

UNIVERSITATEA DE STAT DIN MOLDOVA

Catedra Sociologie și Asistență Socială

Centrul Republican de Resurse pentru Asistență Socială

M.Bulgaru, M.Dilion

**Concepte fundamentale
ale asistenței sociale
(note de curs)**

***Aprobat
de Consiliul
științific al facultății
de Filosofie și Psihologie***

Chișinău - 2000

CZU 364 (075.8)

C 64

Cartea include conceptele fundamentale din teoria și metodologia asistenței sociale, acestea fiind elaborate în baza lucrărilor celor mai cunoscuți teoreticieni și practicieni ai asistenței sociale V.Coulshed, D.Howe, M.Dawies, Ch.Zastrow, E.Zamfir, C.Zamfir, V.Miftode, V.Epureanu, F.Mănoiu, M.Spânu, C.Bocancea, G.Neamțu și alții.

Cartea are drept obiectiv principal dezvoltarea asistenței sociale în mod profesionist și este adresată studenților de la secțiile de asistență socială, profesorilor, tuturor celor ce lucrează în domeniul protecției sociale.

Redactor: Ariadna STRUNGARU

Tehnoredactare computerizată: Oleg BULGARU

Editată cu sprijinul UNICEF Moldova.

M.Bulgaru, M.Dilion. Concepte fundamentale ale asistenței sociale (note de curs). –Chișinău: USM, 2000. –316 p.

© USM

ISBN 9975-917-50-X

Cuprins

Prefață	5
Capitolul 1. ASISTENȚA SOCIALĂ – NOȚIUNI	
INTRODUCTIVE	9
1.1. Asistența socială: funcții și caracteristici.....	9
1.2. Profesia de asistent social.....	13
1.3. Sistemul client. Tipologia clienților.....	18
1.4. Rolurile asistentului social.....	22
1.5. Sarcinile asistenței sociale.....	25
Capitolul 2. DIN ISTORICUL ASISTENȚEI SOCIALE..	29
2.1. Aspecte ale devenirii asistenței sociale internaționale.....	29
2.2. Dezvoltarea asistenței sociale în România.....	35
2.3. File din evoluția asistenței sociale în Moldova.....	50
Capitolul 3. PERSPECTIVA TEORIEI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ	65
3.1. Importanța teoriei: abordare generală.....	65
3.2. Funcțiile teoriei în asistența socială.....	73
3.3. Necesitatea practicii în asistența socială.....	79
Capitolul 4. ASPECTE ALE RELAȚIEI DINTRE ASISTENTUL SOCIAL ȘI CLIENT	83
4.1. Opiniile clienților raportate la serviciile primite de la asistentul social.....	83
4.2. Asistența socială ca proces.....	85
Capitolul 5. SISTEMUL DE VALORI ȘI ABILITĂȚI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ	93
5.1. Sistemul de valori specifice asistenței sociale.....	93
5.2. Abilități și deprinderi practice în asistența socială..	97

Capitolul 6. ASISTENȚA SOCIALĂ A FAMILIEI ȘI COPILULUI.....	103
6.1. Familia – nucleu în educarea și formarea tinerei generații.....	103
6.2. Funcțiile familiei.....	106
6.3. Profilul psihologic al membrilor familiei.....	114
6.4. Familia rurală și urbană.....	118
6.5. Rolul asistenței sociale în consolidarea nucleului familial.....	122
6.6. Din experiența afirmării asistenței sociale a familiei în țările dezvoltate.....	127
6.7. Cadrul legal pentru protecția copilului și a familiei.....	130
Capitolul 7. ELEMENTE DE METODOLOGIE A ASISTENȚEI SOCIALE.....	139
7.1. Sensul noțiunilor de metodologie, metodă, tehnică în investigațiile sociale.....	139
7.2. Ancheta socială – metodă de bază în cunoașterea cauzelor ce determină apariția problemelor de asistență socială.....	141
7.3. Diagnoza socială.....	146
7.4. Metode și tehnici aplicate de asistentul social în lucrul cu familia.....	151
Capitolul 8. TEORII SPECIFICE APLICATE ÎN PRACTICA ASISTENȚEI SOCIALE.....	189
8.1. Teoria îngrijirii.....	189
8.2. Teoria atașamentului.....	197
8.3. Teoria identității.....	204
8.4. Teoria participării în asistența socială.....	205
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ.....	219
ANEXE.....	223

Prefață

Asistența Socială a ieșit din fâgașul sentimentalismului generos și al simplelor bune intenții pentru a păși în domeniul unei acțiuni sociale și etice ordonate și temeinic motivate, cu scopul exclusiv de a servi societatea nu prin cărți și teorie, ci prin găsirea adevărului social în mijlocul grelelor conflicte ale vieții.

Dimitrie Gusti

Eșecul reformelor inițiate în perioada de tranziție a condus la o criză profundă în toate domeniile vieții sociale. Drept urmare, s-a înrăutățit cu mult nivelul de trai al populației, e în continuă creștere sărăcia, șomajul, se înmulțesc bolile sociale (narcomania, alcoolismul, prostituția etc.), ia proporții criminalitatea, au devenit frecvente cazurile de abandon familial, copii delincvenți, vagabondaj, scade natalitatea, crește mortalitatea, morbiditatea etc. În aceste condiții se impune cu toată claritatea constituirea unui sistem de *protecție socială* care să asigure sprijinul și ocrotirea persoanelor, grupurilor care nu mai dispun de resurse materiale, sociale și morale, care nu mai sunt în stare să-și obțină prin eforturi proprii mijloacele necesare unui trai decent.

Componentă de importanță majoră a protecției sociale, *asistența socială* constituie un mod operativ de punere în aplicare a

programelor de sprijin prin multiple servicii sociale specializate pentru cei aflați temporar în nevoie. Ea nu poate fi privită, după cum se procedează uneori, doar ca o protecție economică. Pe lângă dimensiunea economică mai există și alte dimensiuni – psihologică, socială, spirituală – care îl definesc pe om. Or, în cadrul asistenței sociale se va ține cont de toate aceste dimensiuni, urmărindu-se să fie realizată integrarea individului în complexul de relații sociale.

Realizarea unei protecții sociale eficiente la etapa actuală presupune formarea unor specialiști – *asistenți sociali* care să stabilească diagnosticul social pe baza unei investigații științifice de specialitate, în scopul instituirii unor demersuri adecvate și a unei terapii sociale precise și constructive. Asistența socială este o profesie nouă în Republica Moldova. Ea a fost inclusă în Nomenclatorul specialităților abia în 1998 și până ce se află în căutarea identității. Sunt anevoioși primii pași pe această cale, deoarece o mulțime de factori împiedică pregătirea benefică a asistenților sociali la noi în republică. Menționăm, în primul rând, că nu avem încă adevărați profesioniști în asistență socială, ei sunt abia în formare. De aceea e necesar să fie concepute riguros elementele procesului de instruire pornind de la realitățile naționale spre racordarea lor la experiența mondială.

Studentii trebuie să fie înarmați mai întâi cu o bază teoretică solidă pentru viitoarea profesie. Munca de asistență socială nu se rezumă doar la simpla raportare a bunului simț la un anumit caz. Realitatea cu care se confruntă asistentul social este marcată de probleme concrete (familii dezorganizate, copii delincvenți, consum de droguri etc.), rezolvarea cărora impune aplicarea unui șir de teorii ce provin din sociologie, psihologie, drept, economie, antropologie,

politici sociale etc. și care se constituie în fundamente disciplinare ale profesiei.

Asistentul social se va folosi de cunoștințele dobândite din alte științe sociale, dar nu se va limita la acestea. Asistența socială are la bază metodologii și teorii specifice studierii obiectului ei. Unicitatea derivă din modul de aplicare a bagajului său de cunoștințe în **practică**. Asistența socială are menirea de a schimba câte ceva. Pentru aceasta asistentul social trebuie să știe cum să acționeze, cum să intervină în viața individului, a grupurilor, a întregii comunități. De asemenea, el trebuie să știe să colaboreze cu alți oameni, respectiv să medieze între ei. Competența în desfășurarea unor asemenea activități nu se dobândește în sala de curs, ci prin practică, prin aplicarea unor metode, tehnici, strategii specializate de intervenție activă în situații de criză.

Asistența socială este axată de asemenea pe un sistem de valori, principii și norme morale cerute de un cod deontologic al profesiei.

Toate aceste aspecte (teoretic, practic, axiologic) ale pregătirii asistenților sociali trebuie îmbinate permanent cu cultivarea sentimentului de iubire a aproapelui tău, de dăruire de sine.

După spusele lui H.Stahl, “întreaga tehnică de asistență socială științifică”, oricât de perfecționată ar fi, este lipsită de reală eficiență, dacă nu este dublată permanent de învățămintele de temeie ale “mille creștine”, de ceea ce se numește “caritate”.

Capitolul 1. ASISTENȚA SOCIALĂ – NOȚIUNI INTRODUCTIVE

1.1. Asistența socială: funcții și caracteristici

Asistența socială (Social Work, în țările de limbă engleză) desemnează un ansamblu de instituții, programe, măsuri, activități profesionalizate, servicii specializate de protejare a persoanelor, grupurilor, comunităților cu probleme speciale, aflate temporar în dificultate, care, datorită unor motive de natură economică, socio-culturală, biologică sau psihologică, nu au posibilitatea de a realiza prin mijloace și eforturi proprii un mod normal, decent de viață.

Obiectivul asistenței sociale este de a-i sprijini pe cei aflați în dificultate să obțină condițiile necesare unei vieți decente, ajutându-i să-și dezvolte propriile capacități și competențe pentru o mai pronunțată funcționare socială. Pus în serviciul unei cauze demne, asistentul social trebuie să aibă în vedere permanenta interacțiune dintre cei doi factori: individul și mediul lui de viață socio-economic, politic, cultural, familial, moral etc., posedând cunoștințe atât despre dezvoltarea lui umană, despre personalitatea lui, cât și despre contextul socio-cultural și moral în care el trăiește.

Beneficiarii asistenței sociale sunt următoarele categorii:

- familiile sărace;
- minorii delincvenți;
- cuplurile dezorganizate;

- șomerii;
- tinerii neintegrați;
- persoanele dependente de drog, alcool;
- persoanele cu deficiențe de sănătate;
- copiii care trăiesc într-un mediu familial social advers;
- copiii abandonati, vagabonzi și instituționalizați;
- persoanele bătrâne neajutate;
- persoanele care au suferit în urma calamităților naturale, sociale, persecuțiilor și discriminărilor de orice tip;
- persoanele infectate HIV și altele.

