

## CONSECINȚE MEDICO – PSIHO – SOCIALE ÎN FAMILIILE CU FENOMENUL – „VIOLENȚA ÎN FAMILIE” INSTITUȚII – ÎNCERCĂRI DE REABILITARE PSIHO-SOCIALĂ

## MEDICAL AND PSYCHOSOCIAL CONSEQUENCES IN FAMILIES AFFECTED BY THE VIOLENCE PHENOMENON INSTITUTIONS INVOLVED IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION

**Cravcevschi Oprica<sup>1</sup>, Mihail Milea<sup>2</sup>, Drăghici Veronica<sup>3</sup>, Bistriceanu Anca<sup>4</sup>, Sava Cipriana<sup>5</sup>, Liliana Șerban<sup>6</sup>, Ciornei Doina<sup>7</sup>**

### REZUMAT

---

Lucrarea este efectuată în Centrul de Urgență „Violența în familie” al Fundației „Sf. Sava” Buzău „Violența în familie” este un fenomen negativ al inter-relațiilor între membrii celui mai important nucleu social – FAMILIA – aspect care în ultimul secol crește pe tot mapamondul.

1. Pe scala celor cinci caracteristici ale familiilor, după finlandezi – ultimele două tipuri:

- familia rigidă – sintonă;
- familia sever perturbată, realizează prin consecințele lor asupra copiilor, disfuncții afective, stress-uri cronice (Rutter) cu: anxietăți și dificultăți adaptative.

2. Centrul de Urgență „Violența în familie” unitate care din necesitatea de a rezolva problemele acestui fenomen social, reprezintă unul din proiectele Fundației „Sf. Sava” Buzău care prin **comisia interdisciplinară** (formată din medic, asistent social, preot, psiholog, asistent medical, educator, etc.) rezolvă în mare parte situația familiilor cu aceste conflicte tinzând să asigure dezideratele unei vieți familiale normale.

3. Respectarea factorilor care trebuie să intervină și în rezolvarea programului juridic al familiilor de violență se face în urma analizei fiecărui dosar de către comisie.

4. Dinamizarea instituțiilor de bază (Primăriile Municipale, Orașenești, Comunale și Serviciile de asistență socială) pentru urgentarea măsurilor de rezolvare a situațiilor acestor familii internate în Centrul de Urgență.

5. Din cele 96 de familii analizate în Centrul de Urgență „Violența în familie” al Fundației „Sf. Sava” s-au rezolvat favorabil 75 de cazuri reprezentând 78% din totalul acestora.

Familiilor internate li s-a asigurat: cazare, igienizare, masă gratuită, program de consiliere, asistență socio – medico - psihologică, asistență religioasă, precum și asistență juridică (la solicitarea acestora). S-a asigurat de asemenea și program de școlarizare și meditație prin Centrul de Zi al Fundației „Sf. Sava”.

---

1. Med. Primar I.N.P. „Doc. în Med”, Membru activ ICNA – Medinvest, Buzău;  
2. Președintele Fundației „Sf. Sava” Buzău, Doctor în Științe Sociale;  
3. Med. Primar Pediatru, C.Z. 1 Buzău;  
4. Med. Primar Pediatru – C.Z. „Ana” nr. 8 Buzău;  
5. C.Z. nr.1 Buzău;  
6. Asist. social – Fundația „Sf. Sava” Buzău – Centrul de Urgență „Violența în familie”;  
7. Asist. medical – Fundația „Sf. Sava” Buzău.

---

1. Primary MD, I.N.P., Active member of I.C.N.A. - Medinvest, Buzău;  
2. MD, Ph.D. – President of „Saint Sava” Foundation, Buzău;  
3. Primary MD, paediatrician, Day Care Centre No. 1, Buzău;  
4. MD, paediatrician, Day Care Centre “Ana” No.8 Buzău;  
5. Psychologist, Day Care Centre No.1, Buzău;  
6. Social Worker – „Saint Sava” Foundation, Buzău – „Violence in the Family” Emergency Centre;  
7. Nurse – „Saint Sava” Foundation, Buzău.

6. Se completează prin discuții unele **reguli de aplicare** a tratamentului medicamentos și tehnici de reabilitare prin cele două perspective: dezvoltamentală și dimensională.

În final, comisia trebuie să se orienteze asupra unor decizii de **menținere a copilului în mediul lui** sau autorii enunță procedee de reabilitare care sunt aproape similare cu cele aplicate în C.Z. axându-se deci pe disfuncționalitatea comportamentului afecto-adaptativ a copilului la care se instituie un program de educație specială.

## ABSTRACT

Study made in Emergency Center “Violence in family” – St.Sava Foundations Buzau

“Violence in family” is a negative phenomenon of human relationships between members of the most important social core – the family – aspect that in the last century increase all over the world.

1. On the scale of the families characteristics, in Finns point of view, the last two types:

- -starved family and sinton
- -severs disturbed family, have important consequences on their children like affective disfunctions, chronic stress (Rutter) with anxiety and adaptative disfunctions.

2. The Emergency Center “Family Violence” is one of the project of “St.Sava” Foundation Buzau has the objective to solve the problems of this social phenomenon. There working team composed from doctor, social worker, priest, psychologist, nurse, educator who is trying to solve the conflict and to assure a normal family life.

3. The team analyse each file and respect all the juridic steps to solve the most important aspects of the problems.

4. A big importance in solving the problems of those families is the strong relations between the Emergency Center and the Public Institutions (City Halls, Social Assistance Service).

5. From 96 families studies in Emergency Center, the team solved 75 cases (78% from all the cases). In the center families have for free acommodation, meals, social assistance, psychological support, religious support and juridic assistance. People from the center have also education support amd meditation program.

6. Each case is individual analised and have a personal schedule for pils and rehabilitation.

The specialists from the center try to find to keep the child in the family as lons as this is possible and to give an alternative for children for rehabilitation services (Day Center). To rehabilitate the disturbed behavior of children and to solve affective problems the specialists include the child into a special program of education.

## INTRODUCERE

Fenomenul „Violența în familie” este configurația negativă a inter-relațiilor între membrii celui mai important nucleu social – familia.

Familia este un sistem structurat în care fiecare persoană ocupă un rol și are o inter-dependență cu rezonanță asupra celeilalte persoane. După modelul Mc Master, evaluarea familiilor este complexă:

- după cum rezolvă problemele familiei;
- după felul comunicării;
- după felul cum se implică afectiv în rezolvarea problemelor de familie;
- după comportament și controlul acestuia.

După finlandezi, familiile sunt evaluate după o scală cu cinci caracteristici:

1. familia sănătoasă fără conflicte, cu empatie între membrii acesteia;
2. familia ușor perturbată având conflicte tranzitorii care pot genera membrilor componenți

stări de anxietate, depresii ușoare, membrii păstrându-și o apreciere clară asupra realității;

3. familia nevrotică care are frecvente conflicte nerezolvate, de intensitate ușoară sau mediocră. Pattern-urile inter-personale din familie sunt limpezi. Într-o oarecare măsură fiind conflicte repetitive, percepția familiei asupra realității între crize este totuși satisfăcătoare;
4. familia rigidă – sintonă cu disfuncții provocate de conflicte nerezolvate, neconștientizate, cu o limită ștearsă în perspectiva realității realizând o homeostazie rigidă;
5. familiile sever perturbate având conflicte deschise. Aici nivelul anxietății este ridicat și încrederea între membrii familiei este scăzută. În acest tip de familii consecințele asupra copiilor sunt dezastruoase. Relațiile intra-familiale se pot reface, în general, slab dar și cu intervenții speciale.

După Rutter, se crează stress-ul cronic cu tulburări cronice când:

- temperamentul copilului se schimbă dovedindu-se incapabil să se adapteze;
- în general se păstrează relații bune cu un părinte (rude, prieteni) deci, mecanismul de coping este satisfăcător;
- succesele în muncă cât și randamentul școlar încep să scadă în timp, în general, la toții membrii familiei;
- consecințele disfuncționalității în relațiile intra-familiale, sociale, culturale sunt evident importante.

\*

În ultimul secol o pleiadă de cercetători (psihologi, medici, sociologi, etc.) conștientizați de influența negativă a conflictelor, a neglijării, a necomunicării, mai ales a carențelor afective au descris consecințele disfuncționalității asupra dezvoltării celorlalte comportamente (motorii, funcțiile de comunicare cognito-verbale, a limbajului recepto-expresiv, cât și a comportamentului afecto-adaptativ a copilului încă de la vârstă mică): Spitz, Bender, Bowlbi, Micheaux, Levi, ș.a. cât și la cele enunțate recent pe etape mai evolute ca vârstă descrise de Robertson, Mayer, Solovey (psihologi din Boston) care subliniază importanța, mai ales a disfuncțiilor afective evidențiate la copii clinic prin sindrom de tristețe, depresie, detașare, etc. Acestea presupun deductiv următoarele:

#### A. Neglijarea:

1. neglijarea copilului privind latura fizică, deci acesta este privat de alimente, medicamente, nevoi biologice, etc.;
2. neglijare educațională care obligă copilul la alte activități generând mai târziu eșecul școlar, vagabondaj;
3. neglijare emoțională ce presupune ignorarea evenimentelor din viața lui.

