

Abuzul sexual în copilărie

- 2000 -

A. Abuzul sexual în copilărie și adolescență

În S.U.A, aproximativ una din patru tinere fete suferă un abuz sexual, fiind victima unei molestări, unui viol sau incest. Mai puțin de jumătate dintre aceste cazuri sunt raportate

medicului sau altor organe competitive. Toate victimele suferă o traumă semnificativă, care poate fi vindecată doar prin tratament medical adecvat și prin intervenția autorităților legale. Deseori, dezgustul față de cel care a comis abuzul se însoțește de un sentiment de frică intensă. În rezolvarea acestor cazuri, cu o mare încărcătură emoțională, medicii, avocații și serviciile de asistență socială trebuie să conlucreze pentru colectarea datelor și pentru rezolvarea cazurilor. Scopul este de a asigura revenirea victimei la o stare de normalitate, dar, în același timp, de a identifica și a pedepsi pe cel care a comis abuzul, protejând astfel victima și întreaga comunitate.

Victimele unui viol se prezintă, de obicei, imediat după incident, în timp ce acelea care au fost molestate sau supuse unui incest sunt identificate uneori după luni sau chiar ani de la comiterea abuzului, din cauza lipsei unor traume fizice, care să poată fi rapid diagnosticate.

Violul presupune ca violatorul să folosească forța, iar victima să se opună activ până în ultimul moment.

De fapt, încă mai este foarte răspândită convingerea că dacă o femeie nu se opune activ, ea nu a fost violată.

Violul se definește ca fiind o “cunoaștere carnală” a femeii într-o măsură mai mică sau mai mare, fără acordul acesteia, prin impunerea forței, prin fraudă sau provocând teamă femeii.

Înțelegerea definiției legale a termenului de viol este neapărat necesară. Cunoașterea carnală poate însemna un act sexual complet cu ejaculare seminală sau orice penetrație cât de ușoară a organului genital feminin de către organul genital masculin chiar fără emisiunea de lichid seminal.

Pentru a putea vorbi despre viol, trebuie ca una dintre părți să se opună actului sexual sau ca cel agresat să fie minor. Vorbim despre viol și atunci când persoana supusă acestui act sexual a fost în prealabil drogată, adormită sau este incompetentă mintal.

Orice formă sau grad de intimidare arată că violatorul nu a obținut asentimentul victimei.

Incestul este un delict sexual, care apare atunci când agresorul și victima sunt înrudiți și nu ar putea să se căsătorească legal. Din cauza naturii sale, incestul deseori nu este raportat și este dificil de dovedit. Din păcate, incestul și moletarea intrafamilială sunt probabil, cele mai frecvente forme de abuz sexual asupra copilului.

Incidența reală a actelor sexuale în care victimele sunt copii este dificil de evaluat din cauza lipsei unei statistici la nivel național. Majoritatea cazurilor de incest au loc între tatăl vitreg și fiica vitregă.

Pedofilia implică adeseori un contact sexual neviolent cu un copil, realizat de către adult și constă în manipularea organelor sexuale, admirarea și stimularea lor orală și genitală.

Violatorul și cel care comite acte de molestare este deseori descris psihologic ca o persoană cu tulburări sexuale, mentale sau ca o persoană periculoasă din punct de vedere sexual. Acești termeni sunt medicali, cât și juridici. Comportamentul violatorilor este caracterizat ca fiind cauzat de o tulburare de personalitate, care devine inadecvată, antisocială și explozivă.

Când atacul sexual este urmarea unui impuls sexual primar, agresorul manifestă o personalitate inadecvată cu un slab control al impulsului combinat cu dorințe sexuale sau înclinații homosexuale. El este deseori exhibiționist, fetișit, obsesiv-compulsiv, prezintă lipsă de încredere în sine și este umil social. Colegii îl descriu deseori ca fiind liniștit, timid, un lucrător de încredere. Din punct de vedere intelectual este normal, dar are o accentuată lipsă de încredere în sine.

Atacatorii agresivi și brutali au un comportament antisocial și exploziv, ei având adeseori un lung istoric de comportament antisocial nonsexual. Frecvent, ei manifestă depresie, halucinații sau simptome paranoide. De asemenea, s-a observat că agresorii au fost în copilăria lor martorii unor violențe extreme, îndreptate, în special împotriva mamelor lor.