Asistența socială oferă celor în nevoie posibilități de cunoaștere și de acces la servicii specializate de protecție socială, îi orientează către înțelegerea și utilizarea cadrului legislativ de protecție socială, mobilizează comunitatea, persoanele și grupurile în dificultate de a influența activ politicile sociale. Ea furnizează celor în nevoie ajutor financiar, material, moral, psihoterapie, consiliere. În cadrul programelor de asistență socială se înscriu și activitățile de prevenire a unor situații de viață dezechilibrate, stresante sub aspect economic, cultural, psihologic sau moral, pentru indivizi sau grupuri, care pot fi adesea mai puțin costisitoare decât terapia propriu-zisă.

În societatea contemporană, asistența socială se orientează spre realizarea următoarelor funcții:

- identificarea și înregistrarea segmentului populației ce constituie obiectul activităților de asistență socială;
- diagnosticarea problemelor de diferit ordin cu care persoanele vulnerabile sau grupurile cu risc sporit se pot confrunta într-o anumită perioadă de timp și în anumite condiții sociale, economice și culturale;

- dezvoltarea unui sistem coerent de programe, măsuri, activități profesionalizate de suport și protecție a acestora;
- elaborarea propriilor programe de către cei aflați în situații de risc;
- identificarea variatelor surse de finanțare a programelor de sprijin;
- stabilirea drepturilor și modalităților concrete de acces la serviciile specializate de asistență socială prin cunoașterea cadrului legislativ – instituțional;
- suportul prin consiliere, terapie individuală sau de grup, în vederea refacerii capacităților de integrare benefică în societate;
- promovarea unor strategii de preîntâmpinare a situațiilor defavorizante;
- dezvoltarea unui program de cercetări științifice la nivel național și local privind dimensiunea problemelor celor aflați în situații speciale.

Asistența socială abordează probleme la diferite niveluri:

1. *Individual* (asistența economică, psihologică, morală pentru persoanele în nevoie, cum ar fi șomerii, cei dependenți de droguri, alcool, cei cu probleme de integrare în comunitate, victime ale abuzurilor de orice fel etc.);
2. *Interpersonal și de grup* (terapii de familie, ale cuplului, ale grupurilor marginalizate);

3. *Comunitar* (rezolvarea conflictelor etnice, de grup, mobilizarea eforturilor individuale și colective întru soluționarea lor normală).

Prin ansamblul de metode, tehnici de intervenție, strategii de acțiune, programe și măsuri specializate, asistența socială oferă un sprijin direct, eficient pentru acele persoane și grupuri care din anumite motive nu pot dispune, așa cum prevede legislația, de venituri, de resurse economice și bunuri suficiente, de îngrijire medicală, de pensie socială, de suport fizic sau moral etc., sau acestea nu sunt în raport cu necesitățile lor vitale. Sprijinul acordat persoanelor în nevoie prin sistemul de asistență socială nu poate fi strict stabilit și reglementat prin lege, pentru aceasta se cere o analiză concretă, care poate fi realizată în baza anchetelor sociale efectuate de profesioniști. Sprijinul financiar sau bunurile materiale destinate asistenței sociale provin fie de la bugetul de stat (fonduri speciale pentru asistența socială), fie din contribuțiile voluntare individuale sau comunitare și se repartizează destinatarilor, aflați în nevoie, în funcție de necesitățile lor stringente.

Asistența socială poate fi privită din mai multe perspective:

- ca profesie cu un statut propriu, obiective și caracteristici distincte;
- ca sistem de formare și educare a specialiștilor;
- ca sistem instituțional–administrativ, incluzându-se aici sfera serviciilor, activităților practice desfășurate în vederea soluționării cazurilor.

1.2. Profesia de asistent social

Profesia de asistent social nu-și are o istorie îndelungată, ea este o profesie apărută la începutul secolului al XX-lea, odată cu diferențierea treptată a tipurilor de prestații sociale.

La Congresul internațional al asociațiilor de binefacere, care a avut loc în anul 1893, s-a pus problema pregătirii de personal specializat pentru o nouă profesie: aceea de *asistent social*. Statele Unite prima a luat inițiativa profesionalizării în acest nou domeniu, creând în 1897, la New York, prima Școală de Asistență Socială.

În Europa, problema asistenței sociale era strâns legată de aceea a raporturilor conflictuale dintre clasele înstărite și cele situate pe treapta de jos a societății. Prima încercare de apropiere între acestea se realizează în Anglia, prin experiența așa-numitului *settlement* (în traducere din franceză - aplanarea unui conflict, a unei neînțelegeri). În cadrul acestei forme de asistență, cei de sus, din înalta societate țineau partea săracilor, le luau apărarea, împărtășeau cu ei aceleași condiții de trai, îi ajutau să-și crească și să-și educe copiii, susțineau material tinerii care doreau să învețe o careva meserie, consiliau tinere mame. Formele în care aceste acțiuni erau realizate îndepartau întru câțva diferențele dintre clasele sociale. Papa Pius al X-lea le recomanda să se dedice acțiunilor sociale urmând doar spiritul evanghelic, într-o adevărată frăție creștină¹.

¹ Vezi: C.Bocancea, G.Neamțu. Elemente de asistență socială. –Iași: Polirom, 1999, p. 80.

Promotorii “caselor sociale” nu intenționau, însă, să-și subordoneze activitatea de asistență socială vreunei propagande religioase sau ideologice, considerând că reconstrucția socială este o problemă ce ține de justiție, de dreptate, și nu de binefacere creștină. Această opțiune va crea multiple probleme în raporturile dintre organismele private ce activau în scop de asistență, pe de o parte, și burghezie și biserică, pe de altă parte. Insistând prea mult asupra ideii de conflict între clase și de veșnice neînțelegeri între generații (tinerele fiice de burghezi, care acționau în plan asistențial, aveau idei diferite de cele ale părinților lor), “casele sociale” au fost supuse unei critici aspre. Totuși, ele vor servi drept model pentru centrele de asistență socială care vor fi create între cele două războaie mondiale.

Odată cu eșecul parțial al curentului solidarist din asistența socială de la începutul secolului XX, se dezvoltă un nou tip de strategie asistențială, centrată pe modelul medical de intervenție (*casework*). Astfel, în 1914 la Paris a fost creată “Asociația infirmierelor–vizitatoare”, care, începând cu 1922, au fost pregătite la două specialități: infirmiere de spital și infirmiere–vizitatoare. Pentru obținerea unei diplome de infirmieră, trebuiau parcurși doi ani de pregătire: unul comun ambelor specializări și unul axat pe tipul de intervenție spitalieră, respectiv socio-medicală.

Primul război mondial a adus cu sine, pe lângă problemele sociale specifice oricărui conflict armat, și necesitatea ca femeile să susțină producția industrială de război, lucrând la fabrici și uzine în locul bărbaților aflați pe front. Însă întreprinderile industriale nu erau pregătite pentru a primi forța de muncă feminină: condițiile de muncă și cele igienice erau precare, nu existau cantine și nici creșe

pentru copii. În Marea Britanie, apoi și în Franța, aceste probleme au fost parțial soluționate prin activitatea supraintendentelor (ele supravegheau starea sănătății a muncitoarelor, condițiile de trai ale acestora etc.).

În aceeași perioadă, odată cu infirmierele-vizitatoare și supraintendentele, apar asistentele sociale propriu-zise. Reprezentantele acestei noi profesii activau în America deja la începutul secolului al XX-lea. În deceniul al doilea ele pot fi întâlnite și în spitalele Europei Occidentale. La început, asistentele sociale aveau ca sarcină completarea diagnosticului medical al pacientului cu un diagnostic social: asistenta socială trebuia “să descopere cauzele sociale pe care medicul le poate ignora și care întrețin și agravează maladia”. De asemenea, asistenta socială trebuia “să prelungească în afara spitalului influența medicală”. Asistentele sociale erau recrutate numai din școlile de infirmiere. Treptat, munca lor se va extinde și în sfera educației sanitare în școli și familii. Primul Congres Internațional al Serviciilor Sociale (Paris, 1928) va defini asistența socială ca “*ansamblul eforturilor menite a alina suferințele provenite din mizerie; a replasa indivizii și familiile în condiții normale de existență; a preveni flagelurile sociale, a ameliora condițiile sociale și a ridica nivelul de trai*”².

Începând cu lucrarea *Social Diagnostic* (New York, 1917), scrisă de Mary Richmond, asistența socială și-a asumat ca metodă distinctivă ajutorul psihologic individualizat (*casework*). Importată din SUA în Europa după cel de-al doilea război mondial, metoda *casework* se va dezvolta încontinuu, în prezent putându-se identifica două forme de terapie:

² C.Bocancea, G.Neamțu. Op. cit., p. 81.

- tratamentul direct, sau *psihoterapia*: modalitatea asistențială centrată pe clientul individual, căruia i se acordă sprijin psihologic pentru a-i dezvolta capacitatea de înțelegere de sine și de evaluare a propriei situații;
- tratamentul indirect, sau *socioterapia*, centrată pe mediul în care trăiește clientul; acționând asupra mediului (familiar, școlar, de grup, de muncă etc.), asistentul social determină procese pozitive la nivelul clientului individual.

În ultima vreme, metodologia de tip *casework* tinde să fie înlocuită, parțial, de către “*modelul intervenției*”. Spre deosebire de modelul medical al acțiunii asistențiale, “*modelul intervenției*” nu se mai concentrează doar asupra a ceea ce nu funcționează normal, asupra “maladiei sociale.” Conceptul de schimbare, care orientează “*modelul intervenției*”, ne atrage atenția și asupra a ceea ce este normal și obișnuit în viața cotidiană a fiecărui actor social. Printre aceste lucruri normale se află schimbarea însăși.