#### B. Abuzul la copil:

1. fizic cu pedepse corporale excesive;
2. emoțional prin:
  - violență verbală, insultare, umilire;
  - denigrare, respingere și refuz;
  - izolare pentru câteva ore;
  - amenințare.
3. abuz sexual (nu viol) este un act de a satisface nevoile sexuale cu incitare la prostituție.

#### Intervenția în situații de urgență solicită:

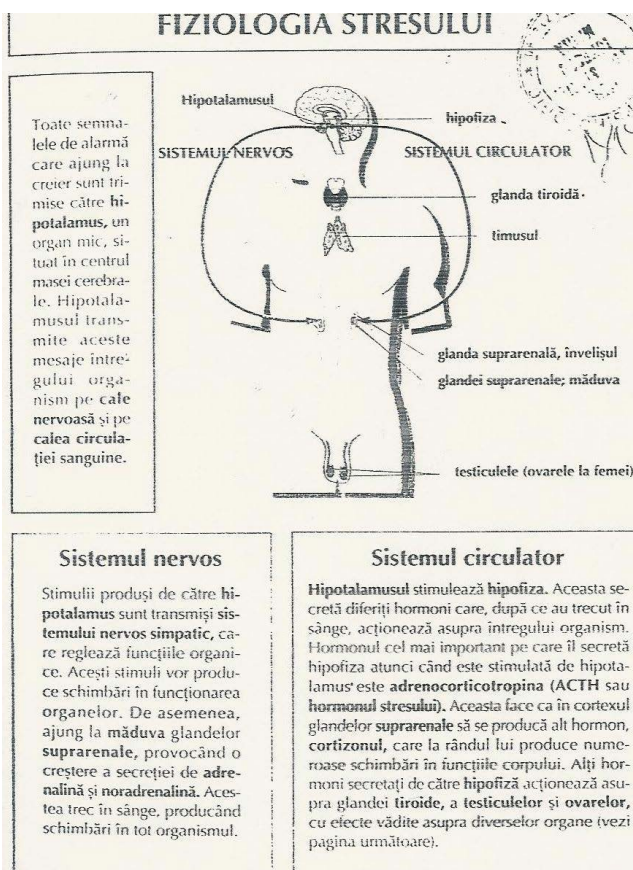
1. constituirea unei echipe (cu asistent social, psiholog, polițist pentru stabilirea agresorului și un reprezentant al Primăriei ca mediator, cât și un vecin);
  2. se întocmește fișa de intervenție (vezi anexa model) și se termină cu interviul cu copilul care solicită:
    - loc neutru și liniștit pentru convorbiri;
    - să fie prezent la convorbiri un părinte, rude, profesori sau dirigințele lui;
    - se evaluează consecințele abuzului la copil;
    - se pun tipuri de întrebări copilului în diversele situații plăcute sau neplăcute prin care a trecut, privind comportamentul lui, și comportamentul părinților și reacția acestora la abuzul copiilor lor;
    - unii copii trăiesc doliul separării de părinți și mutarea în alt mediu cu proceduri intruzive a noilor substituenți de familie prin expresii neadecvate, maltratări care generează stress-uri mai puternice. În aceste condiții copilul are o serie de **nevoi specifice**. Astfel sunt:
      - a. **nevoi specifice** pentru depășirea situației de criză prin care trece copilul în efortul lui de adaptare la noul mod de viață. Sentimentele dureroase și confuze ale copilului, conflictele în care se simte prins, amestecul de dragoste și ură, spaimă, durerea și nesiguranța necesită atenție și implicare din partea intervenienților psiho-pedagogici, asistenți sociali, consilieri, familii substitutive).
      - b. **nevoi speciale legate de aranjamente** care se vor face în viitor în legătură cu persoana sa asupra căreia are un control insuficient și despre care au puține informații.
- Indiferent de comportamentul din trecut al familiei de origine, cât și de calitatea relațiilor cu membrii familiei, fiecare copil rămâne cu fantezia de a se reîntoarce la propria familie și de a crește în „casa lui”.
3. este important ca profesioniștii din sistemul de asistență socială trebuie să înțeleagă următoarele:
    - copiilor abuzați și neglijați nu li s-au oferit siguranță și protecție, ca atare capacitatea lor de a avea încredere și de a forma relații apropiate este foarte diminuată;

- ei au fost ignorați sau tratați ca pionii în conflictele interrelaționale ale adulților din familiile violente;
- pentru a oferi sprijin emoțional copiilor care trec prin asemenea situații este necesar să dezvoltăm empatia, să le înțelegem nevoile, să îi ajutăm în a-și exprima suferința și să îmbunătățim abilitățile de comunicare.

Neținând seamă de condițiile mai sus relatate aceste conflicte generează **suferința** copilului care are un efect negativ și cu repercursiuni asupra disfuncțiilor cerebrale de mai târziu.

**Stress-ul** este o reacție psihică care survine la schimbările de mediu, și el reprezintă trăiri emoționale induse unui copil în 3 condiții:

- întreruperea legăturilor copilului cu familia;



- producerea unor evenimente neașteptate care solicită brusc capacitatea de adaptare a individului nepregătit;
- realizarea unor performanțe într-un mediu descurajant, ostil, neîncrezător, care generează tulburări psihice de tip depresie, anxietate este aproape imposibil.

Pot fi indicate mai multe feluri ale suferinței:

- stress-ul simplu** care produce modificări neuro-biologice reversibile, în general este cauzat de o frustrare care duce la nevroză, astenie, epuizare;
- doliul** – este un stress provocat de pierderea semnificativă din viața copilului în primul rând a unei persoane dragi dar și o deposedare a unor obiecte materiale față de care copilul are un atașament deosebit. Doliul ia aspectul crizei care parcurge următoarele etape:
  - **șocul și negarea** (panică, pierderea controlului, negarea evenimentului, instaurarea unor sentimente de dezastru și nepuțință, furie și comportamente distructive, epuizare);
  - **protest și disperare** (devine agresiv, ostil față de ceilalți, este iritabil, anxios, percepe lumea ca un loc periculos, neglijează persoanele din jur, trăiește un sentiment de „gol”.

**Ieșirea din criză** se face prin 2 modalități:

1. pozitivă prin reorganizare, acceptarea pierderii, adaptare la situație, refacerea relațiilor și a vieții sociale, care este o viziune realistă, creându-se noi relații care vor substitui pierderea;
2. negativă – cronicizarea stării de protest și de depresie.

**Trauma** este o trăire emoțională de o extremă intensitate provocată de evenimente care pun sub semnul riscului supraviețuirea individului. Catastrofa are o dimensiune absurdă, inexplicabilă. În asemenea situații copilul are nevoie de explicații, de găsirea cauzelor, a vinovaților de acest lucru, altfel acesta se va autoculpabiliza, va resimți nevoia răzbunării și se dezvoltă și un spirit justițiar. Trauma generează situații de **stress post-traumatic** care pot apărea în interval de 2 săptămâni până la 6 luni de la producerea evenimentului traumatizant.

Daniel Marcelli în tratatul de „**Psiho-patologia copilului**” face următoarele precizări în legătură cu sindromul de stress post-traumatic la copil - sindromul de repetiție, în care mai mult decât reminiscența traumatismului însăși, se pot observa:

1. jocuri repetitive în care o parte a traumatismului este expus în scenă (jocuri cu mașini mici,

- simulând un accident, jocuri cu păpuși agresate, desene în care revine aceeași temă);
2. coșmaruri cu conținut cu atât mai imprecis cu cât copilul este mai mic;
  3. reacții uneori inadecvate prin intensitatea lor cu ocazia unor povești sau a unei istorioare imaginare la școală sau chiar acasă.

### ANALIZA CENTRULUI DE URGENȚĂ „VIOLENȚA ÎN FAMILIE” AL FUNDAȚIEI „SF. SAVA” BUZĂU

O etapă importantă a Centrului de Urgență este examenul medical complex al fiecărui membru al familiei internați în Centrul de Urgență al Fundației „Sf. Sava” Buzău, de către un medic cu specialitate N.P.I., echipa de asistenți sociali, este foarte important pentru luarea unei decizii corecte ținând seama de cauzele multiple generante a fenomenului negativ.

1. Se începe cu analiza anchetelor sociale care trebuie să evidențieze:

- condițiile de locuit;
- posibilitățile materiale și financiare pentru întreținerea acestei familii, și precizarea contribuției fiecărui părinte la acest deziderat;
- trăsături psiho-patologice ale părinților conflictuali: etilismul, boli cronice somatice sau neuro-psihoice, nivelul intelectual al părinților, gradul de atașament afectiv față de copii, care frecvent provin din familii anterioare;
- se precizează situația constituirii familiei (căsătorii legale sau legături de concubinaj).

Acești factorii, enunțați pe scurt, sunt generații principali în conflictele intra-familiale.

