie lipsite de orice apreciere emoțională;

f) limbajul psihologului, tonalitatea vocii nu trebuie să fie foarte intime, ci mai degrabă serioase și orientate pe sarcină;

g) nu se admite perseverarea în stabilirea contactului vizual cu copilul, insistența privirii îl poate speria;

h) este important să se identifice distanța proximă între psiholog și copil, astfel încât copilul să se simtă confortabil, se recomandă să fie evitate atingerea și alte forme de contact corporal (mângâierea pe mâini, pe cap, cuprinderea), care pot fi binevenite în alte cazuri de comunicare cu copilul, dar nu în cadrul evaluării psihologice;

i) se informează copilul despre confidențialitatea procesului de evaluare în măsura în care copilul înțelege sensul acestei noțiuni, dar se ține cont de faptul că nu se poate promite copilului respectarea confidențialității unor informații

pe care specialistul este obligat să le aducă la cunoștința altor profesioniști, din perspectivă juridică sau etică.

4) Gestionarea complicațiilor ce pot apărea la debutul evaluării:

a) dacă copilul refuză să fie evaluat, psihologul trebuie să identifice motivul refuzului și să acționeze în vederea oferirii copilului unei mai bune explicații despre procesul de evaluare. De regulă, refuzul copiilor de a participa la evaluare presupune anumite frici care trebuie să fie clarificate (prelucrate) înainte de a începe evaluarea propriu-zisă;

b) dacă copilul se află în stare de criză emoțională, psihologul trebuie să stabilizeze starea dezechilibrată a copilului, utilizând tehnici de lucru cu copiii în criză;

c) dacă copilul manifestă emoții negative în legătură cu separarea de adultul de referință, psihologul trebuie să permită prezența acestuia, cerându-i să păstreze neutralitatea și neimplicarea în procesul de evaluare.

5) Gestionarea complicațiilor ce pot surveni în procesul evaluării propriu-zise:

a) dacă copilul refuză să participe la evaluare, psihologul trebuie să identifice motivul refuzului, să încerce diferite căi pentru a schimba motivația refuzului; dacă prezența copilului la ședințele de evaluare planificate nu este asigurată de către reprezentanții legali/ persoana în grija căreia se află copilul, se informează instanța solicitantă despre condițiile sabotării procesului de evaluare;

b) dacă psihologul suspectă că copilul simulează simptome ale abuzului sau, invers, disimulează (neagă victimizarea sa), psihologul trebuie să atragă atenția la concordanța dintre mesajele verbale și cele non-verbale ale copilului;

c) în cazul în care psihologul este afectat de unele aspecte din experiența copilului evaluat în contextul propriilor traume legate de violență, sexualitate etc., psihologul va solicita supervizare din partea unui specialist cu experiență mai mare în domeniu sau transferul cazului către un alt psiholog.

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

1) Interpretarea datelor evaluării psihologice necesită din partea psihologului, în primul rând, cunoașterea simptomatologiei generale a copiilor victime (Sindromul Stresului Post Traumatic, stările de afect, tulburările de comportament, tulburările disociative, erorile cognitive, tulburările emoționale, tulburările funcționale), precum și corelarea acestora cu specificul individual al copilului evaluat, cum ar fi: vârsta, sexul, potențialul de coping la stres, specificul familiei și a evenimentului traumatic suportat (victimizarea directă sau indirectă, locul în care s-a produs abuzul - în familie sau comunitate etc.);

2) Pentru a determina cauzele unei sau altei manifestări psihice, psihologul trebuie să combine datele obținute în baza observației, a propriilor impresii, cu rezultatele

obținute în baza aplicării testelor și a altor metode obiective de cercetare. La fel, trebuie să atragă atenția asupra comentariilor, exprimărilor verbale și non-verbale ale copilului înregistrate în momentul apariției instantanee a acestora în contextul explorării evenimentelor traumatice;

3) Se recomandă oferirea raportului de evaluare psihologică în timp de 45 zile calendaristice de la inițierea procesului de evaluare, dar nu mai târziu de 60 zile;

4) Rezultatele psihodiagnostice se păstrează în dosarul copilului, în conformitate cu cerințele interne ale organizației de păstrare și arhivare a documentelor. Reieșind din faptul că în baza acestor rezultate se emite un document cu valoare probatorie în examinarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare, trafic al copiilor, se recomandă păstrarea tuturor fișelor de răspuns, astfel încât să existe disponibilitatea prezentării acestora la solicitarea autorităților competente.

Capitolul IV

ELABORAREA RAPORTULUI DE EVALUARE PSIHOLICĂ

20. Raportul de evaluare psihologică reprezintă documentul de bază ce reflectă rezultatele evaluării psihologice a copilului victimă/ potențială victimă.

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

22. Structura recomandată a raportului de evaluare psihologică este:

- 1) Indicarea instituției/ organizației ce a solicitat efectuarea evaluării psihologice și elaborarea raportului de evaluare psihologică; indicarea psihologului ce a efectuat evaluarea și a organizației pe care o reprezintă;
- 2) Date personale ale copilului evaluat (numele, prenumele, vârsta, locul de trai);
- 3) Scopul evaluării;
- 4) Metodele de cercetare utilizate în procesul de evaluare, forma de lucru cu copilul, termenii de realizare (numărul de ședințe sau de ore);
- 5) Descrierea scurtă a problemei copilului (evenimentul sau evenimentele traumatice evocate de copil/ instituția solicitantă);
- 6) Descrierea particularităților psiho-individuale ale copilului relevante scopului evaluării (date despre istoria copilului, despre situația familială, despre atitudinea membrilor familiei față de copil și față de situația prin care a trecut acesta, dinamica stării psiho-emoționale a copilului, particularitățile de vârstă corelate cu vulnerabilitatea, sugestibilitatea, factorii de constrângere, etc.);
- 7) Analiza, interpretarea și fundamentarea științifică a rezultatelor aplicării tehnicilor și procedurilor psihodiagnostice;

8) Concluzii și recomandări în baza rezultatelor evaluării.

23. Validitatea raportului de evaluare psihologică este dată, în primul rând, de tipul și calitatea teoriilor și cercetărilor pe care acesta se bazează, deoarece conținutul evaluării cuprinde o serie de afirmații științifice interconectate. Valoarea de adevăr al acestuia ține de cât de mult se aproximează idealul validității complete.

24. Cu privire la fidelitatea raportului de evaluare psihologică, specialistul evaluator trebuie să ia în considerație faptul că dacă un alt psiholog va evalua același copil, având aceleași obiective, folosind metode și tehnici identice, acesta ar trebui să obțină rezultate similare și să ajungă la aceleași concluzii.

25. Raportul finalizat și tehoredactat este aprobat de conducătorul organizației emițătoare și semnat de psihologul - evaluator.

Anexa 2.

Interviul de protecție cu copilul

În cadrul evaluării inițiale se realizează interviul de protecție cu copilul, ținând cont de vârsta și gradul lui de maturitate, pentru a constata, soluționa nevoile imediate ale acestuia și implicând, după caz, alți specialiști pentru soluționarea problemelor de sănătate, emoționale ale copilului, altor probleme de relevanță majoră, cum ar fi accesul suspectului abuzator la alți copii. Interviul de protecție reprezintă un factor de **protecție** pentru **copil**, facilitează informarea despre gradul de securitate a copilului în contextul identificării/ sesizării unui caz suspect de violență, neglijare, exploatare, trafic.

Interviul de protecție ca primă discuție cu copilul în scopul stabilirii gradului de securitate a copilului și informării acestuia despre drepturile sale, serviciile de asistență, măsurile de protecție, va scoate în evidență **persoana de încredere** a copilului, adică persoană din anturajul copilului (membru al familiei biologice/ extinse, pedagog, asistent social, psiholog, medic, preot etc.) în care copilul are încredere, căreia îi poate destăinui o situație în care se simte amenințat sau în pericol. Această persoană poate servi drept element-cheie în rețeaua ulterioară de suport și protecție a copilului.

Etapele interviului de protecție:

I. Prezentarea specialistului și stabilirea contactului cu copilul:

În cadrul acestei etape specialistul face cunoștință cu copilul, îi spune cine este și îi explică necesitatea discuției.

exemplu: Eu mă numesc dna Maria, sunt psiholog (asistent social, medic etc.) și ofer ajutor copiilor care sunt într-o situație dificilă. Știu că treci acum printr-o astfel de situație și o să fac tot ce-mi stă în putere să te ajut, dar pentru asta e nevoie să discutăm un pic, ca să înțeleg cum aș putea să te ajut.

II. Reactualizarea liberă de către copil a situației suspecte de violență, neglijare, exploatare, trafic:

Întrebările adresate copilului trebuie să fie deschise și e bine să atenționați copilul că în cadrul acestei discuții nu trebuie să povestească situația prin care a trecut în detalii.

exemplu: Povestește-mi ce ți s-a întâmplat.

Nu întrerupeți copilul în timp ce el povestește ce i s-a întâmplat!

III. Explorarea nivelului de risc și a necesităților imediate ale copilului prin abordarea următoarelor subiecte:

După ce copilul a finalizat propriile relatări, adresați-i întrebări de concretizare:

- Relațiile cu părinții. *Exemplu:* Cu cine locuiești? Povestește-mi cine are grijă de tine, ce mănânci, ce îmbraci? Cum te împaci cu părinții?
- Starea emotivă. *Exemplu:* Cum te simți?/ Ce se întâmplă în sufletul tău?
! este foarte important să urmărești mesajele nonverbale ale copilului.
- Securitatea copilului. *Exemplu:* Dacă te întorci azi acasă ți se poate întâmpla ceva rău?
- Necesitățile imediate – adăpost, mâncare, medicamente etc. *Exemplu:* Ai nevoie de ceva acum?; Ți-e foame/sete?; Te doare ceva?; Pentru a vedea de ce te doare burta o sa-l rog pe medicul de familie să te examineze.
- Prezența persoanelor de încredere. *Exemplu:* Ai spus că ți-e frică sa te duci acasă. Ai vreo rudă la care ai vrea să locuiești o perioadă?; În cine ai încredere să discuți despre problemele pe care le ai?; Ai spus cuiva despre ce ți s-a întâmplat?
- Planurile de viitor. *Exemplu:* Ce-ai vrea sa se întâmple în continuare?

IV. Finalizarea interviului:

La această etapă specialistul îi va mulțumi copilului pentru efortul pe care l-a depus în cadrul discuției și îl va informa pe copil cu privire la acțiunile ce urmează a fi întreprinse împreună cu alți specialiști responsabili de protecția copilului pentru a-i rezolva situația.