Noua orientare reprezentată de “*modelul intervenției*” reușește să înlăture inconvenientele metodologiei *casework*. Aceasta din urmă îl antrenează pe asistentul social într-un proces de autoanaliză (cu privire la implicarea sa personală în relațiile de ajutorare, în legătură cu sentimentele și prejudecățile sale), însă nu pune problema raporturilor dintre relația de ajutorare și mediul social. “*Modelul intervenției*” ia în calcul și acești parametri, depășind limitele psihoterapiei (prin aceasta și se deosebește asistentul social de medic și psihiatru). *Asistentul social este un agent al schimbării care acționează în contexte sociale complexe, el nu se limitează la un tip sau altul de ajutorare, ci concepe strategii combinate și la limită, integrale.*

Profesia-cadru de asistent social a cunoscut o specializare și o multiplicare pe ramuri de intervenție. Astfel, la orizontul anilor '90 putem identifica aproximativ 10 profesii asistențiale:

- *puericultorii* - se ocupă de copiii din mediul spitalicesc și din alte instituții de protecție infantilă;
- *consilierii* în economie socială și familială;
- *delegații la tutelă*, însărcinați cu aplicarea hotărârilor judecătorești privind prestațiile familiale în situațiile în care minorii sunt supuși unui tratament necorespunzător (hrană insuficientă, abuz etc.);
- *asistentele familiale* - asigură efectuarea unor activități menajere în familiile cu probleme deosebite, activitatea lor include și supravegherea copiilor;
- *animatorii socio-culturali* - desfășoară activități culturale, sportive și educaționale în care sunt atrași mai ales tineri din mediile defavorizate;
- *educatorii* specializați pe diferite tipuri de acțiuni pedagogice și psihologice recuperatorii;
- *educatoarele*: în unele țări, profesia de educatoare pentru copii de până la șase ani este inclusă în asistența socială; în România și Republica Moldova educatoarele fac parte din personalul didactic;
- *menajerele și îngrijitoarele* pentru persoanele în vârstă și pentru alte categorii de indivizi aflați în situația de dependență; în cazul acestor profesii nu există o pregătire școlară specială, ca pentru cele citate anterior;

- *asistenții sociali* din diverse instituții (școli, spitale, case de copii, penitenciare etc.);
- *asistentul de agenție* sau de serviciu social.

În raport cu celelalte profesii de tip asistențial, asistentul social joacă rolul de integrator și coordonator al eforturilor de restaurare a normalității în sistemele sociale și apare caracterizat prin curaj, abnegație, dăruire de sine, pregătire teoretică și practică – trăsături care întregesc portretul moral al asistentului social³.

1.3. Sistemul client. Tipologia clienților

Beneficiarii activităților asistențiale nu au fost dintotdeauna numiți “clienți”. Ei au fost numiți în mod diferit (“sărăci”, “nenorociți”, chiar “mizerabili”), în funcție de situația lor materială și de tipul de prestație de care beneficiau. Ulterior, când asistența socială s-a dezvoltat în continuarea asistenței medicale, a fost preferat termenul de “pacient”. În fine, metodologia *casework* a lansat conceptul de “client”, considerând că acesta ține cel mai mult de statutul asistatului. În prezent, datorită diversificării crescânde a prestațiilor de tip social (fapt ce implică extinderea activității asistențiale la categorii de persoane care nu se confruntă cu probleme “clasice” ale asistenței), se folosește tot mai mult termenul de “utilizator”.

Indiferent de conceptul utilizat pentru desemnarea asistatului, trebuie precizat că el este o entitate individuală sau multipersonală,

³ Vezi: C.Bocancea, G.Neamțu. Op. cit., pp. 83-84.

care beneficiază de ajutorul specializat al unei profesii asistențiale⁴. Această definiție sintetică rezultă din combinarea mai multor accepțiuni pe care Emanuel Tropp le dădea clientului, respectiv aceea de persoană sau grup care caută un ajutor specializat, profesionist; accepțiunea de utilizator al ajutorului acordat de cineva și accepțiunea de individ sau entitate multipersonală care este deservită de o agenție sau o instituție⁵.

Scott Briar și Henry Miller vorbesc despre “client” în termeni de rol social: clientul este cel care joacă un rol regizat de un complex de norme și așteptări ce vin din partea agenției asistențiale, a grupului de referință și a comunității (a publicului general).

Sistemul client se deosebește de ceea ce literatura asistențială numește “sistem țintă”. Dacă identificarea clientului presupune o raportare multiplă: la instituțiile asistențiale, la grupul de referință și la autopercepția celui care beneficiază de ajutorul specializat, precum și existența unui raport administrativ clar între un beneficiar și o instituție asistențială, sistemul țintă este un concept care are relevanță doar din perspectiva asistentului social și a instituției sale. *Sistemul țintă* este persoana, grupul sau comunitatea, care se află într-o situație problematică și care necesită intervenția unui serviciu asistențial specializat, în sensul schimbării. Așadar, identificarea sistemului țintă este o activitate de evaluare a nivelului de normalitate funcțională a unui sistem social, activitate desfășurată de către asistentul social sau de către un “sistem – martor”. Sistemul țintă se poate transforma în sistem client fie ca urmare a

⁴ Jonson, Louise C. *Social Work Practice*. –Boston: Allyn and Bacon, Inc., 1983, pp. 132-133.

⁵ Tropp, Emanuel. “Three Problematic Concepts: Clients, Help, Worker”, in: *Social Casework*, January, 1974.

conștientizării propriei situații disfuncționale și ca urmare a formulării unei cereri de ajutor, fie ca urmare a inițiativei asistentului social, fie în urma sesizării instituțiilor asistențiale de către un terț.

Potrivit lui David Landy⁶, procesul prin care o persoană devine client al asistenței sociale presupune o serie de etape:

- a) individul recunoaște față de sine că ceva nu merge bine în viața sa;
- b) cel care caută ajutor își asumă riscul ca cei apropiați lui (familia, prietenii, cunoștințele) să afle despre incapacitatea lui de a-și rezolva singur problemele;
- c) cel care caută ajutor își recunoaște starea critică și incapacitatea de a o depăși prin forțe proprii, în fața unui asistent social;
- d) cel care solicită ajutorul specializat acceptă să renunțe la o parte din autonomia sa și să se plaseze într-un rol de dependență.

Clienții asistenței sociale includ cele mai diverse categorii de oameni: pot fi clienți minori, orfani, abandonăți, în alte situații ce necesită instituirea tutelei, familiile aflate în criză (economică, psiho-afectivă), persoanele cu dezabilități, vârstnicii, șomerii, dependenții de alcool etc.

În pofida acestei diversități, se poate totuși opera cu unele clasificări ale clienților. Astfel:

⁶ Landy, David. "Problems of the Person Seeking Help in Our Culture", in: Social Welfare Institutions: A Sociological Reader. Mayer N.Zald, New York, 1965.

1. În funcție de componența numerică a integrității pe care o reprezintă deosebim clienți *individuali* și clienți *multipersonali*:
 - clientul individual este individul aparte, care trebuie tratat totdeauna ca persoană unică aflată într-o situație unică, chiar dacă problemele pe care le au clienții par asemănătoare;
 - clientul multipersonal poate fi un grup mic (de tipul familiei) sau o mare comunitate (populația unei regiuni, a unei localități, un grup etnic etc.).
2. În funcție de orientarea ajutorului specializat clienții pot fi clasificați în:
 - clienți care solicită ajutor pentru sine;
 - clienți care solicită ajutor în favoarea altor persoane, grupuri sau comunități;
 - clienți care, deși nu au solicitat ajutor, au intrat în zona de interes a asistenței sociale, întrucât ei constituie un factor de blocaj pentru funcționarea socială normală a altor clienți (de ex., familia unui minor asistat, familie care constituie un factor educațional carentat);
 - clienți care caută sau utilizează asistența socială ca alternativă la alte tipuri de asistență (în special, juridico-represivă);
 - clienți care solicită ajutor pentru scopuri inadecvate.
3. În funcție de atitudinea clientului față de serviciul asistențial evidențiem:

- clientul rușinos – cel care apelează la serviciul social doar atunci când nu mai are nici o posibilitate de a depăși situația problematică în care se află, el preferă un contact cât mai limitat cu instituția asistențială și renunță la ajutor de îndată ce își reechilibrează situația;
- clientul revendicativ – cel care solicită imperativ ajutorul social, bazându-se pe “dreptul” său la asistență și pe compararea situației sale cu aceea a altor persoane care beneficiază de asistență socială;
- clientul ezitant – cel care dorește să beneficieze de serviciile asistențiale, dar care evită, pe cât e posibil, contactul cu sistemul instituțional și cu mecanismele birocratice; acest tip de client dezvoltă o “strategie de așteptare”.

Se mai pot realiza, de asemenea, clasificări ale clienților în funcție de aria problematică, de vârstă etc. Raporturile care se stabilesc între asistent și asistat se înscriu într-un context sistemic, dominat de procesele de integrare și excludere, de construcție a identității marginalilor și de instituire și reafirmare a normalității⁷.

1.4. Rolurile asistentului social

Asistentul social în munca sa îndeplinește un șir de roluri, printre care putem evidenția următoarele:

⁷ C.Bocancea, G.Neamțu. Asistența socială. Elemente de teorie și strategii de mediere. –Iași, 1996, p. 87.

1. *Inițiator* - oferă atenție problemei apărute sau problemei potențiale. Acest rol urmărește în esență anticiparea apariției problemei.

2. *Avocat / pledator* – acest rol a fost împrumutat de la avocați. Este un rol activ și direct, în care asistentul social se luptă, pledează pentru drepturile, nevoile unui client sau ale unui grup. Într-un astfel de rol, asistentul social promovează leadership pentru colectarea de informații, argumentează nevoile și drepturile clientului. Obiectivul este să modifice sau să provoace schimbări ale politicilor sociale în concordanță cu nevoile sociale.

3. *Broker* – acest rol asistentul social îl îndeplinește prin stabilirea legăturilor dintre indivizi sau grupuri sociale, care au nevoie de ajutor, și serviciile comunitare. De exemplu: unei femei care este deseori bătută de soț i se propune să se adreseze unui serviciu de violență domestică.

4. *Enabler* – asistentul social ajută indivizii și grupurile să-și determine nevoile, să-și clarifice și identifice problemele, să-și selecteze și să aplice o strategie de lucru, să-și dezvolte capacitățile pentru a se ocupa de problemele lor într-un mod eficient. Acest rol este cel mai mult întâlnit în practica consilierii individuale, a grupurilor și familiei. Modelul este folosit, de asemenea, în practica comunitară, în special atunci când obiectivul principal este acela de a ajuta oamenii pentru a se organiza.