2. în antecedentele personale ale copilului se menționează: morbiditatea psiho-somatică dar mai ales sechelară sau un proces în evoluție (AD/HD, debut de psihoză, comițialitate, etc.) sau alt factor nevrozant al familiei. În aceste condiții, la un procent de 12% din copii s-a solicitat pentru precizarea unui diagnostic și investigații clinice de multi-specialiști, analize de laborator, examene imagistice, etc. Aceste investigații sunt foarte importante pentru luarea unei decizii de plasament a copilului într-un mediu echilibrat, în unități de reabilitare (de tip CZ) cu specialiști în recuperare: psiho-educatori, logopezi, kinezo-terapeuți, cei cu deficiențe NPM, etc.

Un model de echilibrare a copiilor din cadrul Centrului de Urgență „Violența în familie” îl reprezintă și



Centrul de Zi al Fundației „Sf. Sava” constituit sub forma unui „after school”.

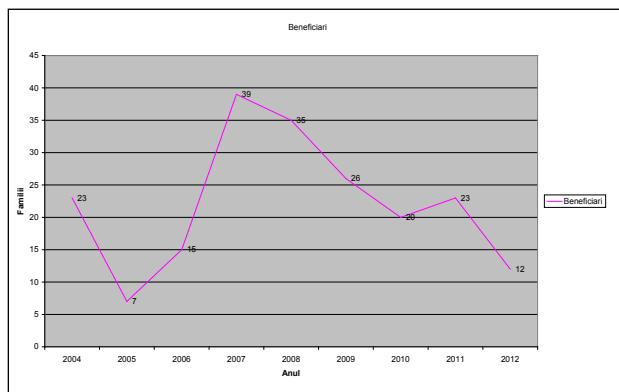
I. Dinamica internărilor familiilor în Centrul de Urgență „Violența în familie” al Fundației „Sf. Sava” Buzău de la înființare și până în prezent:

în 2004	–	23 beneficiari
în 2005	–	7 beneficiari
în 2006	–	15 beneficiari
în 2007	–	39 beneficiari
în 2008	–	35 beneficiari
în 2009	–	26 beneficiari
în 2010	–	20 beneficiari
în 2011	–	23 beneficiari
în 2012 (până în luna aprilie)	–	5 beneficiari
<b>TOTAL</b>		<b>193 beneficiari</b>

Analizând dinamica, vârfurile de internare sunt în 2007, 2008, 2009. Numărul redus de internări (2005, 2012) a coincis cu reparații capitale cu reamenajări a Centrului de Urgență pentru asigurarea unei funcționalități optime.

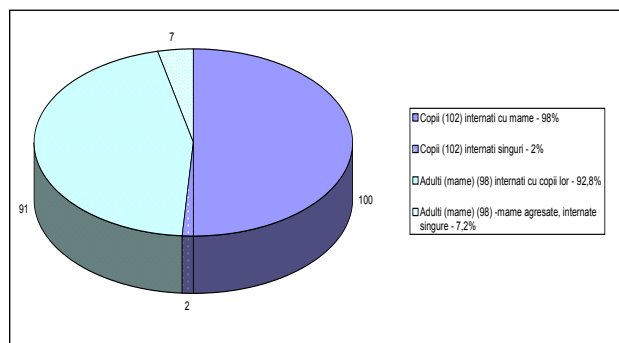


**Grafic 1. Dinamica internărilor familiilor din Centrul de Urgență „Violența în familie” din cadrul Fundației Sfântul Sava Buzău- de la înființare și până în prezent -.**



II. Cei 193 de beneficiari provin din 96 de familii. 97 de beneficiari au fost copii, reprezentând 50,2% din totalul beneficiarilor.

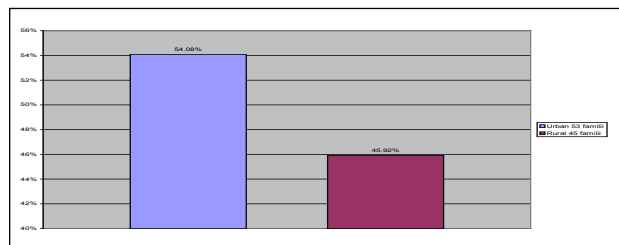
**Grafic 2. Structura beneficiarilor internați.**



III. Proveniența familiilor internate în Centrul de Urgență:

- urban – 53, reprezentând 55,2%
- rural – 43 reprezentând 44,8%

**Grafic 3. Proveniența beneficiarilor după mediu.**

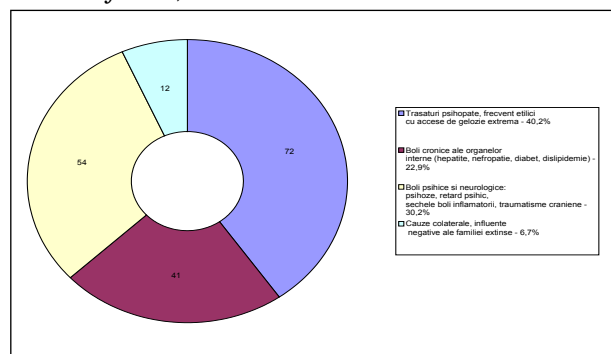


Rezultă deci, că mediul urban cu o frecvență mai mare a fost mai informat și mai accesibil la Centru. Aici mulți locuitori ai orașelor au fost sesizați în această problemă și astfel au fost înlesnite aceste rezolvări.

IV. Analiza cauzelor conflictuale din familie:

- trăsături psihopate, mai frecvent etilici, cu accese de gelozie extremă = 72 cazuri;
- deficiențe în dezvoltarea psihică: analfabeți, hipofreni, boli psihice și neurologice (psihoze, boli neurologice sechelare = 54 cazuri);
- boli cronice ale organelor interne și de sistem (diabet, sechele encefalită, tumori operate, traumatisme fizice, nefropatii, hepatite cronice progresive, bronșite astmatiforme, dislipidemii) = 41 cazuri;
- cauze cu influențe negative sunt reprezentate și de membrii colaterali: socri, prieteni, vecini, frați = 12 cazuri.

**Grafic 4. Dinamica etiopatogeniei morbidității în familie (la cele 98 de familii).**



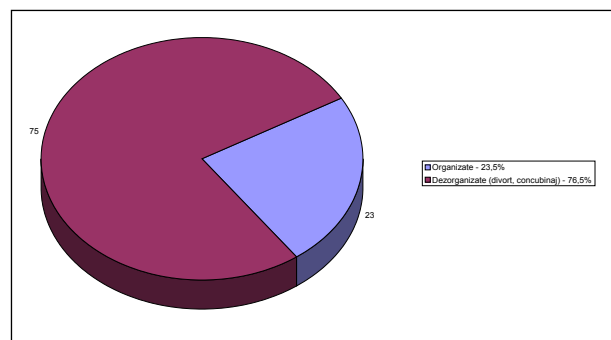
Din dinamica expusă mai sus rezultă:

- aspectele diverselor stări morbide se intrică și sunt concomitente cu alte aspecte morbide;
- afecțiunile cronice organice extracerebrale și sistemice se întrepătrund;
- suferințele psihice, în general, sunt de intensitate mediocră creând trăsături psihopate la majoritatea cazurilor.

V. Aspectul căsătoriilor:

- legale 23 = 23,5%
- consensuale 73 = 76,5%

**Grafic 5. Statutul legal al familiilor.**



Situația beneficiarilor Centrului de Urgență a fost favorabilă prin cele 75 de cazuri rezolvate conform obiectivului propus schimbându-se prin consiliere comportamentul, creșterea gradului de toleranță intrafamilială.

Persoanele care ajung la Centrul de Urgență beneficiază de următoarele servicii:

- **asistență medicală:** consultații și asigurarea medicației corespunzătoare. Acest serviciu este asigurat de către un medic și un asistent medical, ambii în regim de voluntariat;
- **asistență psihologică:** consilierea psihologică a victimelor cât și a întregii familii pentru asigurarea unui climat corespunzător. Acest serviciu este asigurat de către un psiholog, de asemenea în regim de voluntariat;
- **asistență socială:** întocmirea de anchete sociale în urma discuțiilor cu victimele cât și în urma deplasării la domiciliul acestora. Serviciul este asigurat de către un asistent social;
- **coordonarea activităților zilnice** prin programe educative, de recreere, precum și menținerea legăturii cu școala (acolo unde este cazul) pentru a nu întrerupe activitatea educativă;
- **asigurarea cazării** pentru victimele violențelor domestice pe o perioadă de maxim 14 zile. Acestea sunt repartizate în două dormitoare a câte patru paturi în fiecare cameră;
- **asigurarea meselor gratuite:** prepararea hranei necesare pentru trei mese zilnice plus două gustări. Acest serviciu este asigurat de 2 bucătari care deservește în regim de voluntariat Fundația Sf. Sava;
- **asigurarea securității victimelor** pe perioada internării prin doi supraveghetori de zi și de noapte care vin în regim de voluntariat;
- **reintegrarea în cadrul familiei și a societății** a persoanelor abuzate. Acest serviciu se realizează cu ajutorul asistentului social;
- **asigurarea asistenței religioase** (spovedanie, îndrumare, reabilitare psihologică). Aceasta se realizează cu ajutorul Președintelui Fundației Sf. Sava – Pr.Prof.Dr. Milea Mihail.