Pedofilul sau cel care molestează copii este un individ cu tulburări mentale și fără maturarea psihosexuală. 80% dintre aceștia au sub 35 de ani și doar 1-2 % peste 50. Cei care aparțin grupei de vârstă de 30-35 de ani tind să-și satisfacă fanteziile din adolescență și au ca motiv al acțiunii lor insatisfacțiile din cadrul căsătoriei. Cei care molestează copii pot proveni din rândul delincvenților dar pot fi și membrii marcantă ai comunității. În majoritatea cazurilor, copilul cunoaște agresorul, îl vede deseori, îl admiră și are încredere în el.

Pedofilii sunt un grup special de agresori sexuali cu un istoric lung de relații nesatisfăcute cu femeile. Mulți nu au avut o relație heterosexuală adultă normală. Agresorii cronici sunt mai impulsivi, neconvenționali, bizari, confuzi, alienați, prezentând și acuze psihosomatice. Pedofilii au o personalitate pasiv-agresivă cu sentimente de inferioritate și o

puternică dependență. În peste 50% dintre cazuri, abuzul sexual nu este izolat, ci persistă pe o perioadă lungă de timp, de la săptămâni până la ani.

Mulți dintre pedofili și violatori au severe disfuncții psihosexuale, care se manifestă în cursul agresiunii. Atacatorul poate prezenta o erecție inadecvată, ejaculare precoce sau tardivă, impotența.

Agresorii sexuali sunt caracterizați deseori ca pacienți sau prizonieri “model” în cursul spitalizării sau încarcerării lor. Ei sunt ascultători și se comportă bine în afara activităților lor sexuale. Societatea este însă din nou expusă riscului când acești agresori sunt puși în libertate și ajung într-un mediu în care personalitatea lor inadecvată, lipsa respectului de sine și relațiile sexuale nesatisfăcute le provoacă disfuncție psihosexuală. Agresorii sexuali se vindecă rar.

Deși copiii reprezintă 60% dintre victimele agresiunii sexuale, multe cazuri rămân necunoscute, deoarece agresiunile se produc în mediul familial și se asociază cu molestarea nonviolentă și incest, nefiind raportate. Doar agresiunile din afara căminului, mai brutale și care constituie acte de viol, sunt cunoscute.

Vârsta medie a victimelor supuse molestării este de 11 ani. Majoritatea sunt fete premenarhale și 85% dintre ele își cunosc agresorul. De fapt, vârsta cea mai frecventă la care sunt molestate victimele este cuprinsă între 4-8 ani, iar incestul apare cel mai frecvent între 10-14 ani; 80% dintre molestări sunt neviolente, restul de 20% fiind însoțite de viol, brutalizări, mutilări și chiar crime; 30-50% dintre agresori sunt vecini, prieteni sau rude. Doar 15% dintre pedofili sunt complet necunoscuți victimelor. Când pedofilul își cunoaște victima, agresiunea este în general, neviolentă, repetată și nefiind descoperită de către autorități. Modificările psihologice ale victimei sunt mult mai adânci și necesită tratament psihologic pe termen lung.

Relațiile incestuoase încep, de obicei, cu primul născut de sex feminin, când acesta atinge vârsta de 8-10 ani și cel mai frecvent se termină la vârsta instalării menarhăi. Dacă există o a doua fiică, comportamentul incestuos se va îndrepta către aceasta. Ocazional, incestul se confirmă și în timpul adolescenței. Victimele incestului pot prezenta isterie, fobii, tentative de suicid, comportament psihotic. Aceste fete, ajunse la vârsta maturității, sunt depresive și anxioase.

În timp ce violul și molestarea reprezintă disfuncții ale comunității, incestul este o problemă care apare din cauza disfuncțiilor intrafamiliale. Victimele incestului trebuie tratate

cu mare atenție și cu implicarea întregii familii în terapie, altfel disfuncțiile de mențin, poate reapărea incestul sau altă disfuncție intrafamilială.