5. *Mediator* – rolul implică intervenția asistentului social în dispute dintre părți, pentru a le ajuta să ajungă la un consens. De exemplu: divorțuri, vecini în conflict, proprietarul de bloc-casă cu chiriașul etc.

6. *Negociator* – adună împreună acele persoane care sunt în conflict și încearcă să le ajute să ajungă la un compromis. Uneori, la fel ca și mediatorul, negociatorul găsește o soluție de mijloc ce asigură contrapărților existență în comun. Dacă mediatorul ocupă o poziție neutră, negociatorul este numaidecât de partea uneia din părțile aflate în conflict.

7. *Educator* – rolul de educator implică oferirea de informații clientului. Pentru a fi un educator bun, asistentul social trebuie să dețină cunoștințele necesare. De exemplu: să-l familiarizeze pe client cu obligațiunile părinților, să fie competent în educația sexuală, în căutarea locurilor de muncă pentru tineri.

8. *Coordonator* – implică conjugarea a mai multor componente într-o manieră organizată. De exemplu, în cazul unei familii cu multiple probleme, care necesită atât servicii de sănătate, cât și servicii de educație, asistentul social joacă rolul de “case manager” pentru coordonarea acestor servicii.

9. *Cercetător* – în anumite momente, fiecare asistent social e un cercetător. Investigațiile în asistența socială includ analiza literaturii de specialitate, evaluarea rezultatelor și studierea nevoilor comunitare.

10. *Facilitator de grup* – un lider pentru grupurile experimentale. Grupul poate fi de educație, terapeutic, de autoajutorare etc.

11. *Orator / vorbitor public* – asistentul social deseori trebuie să vorbească în public pentru a informa diferite grupuri sociale despre serviciile sociale tradiționale, precum și despre noile servicii sociale promovate în practică.

Rolurile asistentului social sunt complexe. Este necesar ca asistentul social să fie conștient de faptul că toate activitățile lui cu clienții trebuie să poarte pecetea unei munci cu dăruire de sine.

1.5. Sarcinile asistenței sociale

Putem determina un anumit număr de sarcini pe care trebuie să le îndeplinească asistența socială. Natura acestor sarcini reprezintă poziția deosebită și deseori dificilă pe care asistența socială trebuie să o decidă între îngrijirea individuală și controlul societății (Fig. 1.1).

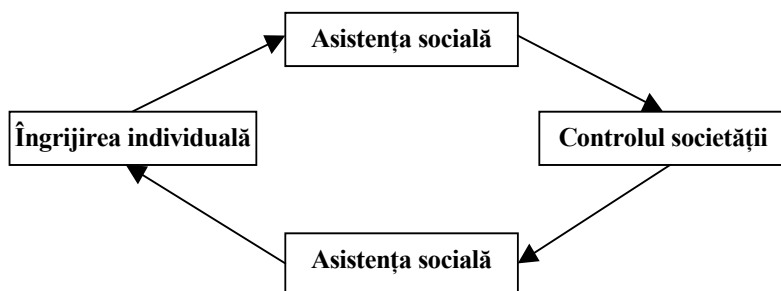


Fig. 1.1. Sarcinile asistenței sociale.

Asistența socială trebuie să reprezinte individul în fața societății. De exemplu, instanța de judecată, înainte de a decide asupra sentinței legale, poate dori să cunoască câte ceva despre viața personală a unui tânăr infractor.

Asistența socială trebuie să reprezinte de asemenea și societatea în fața individului. De exemplu, un asistent social poate și

trebuie să “judece” o familie care nu-și îngrijește corespunzător copiii.

Deoarece activitățile de asistență socială trebuie să fie orientate în mai multe direcții – către individ și către societate – rolurile ei generează totodată o inerentă sursă de tensiune: contradicția dintre îngrijire, vindecare și control.

Sarcinile asistenței sociale includ:

1. Ajutorarea persoanelor aflate în nevoi să-și dezvolte la un grad mai înalt propriile capacități de a soluționa problemele. De exemplu, a le învăța să conducă cu bugetul familial, a contribui la ameliorarea relațiilor în cadrul familiei.
2. Realizarea unor noi interrelații între persoanele dezavantajate și instituțiile de asistență socială. De exemplu, a prezenta unei persoane în vârstă un azil la care aceasta s-ar putea decide să meargă în cazul când este neajutorată și nu are pe nimeni în preajma sa.
3. Acordarea de ajutor în obținerea unor recompense ce se cuvin conform legii. De exemplu, a ajuta o mamă necăsătorită să obțină de la departamentul de stat respectiv suma de bani ce i se cuvine pentru întreținerea copilului.
4. Îmbunătățirea relațiilor, coordonarea activităților diferitelor instituții de asistență socială. De exemplu, a stabili relații de cooperare între două servicii de asistență socială care “tratează” aceeași problemă.
5. Acordarea de ajutor practic. De exemplu, un copil care cerșește în stradă poate nimeri oricând în mâinile unui

infractor, de aceea este necesar ca acest copil, până a ajunge să fie protejat de familia sa (dacă o are), să fie luat sub supraveghere de către anumite instituții.

6. A contribui la dezvoltarea și modificarea politicii sociale, asistenței sociali activând concomitent în calitate de agenți ai controlului social.

Deoarece asistența socială reprezintă fie clientul, fie statul, fie ONG-urile, ea va fi cu clienții (beneficiarii) în una din următoarele relații:

- *de colaborare* – atunci când se urmărește un scop unic;
- *de negociere* – atunci când trebuie să se ajungă la un anumit consens;
- *de conflict* – atunci când scopurile sunt diverse și contrare.

Asistența socială trebuie practică într-o anumită ordine, activitățile fiind bine structurate. În caz contrar, ea va fi confuză și ineficientă. Asistența socială nu trebuie să includă activități șablonate, ci unele individualizate, care ar pătrunde în cele mai tainuite zone ale existenței clientului, ținându-se cont de specificul cazului concret.

D.Gusti afirma că asistența socială a ieșit din făgașul sentimentalismului generos și al simplelor bune intenții pentru a păși în domeniul unei acțiuni sociale și etice ordonate și temeinic motivate. În acest context prezintă un interes deosebit evoluția asistenței sociale cu variatele forme de sprijin a persoanelor în nevoie, care pot fi considerate forme primare în istoria și practica asistenței sociale.

Capitolul 2. DIN ISTORICUL ASISTENȚEI SOCIALE

2.1. Aspecte ale devenirii asistenței sociale internaționale

Comunitățile umane au avut întotdeauna în componența lor indivizi care din cauze de diferită natură - genetice, naturale sau sociale, s-au aflat în imposibilitatea de a-și satisface trebuințele prin mijloace proprii. Or, sărăcia, dezabilitățile, existența orfanilor și a copiilor abandonati, a bătrânilor bolnavi și fără sprijin familial sunt probleme vechi de când lumea. Omenirea a încercat, de-a lungul istoriei, să rezolve aceste probleme sociale, despre care ne mărturisesc și următoarele evenimente¹:

1750 î.Hr. - Codul regelui Hammurabi - codul justiției ce includea cerința către popor să-i ajute pe cei ce sunt în suferință.

1200 î.Hr.- în Israel, poporul evreu are credința că Dumnezeu așteaptă ca oamenii să-i ajute pe cei săraci și cei în suferință.

500 î.Hr. - în Grecia apare cuvântul “filantropie” (dragoste de oameni): *filos* - acte de dragoste, omenie; *antropos* - față de oameni.

Apar primele cantine, băi publice pentru săraci sau pentru cei cu nevoi (se donau bani).

¹ Evoluția asistenței sociale, expusă în acest paragraf, va fi completată cu date noi în cadrul expunerii problemelor ulterioare, incluse în lucrare.

300 î.Hr. - în China “Analectele” lui Confucius declară oamenii ființe sociale și se afirmă că pot spera la o formă de simpatie, ca expresie de ajutorare a celor nevoiași (“jen”).

100 î.Hr. - în Roma, conform unei tradiții din Annona Civica, era clar stabilit că familiile de patricieni trebuie să distribuie la un preț redus grâu cetățenilor nevoiași.

Aprox. 30 d.Hr. - Isus propovăduia că este nevoie de dragoste pentru oameni, aceasta fiind voia Domnului.

313 - împăratul roman Constantin legitimează creștinismul, iar Biserica este socotită cea mai în măsură să-i ajute pe săraci prin donații, bunuri, pe care le face populația avută.

400 - în Cezareea Capdochiei, pe lângă biserici sunt înființate primele locuințe și alte forme de ajutorare a copiilor, de către Sf. Vasile cel Mare.

400-500 - în India apar primele spitale, ajutor întru susținerea celor săraci, fiind deschise apoi în China, Orientul Mijlociu și în Europa. În Franța, la Lyon, de către voluntari și oamenii religioși, este organizată pentru prima dată “Casa Domnului” (L’Hotel Dieu).

650 - urmașii lui Mahomed doresc să susțină săracii prin taxa Zakat, fiind una dintre cele 5 datorii obligatorii ale credinței islamice.

1084 - în Anglia apar aziluri asemănătoare celor din Franța secolului al XI-lea.

1100 – Biserica romană emite un decret, o compilație de legi și canoane, ce include principiile viitoare ale unui cod (teologic și

practic) privind caritatea. Prin acest “Decretum” era stabilit că bogații aveau obligația legală și morală de a-i ajuta pe cei săraci.

1349 - în Anglia apare statutul lucrătorilor, care cerea oamenilor să rămână pe moșiile lor și să muncească lorzilor ce voiau să-i ajute.

1536 - Henric al VIII-lea alcătuiește un sistem de clasificare a oamenilor (în săraci și bogați); se instituie proceduri de colectare a donațiilor și de distribuire a lor către săraci. Aceste măsuri se extind de la nivel local la nivel național. (Actul emis de guvernul lui Henric al VIII-lea este cunoscut ca “Legea sărăciei”).

1657 - în America, la Boston, apare prima organizație particulară de bunăstare - “Societatea Scott de caritate”.

1697 - în Anglia (Bristol) se dezvoltă sistemul de muncă “work house-system”. Celora care munceau în case pentru copii, pentru persoane cu handicap ori în aziluri pentru bătrâni li se asigura minimul de existență, procedeu ulterior răspândit în Anglia și Europa.

1729 - în America, la New Orleans, apare prima instituție pentru copiii orfani “Surorile Ursuline”.

1790 - în statul Carolina a fost instituită prima fundație publică pentru orfani, care se ocupa de strângerea de alocații.