Centrul de urgență „Violența în familie” se organizează și funcționează pe baza unor principii:

- Egalitate de șanse pentru fiecare membru al familiei;

- Respectarea demnității fiecăruia;
- Asigurarea intimității pentru orice beneficiar;
- Asigurarea confidențialității;
- Recunoașterea valorii fiecărei ființe și respectarea reciprocă între membrii familiei.

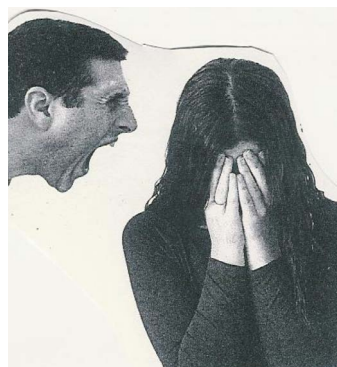
**Funcțiile Centrului de urgență sunt următoarele:**

- Primire- evaluare-ieșire-informare;
- Asistență temporară multidisciplinară;
- Arhivare date;
- Asigurare condiții de locuit – siguranță și accesibilitate, ambianță de tip familial, igiena prin două puncte sanitare, dormitoare, spații comune, spațiu pentru prepararea și servirea hranei;
- Asigurarea îngrijirii personale;
- Resocializare - activități de recuperare
- Reintegrare familială și comunitară prin consiliere;
- Drepturi de reclamații, de protecție, asigurarea autonomiei și luarea deciziilor în deplin acord cu membrii familiei;
- Asigurarea personalului calificat necesar cerințelor procesului de oferire a serviciilor în Centrul de Urgență „Violența în familie”.

Obiectivul general al Centrului de Urgență este acela de a răspunde necesităților specifice ale populației vulnerabile din cadrul acestei categorii de persoane.

## DISCUȚII

A. Despre atmosfera familiilor cu conflictualitate, psihologul Dan Valentina relatează experimentul psihologului Edgar N.Jackson pe 100 de persoane provenite din familii agresive – violente. Din acest total, 20 au prezentat depresii reactive, 30 de persoane au avut probleme emoționale de cuplu și 50 de mame au fost traumatizate emoțional foarte serios. Tot



autorul sus-numit, subliniază estimativ, că în S.U.A. 3 mil.de femei sunt victime ale violenței fizice iar 1/3 din acest lot au fost afiliate religios, astfel că ele au devenit mai labile, mai vulnerabile la abuz.

\*

În România sunt foarte multe cazuri de victime ale abuzului fizic la femei. Principala cauză este gelozia exagerată iar victima dezvoltă sentimentul de traumă, vinovăție încercând să suprimă mânia agresorului. Unii agresori după o criză de abuz devin mai calmi urmând faza ciclului „luna de miere”. Unele victime se îmbolnăvesc în „crizele de stress” cu indigestie, migrene, alergicii sau rahialgii, amețeli, erupții alergice, etc.

Se vorbește de așa-zisul „ciclu al violenței” când abuzul naște încercări a unei persoane de a deține controlul asupra celeilalte persoane printr-un comportament de intimidare. Abuzul de cuplu sau violența domestică operează în cicluri succesive având 3 faze:

1. acumulare de tensiune;
2. explozie urmată de mânie care generează violență fizică datorită unei lipse de control emoțional, mimica devenind cu modificări uneori terifiante;
3. ”luna de miere” sau o stare de bliss cu jurăminte și cereri de iertare apoi abuzul devenind din ce în ce mai violent, victimele ajungând să creadă că sunt vinovate.

Profilul agresorului este comun, indiferent de pregătirea profesională. Ei sunt egoiști, înguști, căutând un confort personal permanent, o atenție continuă și solicită un devotament necondiționat. Ei sunt posesivi, anxioși, iritabili, cu teamă de abandon, nu suportă să fie singuri, au nevoie de aprobare continuă, manipulează și profită de alții, sunt suspicioși, dependenți, instabili, imaturi emoțional și le place să fie percepuți de alții ca indivizi puternici, independenți.

- au o atitudine de superioritate dar viața lor interioară este marcată de: frică, anxietate generată de un respect de sine scăzut.

În afara familiei au o viață dublă fiind plăcuți, joviali, politicoși, manierați și sunt considerați oameni de încredere, respectați și apreciați în societate; unii doresc să domine („ca tatăl lor”, așa numitul model masculin). În aceste familii copiii poartă poveri emoționale premature.

În metamorfozarea familiei se constată schimbări de roluri, numite de specialiști „paternizarea copiilor” care sunt forțați de circumstanțe să preia responsabilitatea adultului neglijând nevoile proprii devenind duri, rigizi.

Femeile victime cu istoric în familia lor de etilism, abuzuri la împotriviri, le învață să nu contrazică, astfel devenind victime a acestor conflicte. Ele au o dificultate în explorarea universului emoțional alimentând astfel abuzul. Mentalitatea femeii se modelează pe principii religioase, să șlefuiască „colțurile aspre” prin blândețe, răbdare și așa sporește abuzul.

**B.** Este necesar să expun și câteva date documentare care ne-au ajutat la întocmirea unor modele de terapeutică.

**1. Psihoterapia copiilor** internați împreună cu mamele lor în Centrul de Urgență „Violența în familie, prezentând tulburări psihice de tip reactiv (descrise mai sus), prevede:

- modificarea unui tip de relație în familie impunându-le o disciplină a comportamentului care trebuie respectată și supravegheată de mamă;
- ajutorarea copilului să își asume responsabilitatea faptelor sale;
- controlul problemelor emoționale ale copilului și cu ajutorul mamei să găsească modalitatea de a face față stress-ului acestora;
- terapeutul trebuie să găsească semnificația simptomelor frecvent întâlnite: minciuna, chiulul, vagabondaj, etc.;
- îmbunătățire a „stimei de sine” a copilului condiționată multifactorial.

**Pentru copiii violenței se prevede:**

- să fie învățați cum să-și controleze furia;
- să-și exprime mânia, frustrarea;
- să devină responsabili pentru acțiunile lor;
- să accepte consecințele.

**Planul terapeutic** comportă fazele:

- faza inițială – realizarea relațiilor și motivarea copilului pentru schimbare;
- faza de mijloc în care copilul să conștientizeze capacitățile sale relaționale;
- faza terminală în care copilul își stabilește și o autonomie cu relații afective: cu membrii familiei, cu școala, cu Fundația.

**Felurile de psihoterapie:**

- terapia individuală concentrată asupra comportamentului social al copilului. Întărirea acestui comportament se face cu o recompensă din partea părinților, profesorilor și chiar copilul semnează un contract;



- tehnici punitivă: retragerea recompenselor, „time-out”. Ei cedează simbolurile și punctele acumulate, etc.;
- super-corecția: restituirea recompenselor, repetarea comportamentului potrivit, întărirea pozitivă asupra comportamentului bun;
- antrenarea aptitudinilor copilului prin interacțiuni cu scop care vizează dezvoltarea aptitudinilor sociale prin oferirea de modele, deci acordarea premiilor sau acțiunilor plăcute sociale.

**Terapie de grup** – Se aplică la copii retrași, cu teamă de alții sau speriați de necunoscut. Aici se stimulează prin jucării comune, cu reguli în care li se cere să-și elaboreze teme mai ales prin jocurile cu marionete.

Consilierea părinților copiilor:

- se aplică la copiii cu hiperkinetism și cu deficit de atenție;
- se lămurește copilul și familia că tratamentul este necesar un timp îndelungat;
- se analizează cauzele sindromului comportamentului tulburat;
- comisia găsește modelul de autorespect față de copil;
- se atenționează mama în atitudinile neadecvate față de copil.

### Reguli de bază în psihoterapia copilului cu tulburări afective

Trebuie reținut:

- scoaterea copilului din mediul traumatizant;
- realizarea unui contact afectiv permanent cu copilul;
- lămurirea familiei privind condiționarea evoluției tulburărilor și aportul care trebuie să-l ajute în recuperare;
- tehnicile de antrenare afectivă a copilului în diverse programe trebuie să contribuie la stimularea acestora creând în primul rând o atmosferă relaxantă. Ex.: utilizarea testului antrenant **tip Dexter** sub formă de joc, care liniștește, se concentrează, învață cuvinte noi, stimulează acțiuni plăcute, atenția, percepția, memoria, gândirea, etc.

**Analiza desenului copilului** care trebuie să respecte regulile de asimilare a noțiunilor de vârstă.

**Analiza modelajului din plastilină** – aici observăm reacțiile afective ale copilului.

Și **muzica** joacă un rol important în relaxarea

copilului. Îl atrage, îl ajută. Psihoterapeutul găsește și metode de stimulare a rezonanței muzicale „prin acvariu cu apă distilată” care stimulează percepția sunetelor antrenându-i în însușirea unor melodii ușoare.