Violul este însoțit de violență, 10-46% dintre victime prezentând leziuni minore nongenitale, iar 4-15% răniri grave. Trauma fizică apare la cap, față, gât, torace, extremități, când victima este lovită, legată în cursul luptei sale cu agresorul. Leziunile cuprind echimoze, lacerății, contuzii minore. Echimozele sunt urmarea apărării victimei care a încercat să-și protejeze fața și toracele de lovituri. Astfel de răni trebuie fotografiate și descrise cu exactitate de către medicul care face constatarea.

Leziunile fizice majore, cuprinzând fracturi, hematoame subdurale, contuzii cerebrale, fracturi craniene necesită spitalizarea victimei. Faptul că traumele fizice sunt frecvente și pot duce chiar la deces confirmă că violul este, în primul rând, un act de violență în care sexul este utilizat ca armă.

Injuriile perineale minore se observă la 80% dintre victimele unei agresiuni sexuale, fiind vorba despre abraziuni perihimenale, contuzii sau lacerări vaginale. Majoritatea leziunilor sunt externe. Deseori, se observă leziuni genitale, chiar în absența lichidului seminal sau a spermatozoizilor. Aceste leziuni sunt foarte dureroase și însoțite de obicei de o sângerare minimală. În timp ce victimele unui viol, ale unei molestări unice se prezintă cu leziuni fizice și genitale, cele care sunt supuse unei molestări cronice, sau unui incest, de obicei, nu prezintă semne acute ale unei leziuni genitale.

Victimele unei molestări pot prezenta un eritem himenal lateral sau circumferențial, secundar unei manipulări extensive cu degetul sau cu un alt obiect.

Victimele abuzului sexual suferă multiple conflicte emoționale. Stresul și trauma emoțională abia încep odată cu atacul fizic. La trauma emoțională contribuie și sistemul medico-legal. Burgess și Holstrumm au descris "sindromul traumei prin viol", care cuprinde două faze:

- (1) faza acută de dezorganizare;
- (2) faza lungă de reorganizare

Faza acută se corelează cu reacțiile imediate de după viol. Victimele tinere, în special fetele postmenarhale, prezintă semne somatice, ca tensiune musculo-scheletală, instabilitate gastrointestinală cu diaree, dismenoree, vaginită, cefalee și anorexie. Din punct de vedere

emoțional, prezintă o teamă intensă, sentiment de umilință, jenă, vină și depresie. Când există condiții predispozante, se poate ajunge la isterie și psihoză. În cursul fazei lungi de reorganizare, victimele prezintă o intensă activitate motorie, coșmaruri repetitive și depresie. Este necesară intervenția suportivă pentru a minimaliza și escalada aceste probleme. O altă preocupare a victimelor este posibilitatea apariției unei sarcini sau contactării unei boli venerice.

Majoritatea victimelor unei agresiuni sexuale vor suferi de o criză emoțională după agresiune. Este necesară o intervenție acută pentru înlăturarea stresului puternic și pentru identificarea victimelor care pot prezenta dificultăți emoționale. Victimele trebuie reasigurate că erau perfect normale înainte de agresiune. Victimele cu vârsta de sub 5 ani pot prezenta regresii de dezvoltare, relații inadecvate cu părinții și coșmaruri repetate. Părinții acestor copii trebuie consiliați și supuși unor terapii suportive. Un mediu familial cald poate readuce copilul la normalitate. Victimele de vârstă școlară prezintă modificări fizice și emoționale care sunt consecința incapacității lor de a face față stresului situațional. Pot prezenta scăderi ale performanțelor școlare, depresie, insomnie, anxietate, frică și chiar isterie. Unii copii chiar fug de acasă.

Deși tratamentul suferinței fizice și emoționale a victimei agresiunii sexuale prezintă cea mai mare importanță, pentru o evaluare medico-legală trebuie realizat un examen genital de specialitate și o evaluare de laborator. Înaintea examinării medico-legale, trebuie obținut acordul victimei pentru colectarea mostrelor, realizarea examinării și executarea de fotografii. O evaluare medico-legală trebuie să urmeze următoarea secvențialitate:

- (1) un istoric medico-legal pertinent al incidentului;
- (2) un examen fizic general;
- (3) un examen ginecologic de specialitate;
- (4) o recoltare a probelor de laborator, ca dovadă;
- (5) tratament medical adecvat și consiliere psihologică.