Exemplu: Multumesc că ai avut încredere în mine și mi-ai povestit despre situația prin care treci. Acum o să discut cu câțiva dintre colegii mei și o să gasim soluții pentru a te ajuta. Pentru că ți-e frică să te întorci acasă îți propun să dormi această noapte într-un centru de plasament pentru copii, iar eu voi ține legătura cu tine pentru a discuta acțiunile următoare. Pentru a te putea ajuta mai bine s-ar putea ca în următoarele zile să fie necesar să povestești în detalii unor colegi de-ai mei ce ți s-a întâmplat.

Cerințe față de specialistul ce realizează interviul de protecție

Specialistul care realizează interviul de protecție poate fi asistent social, pedagog, psiholog, inspector de poliție sau medic, în dependență de faptul în ce instanță a fost raportat sau suspectat cazul. Este important ca în contextul creat specialistul să dea dovadă de profesionalism, și anume:

- să cunoască caracteristicile psihologice ale copiilor de vârsta respectivă;
- să cunoască factorii ce pot împiedica recepționarea corectă a informației;
- să respecte principiul confidențialității;
- să cunoască tehnicile de formulare/ adresare a întrebărilor către copii.

Tehnici generale de adresare a întrebărilor:

- Formulați întrebările clar și concis. Cu cât întrebarea este mai lungă, cu atât copilului îi este mai greu să-o înțeleagă și să răspundă la ea;
- Nu adresați mai multe întrebări odată. Copilul va fi confuz și nu va ști la care să răspundă;
- Lăsați-i copilului timp pentru formularea răspunsurilor și pentru a se gândi puțin la ele. Dacă copilul nu are „timp de gândire”, el tinde să evite răspunsul;
- Ascultați răspunsul verbal al copilului, dar observați-l și pe cel non-verbal;
- Cuvintele pe care le utilizați, tonul și inflexiunile vocii, postura corpului, mișcarea ochilor și mimica trebuie să-i asigure copilului încrederea că este ascultat și tratat cu bunăvoință.

Ce NU trebuie de făcut în cadrul interviului:

- Nu faceți morală în timpul interviului;
- Nu promiteți recompense în schimbul informațiilor oferite;
- Nu obligați să vi se dea răspuns, chiar dacă știți că copilul minte sau ascunde ceva;
- Nu întrebați copilul cum ar dori el să fie pedepsit abuzatorul;
- Nu judecați niciodată răspunsurile oferite de copil;
- Nu corectați „răspunsurile incorecte”, puteți doar să precizați;
- Nu oferiți copilului informații sugestive despre abuz;
- Nu arătați supărarea, iritarea; dacă interviul derulează defectuos, mai bine faceți o pauză;
- Nu grăbiți copilul; ar putea avea nevoie de timp pentru a fi gata de comunicare;
- Nu întrebați copilul de ce abuzatorul i-a pricinuit durere. De obicei, copiii nu cunosc răspunsul la această întrebare și se autoînvinuiesc;
- Nu întrebați copilul dacă îl iubește pe abuzator sau dacă abuzatorul îl iubește pe copil;
- Nu promiteți copilului că nu veți spune nimănui despre cele povestite de el. Explicați-i copilului că pentru a-l ajuta este nevoie de implicarea mai multor specialiști.

Anexa 3.

Lista Evenimentelor de Viață conform DSM-5 Versiune extinsă

Data versiunii: 27 octombrie 2013

Referințe: Weathers F.W., Blake D.D., Schnurr P.P., Kaloupek D.G., Marx B.P., & Keane T.M. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) – Extended*. [Measurement instrument]. Disponibil la <http://www.ptsd.va.gov>

URL: http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp

LEV-5

Partea 1

Instrucțiuni: Mai jos sunt enumerate o serie de evenimente dificile sau stresante, care se pot întâmpla oricui. Pentru fiecare eveniment bifați una sau mai multe dintre casetele din dreapta, pentru a indica dacă: (a) s-a întâmplat cu Dumneavoastră personal; (b) ați fost martor; (c) ați aflat că s-a întâmplat unui membru de familie sau unui prieten apropiat; (d) ați fost expus, pentru că face parte din munca Dvs. (de exemplu: paramedic, polițist, militar sau altfel de muncă din categoria celor de urgență); (e) nu sunteți sigur dacă se potrivește; sau (f) nu se aplică în cazul Dvs.

Pe măsură ce treceți prin lista de evenimente, asigurați-vă că luați în considerație întreaga Dumneavoastră viață (din copilărie până la maturitate).

Evenimentul	S-a întâmplat cu mine	Am fost martor	Am aflat	Parte a muncii mele	Nu sunt sigur	Nu se aplică
1. Dezastru natural (de exemplu: inundație, uragan, tornadă, cutremur)						
2. Incendiu sau explozie						
3. Accident de transport (de exemplu: accident rutier, accident de barcă, accident feroviar, accident aviatic)						

4. Accident grav la locul de muncă, acasă sau în timpul recreerii						
5. Expunere la substanțe toxice (de exemplu: substanțe chimice periculoase, radiații)						
6. Agresiune fizică (de exemplu: ați fost atacat, izbit, pălmuit, lovit cu piciorul, bătut)						
7. Atac cu o armă (de exemplu: împușcat, înjunghiat, amenințat cu un cuțit, armă, exploziv)						
8. Agresiune sexuală (viol, tentativă de viol, amenințare pentru a efectua orice tip de activitate sexuală forțată)						
9. Alte experiențe sexuale nedorite sau care creează disconfort						
10. Luptă sau expunerea la o zonă de război (ca militar sau civil)						
11. Captivitate (de exemplu: ați fost răpit, ținut ca ostatic, prizonier de război)						
12. Boală sau leziune care v-a pus viața în pericol						
13. Suferință umană severă						
14. Moarte violentă bruscă (de exemplu: omucidere sau sinucidere)						
15. Moarte subită, survenită în urma unui accident						
16. Leziuni grave, daune sau deces pe care le-ați cauzat altcuiva						
17. Orice alt eveniment sau experiență foarte stresantă						

VĂ RUGĂM SĂ COMPLETAȚI PARTEA A 2-A PE PAGINA URMĂTOARE

Partea 2

A. Dacă ați bifat o situație din cele 17 din PARTEA 1, descrieți pe scurt evenimentul respectiv.

B. Dacă ați trecut prin experiența mai multor evenimente enumerate în PARTEA 1, gândiți-Vă la evenimentul cel mai grav, pentru acest chestionar ar însemna evenimentul care Vă deranjează cel mai mult la moment. Dacă ați trecut prin experiența unui singur eveniment specificat în PARTEA 1, faceți referire la el ca la cel mai grav. Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări despre cel mai grav eveniment (*bifați toate opțiunile care se aplică*):

1. Descrieți pe scurt cel mai grav eveniment (de exemplu: ce s-a întâmplat, cine a fost implicat etc.).

2. Când a avut loc evenimentul (cu cât timp în urmă)? _____ (Vă rugăm să estimați, dacă nu sunteți sigur.)

3. Care a fost experiența?

___ Mi s-a întâmplat mie personal.

___ Am fost martor al evenimentului.

___ Am aflat că s-a întâmplat unui membru de familie / unui prieten apropiat.

___ Am fost expus repetat detaliilor, pentru că face parte din munca mea (paramedic, polițist, militar, alt gen de muncă din categoria celor de urgență).

___ Alta (Va rugăm să o descrieți): _____

4. A fost viața cuiva în pericol?

___ Da, viața mea.

___ Da, viața altcuiva.

___ Nu a fost în pericol viața nimănui.

5. A fost cineva rănit grav sau ucis?

___ Da, eu am fost grav rănit(ă).

___ Da, altcineva a fost grav rănit / ucis.

___ Nimeni nu a fost rănit sau ucis.

6. Evenimentul a implicat violență sexuală?

___ Da

___ Nu

7. În cazul în care evenimentul a implicat decesul unui membru apropiat al familiei sau al unui prieten apropiat, aceasta s-a datorat unui accident sau violență ori au fost cauze naturale?

___ Accident / violență

___ Cauze naturale

___ Nu se aplică (Evenimentul nu s-a soldat cu decesul unui membru apropiat al familiei / unui prieten apropiat.)

8. De câte ori, în total, ați experimentat un eveniment la fel de stresant sau aproape la fel de stresant, similar celui mai grav eveniment?

___ Doar o dată.

___ Mai mult decât o dată (Vă rugăm să specificați sau să estimați de câte ori ați avut această experiență.) _____

Anexa 4.

Scala clinică SSPT pentru DSM-5 CAPS-5

Se aplică după o lună de la evenimentul traumatic

Data versiunii: 01 mai 2015	Nume: _____
Referințe: Weathers F.W., Blake D.D., Schnurr P.P., Kaloupek D.G., Marx B.P., & Keane T.M. (2015). <i>The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) – Past Month</i> [Measurement instrument].	Intervievator: _____
Disponibil pe http://www.ptsd.va.gov/	Studii: _____
URL: http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp	ID#: _____
	Data: _____

CAPS-5

Instrucțiuni:

Standardele de administrare și de notare a scorurilor CAPS-5 sunt esențiale pentru obținerea unor rezultate și luarea unor decizii de diagnosticare credibile și valide. CAPS-5 poate fi administrat numai de către intervieuatori calificați (psiholog-clinician/practician, psihiatru), care au o pregătire formală în interviuarea clinică structurată și diagnosticul diferențial, o înțelegere aprofundată a conceptului de *sindrom de stres posttraumatic* (SSPT), varietatea de simptome ale acestuia, precum și cunoștințe detaliate despre caracteristicile CAPS-5. t

Administrarea:

1. Identificați o listă a evenimentelor traumatiche care să servească drept bază pentru examinarea simptomelor. Utilizați Lista Evenimentelor de Viață și Criteriul A din CAPS-5 (pag. 5), sau utilizați altă metodă structurată, bazată pe dovezi. Lista evenimentelor poate include chiar și un singur incident (de exemplu, "accidentul") sau mai multe incidente strâns legate între ele (de exemplu, „cele mai rele părți ale experiențelor tale de confruntare cu diferite adversități”).