- jocurile în oglindă, îl antrenează, îl atrag, îi corectează poziția corpului, îl stimulează în percepția unei imagini vesele, reconfortante.
- jucăriile, teatrul de păpuși, imagini mobile în acțiunile dintr-o poveste, poezie, cântec îl atrag, îl destind și îi mărește capacitatea de asimilare cognitivă.
- A.Escudero, prin noesiterapie la un copil mic, prin asocieri cu jocuri relaxante, îi solicită prin muzică să fie asimilate reacțiile de echilibrare emoțională accentându-le prin excitații verbale, mimică, gestică, utilizând mulaje, măști care îi dau satisfacție.

## 2. Terapie medicamentoasă

În lumina datelor de patogenie a tulburărilor afecto-adaptative expuse mai sus, pe lângă tehnicile de recuperare comportamentală, în raport cu entitățile morbide se intervine în corectarea simptomelor neuropsihice, somatice, vegetative.

În primul rând tratamentul medicamentos la care am apelat la acest grup de copii, comportă în general specificul terapiei **psiho-active** care se adaugă patogeniei formei clinice, evoluției, etc.

După S.Milea, pentru aceasta, în atitudinea terapeutică medicamentoasă trebuie respectate niște reguli de aplicare a schemelor care solicită:

- un diagnostic precizat vizând cauzele, formele clinice, evoluția cazului;
- existența comorbidităților concomitente;
- să se cunoască particularitățile farmaco-cinetice ale medicamentului: timp de înjumătățire, toleranță mai bună pe kg/corp la copil;
- specificitatea de acțiune a preparatelor (anxiolitice, sedative, narcotice, AE, în raport cu noile clasificări ale lui Kaplan, Sadock, 2001) (vezi tabelul anexat);
- individualizarea terapeutică în raport cu neurobiologia vârstei copilului;
- respectarea acțiunilor secundare a medicamentelor cât și contraindicațiile;
- interacțiunile cu alte medicamente;
- prudență în dinamica utilizării medicamentelor psiho-active.

## CONCLUZII

Fenomenul de „violență” este o conflictualitate reală în familii, indiferent de gradul de cultură, etnie, proveniență socială, numărul de copii, etc.

Acest fenomen a crescut în ultimii ani pe tot mapamondul și a impus:

1. Înființarea unor Centre de Urgență „Violența în familie” bine dotate și amenajate pe lângă biserici, dar și în centre de sine stătătoare cu ajutorul organelor administrative locale, ONG-uri a căror contribuții în funcționalitate este evident benefică.
2. Aceste centre de urgență funcționează cu o comisie multidisciplinară constituită ad-hoc la internare cu specialiști din domeniul medico-social care iau măsuri imediate pentru întreaga familie prevăzând un program de ocrotire, ajutor financiar, măsuri de continuarea școlarizării, educării copiilor cât și frecventarea unor instituții de reabilitare a copiilor cu diverse disfuncționalități N.P.;
3. Pentru asistații acestui Centru, specialiștii constituie un amplu program de consiliere a părinților și o școală de educare a comportamentelor acestora, de stimulare a toleranței în familie și într-ajutorare și educare reciprocă (a membrilor familiei);
4. Asistenta socială prin ancheta pe care o întocmește la fiecare internare ne informează asupra:
  - felului familiei (vezi categoriile enunțate în lucrare);
  - situației economico-materiale a familiei
  - nivelului cultural al părinților apreciind potențialul educativ al copiilor;
  - se apreciază, de asemenea, alături de cadrele medicale starea de morbiditate din familie, stadiul bolilor, potențialul de eficiență al tratamentului și se impune un program de reabilitare la cei cu deficiențe multiple contribuind astfel la ameliorarea stării de sănătate și a unei homeostazii emoționale. Desigur și aportul investigațiilor de laborator și imagistice ne-a ajutat

la un număr de 7 beneficiari, reprezentând 3,5% din totalul acestora, la precizarea diagnosticului și luarea unei atitudini corecte de tratament.

5. În familie, ținând seamă de nevoile familiei, specialiștii comisiei solicită în cazuri speciale luarea în **plasament de urgență a copiilor**. Această decizie trebuie instituită cu mare responsabilitate;
  - temporar s-a făcut internarea unui număr redus de beneficiari pentru realizarea investigațiilor și intervenții chirurgicale monitorizate.

În sistemul de reabilitare a comportamentelor deficitare neuro-psiho-somatice au fost incluși în programele de reabilitare specifică în instituții de tip CZ

6. În condițiile celor relatate mai sus, primarilor orașelor, comunelor le revin sarcinile:
  - găsirea unei locuințe corespunzătoare familiei;
  - oferirea unui loc de muncă a unui părinte astfel realizând o homeostazie afectivă normală;
  - asigurarea unui ajutor material mai substanțial în familiile cu mulți copii, mai ales școlari;
  - persoanelor substitutive ca „asistenți sociali” din incinta primăriilor, comunelor în mod special, să urmeze cursuri de orientare în probleme de asistență socială devenind apte pe viitor să rezolve problemele familiilor cu situații de violență, semnalate mai sus.
7. Se întocmește fișa de intervenție (vezi anexa) când se efectuează interviul și cu copilul.

În aceste condiții copilul are o serie de nevoi specifice (enunțate în lucrare) fiind ajutat în acest sens pe cale corecțională.

După ieșirea din Centrul de Urgență, familiile sunt monitorizate atât de Centrul de Urgență prin asistent social, D.G.A.S.P.C. cât și prin Serviciul de Asistență Socială din cadrul Primăriilor locale pe o durată maximă de 12 luni încheindu-se la final un raport de închidere de caz.

\*

\*

\*

## INTRODUCTION

The phenomenon of family violence (or domestic violence) is the negative configuration of the inter-relationships existing among the members of the most important social nucleus – **the family**.

Family is a structured system where each person occupies a role and it has an inter-dependence with resonance on the other person. According to McMaster Model, family assessment is a complex endeavour considering the way it:

- solves problems, as a family;
- communicates;
- is emotionally involved in solving family problems;
- behaves and controls behaviour.

According to the Finish trend of thought, families are assessed on a scale of five characteristics:

Healthy family without conflicts, dominated by empathy among its members;

Slightly perturbed family with transitory conflicts, which may generate anxiety states and mild depressions among its components, the members preserving a clear appreciation of reality.

Neurotic family, which has frequent unsolved conflicts of mild or mediocre intensity. The interpersonal patterns inside such families are clear. Since the conflicts are repetitive to a certain degree, the family perception of the reality between the crises is still satisfactory.

Rigid family – syntonic with dysfunctions produced by unsolved and ignored conflicts, with a blurred delimitation of reality in perspective, achieving a rigid homeostasis.

Severely perturbed families that have open conflicts. Here, the level of anxiety is high and the trust among the members is low. In this type of family, the consequences on the children are disastrous. Intra-family relationships may be re-established, in general in a certain degree, but also with specialised intervention.

According to Rutter, chronic stress accompanied by chronic disorders develops when:

The child's temperament changes, the youth proving to be unable to accommodate him/herself to the circumstances;

Generally, good relationships with a parent are preserved (with relatives, friends), therefore the coping mechanism is satisfactory;

Successes at the workplace, as well as school effectiveness start to decrease in time, in general for all family members.

The consequences of dysfunction in intra-familial, social, cultural relationships are clearly significant.

\*

In the last century, a host of scientists (psychologists, doctors, sociologists, etc.) such as Spitz, Bender, Bowlbi, Micheaux, Levi, and others, have become aware of the negative influence of conflict, neglect, failure to communicate, and especially of privation of affection. They have described the consequences of these negative aspects on the development of the other behaviours in children, starting from a very early age: motor behaviour, cognitive-verbal protocols of communication functions, receptive-expressive language and affective-adaptive behaviour. More recently, a group of psychologists from Boston, Robertson, Mayer, and Solovey, focused on more advanced stages in the development of personality, emphasizing especially the importance of clinically identified affective disorders in children by the syndrome of sadness, depression, detachment, etc. Deductively, these dysfunctions imply the following aspects:

### A. Neglect:

1. child's neglect concerning the physical side, thus he/she is deprived of food, medication, biological needs, etc.;
2. educational neglect, obliging the child to other activities leading to later school failure, rambling;
3. emotional neglect entails ignoring the events in the child's life.

### B. Child abuse:

1. physical, with excessive corporal punishment
2. emotionally by:
  - verbal violence, insults, humiliation, denigration, rejection and denial.
  - isolation for several hours
  - threat
3. sexual assault (not rape); it is an act of satisfying sexual needs with incitement to prostitution.

## INTERVENTION IN EMERGENCY

requests:

1. setting up a team (the social worker, psychologist, police officer to determine the aggressor, and a representative of the City Hall as mediator, as well as a neighbour)
2. an intervention form (see a model in the Annex). It ends with the report of the interview with the child, which requires:
  - a neutral and quiet place to talk;
  - a parent, relatives, teachers or the class counsellor teacher to be present;
  - the consequences of abuse in children are assessed;
  - the types of questions being asked are directed at the different circumstances, pleasant or otherwise, which the child went through, at his/her behaviour, and the parents' behaviour and at the parents' response to their abuse on children.

Some children are living with the grief of separation from parents and their being moved to another environment with intrusive procedures of the new family substitutes, with inappropriate expressions, and mistreatment, which generate even stronger stress.