Tratamentul leziunilor fizice se face cu medicația adecvată și cu suturi, când este cazul. Pacientul necesită o evaluare a sănătății mentale și o terapie suportivă. Consilierea psihologică este necesară, la aceasta trebuind să participe și familia, atunci când a fost vorba de un incest. Consilierul trebuie să exploreze trauma emoțională a victimei și să o asigure pe aceasta de

deplina sa normalitate psihică. Trauma psihosexuală este întotdeauna prezentă, chiar dacă victima apare calmă și având un control de sine desăvârșit.

Trebuie făcută profilaxia bolilor venerice și trebuie exclusă o posibilă sarcină, apărută ca urmare a agresiunii. Toate examinările ginecologice trebuie făcute cu multă atenție, căci acestea sunt, de obicei, foarte dureroase după o agresiune. Fiecare victimă a unei agresiuni trebuie supusă unui protocol detaliat de evaluare, tratament și urmărire.

Evaluarea unui abuz sexual comis asupra unui copil sau adolescent trebuie să poată fi realizată de orice medic pediatru sau medic de familie. Victimele unui abuz sexual pot prezenta probleme fizice și emoționale, ce pot trece neobservate de către practicianul neavizat.

Tinerele victime ale unui abuz sexual trebuie evaluate cu grijă și întotdeauna trebuie întocmit un raport medico-legal.

Toate datele furnizate de medic sunt considerate ca evidențe factice, de aceea acest raport medico-legal trebuie întocmit cu foarte mare atenție și meticulozitate, căci el va constitui baza investigațiilor legale în caz de abuz sexual.

B. Maltratarea copiilor cu dizabilități

Obiectivul: Se încearcă căutarea unor intervenții eficiente față de maltratarea copiilor cu dizabilități. Literatura care există recomandă formarea unei echipe de specialiști, ai cărei membri să înțeleagă exact considerentele speciale de a lucra cu copii disabili. Literatura nu definește nivelul de înțelegere curentă a membrilor echipei în comparație cu nivelul de cunoștințe esențiale.

Metoda: Studiul a folosit evaluatori speciali pentru fiecare dintre cele 3 grupuri : părinți, educatori, investigatori. Ei au fost întrebați despre cunoștințele pe care le aveau, experiența cu și interesul pentru maltratarea copiilor disabili.

Rezultate: În timp ce subiecții păreau să fie conștienți de unele părți ale problemei, nivelul cunoștințelor lor, era foarte mic. Majoritatea lor s-a arătat dornică să meargă la ședințe de pregătire și toate cele 3 grupuri au dorit ca problema maltratării copiilor cu dizabilități să aibă prioritate în pregătirea lor. În majoritatea interviurilor, mai puțin de o treime din subiecți au spus că erau la curent cu toate aspectele exceptând 54% din profesorii care considerau că este responsabilitatea specialiștilor de a raporta abuzurile suspectate. 43% din părinți și 71% din educatori bănuiau abuzul copiilor cu dizabilități , 65% din educatori raportaseră ei înșiși abuzul bănuie sau în conjunctura unor altor specialiști. De asemenea 79% din educatori au spus că directorul lor duce o politică (tactică) de raportare a copiilor abuzați, totuși 18% nu erau siguri, iar 3% au spus că directorul nu a avut o astfel de tactică. Pentru împrăștierea legilor în atenția personalului școlilor, 43% din subiecți folosiseră specialiști care să-i asiste cu investigații ale abuzului sexual implicând copii cu dizabilități. În aceste tipuri de asistențe ale unor specialiști au participat Școala pentru surzi, psihiatrii pentru copii, psihologi terapeuți, specialiști în retardul mental, din variate surse și agenții și consilieri cu experiență.

Concluzia: S-a ajuns la concluzia că echipa de intervenție în maltratarea copilului cu dizabilități, în integritatea sa, este receptivă, dornică de a urma cursurile de educație specială pentru a umple golurile din cunoștințele deținute.