2. Citiți itemii în ordinea prezentată, acordând atenție următoarelor aspecte:
- Folosiți cuvintele respondentului pentru descrierea evenimentului traumatic sau a simptomelor specifice.
 - Reformulați întrebările-standard pentru a confirma/concretiza informațiile comunicate anterior de respondent. De exemplu, itemul 20 ar putea începe așa: "Ai menționat deja că ai probleme cu somnul. Ce fel de probleme sunt?". Ulterior, reveniți la următorul item.
 - Dacă nu aveți suficiente informații după epuizarea tuturor întrebărilor standardizate, reluați-le din nou. În acest caz, repetarea întrebării inițiale ajută respondentul să-și focalizeze atenția.
 - La necesitate, rugați respondentul să exemplifice sau să reformuleze răspunsurile, dacă acestea nu sunt explicite.
3. În general, NU sugerați răspunsuri. Dacă unui respondent îi este dificil să înțeleagă o întrebare, poate fi necesar să-i oferiți un mic exemplu sau să ilustrați. Oricum, acest lucru trebuie făcut foarte rar și numai după ce respondentului i s-a oferit șansa de a răspunde în mod spontan.
4. Nu citiți gradele de severitate a simptomelor identificate respondentului. Acestea sunt doar pentru intervieuatori, deoarece utilizarea corespunzătoare necesită o apreciere clinică și o înțelegere aprofundată a notării convenționale CAPS-5.
5. Parcurgeți interviul cât mai eficient posibil, pentru a minimiza suferința/disconfortul respondenților. Câteva strategii utile:
- Fiți bine familiarizat cu CAPS-5, astfel încât interviul să decurgă fluent.
 - Adresați cât mai puține întrebări pentru a obține informații suficiente, care să vină în susținerea unei evaluări valide.
 - Minimalizați pe cât e posibil luarea notițelor în timp ce respondentul vorbește. Evitați pauzele lungi.
 - Mențineți controlul în timpul interviului. Fiți respectuos, dar ferm în concentrarea atenției respondentului asupra sarcinii, în oferirea răspunsurilor consecutive la întrebări, insistați asupra exemplificărilor și atrageți-i atenția asupra contradicțiilor.

Interpretarea scorului

1. Ca și în versiunile anterioare ale CAPS, evaluarea severității simptomelor CAPS-5 este bazată pe frecvența și intensitatea simptomului, cu excepția itemilor 8 (*amnezie*) și 12 (*scăderea interesului*), care se bazează pe cantitate și intensitate. Cu toate acestea, itemii CAPS-5 sunt evaluați cu un singur barem, spre deosebire de versiunile CAPS anterioare, pentru care era necesară aplicarea baremurilor separate pentru fiecare item la măsurarea frecvenței și intensității. Scorurile obținute în versiunile anterioare ale CAPS fie erau însumate, pentru a calcula un

scor al severității simptomului, fie erau combinate în baza diferitor reguli, pentru a furniza rezultatele într-un mod dihotomic (prezent/absent).

În cazul CAPS-5, clinicianul combină informațiile despre frecvența și intensitatea simptomului înainte de a evalua severitatea acestuia. În funcție de fiecare item, **frecvența** este evaluată fie ca număr de apariții (cât de des în ultima lună) sau ca procent de timp (cât timp în ultima lună).

Intensitatea este evaluată pe o scală ordinală de patru puncte, cu calificativele *Minim*, *Prezent în mod clar*, *Pronunțat* și *Extrem*. Intensitatea și severitatea sunt conexe, dar distincte. Intensitatea se referă la forța apariției tipice a unui simptom. **Severitatea** se referă la intensitatea totală a unui simptom pe o anumită perioadă de timp și este o combinație de intensitate și frecvență. Acest lucru este similar cu evaluarea cantității/frecvența în cazul consumului de alcool. În general, baremul de evaluare a intensității corespunde cu baremul de evaluare a severității simptomului descrise mai jos și ar trebui să fie interpretate și utilizate în același mod, cu excepția faptului că evaluarea severității necesită luarea în considerare în comun a intensității și frecvenței. Astfel, intensitatea *Minimă* va corespunde severității *Ușoare/sub limita pragului*; intensitatea *Prezentă în mod clar* va corespunde severității *Moderate/în limita pragului*; intensitatea *Pronunțată* va corespunde cu severitatea *Severă/crescută semnificativ*, iar intensitatea *Extremă* va corespunde cu severitatea *Extremă/incapacitantă*.

2. CAPS-5 propune 5 puncte de evaluare a **severității** tuturor simptomelor. Baremul scalei de evaluare trebuie interpretat și utilizat după cum urmează:

0 Absentă: respondentul a negat problema sau simptomul respondentului nu se potrivește criteriilor DSM-5.

Ușoară/sub limita pragului: respondentul a descris o problemă care este în concordanță cu criteriul simptomului, dar nu este suficient de sever pentru a fi considerat clinic important. Problema nu satisface criteriile DSM-5, prin urmare nu poate fi luat în considerare ca fiind diagnostic SSPT.

Moderată/în limita pragului: respondentul a descris o problemă importantă clinic. Problema satisface criteriile DSM-5, astfel respondentul poate fi evaluat pentru o diagnoză SSPT. Problema poate fi privită ca un obiectiv de intervenție. Acest calificativ necesită o frecvență minimă de *2 ori pe lună sau o parte din timp (20-30%)*, PLUS o intensitate minimă de *Prezent în mod clar*.

Severă/crescută semnificativ: respondentul a descris o problemă care este mult peste limită. Problema este dificil de gestionat, poate fi copleșitoare și ar fi un obiectiv important pentru intervenție. Acest calificativ necesită o frecvență minimă de *2 ori pe săptămână sau o mare parte din timp (50-60%)*, PLUS o intensitate minimă din categoria *Pronunțat*.

Extremă/incapacitantă: respondentul a descris un fapt dramatic, cu mult peste limită. Problema este pervasive, greu de gestionat, copleșitoare și ar fi o prioritate pentru intervenție.

3. Evaluați severitatea numai în cazul în care sunt prezente atât frecvența minimă, cât și intensitatea. Cu toate acestea, în cazul în care frecvența raportată este mai mică decât indicatorul necesar, iar intensitatea este mai mare, ați putea aplica judecata clinică în evaluarea severității. De exemplu, puteți califica severitatea ca fiind *Moderată/în limita pragului* în cazul în care un simptom apare 1 dată pe lună (în loc de 2 ori pe lună), atâta timp cât intensitatea este evaluată ca *Pronunțată* sau *Extremă* (în loc de necesarul *Prezentă în mod clar*). În mod similar, s-ar putea face o evaluare a severității ca *Severă/crescută semnificativ* în cazul în care un simptom are loc o dată pe săptămână (în loc de necesarul de 2 ori pe săptămână), atâta timp cât intensitatea este evaluată ca *Extremă* (în loc de necesarul *Pronunțată*). Dacă nu reușiți să decideți între două evaluări, alegeți rata cu indicele mai scăzut.

4. Este nevoie de stabilit că simptomul respectă nu numai criteriul fenomenologic al DSM-5, dar este, de asemenea, funcțional legat de lista evenimentului traumatic, adică a început sau s-a înrăutățit ca urmare a evenimentului. Itemii 1-8 și 10 ai CAPS-5 (re-experimentarea, evitarea extenuantă, amnezia și vina) sunt în mod inerent legați de eveniment. La evaluarea itemilor pentru identificarea relaționării simptomului cu evenimentul traumatic se folosește următoarea grilă de evaluare:

a. **Categoric** = simptomul poate fi în mod clar atribuit listei traumelor, deoarece (1) există o schimbare evidentă a nivelului de funcționare anterior traumei și/ sau (2) respondentul atribuie cu certitudine simptomul evenimentului traumatic trăit

b. **Probabil** = simptomul, probabil, este legat de lista traumelor, dar o legătură certă nu poate fi făcută. Situațiile în care s-ar face această evaluare sunt următoarele: (1) se pare că există o schimbare a nivelului de funcționare anterior traumei, dar nu este la fel de clar și explicit cum ar fi pentru *Categoric*; (2) respondentul face o legătură de cauzalitate între simptom și lista evenimentelor traumatice, dar cu mai puțină încredere decât ar face-o pentru *Categoric*; (3) pare să existe o relație funcțională între simptomul descris și manifestările simptomatice legate de traumă (de ex., amortire sau sporirea sevrajului atunci când se intensifică re-experimentarea).

c. **Puțin probabil** = simptomul poate fi atribuit unei cauze, alta decât listei evenimentelor traumatice: (1) există o legătură funcțională evidentă cu această altă cauză și/sau (2) respondentul face încredător o atribuire cu o altă cauză și neagă legătura cu lista evenimentelor traumatice. Poate fi dificil de a exclude o legătură funcțională între un simptom și lista evenimentelor traumatice, de aceea o evaluare a calificativului *Puțin probabil* trebuie utilizată numai în cazul în care dovezile disponibile indică cu fermitate o altă cauză decât lista evenimentelor traumatice. **Notă.** Simptomele cu evaluarea *Puțin probabil* nu ar trebui să fie luate în considerare ca un diagnostic al SSPT sau să fie incluse în scorul total de severitate a simptomului CAPS-5.

5. **Scorul total de severitate a simptomului CAPS-5** este calculat prin însumarea scorurilor de severitate pentru itemii 1-20. **Notă.** Scorurile de severitate pentru

cei doi itemi de disociere (29 și 30) NU trebuie incluse în calculul total al scorului de severitate CAPS-5.

6. **Scorurile de severitate a simptomelor clusterului CAPS-5** se calculează prin însumarea scorurilor de severitate pentru fiecare item. Astfel, scorul de severitate pentru Criteriul B (*re-experimentarea*) este suma scorurilor de severitate pentru itemii 1-5; scorul de severitate pentru Criteriul C (*evitarea*) este suma itemilor 6 și 7; scorul de severitate al Criteriului D (*modificări negative în cogniții și dispoziție*) este suma itemilor 8-14; scorul de severitate pentru Criteriul E (*hiperexcitabilitate*) este suma itemilor 15-20. Un scor al simptomelor pentru *Disociere* se calculează prin însumarea itemilor 29 și 30.

7. Statutul diagnosticului SSPT poate fi determinat, în primul rând, de simptome dihotomice ca *Prezent* sau *Absent*, urmând apoi regula de diagnostic DSM-5. Un simptom este considerat prezent numai dacă scorul de severitate pentru itemul corespunzător este evaluat cu 2 = *Moderată/la limită* sau mai mare. Pentru itemii 9 și 11-20 se evaluează adițional pentru *Relaționarea cu Evenimentul Traumatic* cu *Categoric* și *Probabil*. În caz contrar, un simptom este considerat absent. Regula diagnosticului DSM-5 cere prezența a cel puțin unui simptom din **Criteriul B, un simptom din Criteriul C, două simptome din Criteriul D și două simptome din Criteriul E**. Suplimentar, trebuie să fie respectate Criteriile F și G. Criteriul F prevede ca perturbările să fi durat cel puțin o lună. Criteriul G prevede ca tulburarea să provoace fie suferință/extenuare semnificativă clinic, fie afectare funcțională, așa cum este indicat de calificativul 2 = *Moderată* sau mai mare pentru itemii 23-25.

Criteriul A

Expunerea la stimuli ca moartea cuiva, amenințarea cu moartea, injurii serioase la adresa propriei persoane sau agresiune sexuală într-una (sau mai multe) din următoarele situații:

Confruntarea în mod direct cu un/unele eveniment(e) traumatic(e).

Martor la un eveniment(e) traumatic(e) care li s-a întâmplat altor persoane.