1798 - în SUA ia ființă primul serviciu de sănătate publică.

1845 - la Trenton (New Jersey), după eforturi deosebite depuse în cadrul unei mișcări sociale de către Dorothea Dix, se construiește primul azil de stat pentru persoane cu handicap mental.

1848 - Mișcarea luptătoarelor feministe, adunate la New York cu scopul de a obține drepturi egale cu ale bărbaților:

- 1) în instruire și educație;
- 2) locuri de muncă cu tratament nediscriminator;
- 3) drepturi sociale (la divorț).

1889 - în Chicago, două asistente sociale, Jane Addams și Ellen Gates Starr, deschid prima casă gen așezământ pentru săraci, emigranți și pentru cei fără adăpost - "Hull House".

1890 - în Anglia a fost înființată "Liga Consumatorilor" cu scopul de a crea condiții mai bune de muncă.

În SUA, Florence Kelly, juristă și asistentă socială, susține "Liga Consumatorilor" și luptă cu succes pentru abolirea exploatarei copiilor, ridicarea salariilor minime, reducerea zilei de muncă.

1894 - Amos Warner scrie și publică prima carte despre bunăstarea socială.

1898 - se pun bazele primei Școli de Asistență Socială (Școala Filantropică de la New York).

1900 - Simon Patten pune în uz termenul "Social Workers" și-l raportează la toți cei ce lucrează în așezăminte de binefacere.

1902 - Homer Folks fondează și conduce Asociația de ajutorare filantropică a statului New York.

1912 - din inițiativa Juliei Lathorp, asistentă socială din Departamentul forței de muncă din SUA (creat de Jane Addams la Hull House) se înființează "Departamentul american pentru problemele copiilor".

1917 - apare prima carte de asistență socială “*Diagnostic Social*”, scrisă de Mary Richmond.

1918 - a fost elaborat primul Program de instruire pentru asistenți sociali din spitatele de psihiatrie.

1920 - ia ființă Liga americană pentru bunăstarea copiilor. Are loc prima conferință națională a organizațiilor de caritate (catolice).

1928 - la Conferința din Milford se discută competențele și abilitățile necesare în profesia de asistent social și se publică un raport general despre munca de caz în asistența socială (Social Casework).

1937 - ia ființă Asociația Americană a Școlilor de Asistență Socială.

1945, 24 octombrie - a fost înființată Organizația Națiunilor Unite în scopul de a menține pacea și securitatea internațională, de a dezvolta relații între națiuni, fiind un centru în care să se protejeze statele mici, neajutorate.

1946 - Anglia își creează propriul său Serviciu național de sănătate și “Institutul Național pentru Sănătate Mentală”.

1955 - la 1 octombrie în SUA ia naștere Asociația Națională a Asistenților Sociali (NASW) care elaborează Codul deontologic al asistentului social cu obligații, responsabilități sociale, morale, în el fiind specificate și condițiile de dezvoltare.

1962 - Asociația Națională a asistenților sociali din America organizează Academia pentru Acreditarea Asistenților Sociali (doar pentru membrii NASW, care după doi ani de pregătire în domeniu obțineau calificativul MASTER).

J.F.Kennedy semnează amendamentele la Legea siguranței sociale, care prevedea obligativitatea comunității, a statelor membre ale confederației americane de a susține și angaja asistenții sociali, aceștia având menirea să ajute populația prin consiliere, măsuri educaționale și de instruire în domeniu.

1968-1969 - au fost întemeiate asociații naționale ale diverselor minorități din SUA:

- Asociația Națională a lucrătorilor sociali de culoare (NABSW);
- Asociația Națională a serviciilor asistenților sociali portoricani (NAPSSW);
- Asociația lucrătorilor sociali americani de origine asiatică (AASW);
- Asociația Națională a lucrătorilor sociali de origine indiană (NISWA).

1969 - președintele R.H.Nixon propune reorganizarea “Planului de Asistență a Familiei”, sub forma unui program național pentru bunăstare.

1979 - Curtea Supremă a SUA aprobă hotărârea prin care statele erau obligate să asigure financiar familiile cu nevoi în care soția (mama) și-a pierdut slujba, la fel și familiile în care soțul (tatăl) a devenit șomer.

NASW aprobă noul Cod deontologic al profesiei de asistent social.

1986 - în SUA se creează “Administrația Serviciilor pentru Problemele Familiilor” care se unește cu Departamentul pentru sănătate și servicii umane.

Evenimentele inserate în aceste pagini permit să concluzionăm că constituirea identității profesiei de asistent social ține de primele decenii ale secolului al XX-lea concomitent cu crearea sistemelor naționale de servicii sociale.

2.2. Dezvoltarea asistenței sociale în România

Primele începuturi ale asistenței sociale în România au fost semnalate, ca de altfel în toate celelalte țări ale lumii, sub forma unor acțiuni caritabile, filantropice, cu un caracter profund religios, dezvoltându-se secole de-a rândul în jurul mănăstirilor².

În secolul al XIII-lea, pe lângă diferite mănăstiri, au fost organizate așa-zisele “bolnițe”, care nu erau altceva decât aziluri pentru bolnavii săraci, pentru invalizi și, în general, pentru bătrânii săraci. Termenii pe care îi întâlnim, desemnând pe cei asistați, erau de “mișel” (pentru cei care prezentau infirmități fizice) și de “nemernici” (pentru elementele sociale: cerșetori și vagabonzi).

După războaie, domnitorii sau unii boieri înălțau biserici sau mănăstiri pentru a mulțumi lui Dumnezeu de biruința împotriva dușmanilor țării. Pe lângă aceste lăcașuri sfinte se înființau aziluri pentru nevoiașii suferinzi, nevolnici sau pentru cei loviți de soartă.

² Vezi la acest compartiment: *E.Zamfir*. Tradițiile asistenței sociale în România, în: *Politici sociale în România*. –București, 1999, pp. 238-246.

În secolul al XIV-lea, Radu Basarab, reîntemeietorul Câmpulungului, a fondat ospiciul de mizeri de la Mățăul de Jos de lângă Câmpulung, pentru adăpostirea orbilor, șchiopilor, ologilor și altor “mizeri”, înzestrându-l cu moșie și scutindu-l “de orice impozite”.

Neagoe Basarab recomanda fiului său Teodosie “ca prisosul averii să-l întrebuințeze pentru a face odihnă și pace săracilor”.

Cele mai cunoscute așezări de asistență socială apar sub denumirea de “calicii”. Astfel de așezări sunt înființate de Negru Vodă în secolul al XVI-lea la București, în mlaștina Dâmboviței, sub dealul Mitropoliei. Asistații primeau ajutoare de la Domnie, din încasările vamale, din taxele de divorț și din “cutia milelor”. Totul se mărginea la ajutorarea săracilor, pe seama carității publice, mai ales a mănăstirilor. Până la Regulamentul Organic din 1831 măsurile de ordin general pe linie de asistență socială au constat în aplicarea celor câtorva precepte conținute în pravile. Nu exista nici o organizație de asistență socială de stat. Chiar protecția mamei și a copilului încep prin organizații religioase.

Pe lângă “Fundăția Colțea”, care a fost întemeiată de spătarul Mihai Cantacuzino și de clucerul Colțea, a fost construită, la începutul secolului al XVII-lea (1704), o mănăstire și primul spital din Țara Românească, cu o capacitate de 24 de paturi. Pe lângă mănăstire s-au clădit chilii pentru săraci și bătrâni bolnavi, care erau îngrijiți prin strădania Fundăției Colțea.

În 1775, Alexandru Ipsilante înființează instituția cu caracter umanitar “Cutia milelor”. Veniturile se strâneau din dări către biserici și unele cote benevole de participare a populației, toate servind pentru ajutorarea copiilor săraci.

În 1780, în Muntenia, se înființează “Epitropia Obștei” sub domnia lui Mihai Șuțu, care printre alte atribuții se ocupa și de ajutorarea săracilor. Epitropia se ocupa de serviciul medicilor și de orfanoterapie. În 1793 este instituit postul de medic-șef al orașului, care avea ca principală preocupare îngrijirea gratuită a bolnavilor săraci.

În capitolul 8 al Regulamentului Organic al Valahiei (1830) se stabilește o reglementare a unităților de asistență socială existente la acea dată: Institutul copiilor sărmani, Casa de ajutorare a săracilor, sprijinite de Biserică prin logofătul bisericesc. În anul 1864 generalul Kiseleff înființează “Eforia caselor făcătoare de bine și folos obștesc”, aflată în subordinea Departamentului bisericesc. Sub egida Eforiei funcționa Casa copiilor sărmani, unde copiii se creșteau cu doici și personal medical de specialitate.

La Schitu Malamuku, județul Ilfov, exista o unitate de asistență socială, în care veneau cerșetorii incapabili de a munci. Aici li se asigura casă, masă, îmbrăcăminte și asistență medicală.

În 1862, Doamna Elena Cuza, împreună cu organele bisericești, contribuie la zidirea unui așezământ de fete orfane “Azilul Elena Doamna”, situat lângă Palatul Cotroceni din București (de la 100 locuri capacitatea crește la 400 locuri). În acest azil exista o școală primară și mai multe ateliere școlare în care se instruiu fetele asistate și care la vârsta de 16-18 ani erau repartizate să lucreze în anumite unități sau familii cu posibilități materiale bune.

Treptat, activitățile de ocrotire socială cu caracter civic-religios s-au structurat sub forma unor măsuri reglementate prin acte juridico-normative, finanțate din bugetul public, în cadrul unor instituții specializate. Pentru România actul de naștere al asistenței

sociale moderne poate fi plasat încă la 1775, odată cu apariția primei legi de protecție pentru copil și înființarea unor instituții specializate de ocrotire pentru persoane în dificultate: fete-mame, săraci, bolnavi, persoane vârstnice fără sprijin, persoane handicapate fizic și psihic. Cu toate acestea, despre un sistem de asistență socială cât de cât structurat, sprijinit de măsuri legislative, susținut și de instituții corespunzătoare, se poate vorbi de-abia cu referire la 1831, odată cu apariția Regulamentului Organic. După Unirea Principatelor Române din 1859 apar acte normative care fixează chiar atribuții concrete pentru serviciile de asistență socială la nivelul comunelor și județelor, încurajând spiritul de întraajutorare și solidaritate la nivel comunitar. România a fost una dintre primele țări europene care a elaborat un sistem de securitate socială atât în domeniul asigurărilor sociale (prima Lege a pensiilor datează din 1912), cât și în cel al asistenței sociale prin acordarea de ajutoare orfanilor, văduvelor de război etc. Tot atunci se creează primele instituții publice și private cu caracter de ocrotire socială specializate. Legea sanitară și de ocrotire socială din 14 iulie 1930 rămâne un moment de referință pentru asistența socială modernă din România.