Recentele studii din întreaga lume sugerează că maltratarea acestor copii a devenit, din păcate ceva comun în viața “multor, probabil majorității oamenilor cu dizabilități” (Sabsez 1994) NCAAN a condus primul și singurul efort național în determinarea frecvenței maltratărilor copiilor cu dizabilități (în 1991). Rezultatele sugerau că incidența maltratării acestor copii era de 1,7 ori mai mare decât incidența maltratării copiilor fără dizabilități (NCAN, 1993). În timp ce cauzele abuzului sunt în general aceleași cu cele ale abuzului copiilor normali (Ammetmann & Baladerian, 1993), factori unici contribuie la creșterea numărului de abuzuri ale copiilor disabili. Aspecte ale anumitor dizabilități plasează unii copii într-o poziție chiar mai vulnerabilă, putându-se proteja mai greu decât cei normali (A&B, '93). De asemenea, subestimând măsurile ce ar trebui luate la adresa copiilor cu dizabilități contribuim la incidența abuzurilor (A & B, '93; Sobsez '94). Slăbiciuni în sistemul de intervenție în acest proces se regăsesc pe lista factorilor cauzali ai fenomenului. “Este o greșeală să dăm vina pe oamenii din sisteme, dar nu este o greșeală să privim atenți sistemele în care operăm și să spunem <<Nu este suficient de bine, este prea târziu, prea puțin din acest lucru, prea mult din celălalt>>” “Nu există nici un grup profesional care să aivă toată înțelepciunea necesară acestei prome” (NATIONAL SZMPOSIUM ON ABUSE AND NEGLECT OF CHILD WITH DISABILITIES, '95).

C. Tineri agresori sexuali

În anii '80 instituții de ocrotire a copilului în U.S. recunoșteau nevoia de a înlătura riscul ca unii copii să abuzeze de alți copii. Procesele și antipublicitatea au mărit atenția la acest risc, I-au determinat pe terapeuții copiilor abuzați sau agresori sexual să recunoască necesitatea unor intervenții înainte ca tinerii să întâmpine probleme de comportament sexual. Au fost înregistrate exagerări în unele situații și lipsa de protecție în alte situații, ceea ce demonstrează nevoia de pregătire profesională.

Vechile cercetări cu tineri agresori sexuali au scos la iveală multe cazuri de raporturi și înregistrări unde părinții își exprimau îngrijorarea cu privire la comportamentul sexual al tinerilor, în special celor aflați la pubertate. Nu a fost ceva neobișnuit nici pentru cei de 12 sau 14 ani. Unii dintre aceștia supuși unui tratament preventiv (lucru hotărât de tribunal) spuneau: “Știam eu că o să am necazuri pentru comportamentul meu sexual ... Dar n-am știut niciodată că este ilegal și încă nu înțeleg de ce I se spune abuz.” . Părinții copiilor agresori sexual au

raportat adesea : desene sexuale explicite, limbajul obscen și comportamentul sexual neobișnuit; care au avut ca rezultat: exmatricularea, probleme pe măsură, nevoia de ajutor, totuși copilul pedepsit, care s-a adresat unui avocat sau a fost identificat ca victimă a unui abuz sexual a spus că adulții rareori au discutat direct cu ei despre natura sexuală a comportamentului. Similar, părinții au cerut prea puțini ajutorul pedriatilor, consilierilor școlari și psihologilor în vederea elaborării unor strategii de modificare a comportamentului copilului, dar n-au pus aproape niciodată problema abuzului sexual.

În același timp, agenții ale serviciului social au primit din ce în ce mai multe cereri de investigare a posibilelor abuzuri sexuale , care erau bazate pe comportamentul sexual al copiilor inofensivi sau nu.

Când tabuurile care preveniseră recunoașterea incidenței și prevalenței abuzului sexual al copilului au început să se schimbe (Kempe, 1917), serviciile de protecție ai copilului au recunoscut că, comportamentul sexual al copilului poate fi un semn al experienței agresive și terapeuții au început să se preocupe de modul cum experiența unui abuz sexual ar putea influența evoluția copilului și formarea imaginii despre sine. Mult din literatura descriptivă s-a referit la “exteriorizări sexuale ale copiilor care fuseseră abuzați sexual (Friederich, Urquiza & Beike, 1986; Yates, 1982; Jampole & Weber, 1987; Wolfe & Wolfe, 1988).