Cunoașterea faptului că evenimentul(ele) traumatic(e) i/li s-a(u) întâmplat unui membru apropiat al familiei sau unui prieten apropiat (moarte violentă sau accident).

Trăirea repetată sau expunerea la stimuli aversivi ai evenimentului traumatic (expunerea la rămășițele umane de către serviciile de urgență/poliție; expunerea la detalii cu referire la abuzul sexual al copiilor).

Notă. Criteriul A4 nu se aplică în cazul expunerii prin mass-media electronică, televiziune, filme sau imagini, cu excepția cazului în care această expunere este legată de activitatea profesională.

Utilizați Lista Evenimentelor de Viață sau alt instrument structurat de screening pentru traumă]

Te voi întreba despre experiențele stresante din viața ta. În primul rând am să te

rog să-mi vorbești un pic despre evenimentul care a fost cel mai grav pentru tine. Apoi te voi întreba cum te-a afectat acest eveniment pe parcursul lunii trecute. În general, nu am nevoie de foarte multe informații – doar atât cât să pot înțelege problemele pe care le-ai avut. Te rog să-mi spui dacă te va deranja/supăra ceva pe măsură ce vom parcurge întrebările, astfel încât să putem încetini și să vorbim despre asta. De asemenea, sa-mi spui dacă apar întrebări sau nu înțelegi ceva. Ai întrebări înainte de a începe?

Evenimentul despre care ai spus că a fost cel mai rău a fost ... (EVENIMENTUL). Aș vrea să descrii pe scurt ceea ce s-a întâmplat.

Descrierea evenimentului (specificați): _____

Ce s-a întâmplat? (Ce vârstă ai? Cum ai fost implicat? Cine altcineva a mai fost implicat? A fost cineva rănit grav sau omorât? A fost viața cuiva în pericol? De câte ori s-a întâmplat?)

Tipul expunerii:

___ S-a întâmplat cu mine personal
___ Am fost martor
___ Am aflat
___ Expus detaliilor repugnante

Amenințarea vieții?

NU DA (personal ___ altul ___)

Răni grave?

NU DA (personal ___ altul ___)

Violență sexuală?

NU DA (personal ___ altul ___)

Criteriul A completat?

NU PROBABIL DA

Pentru restul interviului vreau să păstrezi (EVENIMENTUL) în minte, deoarece te voi întreba despre diferite probleme pe care acesta probabil ți le-a cauzat. Este posibil să fi avut unele dintre aceste probleme și anterior, dar în acest interviu ne vom concentra doar la problemele din luna precedentă. Te voi întreba despre fiecare problemă dacă ai avut-o în ultima lună, și dacă da, cât de des și cât de mult te-a deranjat.

Criteriul B

Prezența unuia (sau a mai multor) dintre următoarele simptome intruzive asociate cu evenimentul(ele) traumatic(e), începutul căruia a apărut după evenimentul(ele) traumatic(e):

ITEMUL 1 (B1). Amintiri intruzive stresante, recurente, involuntare ale evenimentului(elor) traumatic(e) (imagini, gânduri sau percepții). *Notă.* În cazul copiilor mai mari de 6 ani, prin intermediul jocului repetitiv pot fi exprimate anumite teme sau aspecte ale evenimentului(elor) traumatic(e).

<p>În ultima lună, ai avut amintiri nedorite despre (EVENIMENT) în timp ce erai treaz, deci nu luăm în considerare visele? (Rata 0 = absent în cazul în care numai în timpul viselor)</p> <p>Cum se întâmplă că începi să-ți amintești (EVENIMENTUL)? [Dacă nu e clar:] Acestea sunt amintiri nedorite sau te gândești intenționat la (EVENIMENT)? (Rate 0 = absent, cu excepția cazului în care este perceput ca involuntar și intruziv)</p> <p>Cât de tare te deranjează aceste amintiri?</p> <p>Reușești să îți le scoți din minte și să te gândești la altceva? [Dacă nu e clar:] În general, cât de mare e această problemă pentru tine?</p> <p>_____</p> <p>Ciclu: <u>suferință/extenuare</u> =</p> <p>Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>Cât de des ai avut aceste amintiri în ultima lună? [De câte ori?] _____</p>	<p>0. Absentă</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea suferinței/extenuării</p> <p>Moderată = de cel puțin 2 ori pe lună / extenuare prezentă în mod clar, unele dificultăți de respingere a amintirilor</p> <p>Severă = de cel puțin 2 ori pe săptămână / extenuare / suferință pronunțată, dificultăți considerabile de respingere a amintirilor</p>
---	---

ITEMUL 2 (B2). Vise recurente apăsătoare despre eveniment

Notă. Copiii pot avea vise terifiante fără vreun conținut recognoscibil.

<p>În ultima lună ai avut vreun vis neplăcut despre (EVENIMENT)?</p> <p>Describe un vis tipic. (Ce se întâmplă?)</p> <p>[Dacă nu e clar:] Aceste vise te trezesc?</p> <p>[Dacă da:] Cu ce te confrunți când te trezești? Cât timp îți ia să revii la somn?</p> <p>[În cazul în care raportează că nu revine la somn:] Câte ore de somn pierzi?</p> <p>Cât de tare te deranjează aceste vise?</p> <p>_____</p> <p>Ciclu: <u>Suferință/extenuare</u> =</p> <p>Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>Cât de des ai avut aceste vise în ultima lună? (De câte ori?) _____</p>	<p>0. Absentă</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea suferinței/extenuării</p> <p>Moderată = de cel puțin 2 ori pe lună / extenuare prezentă în mod clar, mai puțin de 1 oră de somn pierdută</p> <p>Severă = de cel puțin 2 ori pe săptămână / extenuare / suferință pronunțată, mai mult de 1 oră de somn pierdută</p>
---	--

ITEMUL 3 (B3). Reacții disociative (de exemplu, flashbackuri), sentimentul retrăirii experienței, iluzii, halucinații. (Astfel de reacții pot să apară continuu, extremitatea fiind lipsa completă a gradului conștientizării mediului înconjurător.)

Notă. La copii, o reconstituire specifică a traumei poate apărea în timpul jocului.

<p>În ultima lună, au existat momente când dintr-o dată ai acționat sau ai simțit ca și în cazul în care (EVENIMENTUL) ar fi avut loc din nou?</p> <p>[Dacă nu e clar:] Te simți diferit când gândești sau visezi despre evenimentul traumatic ca și în cazul în care (EVENIMENTUL) ar fi avut loc din nou? (Ai fi confuz cu referire la locul unde te afli?)</p> <p>Cât de intensă crezi că ar fi fost trăirea ta, dacă (EVENIMENTUL) ar fi avut loc din nou? (Ai fi confuz cu referire la locul unde te afli?)</p> <p>Ce faci în timp ce îți se întâmplă aceasta? (Alte persoane îți observă comportamentul? Ce spun ele?)</p> <p>Cât a durat această stare?</p> <p>_____</p> <p>Ciclu: <u>Disocierea</u> =</p> <p>Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>Cât de des s-a întâmplat în ultima lună? (De câte ori?) _____</p>	<p>0. Absentă</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea suferinței/extenuării</p> <p>Moderată = de cel puțin 2 ori pe lună / caracterul disociativ prezent în mod clar, își poate păstra gradul de conștientizare a mediului înconjurător, dar retrăiește evenimentul într-un mod distinct de gânduri și amintiri</p> <p>Severă = de cel puțin 2 ori pe săptămână / caracter disociativ pronunțat, raportează retrăiri vii, de exemplu, cu imagini, sunete, mirosuri etc.</p>
---	--

ITEMUL 4 (B4). Suprasolicitare psihică intensă la confruntarea cu stimuli externi sau interni ce simbolizează sau seamănă cu un aspect al evenimentului traumatic

<p>În ultima lună, atunci când ceva îți-a amintit de (EVENIMENT), te-a supărat emoțional?</p> <p>Ce fel de stimuli (lucruri, persoane) în special te supără?</p> <p>Cât de mult te deranjează acestea?</p> <p>Ești în stare să te calmezi atunci când acestea au loc? (Cât timp îți ia?)</p> <p>[Dacă nu e clar:] În general, cât de mare e această problemă pentru tine?</p> <p>_____</p> <p>Ciclu: <u>Suferință/extenuare</u> =</p> <p>Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>Cât de des s-a întâmplat în ultima lună? (De câte ori?) _____</p>	<p>0. Absentă</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea suferinței/extenuării</p> <p>Moderată = de cel puțin 2 ori pe lună / extenuare prezentă în mod clar, unele dificultăți de recuperare</p> <p>Severă = de cel puțin 2 ori pe săptămână / extenuare / suferință pronunțată, dificultăți de recuperare considerabile</p>
--	---

ITEMUL 5 (B5). Reactivitate fiziologică la expunerea la stimuli interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect al evenimentului traumatic

<p>În ultima lună, ai avut reacții fizice atunci când ceva îți amintește de (EVENIMENT)?</p> <p>Îmi poți oferi câteva exemple? (Bătăile inimii accelerează sau respirația se schimbă? Transpiri sau ai o senzație de tensiune sau tremor?)</p> <p>Ce fel de stimuli declanșează aceste reacții?</p> <p>Cât timp îți ia să-ți revii?</p> <hr/> <p>Ciclu: Reactivitatea fiziologică = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>Cât de des s-a întâmplat în ultima lună? (De câte ori?)</p> <hr/>	<p>0. Absentă</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea excitării fiziologice</p> <p>Moderată = de cel puțin 2 ori pe lună / reactivitate clar prezentă, unele dificultăți de recuperare</p> <p>Severă = de cel puțin 2 ori pe săptămână / reactivitate pronunțată, excitare prelungită, dificultăți de recuperare considerabile</p>
--	---

Criteriul C

Evitarea persistentă a stimulilor asociați cu trauma și aplatizarea reactivității generale (care nu era prezentă înaintea traumei), dacă sunt prezenți unul sau ambii itemi de mai jos:

ITEMUL 6 (C1). Evitarea sau efortul de a evita amintirile dureroase/deranjante, gândurile sau sentimente asociate cu trauma

<p>În ultima lună, ai încercat să eviți gânduri sau sentimente despre (EVENIMENT)?</p> <p>Ce fel de gânduri sau sentimente eviți?</p> <p>Cât de greu îți este să eviți aceste gânduri sau sentimente? (Ce fel de lucruri faci?)</p> <p>[Dacă nu e clar:] În general, cât de mare e problema asta pentru tine? Cum ar fi lucrurile, dacă nu ar fi trebuit să eviți aceste gânduri sau sentimente?</p> <hr/> <p>Ciclu: Evitarea = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>Cât de des s-a întâmplat în ultima lună? (De câte ori?)</p> <hr/>	<p>0. Absentă</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea evitării</p> <p>Moderată = de cel puțin 2 ori pe lună / evitarea prezentă în mod clar</p> <p>Severă = de cel puțin 2 ori pe săptămână / evitare pronunțată</p>
---	---