În România, intervenția sistematică a statului în activitatea de asistență socială începe odată cu crearea în 1920 a Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirii Sociale. În cadrul acestui minister funcționa Direcția Asistenței Sociale. La nivel local s-a constituit o infrastructură diversificată: organele locale, care aveau funcția de a oferi efectiv asistența socială, erau Birourile județene și comunale, iar ca organ local consultativ, de aviz și coordonare era Comitetul județean. În 1930 este adoptată Legea sanitară și de ocrotire socială, care oferă un cadru legal, foarte modern pentru perioada respectivă, de funcționare a întregului sistem de asistență socială și de

coordonare a activităților la nivel național. În municipii și orașele-reședință de județ sunt înființate Oficii de ocrotire. În mediul rural sunt înființate Case de ocrotire.

Sarcina de coordonare națională, metodologică și profesională a întregii activități de asistență socială revenea Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirii Sociale: toate serviciile de ocrotire depinzând de alte ministere, regii, precum și instituțiile, organizațiile private de ocrotire funcționau conform îndrumărilor de ordin tehnic ale Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirii Sociale și erau supuse controlului prin același ordin al ministerului.

O caracteristică distinctivă a asistenței sociale românești moderne este că ea reprezintă un produs direct al preocupărilor Școlii sociologice a lui Dimitrie Gusti. Apariția și dezvoltarea școlii române de asistență socială a fost inițiată și susținută de un puternic grup de sociologi, precum: Dimitrie Gusti, H.H.Stahl, Veturia Manuilă, Xenia Costa-Foru Andreescu (care a fost un timp și directoarea școlii), dr. Iuliu Moldovan. Asimilând experiența de vârf a SUA și Europei, ei au imprimat o orientare puternic originală, posibilă datorită efortului uriaș de cercetare sociologică dezvoltat în România. Opțiunea forte de principiu a asistenței sociale dezvoltate în România acelei perioade a fost, pe de o parte, sprijinirea ei masivă pe cercetarea sociologică a problemelor sociale care urmau a fi abordate, iar, pe de altă parte, implicarea activă în activitatea unităților de ocrotire socială (creșe, cămine de zi, orfeline, aziluri pentru bătrâni, colonii de reeducare etc.).

Cercetările de sociologie urbană ale Școlii sociologice de la București au fost realizate în cadrul Institutului Social Român. Acest institut, transformat mai târziu în Institutul de Cercetări Sociale al

României, și-a constituit filiale în diferite regiuni, având astfel posibilitatea unor cercetări comparative pe întreg teritoriul țării, fapt care a condus atât la o mai bună cunoaștere a problemelor specifice comunităților țării (sate și orașe), cât și la acțiuni de soluționare a lor bazate pe o cunoaștere amănunțită a realității sociale. Rapid, echipele institutului s-au mobilizat pentru anchete sociale în acele cartiere în care se cerea a fi soluționate probleme majore de integrare socială, având ca obiectiv identificarea de soluții specifice fiecărui caz în parte. Ceea ce este cu totul remarcabil în această abordare este că asistența socială nu mai era înțeleasă doar ca “filantropie”, sau milă creștină, act caritabil. Asistența socială a fost de la început orientată spre acțiuni sistematice bazate pe tehnici de intervenție socială eficientă, susținute în plan legislativ, capabile să readucă la o stare socială normală nu numai indivizi, dar și grupuri și comunități aflate în dificultate: familii dezorganizate, persoane ce trăiau din prostituție, cerșetori, vagabonzi, infractori, bande de minori delincvenți, săraci etc. Prin Legea serviciului social din 1930 s-au pus bazele unei rețele teritoriale de servicii sociale comunitare, capabile să ofere un răspuns prompt problemelor generale, dar și celor specifice pentru cei în nevoie. Au fost create multiple centre de demonstrație practică pentru diferite tipuri de intervenție socială.

În 1928, mulți dintre sociologii Școlii monografice de la București, sub directa conducere a lui D.Gusti, șocați de efectele distructive ale urbanizării asupra indivizilor și comunităților, încep să acorde o atenție sporită orașului. Deși mulți analiști consideră că Școala monografică a lui D.Gusti a fost cantonată aproape exclusiv în cercetări rurale, anume D.Gusti a fost cel care prin teoria sa sociologică a realizat o deschidere majoră către problematica atât de complexă a procesului urbanizării cu toate consecințele lui sociale și

umane negative (vagabondaj, prostituție, alcoolism, delincvență, sărăcie, marginalizare, inadaptare socială etc.), accentul fiind pus pe problemele speciale ale familiilor dezorganizate – concubinaj și divorțuri, ale copiilor abandonati, neglijați sau abuzați. Sociologia urbană a reprezentat astfel debutul asistenței sociale ca profesie, îmbinând cercetarea sociologică concretă cu acțiunea de terapie și protecție socială pentru indivizii și grupurile în dificultate. Pe baza unor tehnici de investigații sociale generale și specializate, individualizate, cu referire la cazul concret, se intenționa realizarea unei cunoașteri cât mai exacte a marilor probleme ale vieții sociale urbane românești, precum și elaborarea unei politici sociale corespunzătoare, capabilă să permită tratarea fenomenelor de devianță socială, cât și prevenirea acestora. Așa cum afirma Xenia Costa-Foru Andreescu, în concepția profesorului D.Gusti era necesară crearea unor tehnici și a unei asistențe sociale științifice, care avea două misiuni:

- a) cunoașterea tuturor situațiilor îngrijorătoare ale vieții sociale, prin folosirea metodelor și tehnicilor investigației sociologice, adică prin cercetări de monografie interdisciplinară (pe cadre și manifestări), cercetarea fiind, de rândul acesta, necesară nu numai pentru cunoașterea satelor și orașelor, ci și pentru depistarea și înțelegerea tuturor fenomenelor individuale anomice;
- b) elaborarea unor tehnici de intervenție directă, prin mijloace de asistență socială închisă (prin unități și instituții specializate), dar mai ales prin asistența socială deschisă (adică individualizată).

Necesitatea formării unor specialiști în asistență socială a condus la înființarea în toamna anului 1929 a Școlii Superioare de Asistență Socială din București “Principesa Ileana,” sub egida și îndrumarea directă a Institutului Social Român, cu aprobarea Ministerului Sănătății și al Ocrotirilor Sociale. Institutul Social Român îndruma și organiza programul de studii, precum și practica de specialitate. Profesorul D.Gusti, în colaborare cu dr. Iuliu Moldovan, ministrul sănătății și ocrotirii sociale, Sabin Manuilă, directorul Institutului de Statistică și Veturia Manuilă, directoarea școlii, a elaborat programa analitică și planul de învățământ. Obiectivele majore ale programei analitice erau:

- a) cunoașterea marilor probleme ale vieții sociale urbane, atât în plan teoretic, prin studierea literaturii de specialitate, cât și prin analiza practică a situațiilor concrete. Cuprindea cursuri de biosociologie a familiei (normale, dezorganizate, concubine, divorțate), de sociologie a colectivităților și a grupurilor dependente social, a delincvenților, a persoanelor inadaptate social, probleme ale femeilor și ale copiilor;
- b) formarea cunoștințelor generale necesare oricărui asistent social, privind legislația țării, economia politică, sociologia, psihologia generală și diferențială, igiena și sănătatea publică etc.;
- c) însușirea metodologiilor și tehnicilor investigațiilor sociale (generale și specializate), statisticii și contabilității;
- d) aplicarea tehnicilor de acțiune socială în colectivități și grupuri sau privind persoane aparte, organizarea unităților și instituțiilor de ocrotire socială.

Corespunzător acestor cursuri era organizată practica de specialitate în centre experimentale structurate astfel:

- 1) pentru asistența familiei - Centrul de demonstrație din cartierul Tei, în care s-a încercat alcătuirea unei monografii de cartier, începând inițial în 1930 prin preluarea sarcinii de a organiza aici recensământul de stat;
- 2) pentru serviciile sociale de spital - Centrul de demonstrație de pe lângă Spitalul Colțea;
- 3) pentru practica în asistența industrială – organizația ACFR;
- 4) centrele de practică au fost multiplicat, la ele adăugându-se așa instituții de stat ca Tribunalul de minori din București, închisoarea Vacărești, Spitalul Colentina (secția de boli nervoase și secția de boli venerice pentru asistența individualizată a prostituatelor) și Spitalul Filantropia (secția de boli de cord și secția de maternitate). Secții specializate au fost organizate la spitalele Pantelimon, Brâncovenesc, dr. Cantacuzino etc.;
- 5) pentru asistența copiilor - centre la Societatea leagănelui “Sf.Ecaterina”, Societatea “Principele Mircea” și la Spitalul de copii. Activitățile au fost extinse în țară, creându-se secții de asistență socială la oficiile de ocrotire din municipiile Brașov, Cluj, Sibiu, Craiova, Ploiești, Timișoara.

Pentru a promova și a aborda pe larg problemele teoretice ale asistenței sociale dezvoltate în cadrul Școlii sociologice de la București, precum și în scopul de a determina modalitățile de desfășurare a practicii, Școala Superioară de Asistență Socială

publică în 1929 revista “Asistența Socială”, sub forma unui buletin periodic care a apărut până în 1936. Din acest an se înființează, sub conducerea lui D.Gusti, Asociația pentru progresul asistenței sociale, care preia revista de specialitate și o coordonează până în 1944. Pe lângă informațiile generale privind activitatea Școlii Superioare de Asistență Socială, revista publică recenzii, studii de sociologie bazate pe cercetări de teren, materiale cu valoare documentară și științifică.

Tot în 1936, la Institutul de Statistică este înființată din inițiativa lui D.Gusti o secție de statistică socială, secție care a efectuat un recensământ general al unităților și acțiunilor de asistență și ocrotire socială, rezultatele acestuia fiind publicate în volumul “Instituțiile de asistență socială și de ocrotire”. D.Gusti este cel care a organizat în 1938 primul Congres al asistentelor sociale din România.