In these circumstances, the child has some **specific needs** as follows:

- specific **needs to overcome the crisis** through which the child suffers in his/her effort to adapt to the new lifestyle.

The child's painful and confusing feelings, the conflicts he/she feels caught in, the mixture of love and hate, fear, pain and uncertainty require attention and involvement of the intervening psycho-pedagogues, social workers, counsellors, and substitutive families).

- special **needs relating to arrangements** to be made in future concerning the child on which he/she has insufficient control and little information. Regardless of past behaviour of the family of origin and of the quality of relationships with family members, each child remains with the fantasy of returning to his/her own family and grow in "his/her house".

3. **It is important that professionals in social care system should understand the following:**

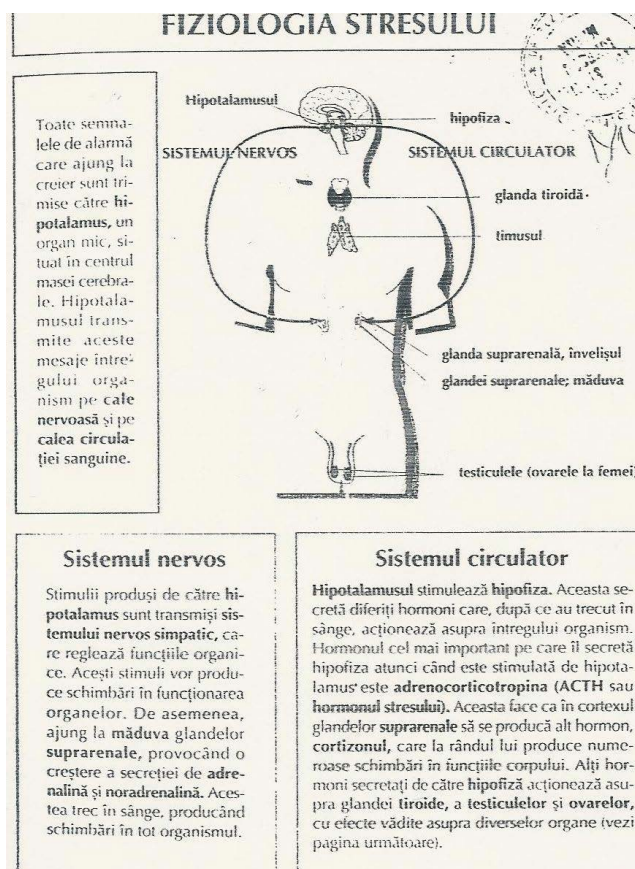
- abused and neglected children are not offered protection and safety, as is, their ability to trust and form close relationships is diminished;

- they were ignored or treated as pawns in inter-relational conflicts of adults in violent families;
- to provide emotional support to children who experience such situations, it is necessary to develop empathy, to understand their needs, to help them express their suffering and to improve communication skills.

Notwithstanding the conditions reported above, the conflicts will generate the child's, suffering which has a negative effect with repercussions on later brain dysfunction.

**Stress** is a psychological reaction that intervenes at environmental changes, and it is a mixture of emotional experiences induced to a child when three conditions are fulfilled:

- The child's binds with the family are interrupted;



- Unexpected events occur that require sudden accommodation capacity of the unprepared individual;
- The achievement of certain performance in a bleak, hostile, suspicious environment, which

generates mental disorders such as depression and anxiety, is almost impossible.

There are several types of suffering:

- a. **Simple stress**, which produces reversible neural-biological changes; in general, it is usually caused by a frustration that leads to neurosis, asthenia, fatigue;
- b. **Bereavement**, is stress caused by a significant loss in the child's life, especially of a loved person but also a deprivation of material objects, which the child has a special attachment to. Mourning takes the appearance of the crisis that has the following steps:
  1. **shock and denial** (panic, loss of control, denial of the event, establishment of feelings of disaster and of helplessness, anger and destructive behaviour, burnout)
  2. **protest and despair** (the individual becomes aggressive, hostile to others, is irritable, anxious, perceive the world as a dangerous place, neglects the people around, lives a sense of "emptiness").

Coming out of the crisis may take two aspects:

1. positive, through reorganization, accepting loss, adjustment to the situation, rebuilding relationships and social life. This is a realistic vision, creating new relationships that will replace the loss;
2. negative – a chronic state of protest and depression.

**Trauma.** It is an experience of extreme intensity caused by events which challenge the survival of the individual. The catastrophe has an absurd, inexplicable size. In such cases the child needs explanations, needs to find the causes, the culprits, otherwise he/she will self-blame him/herself, will feel the need for revenge and develops a spirit of justice. Trauma generates **post-traumatic stress** situations that can occur within 2 weeks to 6 months after the traumatic event happened.

Daniel Marcelli in his treatise on "Child Psychopathology" makes the following comments in relation to post-traumatic stress syndrome in children:

The repetition syndrome, in which more than the reminiscence of the trauma itself, one may notice:

1. Repetitive games, in which one side of the trauma is staged (small car games, simulating an accident, abused dolls games, drawings with the same recurrent theme).

2. Nightmares, where the younger the child is, the more imprecise the content of the dream.
3. Reactions, sometimes inadequate by their intensity, at some fairy tale or imaginary story at school or even at home.

### ANALYSIS ON THE "VIOLENCE IN THE FAMILY" EMERGENCY CENTRE OF THE "SAINT SAVA" FOUNDATION, BUZAU

An important step at the Emergency Centre of the Foundation "Saint Sava" Buzau, is the complex medical examination of each family member hospitalized there by a physician specialized in INP and by the team of social workers. This examination is very important for an accurate decision taking into account the overall multiple causes that have generated the negative phenomenon.

1. The exam starts with the analysis of the social surveys, which should highlight the following aspects:

- Housing conditions
- Material and financial possibilities for sustenance of this family, specifying each parent's contribution to this goal;
- Psycho-pathological features of conflicting parents such as: alcoholism, chronic somatic and neuropsychological, intellectual level, degree of emotional attachment to children, who often come from previous families;
- Details concerning situation of family establishment (legal marriage or cohabitation connections).

These factors, briefly stated, are the main generators of intra-family conflicts.

2. A statement of the child's personal antecedents: psycho-somatic morbidity, especially a sequellary one, or a developing process (AD / HD, onset of psychosis, epileptic seizures, etc.) or another neurosis





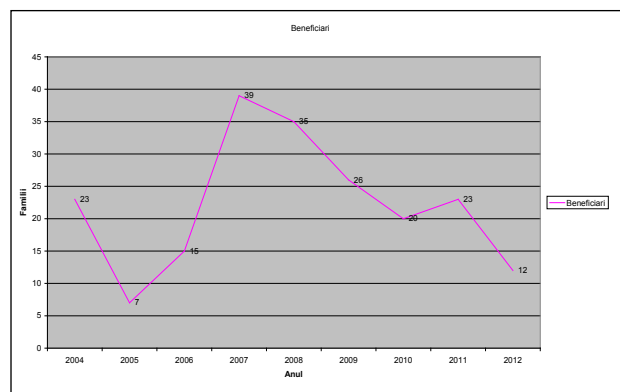
factor in the family. In these conditions, for 12% of the children, clinical investigation by a multidisciplinary team, laboratory tests, imaging exams, etc. have been required in order to decide on a diagnosis. These investigations are very important in order to decide the placement of the children in a balanced environment in rehabilitation units (Day care centres) provided with recovery specialists: psycho-educators, speech therapists, kinetic therapists, therapists for people with NPM disabilities, etc.



I. A model for rehabilitating children in the “Violence in the Family” Emergency Centre “ is the Day Care Centre of the Foundation “Saint Sava”, constituted in the form of an “after school” facility.

in 2004	–	23 beneficiaries
in 2005	–	7 beneficiaries
in 2006	–	15 beneficiaries
in 2007	–	39 beneficiaries
in 2008	–	35 beneficiaries
in 2009	–	26 beneficiaries
in 2010	–	20 beneficiaries
in 2011	–	23 beneficiaries
in 2012 (until Aprilie)	–	5 beneficiaries
<b>TOTAL</b>		<b>193 beneficiaries</b>

**Table 1. Dynamics of families admitted to the “Violence in the Family” Emergency Centre of the “Saint Sava” Foundation, Buzau from its establishment up to the present.**

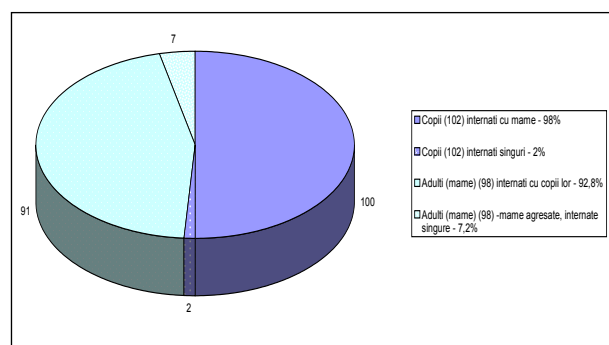


Analysing the dynamics admission peaks are in 2007, 2008, and 2009. The reduced number of admissions (2005, 2012) coincided with major repairs, with significant refurbishments of the Emergency Centre to ensure its optimal functionality.