ITEMUL 7 (C2). Evitarea sau efortul de a evita stimulii externi, precum activități, locuri sau persoane care pot trezi amintirea traumei

<p>În ultima lună, ai încercat să eviți lucruri ce îți amintesc despre (EVENIMENT), cum ar fi anumiți oameni, locuri sau situații?</p> <p>Ce fel de lucruri eviți?</p> <p>Cât efort depui ca să le eviți? (Trebuie să faci un plan sau să-ți modifice activitățile pentru a le evita?)</p> <p>[Dacă nu este clar:] În general, cât de mare e problema asta pentru tine? Cum ar sta lucrurile, dacă nu ar fi trebuit să eviți aceste ... (locuri, oameni, situații etc.)?</p> <hr/> <p>Ciclu: Evitarea = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>Cât de des s-a întâmplat în ultima lună? (De câte ori?)</p> <hr/>	<p>0. Absentă</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea evitării</p> <p>Moderată = de cel puțin 2 ori pe lună / evitarea prezentă în mod clar</p> <p>Severă = de cel puțin 2 ori pe săptămână / evitare pronunțată</p>
---	---

Criteriul D

Gânduri și emoții negative asociate cu evenimentul traumatic, apărute sau agravate după un asemenea eveniment, dacă sunt prezenți doi sau mai mulți itemi de mai jos:

ITEMUL 8 (D1). Incapacitatea de reactualizare a unor aspecte importante ale evenimentului traumatic (de regulă, din cauza amneziei disociative, și nu din cauza altor factori, cum ar fi leziunile cerebrale, alcoolul sau drogurile)

<p>În ultima lună, ai întâlnit dificultăți în procesul de reamintire a unor părți importante ale (EVENIMENTULUI)? (Simți că ai lacune în memorie cu referire la (EVENIMENT)?)</p> <p>Ce părți ți-a fost greu să-ți reamintești?</p> <p>Simți că ar trebui să fii capabil să-ți amintești aceste lucruri?</p> <p>[Dacă nu e clar:] De ce crezi că nu poți? Ai avut o leziune cerebrală în timpul (EVENIMENTULUI)? Ai căzut inconștient? Ai fost intoxicat cu alcool sau droguri? (Rata 0 = Absent în situația în care e din cauza leziunilor cerebrale sau a pierderii cunoștinței, sau din cauza intoxicației în timpul evenimentului)</p> <p>[Dacă tot nu e clar:] Este normal să uiți? Sau crezi că e posibil să ți se fi blocat amintirile, pentru că ar fi prea dureros să-ți amintești? (Rata 0 = Absent în situația în care e din cauza uitării normale)</p> <hr/> <p>Ciclu: Dificultăți în procesul de reamintire = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>În ultima lună, pentru câte părți importante ale (EVENIMENTULUI) ai întâlnit dificultăți de reamintire? (Care părți ți le amintești totuși?) Numărul aspectelor importante _____</p> <p>Dacă ai încerca, ți-ai putea aminti aceste lucruri?</p>	<p>0. Absentă</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = totalul evenimentelor pe care nu și le-a reamintit / intensitatea incapacității de a-și aminti</p> <p>Moderată = cel puțin un aspect important / dificultatea de a-și aminti este prezentă în mod clar, unele reamintiri cu posibil efort</p> <p>Severă = mai multe aspecte importante / dificultatea de a-și reaminti pronunțată, puține reamintiri chiar și cu eforturi</p>
--	---

ITEMUL 9 (D2). Convingeri negative/așteptări persistente și exagerate cu privire la sine sau la alții (de exemplu: „Eu sunt rău”, „Nimeni nu poate fi de încredere”, „Lumea este foarte periculoasă”, „Sistemul meu nervos este distrus definitiv“)

<p>În ultima lună, ai avut <u>convingeri negative puternice despre tine, despre alți oameni sau despre lume?</u></p> <p>Îmi poți da niște exemple? (Ce zici de convingerile de genul: „Eu sunt rău”, „Este ceva serios în neregulă cu mine”, „Nimeni nu poate fi de încredere”, „Lumea este foarte periculoasă“?)</p> <p>Cât de puternice sunt aceste convingeri? (Cât de convins ești că aceste păreri sunt de fapt adevărate? Poți să gândești și altfel?)</p> <hr/> <p>Ciclu: Convingere = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>Cât timp în ultima lună te-ai simțit în acest fel, procentual? (% din timp) _____</p> <p>Aceste păreri au început sau au devenit mai grave după (EVENTIMENT)? (Crezi că au vreo legătură cu (EVENTIMENTUL)? În ce mod?)</p> <p>Ciclu: Relaționarea cu trauma = Categorie Probabil Puțin probabil</p>	<p>0. Absență</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <hr/> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea părerilor</p> <p>Moderată = o parte din timp (20-30%) / așteptări negative exagerate prezente în mod clar, unele dificultăți cu privire la convingeri mai realiste</p> <p>Severă = o mare parte din timp (50-60%) / așteptări negative exagerate pronunțate, dificultăți considerabile cu privire la convingeri mai realiste</p>
---	---

ITEMUL 10 (D3). Gânduri distorsionate persistente cu privire la cauza sau consecințele evenimentului traumatic, fapt ce conduce la autoînvinuire sau la blamarea celor din jur

<p>În ultima lună, te-ai învinuit pentru (EVENTIMENTUL) sau pentru ceea ce s-a întâmplat ca urmare a acestuia? Povestește-mi mai multe despre aceasta. (În ce sens vezi că ai provocat (EVENTIMENTUL)? Este din cauza că ai făcut ceva? Sau ceva ce crezi că ar fi trebuit să faci, dar nu ai făcut? Crezi că e din cauza faptului că e ceva legat de tine în general?)</p> <p>Ce crezi despre învinuirea altei persoane pentru (EVENTIMENTUL) sau pentru ceea ce s-a întâmplat ca urmare a acestuia? Povestește-mi mai multe. (În ce sens vezi că (ALȚII) au provocat (EVENTIMENTUL)? Este din cauza că au făcut ceva? Sau ceva ce crezi că ar fi trebuit să facă, dar nu au făcut?)</p> <p>Cât de mult condamni (PE TINE sau PE ALTCINEVA)?</p> <p>Cât de convins ești că (TU sau ALȚII) ești/sunt cu adevărat de vină pentru ceea ce s-a întâmplat? (Alți oameni sunt de acord cu tine? Ai putea gândi și altfel?)</p> <p>(Rata 0 = Absent dacă dă vina doar pe abuzator, adică pe cineva care a provocat în mod deliberat evenimentul cu vătămare intenționată)</p> <hr/> <p>Ciclu: Convingere = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>Cât timp în ultima lună te-ai simțit în acest fel, ca procent? (% din timp) _____</p>	<p>0. Absență</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <hr/> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea învinuirii</p> <p>Moderată = o parte din timp (20-30%) / un sentiment de vină distorsionat este prezent în mod clar, unele dificultăți cu privire la convingeri mai realiste</p> <p>Severă = o mare parte din timp (50-60%) / un sentiment de vină pronunțat, dificultăți considerabile cu privire la convingeri mai realiste</p>
---	--

ITEMUL 11 (D4). Starea emoțională negativă persistentă (de exemplu, frică, groază, furie, vinovăție sau rușine)

<p>În ultima lună, ai avut <u>sentimente negative puternice, cum ar fi frică, groază, furie, vinovăție sau rușine?</u></p> <p>Îmi poți da câteva exemple? (Ce sentimente negative simți?)</p> <p>Cât de puternice sunt aceste sentimente?</p> <p>Cât de bine le poți gestiona?</p> <p>[Dacă nu e clar:] În general, cât de mare e această problemă pentru tine?</p> <hr/> <p>Ciclu: Emoții negative = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>Cât timp în ultima lună te-ai simțit în acest fel, ca procent? (% din timp) _____</p> <p>Aceste sentimente negative au început sau au devenit mai grave după (EVENTIMENT)? (Crezi că sunt legate de (EVENTIMENTUL)? Cum?)</p> <p>Ciclu: Relaționarea cu trauma = Categorie Probabil Puțin probabil</p>	<p>0. Absență</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <hr/> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea emoțiilor negative</p> <p>Moderată = o parte din timp (20-30%) / emoții negative prezente în mod clar, unele dificultăți de gestionare</p> <p>Severă = o mare parte din timp (50-60%) / emoții negative pronunțate, dificultăți considerabile de gestionare</p>
---	--

ITEMUL 12 (D5). Diminuarea pronunțată a interesului sau a participării la activități semnificative

<p>În ultima lună, ai fost <u>mai puțin interesat de activități care anterior îți aduceau plăcere?</u></p> <p>Pentru ce fel de lucruri ai pierdut interesul sau nu le mai faci atât de des pe cât le făceai anterior? (Alteceva?)</p> <p>Care este motivul?</p> <p>(Rata 0 = Absent în cazul în care participarea este diminuată din cauza lipsei de oportunitate, a incapacității fizice sau din cauza schimbărilor adecvate nivelului de dezvoltare în activitățile preferate)</p> <p>Cât de puternică este pierderea interesului? (Te-ar mai bucura (ACTIVITĂȚILE) odată ce le-ai începe?)</p> <hr/> <p>Ciclu: Pierderea interesului = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>În general, în ultima lună, câte dintre activitățile obișnuite te-au interesat mai puțin, ca procent? (% din activități) _____</p> <p>Ce activități încă îți mai aduc satisfacție?</p> <p>Această pierdere de interes a început sau s-a agravat după (EVENTIMENT)? (Crezi că are vreo legătură cu (EVENTIMENTUL)? Cum?)</p> <p>Ciclu: Relaționarea cu trauma = Categorie Probabil Puțin probabil</p>	<p>0. Absență</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <hr/> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea pierderii interesului</p> <p>Moderată = câteva activități (20-30%) / pierderea interesului e prezent în mod clar, dar mai are câteva activități care-i provoacă plăcere</p> <p>Severă = multe activități (50-60%) / o lipsă a interesului pronunțată, puțin interes sau puține participări în activități</p>
---	---