Cam în aceeași vreme practicanții care vroiau să meargă dincolo de a descrie aceste comportamente, au încercat să amplifice intervențiile în vederea reducerii comportamentelor sexuale.

Consilierii și profesorii au observat natura rezistentă și cronică a exteriorizării sexuale, a unora dintre copii și cei care îi tratau pe copii agresiv sexual erau îngrijorați ca nu cumva aceste comportamente să nu se convertească în modele de comportament care erau aparente în copilărie. Abuzul copiilor de către alți copii a fost descris în prezentări și reviste de Cavanugh – Johnson (1988), Cantwell (1988), Isaac (1986) and Stickrod – Gray (1986). Pe la jumătatea anilor 80 instituțiile pentru ajutorul copiilor începuseră să se ocupe de copilul abuzat de un alt copil, aflat în grija organizației.

Totuși majoritatea instituțiilor nu a avut nici o bază pentru proceduri și poliție, pentru a îndepărta aceste riscuri.

Chiar dacă intervențiile au început să fie specifice, în contextul tratamentului copiilor abuzați și celor ce au agresat sexual alți copii, specialiștii au încercat să trateze deviațiile

sexuale fără o înțelegere exactă a sănătății și normalității evoluției sexuale în copilărie (Green, 1985). Nevoia de mai multe cunoștințe era clară.

Interviuri cu tineri violați sexual

Au fost interviewați 14 tineri (12 – 14 ani) care urmau un tratament în cadrul unei școli de corecție și 6 tineri (6-12 ani) care urmau un tratament de probă pentru fracțiune. Întrebări directe îi incitau pe băieți să vorbească despre amintirile lor sexuale și comportamentul lor sexual, ca: jocul lor fantezist și expunerea la stimuli sau informații. Detaliile le erau smulse prin modalități ca “ Asta este ultima ta amintire despre comportamentul tău sexual pe care mi-o poți spune?” – “ Ce vârstă aveai atunci?” – “Îți amintești la ce te gândeai?” – “Părinții tăi știau despre asta?” – “Ce s-a întâmplat când ai fost prins?” . Multe din experiențele anterioare, curiozități sau confuzii se datorau în legătură cu expunerea lor la stimuli, informații, experiențe sexuale, inteligibile pentru ei. În orice caz, descrierile comportamentului lor includeau și: recurgerea la, forță, puterea excesivă, intimidare, manipulare, farse, coruperi, asociate cu amintiri și fantezii. Trei dintre cei 14 băieți folosiseră jocul cu focul și câțiva au descris abuzuri fizic-sadice ale animalelor de casă cu mult înaintea apariției comportamentului abuziv sexual.

Gândurile ce acompaniau amintirile băieților erau impresionate în ceea ce privește detaliile despre file, intenții și izbucniri în mai multe situații. Ideile din timpul acțiunilor sexuale reprezentau un tip de informații care lipseau din orice altă sursă de informații. Raportul despre ideile sexuale ale copiilor (Goltman & Goltman, 1982) a strâns informații despre cunoștințele și convingerile copiilor; aceste interviuri cu privire la amintiri din copilărie asociate cu acțiuni au acoperit mai multe aspecte interpersonale și dinamice. Un exemplu surprinzător a fost cel al unui băiat de 12 ani, acuzat de asaltarea sexuală, violentă a unui copil; el descria cum își pieptăna și brusca ursulețul în numeroase rânduri la vârsta de 5 ani sau 6 ani. La interviu el spunea: “ Îmi amintesc odată ...” sau “Îmi amintesc altădată...”. Băiețelul obișnuia să penetreze căptușeala ursulețului cu penisul , să urineze înăuntrul lui, să-l lovească, să-l izbească de perete și eventual să distrugă animăluțul din pluș.

Interesul față de acțiunile băiețelului crește odată ce este adăugat materialul fanteziilor: băiețelul îi spune ursulețului să se apropie de el, îl forțează să-i fie complice, îl

umilește cu urina, îl bate ca să se asigure că acesta va păstra secretul; și îl sfâșie odată ce scenariul fanteziei a ajuns la punctul de rezistență: Ursulețul spune “NU”.