II. The 193 beneficiaries come from 96 families. 97 beneficiaries were children, representing 50.2% of all beneficiaries.

- Children admitted with their mothers 98%;
- Children admitted alone 2%;
- Adults (mothers) admitted with their children 92.8%;
- Adults (mothers) – aggressed, admitted alone – 7.2%.

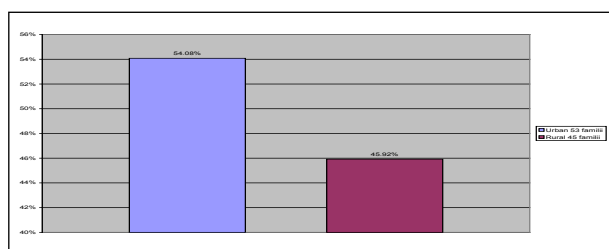
**Table 2. Structure of admitted beneficiaries.**



III. Origin of the families admitted to the Emergency Centre:

- urban environment – 53, representing 55,2%;
- rural environment – 43 representing 44,8%.

**Table 3. Origin of beneficiaries according to environment.**

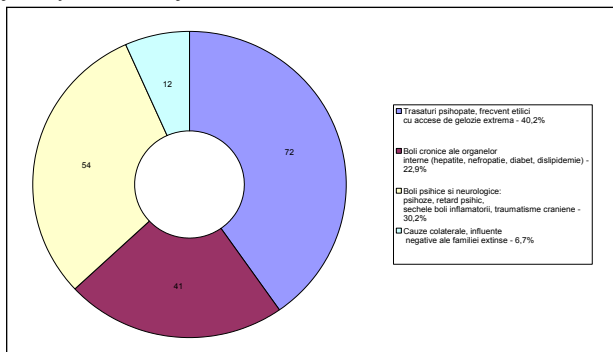


IV. Analysis of the causes of conflict in the family:

- psychopathic traits, most commonly alcoholics, with bouts of extreme jealousy = 72 cases;
- deficiencies in mental development: illiteracy, mental and neurological illness (hypophrenia, psychoses, disabling neurological diseases) cases = 54;
- chronic diseases of internal organs and systems (diabetes, sequelae encephalitis, operated

- tumors, physical trauma, renal disease, chronic progressive hepatitis, asthmatic bronchitis, dyslipidemia) = 41 cases;
- d. causes with negative influences are represented by the collateral members of the family: in-laws, friends, neighbours, siblings = 12 cases.

**Table 4. Dynamics of morbidity aetio-pathogeny in the family (in the 98 families).**



Psychopathic characteristics, frequently alcoholics, with bursts of extreme jealousy – 40.2%

Chronic diseases of internal organs (hepatitis, nephropathy, diabetes, dyslipidemia) 22,9%

Psychic and neurologic diseases: psychoses, psychic retardation, sequellae of inflammatory diseases, cranial traumas – 30,2%

Collateral causes, negative influences of the extended family – 6,7%

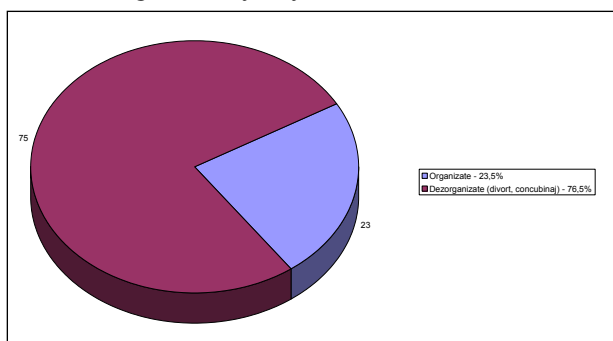
The dynamics displayed above shows that:

1. various aspects of morbid conditions intricate and are concomitant with other health issues;
2. extra-cerebral organic chronic and systemic diseases overlap;
3. mental suffering is generally of mediocre intensity, creating psychopathic traits in most cases.

V. Aspect of marriages:

- lawful 23 = 23.5%

**Grafic 5. Legal status of the families.**



- by consensus 73 = 76;
- Organised 23.5%;
- Disorganised (divorce, cohabitation) 76.5%.

The situation of the Emergency Centre beneficiaries was favourable: there were 75 solved cases, in agreement with the proposed objective: the behaviour of the patients has changed due to counselling, and intra-familial degree of tolerance increased.

\*

Persons who arrive at the Emergency Centre benefit from the following services:

- **Medical care:** consultations and provision of appropriate medication. A physician and a nurse provide this service, both of them being volunteers;
- **Psychological support:** The psychological counselling of both the victims and of the entire family in order to assure an appropriate environment. A psychologist, also as a volunteer, delivers this service;
- **Social care support:** Performing social surveys following both discussions with the victims and as a consequence of visits at their homes. A social worker assures this service;
- **Coordination of daily activities by educational, recreational programmes,** as well as by keeping contact with the school (where there is the case) in order not to interrupt the educational activity;
- **Securing housing** for the victims of domestic violence for a period of maximum 14 days. The victims are accommodated in two dorms with four beds in each room;
- **Securing free meals:** Preparation of the food necessary for three daily meals plus two snacks. Two cooks assure the service as volunteers of the “Saint Sava” Foundation;
- **Security for the victims** during their admission to the Emergency Centre by two supervisors (day and night) who come as volunteers;
- **Reintegration within the family and society** of the abused persons. This service is assured with the help of the social worker;
- **Religious assistance** (confession, guidance, psychological rehabilitation). This service is delivered with the help of the President of “Saint Sava” Foundation – Pr. Prof. Dr. Milea Mihail.

„Violence in the Family” Emergency Centre is organised and functions based on the following principles:

- Equality of chances for each member of the family;
- Respect for each person’s dignity;
- Securing privacy for every beneficiary;
- Assuring confidentiality;
- Recognition of each human being’s value; mutual respect among the members of the family.

The functions of the Emergency Centre are:

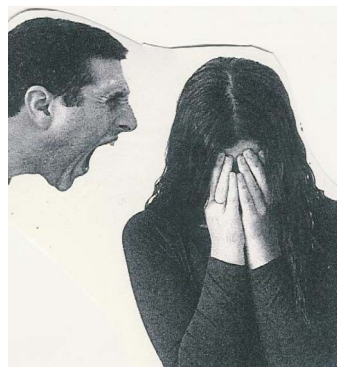
- Reception – assessment – discharge – information;
- Multidisciplinary temporary assistance;
- Data archiving;
- Assuring housing conditions – security and accessibility, familial type ambiance, hygiene through two sanitary facilities, dorms, common spaces, facilities for food preparation and meal serving;
- Assuring personal care;
- Re-socialization – rehabilitation activities;
- Family and community reintegration through counselling;
- Right to complaints, protection, autonomy assurance, taking decisions in full agreement with the members of the family;
- Provision of qualified staff, necessary to the process of supplying services in the “Violence in the Family” Emergency Centre.

The general aim of the Emergency Centre is to respond to the specific necessities of the vulnerable population within this category of persons.

## DISCUSSIONS

A. Psychologist Dan Valentina, focusing on the atmosphere existing in families with conflicts, describes the experiment of psychologist Edgar N. Jackson involving 100 persons coming from aggressive-violent families. Out of this total, 20 persons presented reactive depressions, 30 persons had emotional problems in their couple and 50 mothers had very serious emotional traumas. The same author estimates that, in the USA, 3 million women are victims of physical violence and a third of this lot has been affiliated religiously, thus becoming more vulnerable to abuse.

\*



In Romania, there are very many cases of women victims of physical abuse. The main cause is the exaggerated jealousy and the victim develops the feeling of trauma, of guilt, trying to suppress the

anger of the aggressor. Some aggressors, after an abuse crisis, become calmer, following the phase of the “honeymoon” cycle. Some victims fall ill during the “stress crisis” with indigestion, migraine, altralgy (pains in the joints) or rachialgia (pain in the vertebral column), dizziness, allergic rashes, etc.

The so-called “cycle of violence” is described where abuse generates a person’s attempts to be in control of the other person through an intimidating behaviour. Couple abuse or domestic violence operates in successive cycles having three distinct phases:

1. Accumulation of tension;
2. Outburst followed by anger, which generates physical violence due to a lack of emotional control, the expression of the face acquiring sometimes terrific alterations;
3. “Honeymoon” or a state of bliss with oaths requests for forgiving and after that the abuse becomes more and more violent, the victims start to believe that they are really guilty.

The aggressor’s profile is the same, irrespective of the level of professional training. They are egotistic, narrow-minded, seeking permanent personal comfort, continuous attention and require unconditioned devotion. They are also possessive, anxious, irritable, with a fear of being abandoned, cannot stay alone, need permanent approval, manipulate and take advantage of others, are suspicious, dependent, unstable, emotionally immature and like to be perceived by others as powerful, independent individuals.

Although they adopt an attitude of superiority, their inner life is marked by fear, general anxiety and low self-esteem.