ITEMUL 13 (D6). Detașare sau înstrăinare față de alte persoane

<p>În ultima lună, ai simțit că ești distant sau izolat de alte persoane?</p> <p>Povestește-mi mai multe.</p> <p>Cât de puternice sunt sentimentele tale cu referire la faptul că ești distant sau izolat? (De cine te simți cel mai apropiat? Cu câte persoane te simți confortabil să vorbești despre lucruri personale?)</p> <p>_____</p> <p>Ciclu: Distantă sau izolare = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>În ultima lună, cât timp te-ai simțit în felul acesta, ca procentaj? (% din timp) _____</p> <p>Acest sentiment de distanțare sau izolare a început sau s-a înrăutățit după (EVENTIMENT)? (Crezi că aceasta are vreo legătură cu (EVENTIMENTUL)? În ce mod?)</p> <p>Ciclu: Relaționarea cu trauma = Categorie Probabil Puțin probabil</p>	<p>0. Absentă</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea sentimentului de distanțare sau izolare</p> <p>Moderată = o parte din timp (20-30%) / sentimentul de distanțare este prezent în mod clar, dar încă se simte o legătură interpersonală</p> <p>Severă = o mare parte din timp (50-60%) / sentimente pronunțate de distanțare sau izolare față de majoritatea persoanelor, se poate simți mai apropiat de una sau două persoane</p>
--	---

ITEMUL 14 (D7). Incapacitate persistentă de a simți emoții pozitive (de exemplu, incapacitatea de a simți fericire, satisfacție, sau sentimente de tandrețe, dragoste)

<p>În ultima lună, au existat momente când ai întâlnit dificultăți în trăirea sentimentelor pozitive, cum ar fi iubirea sau fericirea?</p> <p>Povestește-mi mai multe despre aceasta. (Care sentimente sunt mai dificile de trăit?)</p> <p>Cât de dificil este să ai sentimente pozitive? (Mai poți avea careva sentimente pozitive?)</p> <p>_____</p> <p>Ciclu: Reducerea emoțiilor pozitive = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>În ultima lună, cât timp te-ai simțit în felul acesta, ca procentaj? (% din timp) _____</p> <p>Aceste probleme cu trăirea sentimentelor pozitive a început ori s-au agravat după (EVENTIMENT)? (Crezi că au vreo legătură cu (EVENTIMENTUL)? În ce mod?)</p> <p>Ciclu: Relaționarea cu trauma = Categorie Probabil Puțin probabil</p>	<p>0. Absentă</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea în reducerea emoțiilor pozitive</p> <p>Moderată = o parte din timp (20-30%) / reducerea experienței emoționale pozitive prezentă în mod clar, dar încă e capabil de a experimenta unele emoții pozitive</p> <p>Severă = o mare parte din timp (50-60%) / reducerea pronunțată a experienței emoționale în totalitate (pe toată gama de emoții)</p>
---	---

Criteriul E

Simptome persistente de excitabilitate crescută (care nu existau înainte de traumă), dacă sunt prezente cel puțin două dintre următoarele simptome:

ITEMUL 15 (E1). Irascibilitate și accese de furie, exprimate prin agresiune verbală sau fizică față de oameni sau obiecte

<p>Au existat, în ultima lună, momente când te-ai simțit iritat sau furios și ai demonstrat-o prin comportamentul tău?</p> <p>Ai putea să-mi dai câteva exemple? (Cum arăți? Ridici vocea sau strigi? Arunci sau lovești lucrurile? Împingi sau lovești alți oameni?)</p> <p>_____</p> <p>Ciclu: Agresiune = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>Cât de des în ultima lună ai avut un asemenea comportament? (De câte ori?) _____</p> <p>Acest comportament a început sau s-a înrăutățit după (EVENTIMENT)? (Crezi că are legătură cu (EVENTIMENTUL)? În ce mod?)</p> <p>Ciclu: Relaționarea cu trauma = Categorie Probabil Puțin probabil</p>	<p>0. Absentă</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea comportamentului agresiv</p> <p>Moderată = de cel puțin 2 ori pe lună / agresiune prezentă în mod clar, care se manifestă verbal</p> <p>Severă = de cel puțin 2 ori pe săptămână / agresiune pronunțată, cel puțin câteva agresiuni fizice</p>
--	---

ITEMUL 16 (E2). Comportament autodistructiv sau riscant

<p>Au existat, în ultima lună, momente în care ți-ai asumat mai multe riscuri sau ai făcut lucruri care ți-ar fi putut cauza daune?</p> <p>Ai putea să-mi dai câteva exemple?</p> <p>Cât de mult îți asumi riscul? (Cât de periculoase sunt aceste comportamente? Ai fost accidentat sau rănit într-un fel sau altul?)</p> <p>_____</p> <p>Ciclu: Risc = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>Cât de des ți-ai asumat aceste riscuri în ultima lună? (De câte ori?) _____</p> <p>Acest comportament a început sau s-a înrăutățit după (EVENTIMENT)? (Crezi că are vreo legătură cu (EVENTIMENTUL)? În ce mod?)</p> <p>Ciclu: Relaționarea cu trauma = Categorie Probabil Puțin probabil</p>	<p>0. Absentă</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența/ gradul riscului</p> <p>Moderată = de cel puțin 2 ori pe lună / risc clar prezent, și-ar fi putut cauza daune</p> <p>Severă = de cel puțin 2 ori pe săptămână / risc pronunțat, daune reale sau probabilitate mare de cauzare a prejudiciilor</p>
---	---

ITEMUL 17 (E3). Hipervigilență

<p>În ultima lună, ai fost în mod special alertat sau vigilent, chiar și atunci când nu a existat nicio amenințare sau vreun pericol? (Te-ai simțit ca și cum trebuia să fii în gardă?)</p> <p>Ai putea să-mi oferi câteva exemple? (Ce faci atunci când ești alertat sau vigilent?)</p> <p>[Dacă nu e clar:] Ce te face să reacționezi așa? Te simți ca și cum ai fi în pericol sau amenințat în vreun fel? Te simți în starea aceasta mai alertat decât s-ar simți majoritatea oamenilor în aceeași situație?</p> <p>_____</p> <p>Ciclu: <u>Hipervigilența</u> = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>În ultima lună, cât timp te-ai simțit în felul acesta, ca procentaj? (% din timp) _____</p> <p>Starea de alertă sau vigilență a început sau s-a înrăutățit după (EVENTIMENT)? (Crezi că are vreo legătură cu (EVENTIMENTUL)? În ce mod?)</p> <p>Ciclu: <u>Relaționarea cu trauma</u> = Categorie Probabil Puțin probabil</p>	<p>0. Absență</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența/ intensitatea hipervigilenței</p> <p>Moderată = o parte din timp (20-30%) / hipervigilență prezentă în mod clar, de ex.: vigilent în public, conștientizare sporită a amenințării</p> <p>Severă = o mare parte din timp (50-60%) / hipervigilență pronunțată, de ex.: scanările mediului înconjurător de pericol, poate avea ritualuri de siguranță, preocupare exagerată pentru propria siguranță, pentru cea a familiei / casei</p>
---	---

ITEMUL 18 (E4). Tresăriri exagerate

<p>În ultima lună, ai avut reacții puternice de tresărire? Ce fel de lucruri te fac să tresări?</p> <p>Cât de puternice sunt aceste reacții de tresărire? (Cât de puternice sunt în comparație cu modul în care ar reacționa majoritatea oamenilor? Alte persoane observă acest aspect?)</p> <p>Cât timp îți ia ca să te refaci?</p> <p>_____</p> <p>Ciclu: <u>Tresărire</u> = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>Cât de des ți s-a întâmplat în ultima lună? (De câte ori?) _____</p> <p>Aceste reacții de tresărire au început ori s-au agravat după (EVENTIMENT)? (Crezi că au vreo legătură cu (EVENTIMENTUL)? În ce mod?)</p> <p>Ciclu: <u>Relaționarea cu trauma</u> = Categorie Probabil Puțin probabil</p>	<p>0. Absență</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența/ intensitatea reacției de tresărire</p> <p>Moderată = de cel puțin 2 ori pe lună / reacții de tresărire prezente în mod clar, câteva dificultăți în procesul de recuperare</p> <p>Severă = de cel puțin 2 ori pe săptămână / reacții de tresărire pronunțate, excitare continuă, dificultăți considerabile de recuperare</p>
---	--

ITEMUL 19 (E5). Probleme de concentrare

<p>Pe parcursul lunii precedente, ai avut careva probleme de concentrare?</p> <p>Poți să-mi dai câteva exemple?</p> <p>Ești în stare să te concentrezi, dacă într-adevăr încerci?</p> <p>[Dacă nu e clar:] În general, cât de mare este această problemă pentru tine? Cum ar fi totul, dacă nu ai fi avut aceste probleme de concentrare?</p> <p>_____</p> <p>Ciclu: <u>Probleme de concentrare</u> = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>De câte ori pe parcursul lunii trecute ai avut probleme de concentrare, procentual? (% din timp) _____</p> <p>Aceste probleme de concentrare au început ori s-au agravat după (EVENTIMENT)? (Crezi că au vreo legătură cu (EVENTIMENTUL)? În ce mod?)</p> <p>Ciclu: <u>Relaționarea cu trauma</u> = Categorie Probabil Puțin probabil</p>	<p>0. Absență</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența/ intensitatea problemelor de concentrare</p> <p>Moderată = o parte din timp (20-30%) / probleme de concentrare prezente în mod clar, se poate concentra (cu unele dificultăți)</p> <p>Severă = o mare parte din timp (50-60%) / probleme de concentrare pronunțate, dificultăți de concentrare (chiar și cu efort)</p>
---	--

ITEMUL 20 (E6). Tulburări de somn (de exemplu, dificultăți de adormire, somn agitat)

<p>Pe parcursul lunii precedente, ai avut probleme în procesul de adormire sau de somn?</p> <p>Ce fel de probleme? (Cât timp îți ia până adormi? De câte ori te trezești noaptea? Te trezești mai devreme decât ai vrea?)</p> <p>Câte ore, în total, dormi noaptea?</p> <p>Câte ore crezi că ar trebui să dormi?</p> <p>_____</p> <p>Ciclu: <u>Tulburări de somn</u> = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</p> <p>Cât de des, în luna precedentă, ai avut aceste probleme cu somnul? (De câte ori?) _____</p> <p>Aceste tulburări de somn au început ori s-au agravat după (EVENTIMENT)? (Crezi că au vreo legătură cu (EVENTIMENTUL)? În ce mod?)</p> <p>Ciclu: <u>Relaționarea cu trauma</u> = Categorie Probabil Puțin probabil</p>	<p>0. Absență</p> <p>1. Ușoară/sub limita pragului</p> <p>2. Moderată/la limita pragului</p> <p>3. Severă/crescută semnificativ</p> <p>4. Extremă/incapacitantă</p> <p>Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența/ intensitatea tulburărilor de somn</p> <p>Moderată = de cel puțin 2 ori pe lună / tulburări ale somnului prezente în mod clar, latență sau dificultăți clare de menținere a somnului, 30-90 de minute de somn pierdute</p> <p>Severă = de cel puțin 2 ori pe săptămână / tulburări pronunțate ale somnului, latență considerabilă sau dificultăți mari de menținere a somnului, de la 90 de minute până la 3 ore de somn pierdute</p>
---	---

Criteriul F

Durata perturbării: Criteriile B, C, D și E se mențin mai mult de 1 lună.