Au fost depistate atitudini de acest gen la copii față de păpuși, animale de pluș, animale de casă și s-a atras atenția părinților asupra fanteziilor de acest gen. Grupul de experți a ajuns la concluzia că adulții trebuie să recunoască legătura dintre fantezie și comportament; să considere aceste fantezii și jocuri ca potențiali precursori pentru comportamentul viitor.

Această ipoteză are la bază și studiul observațional asupra păpușarilor care își îngrijesc păpușile exact cum au fost ei îngrijiți ... “la bine și la rău” (Haynes – Seman & Hart, 1987). Aceste observații ar trebui să cuprindă și o notă de preocupare față de modalitățile în care sunt folosite manechine, păpuși pentru anatomie în jocul terapeutic.

D. Copilul abuzat sexual de părinte.

Obiectivul: Scopul major este acela de a găsi un răspuns empiric la următoarea întrebare : “experiența unui abuz sexual din copilăria unei femei, are sau nu un impact asupra structurii și conținutului percepțiilor și principiilor privind propriul copil ?

Metode: Amintirile și descrierile curente ale copiilor, sinele, multe altele ca și părinții au fost comparate longitudinal, pe două grupuri de mame în perioadele când copii lor aveau: 6 luni, 1 an și respectiv 2 ani. Unul dintre grupuri era format din mame ce raportaseră că fuseseră abuzate în copilărie; grupul de control era format din mame care nu suferiseră

abuzuri. Cele două grupuri au fost comparate în funcție de vârsta copilului, rasă și statut socio-economic.

Rezultate: Perceperea propriului copil era diferită cu mult de la un grup la celălalt. Mamele abuzate au rămas cu mult în urma celorlalte, prin cât de mult se diferenția modul negativ, denaturat în care își percepeau copiii față de cel optimist, pozitiv al celuilalt grup.

Freud vorbea despre “excepții” – “cei care au avut o mare suferință în prima copilărie de care ei se simt fără nici o vină, încât refuză frustrarea, efortul, și legea. Ei gândesc că au suferit destul pentru a avea la maturitate dreptul de a nu se supune noilor exigențe pe care nu le-ar mai suporta, se consideră excepții și țin să se izoleze” (“Quelques caracteres degages par la psychanalyse)

E) Este abuzul sexual al copilului un lucru obișnuit în Israel ?

Obiectivul: Determinarea predominanței abuzului sexual în copilărie (CSA) într-un exemplu întâmplător de adulți, pacienți (prezentându-se pentru un control de rutină al sănătății) ai clinicilor familiale din Israel.

Metoda: 1005 pacienți aleși la întâmplare din 45 de clinici 18 --> 55 ani, au participat la acest chestionar.

Rezultatul: 25% au indicat că fuseseră abuzați sexual în copilărie. Mai multe femei decât bărbați au raportat CSA, în aceeași situație au fost și femeile originare din țări occidentale cât și cele cu mai mult de 12 ani de educație. Nu era nici o legătură între CSA și celelalte variabile socio.demografice examinate. Pipăitul era activitatea cea mai obișnuită, iar preludiul activitatea cel mai puțin experimentată. 45% din autorii abuzului erau din-nainte știuți. Principala vârstă la care erau abuzați copiii varia între 10 și 14 ani. Numai 45% din subiecți spusese cuiva despre abuz.

Concluzia: Din moment ce nici un alt studiu de acest tip, nu a fost realizat în Israel, aceste rezultate sugerează că și aici ca în țările occidentale CSA este o problemă relativ comună. Familiile de doctori și alți profesioniști în domeniul sănătății ar trebui să fie conștienți cu această realitate și binecunoscutul său potențial.

BIBLIOGRAFIE

* Val Boțiu *Adolescența sau căderea în lume*, SEDONA,
Mona Vintilă Timișoara, 1998

* Mona Vintilă *Curs de sexologie*, Timișoara, 2000

* Child Abuse and Neglect

The international journal - 2000

$$\frac{Vol.}{Nr} : \frac{24}{1}; \frac{24}{2}; \frac{24}{3}; \frac{24}{4}; \frac{24}{5}; \frac{24}{6}; \frac{24}{7}; \frac{24}{10}$$