Outside the family they lead a double life, being pleasant, jovial, polite, mannered and are considered reliable, respected and appreciated in society; some of them want to dominate (“like father”, the so-called masculine model). In such families, the children bear premature emotional burdens.

In family metamorphosis, role changes have been found, which the specialists named “paternalization of children” because they are forced by circumstances to assume the adult’s responsibility, neglecting their own needs, becoming tough and rigid. Women victims, with a history of elitism in their families and abuses at reluctance, are taught not to contradict, thus becoming victims of such conflicts. They display a difficulty in exploring the emotional universe, thus feeding abuse. Based on religious principles, these women’s mentality, is shaped to soften the “rough corners” through kindness and patience, and in this way abuse increases.

**B.** It is necessary to present some documentation data that have helped us develop some therapy models.

**1. Psychotherapy of the children** hospitalized together with their mothers in the “Violence in the Family” Emergency Centre after having been diagnosed with reactive psychic disorders (as described above) aims at:

- changing the type of relationship in the family, imposing a certain disciplined behaviour that should be observed by the child and supervised by the mother;
- helping the children to take responsibility of their own actions;
- offering support in the control of the child’s emotional problems and, with mother’s help, finding methods to cope with the stress generated by such problems. The therapist must find the significance of the frequent symptoms that have been discovered: lying, truancy, vagrancy, etc.;
- improving the child’s “self-esteem”, which is conditioned by many factors.

**Violent children are provided with help in order to**

- learn how to control anger;
- express anger, frustration;
- become accountable for their actions;
- accept the consequences.

**The therapeutic plan involves the following phases:**

- Initial phase – making child realise the existing relationships and motivating him/her for change;
- Middle phase when the child realizes his/her relational capabilities;

- Terminal phase in which the child becomes autonomous with a range of affective relationships: with family members, with school, with the Foundation.

**Types of psychotherapy:**

- Individual therapy, focused on the child’s social behaviour. Reinforcing this behaviour is a gratification from parents, teachers and the child even signs a contract;
- Punitive techniques, involve the withdrawal of rewards, “time-out”. The child gives back the symbols and the points earned, etc.;
- Super-correction, involves the return of rewards, repetition of the appropriate behaviour, positive reinforcement of good behaviour;
- Training the child’s skills through interactions aiming to develop his/her social skills by providing models, that is, offering awards or providing pleasant social activities.

**Group Therapy**

It is applied to solitary children that fear the others or are afraid of the unknown. In this therapy, the patients are stimulated by common toys, with rules that are require them to develop particular themes, and especially by games with puppets.

Counselling of the children’s parents:

- It is applied to hyperkinetic children with attention deficit;
- It aims to explain to the child and family that treatment requires a long time;
- It analyses the causes of disturbed behaviour syndrome;
- The Commission should find the self-esteem model for the child;
- Mother is warned on the inappropriate attitudes to her child.

**Basic rules in psychotherapy of the child with affective disorders**

It should be remembered that:

- The child must be removed from the traumatic environment;
- Permanent emotional contact with the child must be achieved;
- The therapist must enlighten the family on the conditioning of the disorder evolution and on the help he/she needs in recovery;
- The techniques of attracting the child affectively to various programs should help to

stimulate him/her, first by creating a relaxing atmosphere. E.g.: Using the exciting Dexter type test as fun game, it calms the child, helping him/her to focus, to learn new words. It stimulates pleasant activities, attention, perception, memory, thinking, etc.

**The analysis of the child's drawings** should observe the rules the govern the assimilation by the child of the concepts of age.

**The analysis of clay modelling** - here we may see the child's emotional reactions.

**Music** plays also an important role in relaxing the child. It attracts the child, it helps. The therapist can also find ways to stimulate musical resonance "by the aquarium with distilled water" which stimulates the perception of sounds, determining the child to learn simple songs.

**Mirror-games** train the child, are attractive, correct posture, stimulate the perception of a joyful image, are comforting.

Toys, puppet shows, mobile pictures actions of a story, a poem or a song are attractive and relaxing for the child, increasing his/her ability of cognitive assimilation.

- The Spanish surgeon **A. Escudero** applied noesitherapy to young children. By association with relaxing games, he stimulates the patients with music, determines them to assimilate the reactions of emotional balancing, reinforcing these reactions by verbal excitation, mimicry, gestures, using moulds and masks that generate satisfaction.

## 2. Drug Therapy (Pharmacotherapy)

In light of the pathogenesis data of affection-adaptive disorders described above, in addition to behavioural recovery techniques in relation to morbid entities, the interventions aim at correcting neurological somatic, and vegetative, symptoms.

First, the medication we chose for this group of children generally implies the specific psycho-active therapy plus the form of clinical pathogenesis, the evolution of the disorder, etc.

According to S.Milea, certain rules for the implementation of schemes must be followed in the therapeutic approach:

A clear diagnosis regarding causes, clinical forms, development of the case

- Existence of concomitant co-morbidity;

- The pharmaco-kinetic peculiarities of the drug should be known: half-life period, better tolerance per kg / body in children;
- Specificity of action of pharmaceutical chemicals (anxiolytics, sedatives, narcotics, AE, in relation to new classifications of Kaplan, Sadock, 2001);
- Individualization of therapy in relation to the neurobiology of child age;
- Compliance with secondary reactions of the drugs and with contraindications;
- Interactions with other drugs;
- Caution in the dynamics of psychoactive drug use.

## CONCLUSIONS

The phenomenon of "violence" is a real conflicting state in families, regardless of culture, ethnicity, social origin, number of children, etc. This phenomenon has increased in recent years all over the world and imposed:

1. The foundation of certain "Violence in the Family" Emergency Centres "Domestic violence", well equipped and furnished within the churches, but also independent centres with the help of local administrative bodies, NGOs, whose contribution in functioning is clearly beneficial;
2. These emergency centres work with a multi-disciplinary commission constituted ad-hoc, on admission to the centre by professionals from the medical and social care fields, who take immediate action for the whole family by providing a program of care, financial aid, measures to continue schooling, educating children and attendance of rehabilitation institutions for children with various NP dysfunctions;
3. The specialists working at the Centre develop a comprehensive counselling program for parents and set up a school to educate the beneficiaries' behaviour, stimulating family tolerance and mutual help and education (for family members);
4. The social care service, by completing the survey at each hospital admission informs on:
  - The type of family (see the categories listed in the paper);



- Economic situation of families;
  - Cultural level of the parents assessing the educational potential of children;
  - The medical staff assesses the morbidity level in family, disease stages, the effectiveness potential of the treatment and a rehabilitation program is developed as necessary in patients with multiple deficiencies, thus contributing to improved health and emotional homeostasis. Of course, laboratory investigations and imaging input helped us in a number of 7 beneficiaries, representing 3.5% of the total in the diagnosis decision and taking a correct attitude concerning the treatment.
5. At family level, taking account of family needs in special cases, the Commission experts require that the **children should be urgently institutionalised**. This decision must be established with great responsibility.
- Temporarily, a small number of beneficiaries was admitted to the centre to perform investigations and surgeries in a monitored manner. In the system of the rehabilitation of behaviours with neuro-psycho-somatic deficit, these children were included in rehabilitation programs in specific institutions of the day care centre type.
6. Under these circumstances, mayors of towns, villages have the task to:
- find suitable housing to the Family;
  - offer a job to a parent, thus providing a normal emotional homeostasis;
  - Provide a more substantial material aid to families with many children, especially if they go to school;
  - Make sure that people acting as “social workers” inside municipalities, communes in particular, attend training courses and get familiar with social care issues. Then, in the future, they become able to solve problems of families with cases of violence as reported above.
7. The intervention form (see Annex) is completed when performing the interview with the child. In these conditions, the child has some special needs (set out in the paper), being helped accordingly. After leaving the Emergency Centre, for a period of 12 months, families are monitored by the Emergency Centre’s social worker, by DGASPC and by the Social Care Service within the local town halls, and in the end, a final report is made to close the case.

## BIBLIOGRAFIE / BIBLIOGRAPHY

1. Albert Ellis D.M. – T.C.E.R. (Terapia comportamentală emotiv – rațională) – Ed.Antel XX, 2006;
2. Beldiceanu Iolanda – „Formator pentru munca de prevenire și interes comunitar în situația de violență domestică” – Curs 2009, Brașov;
3. Bradu Ioan Iamandescu - Psihologie medicală, psihoterapie - , Ed.Medica, 2006, București;
4. Dan Valentina – „Violența în familie” – Rev. Viață și Sănătate, nr. 11, 2011, p. 20;
5. Goleman Daniel – Inteligența emoțională – Ed.Carte Veche, București, 2008;
6. Milea Ștefan – „Agresivitatea – un concept complex interactiv eterogen și deschis” – Rev.SNPCAR nr.3, 2010, p. 71;
7. Neamțu Cristina – Devianța școlară – Ed.Polirom, București, 2003;
8. Nussbaum Laura – Abilitarea și reabilitarea psihiatrică la copii și adolescenți – Ed. ArtPress, 2011, Timișoara;
9. Zamfir Elena – Ghid de intervenție în caz de violență în familie – Ministerul Muncii, Agenția Națională pentru Protecția Familiei, București, 2009.