ITEMUL 21. Debutul simptomelor

[Dacă nu e clar:] Când au apărut pentru prima dată ... (SIMPTOME ale SSPT identificate mai sus)? (La cât timp după evenimentul descris au început? Cu mult mai târziu de șase luni după cele întâmplate?)	Numărul total de luni întârziere de la debut _____ Cu debut întârziat (> 6 luni)? NU DA
---	---

ITEMUL 22. Durata simptomelor

[Dacă nu e clar:] Cât timp au durat în total aceste (SIMPTOME SSPT)?	Durata, numărul total de luni _____ Durata mai mult de 1 lună? NU DA
---	--

Criteriul G

Perturbarea cauzează disperare sau o deteriorare semnificativă clinic în domeniile social, școlar, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

ITEMUL 23. Distres subiectiv

În general, în ultima lună, cât de mult te-au deranjat aceste (SIMPTOME TPTS) despre care mi-ai spus? [Luați în considerare detresa raportată la interviurile anterioare.]	0. Niciunul 1. Ușor, detresă minimă 2. Moderat, detresă prezentă în mod clar, dar încă ușor de gestionat 3. Sever, detresă considerabilă 4. Extrem, detresă incapacitantă
---	---

ITEMUL 24. Afectarea funcționării sociale.

În ultima lună, aceste (SIMPTOME TPTS) ți-au afectat relațiile cu alte persoane? În ce mod? [Luați în considerare afectarea funcționării sociale, raportată în interviurile de mai sus.]	0. Niciun impact advers 1. Impact ușor, o afectare minimă a funcționării sociale 2. Impact moderat, afectare certă, dar multe aspecte ale funcționării sociale sunt încă intacte 3. Impact sever, afectare accentuată, câteva aspecte ale funcționării sociale sunt încă intacte 4. Impact extrem, puțină funcționare socială sau deloc
---	---

ITEMUL 25. Depreciere pe plan profesional/școlar sau în alt domeniu important de funcționare

[Dacă nu e clar:] Lucrezi/Înveți acum? [Dacă da:] În ultima lună, aceste (SIMPTOME SSPT) ți-au afectat munca/învățătura sau capacitatea de a lucra? În ce mod? [Dacă nu:] Care este cauza? (Simți că (SIMPTOMELE SSPT) pe care le ai au influențat într-un fel anumit și ca urmare nu mai ești angajat/ai probleme la școală? În ce mod?) [Dacă nu poate munci/învăța din cauza simptomelor SSPT, se evaluează cu cel puțin 3 = sever. În cazul în care șomajul/nereușita nu se datorează simptomelor SSPT, sau în cazul în care legătura nu este clară, se evaluează numai în baza deprecierei în alte domenii importante de funcționare.] Aceste (SIMPTOME TPTS) ți-au afectat orice altă parte importantă a vieții tale? [După caz, sugerați exemple ca: activități parentale, menajul, activitatea școlară, activitățile de voluntariat etc.] În ce mod?	0. Niciun impact advers 1. Impact ușor, o afectare minimă pe plan profesional/școlar sau în alt domeniu important de funcționare 2. Impact moderat, afectare certă, dar multe aspecte pe plan profesional/școlar sau în alt domeniu important sunt încă intacte 3. Impact sever, afectare accentuată, câteva aspecte ale funcționării pe plan social/școlar sau în alt domeniu important sunt încă intacte 4. Impact extrem, puțină funcționare profesională/școlară ori în alt domeniu important, sau deloc
---	--

Evaluare generală

ITEMUL 26. Validitate generală

Estimați validitatea de ansamblu a răspunsurilor. Luați în considerație factori cum ar fi concordanța cu interviul, starea mentală (de exemplu, probleme de concentrare, înțelegerea itemilor, disociere), precum și semnele tendinței de a exagera sau a minimiza simptomele.	0. Excelentă, niciun motiv pentru a suspecta răspunsuri nevalide 1. Bună, sunt prezenți unii factori care pot afecta negativ validitatea 2. Echitabilă, sunt prezenți factori care cu siguranță reduc din validitate 3. Slabă, validitate substanțial redusă 4. Răspunsuri incorecte, starea mentală este afectată grav sau este posibil de deliberat „falsificare proastă” sau „falsificare bună”
--	--

ITEMUL 27. Severitate generală

Estimați severitatea generală a simptomelor TPTS. Luați în considerare gradul de detresă/extenuare subiectivă, gradul de afectare funcțională, observațiile de comportamente pe parcursul interviului și judecata cu privire la stilul de raportare.	0. Nu sunt simptome clinice semnificative, nu exista detresă/extenuare nici afectare funcțională 1. Ușoară, detresă/extenuare sau afectare funcțională minimă 2. Moderată, detresă/extenuare sau afectare funcțională certă, dar cu un efort funcționează în mod satisfăcător 3. Severă, detresă /extenuare sau afectare funcțională considerabilă, funcționare limitată chiar și cu efort 4. Extremă, detresă/extenuare sau afectare pronunțată în două sau mai multe domenii majore de funcționare
--	--

ITEMUL 28. Ameliorare generală

Evalueați îmbunătățirea generală totală începând cu evaluarea precedentă. Apreciați gradul de schimbare, indiferent dacă, în opinia Dumneavoastră, aceasta se datorează sau nu tratamentului.	0. Asimptomatic 1. Ameliorare considerabilă 2. Ameliorare moderată 3. Ameliorare ușoară 4. Nicio ameliorare 5. Informație insuficientă
---	---

Precizați dacă sunt simptome disociative: simptomele persoanei satisfac criteriile tulburării de stres posttraumatic, în plus, ca răspuns la factorii de stres, experiențele individuale sunt persistente sau sunt prezente simptome recurente, după cum se evidențiază mai jos.

Depersonalizare: sentimente de detașare persistente sau recurente, ca și cum persoana ar fi un observator din afară al corpului său și al funcțiilor sale psihice (de exemplu, o senzație de parcă persoana ar fi într-un vis, iar timpul se mișcă lent)

<p>În ultima lună, au existat momente când ai simțit că ești separat de tine însuși, privindu-te din exterior sau observându-ți gândurile și sentimentele ca și cum ai fi o altă persoană?</p> <p>[Dacă nu:] Dar sentimentul de parcă ai fi într-un vis, chiar dacă nu dormi? Senzație că ceva din tine nu e real? O senzație de parcă timpul ar decurge foarte încet?</p> <p>Povestește-mi mai multe.</p> <p>Cât de puternic este acest sentiment? (Se întâmplă că nu înțelegi unde te afli sau nu înțelegi ce se întâmplă de fapt?)</p> <p>Ce faci în timp ce se întâmplă aceasta? (Alți oameni îți observă comportamentul? Ei ce zic?)</p> <p>Cât durează această stare?</p> <hr/> <p>Ciclu: <u>Disocierea = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</u></p> <p>[Dacă nu e clar:] E din cauza efectelor alcoolului sau ale drogurilor? Sau poate din cauza unor afecțiuni medicale, cum ar fi convulsile? [Rata 0 = Absent, dacă e din cauza efectelor unor substanțe sau unei condiții medicale]</p> <p>Cât de des și s-a întâmplat în ultima lună? (De câte ori?)</p> <hr/> <p>Aceste senzații au început ori s-au agravat după (EVENTIMENT)? (Crezi că au vreo legătură cu (EVENTIMENTUL)? În ce fel?)</p> <p>Ciclu: <u>Relaționarea cu trauma = Categorie Probabil Puțin probabil</u></p>	0. Absentă 1. Ușoară/sub limita pragului 2. Moderată/la limita pragului 3. Severă/crescută semnificativ 4. Extremă/incapacitantă
--	--

Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea disocierii

Moderată = de cel puțin 2 ori pe lună / tulburare disociativă prezentă în mod clar, dar tranzitorie, păstrează un anumit sens realist și de conștientizare a realității

Severă = de cel puțin 2 ori pe săptămână / tulburare disociativă pronunțată, sentiment accentuat de detașare și irealitate

ITEMUL 30 (2). Derealizare: experiențe persistente sau recurente ale lumii externe ireale (de exemplu, lumea din jurul persoanei este ireală, ca în vis, distantă sau distorsionată)

<p>Pe parcursul ultimei luni, au existat momente când lucrurile din jurul tău păreau ireale sau foarte ciudate și nefamiliare?</p> <p>[Dacă nu:] Lucrurile care se întâmplă în jurul tău îți par ca un vis sau ca o scenă dintr-un film? Îți par distante sau distorsionate?</p> <p>Povestește-mi mai multe.</p> <p>Cât de puternic e acest sentiment? (Se întâmplă că nu înțelegi unde te afli sau nu înțelegi ce se întâmplă de fapt?)</p> <p>Ce faci în timp ce se întâmplă aceasta? (Alți oameni îți observă comportamentul? Ei ce zic?)</p> <p>Cât durează această stare?</p> <hr/> <p>—</p> <p>Ciclu: <u>Disocierea = Minim Prezent în mod clar Pronunțat Extrem</u></p> <p>[Dacă nu e clar:] E din cauza efectelor alcoolului sau ale drogurilor? Sau poate din cauza unor afecțiuni medicale, cum ar fi convulsile? [Rata 0 = Absent, dacă e din cauza efectelor unor substanțe sau a unei condiții medicale]</p> <p>Cât de des și s-a întâmplat în ultima lună? (De câte ori?)</p> <hr/> <p>Aceste senzații au început ori s-au agravat după (EVENTIMENT)? (Crezi că au vreo legătură cu (EVENTIMENTUL)? În ce sens?)</p> <p>Ciclu: <u>Relaționarea cu trauma = Categorie Probabil Puțin probabil</u></p>	0. Absentă 1. Ușoară/sub limita pragului 2. Moderată/la limita pragului 3. Severă/crescută semnificativ 4. Extremă/incapacitantă
---	--

Dimensiuni principale ale evaluării = frecvența / intensitatea disocierii

Moderată = de cel puțin 2 ori pe lună / tulburare disociativă prezentă în mod clar, dar tranzitorie, păstrează un anumit sens realist și de conștientizare a realității

Severă = de cel puțin 2 ori pe săptămână / tulburare disociativă pronunțată, sentiment accentuat de irealitate

FOAIE DE SINTEZĂ CAPS-5

Nume: _____ ID#: _____ Intervievator: _____
 Studii: _____ Data: _____

A. Expunerea la stimuli ca: moartea cuiva, amenințarea cu moartea, injurii serioase la adresa propriei persoane sau agresiune sexuală

criteriul A completat? 0 = NU 1= DA

B. Simptome intruzive (este necesar 1 pentru diagnostic)	Luna precedentă	
Simptom	Sev	Sx (Sev \geq 2)?
(1) B1 – Amintiri intruzive		0 = NU 1= DA
(2) B2 – Vise recurente		0 = NU 1= DA
(3) B3 – Reacții disociative		0 = NU 1= DA
(4) B4 – Suprasolicitare psihică intensă		0 = NU 1= DA
(5) B5 – Reactivitate fiziologică		0 = NU 1= DA
Subtotaluri B	B Sev =	#B Sx =