Înainte de a începe cel de-al doilea război mondial, România se număra printre puținele țări din lume care inițiaseră dezvoltarea rapidă și înalt calificată a unui sistem profesionist de asistență socială. Sistemul de formare a specialiștilor era bine pus la punct. O rețea de asistență socială comunitară se dezvoltase în mediul urban, urmând să fie generalizată.

Asistența socială în perioada regimului socialist

În regimul socialist, asistența socială în România a avut unul dintre cele mai dramatice destine. Întreaga atitudine a regimului socialist față de asistența socială demonstrează o neînțelegere a necesității, structurii și rolului ei.

După al doilea război mondial, în mod special ca rezultat al activității membrilor Școlii sociologice a lui Gusti care au supraviețuit războiului și primului val de represiune al regimului comunist, se organizează un complex sistem de asistență socială teritorială, cu un asistent social la circa 30000 de locuitori. Sistemul a funcționat doar în orașe, urmând ca într-o fază ulterioară să fie extins și la sate. Asistenții sociali erau formați într-o școală post-liceală, primind o pregătire profesională de înalt nivel pentru acea perioadă, superioară multor țări europene. Amintim în acest context că în 1962 a fost publicat un manual “Prevederi sociale. Metode și tehnici în asistența socială”, în două volume, elaborat de Ioan I.Matei și H.H.Stahl. Probabil, a fost unul dintre puținele manuale de asistență socială publicate în lume până la acea dată.

Curând a devenit însă clar că nedoritul regim nu va tolera sistemul de asistență socială, deoarece îl considera străin unei societăți socialiste. În 1969, inițiativa curajoasă de a dezvolta și consolida sistemul de asistență socială a fost curmată de intervenția brutală a regimului comunist. Deja în 1952, formarea la nivel universitar a asistenților sociali fusese întreruptă, ea fiind acceptată doar sub forma unei școli post-liceale, care oferea absolvenților săi un statut profesional inferior celorlalți specialiști. Și această formă de învățământ va fi complet desființată în 1969. În același an, rețeaua de asistență socială comunitară, care începuse să se consolideze instituțional, a fost abandonată. Profesia de asistent social a fost exclusă din nomenclatorul profesiilor. Activitatea de asistență socială, care atinsese un nivel înalt de profesionalizare, utilizând metode de vârf pe plan mondial, a fost înlocuită printr-o activitate pur birocratică, de tip administrativ, a cărei unică funcție

era distribuirea unor ajutoare materiale pentru persoanele aflate în situații disperate.

Cadrul legislativ adoptat în perioada anilor 1950-1970 excludea din principiu sistemul de asistență socială, ducând la inevitabila eliminare a acestuia. Sistemul de organizare, funcționare și administrare a protecției sociale era puternic centralizat, birocratizat, acordând foarte puțin spațiu de mișcare autorităților locale, inițiativelor civice, organizațiilor neguvernamentale. Cele din urmă erau practic excluse. Ministerul Sănătății și Prevederilor Sociale, apoi Ministerul Muncii (din 1969) avea ca sarcină coordonarea activității de protecție și asistență socială, gestionând cu mijloace strict administrative fondurile alocate pentru aceasta. Autoritățile locale aveau stabilite misiuni extrem de limitate: distribuirea unor ajutoare în situații de urgență.

Efectul acestei situații a fost dublu:

- a) reducerea la minimum a serviciilor de asistență socială și
- b) deprofesionalizarea acestor servicii, specialiștii din domeniu fiind înlocuiți de funcționari.

Paradoxal, această măsură dură de eliminare completă a sistemului de asistență socială în România a fost luată într-o perioadă de relativă liberalizare a sistemului, în condițiile în care din 1964 sociologia, ca disciplină științifică, fusese reabilitată, secția de sociologie fiind reintrodusă din 1966 în sistemul universitar. Nici această atitudine pozitivă față de sociologie nu avea să dureze prea mult. În 1987 (zece ani mai târziu după desființarea asistenței sociale), sociologia, ca program de formare profesională, avea să fie și ea desființată.

Asistența socială după 1989

Revoluția din decembrie 1989 a generat înalte așteptări în ceea ce privește reluarea tradiției bogate a asistenței sociale pe care o avea România. Estimarea problemelor sociale și economice dificile ale tranziției care urmau să apară a accentuat urgența dezvoltării sistemului de asistență socială.

Moștenirea regimului socialist era deosebit de precară. În majoritatea țărilor foste socialiste sistemul serviciilor de asistență a fost în mod dramatic subdezvoltat. Singurele elemente ale sistemului de asistență socială erau instituțiile de asistență socială (pentru persoane cu handicap sever, pentru copii orfani, abandonați, pentru bătrâni singuri și neajutorați), care la limita decenței, uneori chiar cu mult sub aceasta, ofereau persoanelor în dificultate servicii de calitate slabă, neprofesioniste. Imediat după revoluție, imaginea televizată a acestor instituții, mai ales a celor pentru persoanele cu handicap, a fost de natură a îngrozi deopotrivă pe străini și pe români. Unele instituții (multe chiar pentru copii), așezate în locuri izolate, greu accesibile, cu un personal necalificat, apăreau ca insule de mizerie și degradare umană, oferind imagini de coșmar. Serviciile comunitare de asistență socială, chiar într-o țară cu importante tradiții în domeniu cum este România, fuseseră complet eliminate, iar asistenții sociali profesioniști, lipsiți chiar de recunoașterea formală a profesiei lor, erau ținuti în posturi administrative marginale.

Un rol extrem de activ în relansarea asistenței sociale l-a avut din nou comunitatea sociologilor. Încă din primele luni ale anului 1990 s-a cristalizat un larg consens în comunitatea sociologilor

asupra necesității reconstrucției profesiei de asistent social și a refacerii sistemului de servicii în asistența socială. Un asemenea gest părea să reprezinte un omagiu adus Școlii sociologice a lui D.Gusti, a contribuției însemnate aduse de sociologi cu prestigiu, cum erau H.H.Stahl și Ioan I.Matei, pentru dezvoltarea asistenței sociale românești. În plus, alături de asistenții sociali, sociologii au trăit și ei experiența tristă a desființării învățământului sociologic începând cu anul 1978. La această acțiune s-au alăturat și o parte din asistenții sociali formați până în 1969 și care au reușit să păstreze vocația profesiei lor. Acest grup de specialiști veneau din regimul socialist, însă studiile lor de tip post-liceal, într-un sistem de administrație publică suprasaturat de diplomați universitari, nu le permitea să reocupe poziții cât de cât semnificative. În consecință, ei au fost forțați să ocupe poziții marginale în sistemul administrației publice, cu o putere de influență redusă.

În 1990 s-a reînființat învățământul de asistență socială, intenția fiind ca, paralel cu apariția noilor generații de asistenți sociali, să se dezvolte rapid și rețeaua de asistență socială.

Ministerul Muncii și Protecției Sociale a luat în vara lui 1990 inițiativa energică de a reînființa învățământul de asistență socială. Acesta a debutat încă din anul universitar 1990-1991, inițial sub formă de colegiu în cadrul celor mai importante trei universități (București, Iași și Cluj), transformat în 1992 în secție universitară, oferind absolvenților diplomă universitară. În 1994 apare prima promoție de asistenți sociali cu diplomă universitară. Între timp, învățământul de asistență socială se extinde. Alte universități (Timișoara, Oradea, Alba Iulia, Pitești, Târgoviște) introduc secții de asistență socială. Totodată, secțiile de teologie (ortodoxă, catolică,

baptistă) din toate universitățile introduc asistența socială ca o dublă specializare. Din 1994, în fiecare an, sistemul universitar pregătește în jur de 300 de asistenți sociali.

Sociologii au contribuit masiv la dezvoltarea programei noii secții și la organizarea învățământului, fiind atrași totodată în acest proces și asistenții sociali din vechea generație. La refacerea învățământului de asistență socială au adus contribuții importante și unele organizații internaționale și specialiști din câteva universități din Europa și SUA. Un rol cu totul aparte în susținerea dezvoltării asistenței sociale în România l-a avut Reprezentanța UNICEF în România, care s-a implicat activ încă din anul 1990 atât în susținerea dezvoltării învățământului, cât și în crearea și difuzarea unor servicii moderne pentru copiii în dificultate din România, asigurând baze de practică model, centre pilot de asistență socială. În semn de recunoaștere a acestei contribuții, directorii Reprezentanței UNICEF în România între 1990 și 1997, Rose Mary MacCriery și Maie Ayoub von Kohl, au primit titlul de profesori de onoare ai Universității din București.

Susținerea constantă de către Reprezentanța UNICEF în România a unor schimburi de experiență între România și unele țări europene cu o bogată tradiție în asistența socială, dezvoltarea unor programe de studii bine structurate cu mari universități din Europa și SUA, sprijinul financiar pentru vizite de studiu ale profesorilor și studenților români din domeniul asistenței sociale (un loc cu totul aparte aici îl ocupă programul de studii cu Universitatea East Anglia din Norwich – Marea Britanie), dezvoltarea unor centre de practică model pentru studenții în asistență socială centrate pe serviciile pentru copii și familiile în dificultate, au fost de natură a introduce în

formarea practică a asistenților sociali din universitățile române a unor standarde moderne, de vârf, ale profesiei.

Astfel, școala românească de asistență socială a beneficiat de la început de avantajele regândirii profesiei în condițiile unui mediu universitar total nou, fără balastul unor discipline demodate. Planul de învățământ a fost gândit în contextul modern al necesității noii profesii, al ancorării lui puternice în realitatea socială practică, păstrării unui echilibru între formarea teoretică de specialitate și deprinderile practice. Totodată, învățământul universitar de asistență socială a jucat un rol important chiar în constituirea unor servicii de asistență socială înalt profesionalizate.

2.3. File din evoluția asistenței sociale în Moldova

Studierea problemei apariției și dezvoltării asistenței sociale în Moldova este intercalată cu numeroase dificultăți, generate de necesitatea delimitării spațiilor istorice. În perioada secolelor XIX-XX deosebim câteva etape principale, fiecare având contribuția sa specifică în constituirea identității asistenței sociale:

- 1) perioada dominației Imperiului Rus;
- 2) perioada interbelică (1918 - 1940, când Basarabia își dezvoltă serviciile sociale în componența României);
- 3) perioada regimului comunist (după 1940);
- 4) perioada existenței Republicii Moldova ca stat suveran și independent (după 1991).