C. Simptome de evitare (este necesar 1 pentru diagnostic)	Luna precedentă	
Simptom	Sev	Sx (Sev \geq 2)?
(6) C1 – Evitarea amintirilor, gândurilor, sentimentelor		0 = NU 1= DA
(7) C2 – Evitarea stimulilor externi		0 = NU 1= DA
Subtotaluri C	C Sev =	#C Sx =

D. Gânduri și emoții negative (sunt necesare 2 simptome pentru a pune un diagnostic)	Luna precedentă	
Simptom	Sev	Sx (Sev \geq 2)?
(8) D1 – Incapacitate de reactualizare a aspectelor importante ale evenimentului		0 = NU 1= DA
(9) D2 – Convingeri negative/așteptări persistente și exagerate		0 = NU 1= DA
(10) D3 – Gânduri distorsionate persistente		0 = NU 1= DA
(11) D4 – Stare emoțională negativă persistentă		0 = NU 1= DA

(12) D5 – Diminuare pronunțată a interesului sau a participării la activități		0 = NU 1= DA
(13) D6 – Detașare sau înstrăinare față de alte persoane		
(14) D7 – Incapacitate persistentă de a simți emoții pozitive		
Subtotaluri D	D Sev =	#D Sx =

E. Simptome persistente de excitabilitate crescută (sunt necesare 2 pentru diagnostic)	Luna precedentă	
Simptom	Sev	Sx (Sev \geq 2)?
(15) E1 – Irascibilitate și accese de furie		0 = NU 1= DA
(16) E2 – Comportament autodestructiv sau riscant		0 = NU 1= DA
(17) E3 – Hipervigilență		0 = NU 1= DA
(18) E4 – Tresăriri exagerate		0 = NU 1= DA
(19) E5 – Probleme de concentrare		0 = NU 1= DA
(20) E6 – Tulburări de somn		
Subtotaluri E	E Sev =	#E Sx =

Totaluri TPTS	Luna precedentă	
Totaluri	Total Sev	Total # Sx
Suma subtotalurilor (B+C+D+E)		

F. Durata perturbării	Actualmente
(22) Durata perturbării \geq 1 lună?	0 = NU 1= DA

G. Detresă sau afectare (este necesar 1 simptom pentru diagnostic)	Luna precedentă	
Criteriul	Sev	Cx (Sev \geq 2)?
(23) Distres subiectiv		0 = NU 1= DA
(24) Afectarea funcționării sociale		0 = NU 1= DA
(25) Deprecierea funcțiilor profesionale/școlare		0 = NU 1= DA
Subtotaluri G	G Sev =	#G Cx =

Bibliografie

Evaluare generală	Luna precedentă
26) Validitate generală	
(27) Severitate generală	
(28) Ameliorare generală	

Simptome disociative (este necesar 1 simptom pentru diagnostic)	Luna precedentă	
Simptom	Sev	Sx (Sev \geq 2)?
(29) 1 – Depersonalizare		0 = NU 1= DA
(30) 2 – Derealizare		0 = NU 1= DA
Subtotaluri disociative	Dis Sev =	#Dis Sx =

Diagnostic TPTS	Luna precedentă
TPTS PREZENT – TOATE CRITERIILE (A-G) AU FOST COMPLETATE?	0 = NU 1= DA
Cu simptome disociative	0 = NU 1= DA
(21) Cu debut întârziat (\geq 6 luni)	0 = NU 1= DA

- Batog M. Modalități de intervenție psihologică în cazul tulburărilor posttraumatice de stres la copii și adolescenți. Suport metodologic pentru psihologii școlari. Chișinău, 2015;
- Cum să recunosc un abuz. CNPAC, Chișinău, 2016;
- Copiii victime ale infracțiunilor și procedurile legale: cazul Republicii Moldova / D. Sîmboteanu, D. Cheianu, O. Șevcenco, V. Adăscăliță și alții, CNPAC, Sociopolis, Chișinău, 2013. 64 p. ISBN 978-9975-57-084-8;
- Corelația dintre abuzul sexual în copilărie și comportamentul sexual riscant ulterior / D. Sîmboteanu, D. Cheianu-Andrei, CNPAC, Chișinău, 2016, 73 p. ISBN 978-9975-89-014-4;
- DSM-5, Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale. București: Calisto, 2016;
- Killén K. Copilul maltratat. Timișoara: Eurolit, 1998;
- Luca C. Expertiza psihologică a copilului abuzat/ neglijat. București: Hamangiu, 2014;
- Metodologia de evaluare psihologică și de elaborare a raportului de evaluare psihologică în cazurile de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului. CNPAC, 2015;
- Mighiu C. Semne de recunoaștere a copilului abuzat. Consecințele abuzului asupra dezvoltării și integrării psihosociale a copilului. În: Justiția pentru minori în interesul superior al copilului. Practici de lucru cu copilul victimă. Iași: Asociația Salvați Copiii, 2008, p.5;
- Mitrofan N. Vicima și victimologia. În: Psihologie judiciară, București: Casa de editură și presă „Șansa” S.R.L., 1994;
- Rusnac S.; Gonța V.; Clivadă S.; Zmuncila L. Asistența psihologică a cazurilor de violență în familie: psihodiagnostic și reabilitare a victimelor și abuzatorilor. Chișinău, 2009;
- Sîmboteanu D. Asistența socială a victimelor violenței și abuzului față de copii. În: Asistența socială în contextul transformărilor din R. Moldova/ Maria Bulgaru ș.a., Chișinău, 2008;
- Studiul fenomenului traficului de copii în Republica Moldova 2010; http://lastrada.md/publicatii/ebook/Child_Traffick_Ro_corr4.pdf
- Șevcenco O., Sîmboteanu D., Sochircă A., Țeberneac D. Munca în adolescență. Ce trebuie să cunoască profesioniștii. Chișinău, 2013. 22 p. ISBN 978-9975-80-685-5;
- Vasile D. Trauma familială și resursele compensatorii. București: SPER, 2012;
- Vrasti R. Măsurarea tulburării posttraumatice de stress;

- <http://www.vrasti.org/evaluarea%20PTSD.pdf>
17. Bruck M.; Ceci S. The Suggestibility of Children's Memory; <http://www.arts.uwaterloo.ca/~doneill/cogsci600/Kenyon.pdf>
 18. Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5, Past Month Version; https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/CAPS_5_Past_Month.pdf
 19. Dale P.; Green R.; Fellows R. Child Protection Assessment Following Serious Injuries to Infants: Fine Judgments. NSPCC, 2005;
 20. Domestic Violence Manual. Chicago: Archdiocese, 2013. 586 p. <https://www.familyministries.org/files/DomesticViolenceOutreachManual2013.pdf>;
 21. Finkelhor D.; Browne A. The Traumatic Impact of Child Sexual Abuse: A Conceptualization; <http://www.csom.org/train/victim/resources/the%20traumatic%20impact%20of%20child%20sexual%20abuse.pdf>
 22. Hildyard K. L.; Wolfe D. A. Child neglect: developmental issues and outcomes. In: International Journal Child Abuse and Neglect. Volum 26, №6/7, 2002;
 23. Hoff L. People in crisis: understanding and helping. San-Francisco: Jossey-Bass, 1995;
 24. Interagency child abuse evaluation and training center. The cornerhouse forensic interview protocol: ratac; https://www.cornerhousemn.org/images/cornerhouse_ratac_protocol.pdf
 25. Life Events Checklist (LEC) for DSM-5, Extended Version; https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/LEC-5_Extended_Self-report.pdf
 26. Maslach C.; Jackson S. E. The measurement of experienced burnout. In: Journal of occupational behaviour, 1981. nr 2, pp. 99-113;
 27. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse, 2006. 90 p.; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf
 28. Runyon M.; Deblinger E. Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy. An Approach to Empower Families At-Risk for Child Physical Abuse. Oxford: Oxford University Press, 2014;
 29. Terminology guidelines for the protection of children from sexual exploitation and sexual abuse. Luxembourg, 2016; <http://luxembourgguidelines.org/english-version/>;
 30. Жестокое обращение с детьми. Помощь детям, пострадавшим от жестокого обращения и их родителям. Под редакцией Т. Я. Сафоновой, Е. И. Цымбала.

Москва, 2011;

31. Ромек В. Г.; Конторович А.; Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006;
32. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.

Cadrul legal

33. Codul familiei nr. 1316 din 26.10.2000; <http://lex.justice.md/md/286119/>
34. Codul penal al RM; <http://lex.justice.md/md/331268/>
35. Codul de procedură penală al RM; <http://lex.justice.md/md/326970/>
36. Convenția nr. 182 privind interzicerea celor mai grave forme ale muncii copiilor și acțiunea imediată în vederea eliminării lor. În: Tratatate Internaționale, vol. 35 p. 239;
37. Convenția Consiliului Europei privind protecția copiilor împotriva exploatării sexuale și a abuzurilor sexuale, Lanzarote, 2007; <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168046e1d9>
38. Hotărârea Guvernului nr. 270 din 08.04.2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului; <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=352587&lang=1>
39. Hotărârea Guvernului nr. 434 din 10.06.2014 privind aprobarea Strategiei pentru protecția copilului pe anii 2014-2020; <http://lex.justice.md/md/353459/>
40. Legea nr. 140 din 14.06.2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situații de risc și a copiilor separați de părinți; <http://lex.justice.md/md/348972/>
41. Legea nr. 231 din 25.11.2011 privind aprobarea Strategiei de reformă a sectorului justiției pentru anii 2011-2016; <http://lex.justice.md/md/341748/>
42. Legea nr. 338-XIII din 15.12.1994 privind drepturile copilului; <http://lex.justice.md/viewdoc.php?id=311654&>
43. Legea nr. 411-XIII din 28.03.1995 privind ocrotirea sănătății; <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=312823&lang=1>
44. Legea nr. 547-XV din 25.12.2003 privind asistența socială; <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&id=312847>

45. Legea nr. 45-XVI din 01.03.2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie; <http://lex.justice.md/md/327246/>
46. Legea nr. 123 din 18.06.2010 cu privire la serviciile sociale;
<http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=335808&lang=1>
47. Legea nr. 320 din 27.12.2012 cu privire la activitatea poliției și statutul polițistului.
<http://lex.justice.md/md/346886/>



www.cnpac.org.md



office@cnpac.org.md



Tel: +373 22 75-88-06;



Centrul Național de Prevenire a
Abuzului față de Copii (CNPAC)