Prima dimensiune a istoricului asistenței sociale din Moldova cuprinde:

- diverse acte de caritate din partea Statului Rus (sub formă de “ukazuri“, legi sau decrete) și din partea anumitor organizații, persoane fizice, comitete obștești;
- medicina de zemstvă – o etapă de mare importanță în evoluția și dezvoltarea sferei sociale din Moldova.

A doua perioadă a cuprins organizarea asistenței sociale la nivel de stat, emiterea unor legi ce prevedeau protecția păturilor defavorizate.

În perioada regimului comunist a fost instituit Ministerul Muncii și Protecției Sociale, care se ocupa de pensionarea și subsidiile bănești. Problemele sociale au fost negate în această perioadă, fiind promovată ideea că societatea comunistă nu are probleme ce ar necesita asistența socială comunitară.

După anul 1990 se conștientizează necesitatea profesiei de asistent social, astfel s-a început pregătirea specialiștilor în domeniul asistenței sociale la nivel universitar.

Pentru a avea o viziune mai clară despre evoluția asistenței sociale, se cere o scurtă trecere în revistă a instituțiilor, activităților desfășurate în acest domeniu, precum și a documentelor ce vizează, direct sau indirect, stabilirea și dezvoltarea asistenței sociale³.

În secolul al XIX-lea asistența socială în Basarabia se dezvoltă sub influența Rusiei Țariste.

³ Materialele au fost selectate din diverse periodice, ca: Monitorul Municipal. –Chișinău, 1935-1942; Buletinul Municipal. –Chișinău, 1943; Buletinul Episcopial. –Cetatea-Albă-Ismail, 1935 și altele.

În 1813 se înființează Eparhia Chișinăului în frunte cu Gavril Bănulescu-Bodoni, român ardelean, care a contribuit la înființarea școlilor, orfelinatelor și spitalelor.

La 8 februarie, 1823, țarul a dat un ordin, prin care se prevedea ca pentru Basarabia pâinea să fie fabricată din făină de porumb și din ciocălăi, în schimbul celei fabricate din paie, ca urmare a foametei de după războiul ruso-turc.

Conform Regulamentului din 1869 cu privire la spitalele militare permanente, se permite primirea “surorilor de caritate”. Numărul surorilor depindea de numărul pacienților și era nevoie de câte o soră la 100 pacienți. Odată cu aprobarea acestui Regulament s-a pus întrebarea ca femeile cu unele probleme cardiace să îngrijească pacienții atât în timp de pace, cât și în timp de război. Astfel, Organizația Militarilor Răniți și Bolnavi s-a adresat cu această propunere Ministerului de Interne. După o analiză în detalii ministrul relațiilor interne a pus-o în discuție, prin “țircularul” 13863, în adunările de zemstvă din Soroca și Bender. Astfel, cu concursul soției generalului, Maria Șebeco, Mariei Zelot și reprezentantului conducerii Benderului, Grigore Romanco, în orașul Chișinău a fost înființată organizația bisericească “Maria Magdalena”, militarii urmând să fie îngrijiți de către femeile bolnave de inimă. În vreme de pace aceste femei aveau grijă de spitalele militare și cele civile, dar mergeau și la case particulare, unde erau chemate pentru menaj. În vreme de război ele erau la dispoziția organizației respective. Mai târziu, această organizație a fost instituită în orașele Bender și Soroca.

În 1873, în orașul Chișinău și satul Goncești au fost construite, la rugămintea comandantului suprem al diviziei a 15-a, două spitale

pentru femeile bolnave de sifilis, deoarece acestea molipseau mai mult soldații. Neavând la cine să se adreseze, ele apelau la ajutorul unor “babe” care le agravau și mai mult situația. Comandantul diviziei a rugat de asemenea să fie organizat un transport special care să le aducă la Chișinău, deoarece unele se aflau într-o stare atât de gravă, încât nu puteau să ajungă pe jos, viața fiindu-le pusă astfel în pericol.

În același an au fost aduse mai multe argumente ca în cadrul Spitalului de zemstvă să fie construită o secție pentru bolnavii psihici. Secția trebuia să includă 25 paturi pentru bărbați și 15 pentru femei, 10 saloane, un cabinet pentru medici, 4 camere pentru angajați și 2 saloane pentru bolnavii gravi. Până a întreprinde această măsură bolnavii psihici stăteau la un loc cu alte categorii de bolnavi, astfel ei nu puteau fi supravegheați în modul cuvenit. Nici medicii nu aveau condițiile necesare pentru tratamentul bolnavilor. În plus, tot aici erau tratați și deținuții, care prezentau un pericol pentru ceilalți bolnavi și care deseori se întâmpla să fugă.

La 1 decembrie 1876, în Casa de copii din Chișinău erau 15 fete și 15 băieți. Pe parcursul anului 5 băieți și 3 fete au fost “adoptați”, un băiat a fost luat acasă de către maică-sa, unul a fost dat în îngrijire și educație unei tipografii, iar ceilalți au fost luați sub tutelă de către rudele lor. În 1877 locurile vacante au fost ocupate; astfel, la 1 decembrie aici erau 16 băieți și 14 fete. Pe lângă aceștia, Casa de copii întreținea 5 băieți care deja trecuse de vârsta de 12 ani, doi dintre care lucrau la o tipografie de unde primeau o mică recompensă, iar ceilalți trei învățau la un gimnaziu. Copiii din orfelinat citeau Biblia, învățau limba rusă, matematica, scrisul, cântul ș.a., iar în afara orelor de lecții băieții învățau meseria de

cizmar, iar fetele coseau lengerie și îmbrăcăminte în atelierile specializate. Pe parcursul aceluiași an lucrătorii de la Casa de copii din Chișinău au dus tratative cu Adunarea de Zemstvă a guberniei ca aceasta să emită un ordin prin care copiii de la acest orfelinat să poată urma școala de “felșeri”, astfel asigurându-li-se pe viitor o profesie. Până atunci copiii care împlineau vârsta de 12 ani erau nevoiți să plece din orfelinat și, neavând o careva meserie, erau nevoiți să se angajeze în calitate de servitori pe la casele boierilor. La început s-a hotărât ca copiii să frecventeze școala de “felșeri” de la vârsta de 15 ani, însă, ținându-se cont de faptul că ei părăseau orfelinatul la vârsta de 12 ani, s-a hotărât, după multe dezbateri, ca acești copii să poată învăța de “felșeri” la o vârstă mai timpurie.

În 1878, după o analiză a plăților pentru medicamente efectuată în Spitalul de zemstvă, 81 persoane au fost declarate sărace și incapabile de a se achita. Conducerea guberniei a înaintat un demers către Adunarea de Zemstvă a guberniei prin care-i cerea să sustragă o anumită sumă din contul “ajutorului obștesc”, astfel fiindu-le achitate datoriile acestor persoane față de spital. Informația prezintă interes, deoarece amintește că exista un asemenea cont.

Începând cu anul 1881, anual, în a cincina săptămână a Paștelui, în cadrul bisericilor și mănăstirilor din toate orașele se strângeau, cu permisiunea Sfântului Sinod, donații pentru cei orbi.

La 5 iulie 1895 a fost deschis Spitalul de psihiatrie din Costiujeni, care avea și o gospodărie agricolă. Primii pacienți – 100 de persoane – au fost trecuți în noua instituție curativă din secțiile de psihiatrie ale Spitalului de zemstvă. Chiar proiectul inițial al spitalului (gospodăria agricolă și patronajul de pe lângă spital) a pus bazele orientării de reabilitare prin muncă a bolnavilor cu

afecțiuni psihice. Din 1898, cu unele întreruperi, pe lângă spital au funcționat ateliere curative cu diverse secții, unde puteau lucra concomitent 400 de persoane.

La 2 iunie 1897 a fost emisă Legea cu privire la adăpostirea minorilor delicvenți de către mănăstiri. La început, cheltuielile pentru întreținerea acestora revenea mănăstirilor, dar mai târziu aceste cheltuieli erau suportate de către stat; astfel, fiecărei mănăstiri de acest fel i se plătea cam cât se cheltuia pentru întreținerea unei închisori.

În 1900, printr-o decizie judecătorească, s-a hotărât ca infractorii minori să fie transferați din mănăstiri într-o colonie din s. Merenahi. Decizia a fost luată din motivul că episcopul Hotinului și a Chișinăului a interzis întreținerea infractorilor minori în mănăstiri, deoarece condițiile de supraveghere a acestora erau aici nesatisfăcătoare. Același document conține o scrisoare a părintelui Serafim, în care acesta afirma că dacă mănăstirilor li se va acorda un anumit ajutor și dacă se vor construi locuințe speciale, atunci Ministerul Justiției va avea ca sprijin în educarea infractorilor minori și mănăstirile.

La 13 august 1906 a fost emis un ordin conform căruia în județul Ismail trebuiau angajați urgent în câmpul muncii cei care au suferit în urma războiului cu Japonia. Se cerea, de asemenea, să se prezinte lunar o dare de seamă referitor la numărul și modalitatea de antrenare în câmpul muncii a acestor persoane.

La 16 aprilie 1907 în satul Talmazan a avut loc un incendiu, în urma căruia au fost distruse 49 gospodării și 128 construcții, 59 familii (273 persoane) au rămas fără hrană și acoperiș. S-a format un comitet de ajutorare a celor pătimiți. Statul a acordat un ajutor în

sumă de 2000 ruble. Banii adunați de la diferite activități culturale au fost distribuiți sinistraților. Comitetul și-a continuat activitatea până în toamna aceluiași an.

În continuare vom prezenta unele date luate dintr-un raport al șefului-adjunct al secției Sovietului Miniștrilor, pentru a aduce la cunoștință despre ajutorul material acordat din partea Comitetului Romanov unor instituții de pe teritoriul Basarabiei.

Soarta amară a copiilor rămași orfani l-a făcut pe episcopul Chișinăului, preasfântul Platon, să construiască, în 1916, în centrul Basarabiei un orfelinat. Apelând la ajutorul populației, a strâns banii necesari pentru a cumpăra un lot de pământ de 137 ari, în apropierea Chișinăului. Însă necesitatea acestui orfelinat era atât de mare, încât nu se mai putea aștepta construcția lui. De aceea Duma orașului a oferit un cămin în cadrul unui colegiu recent construit. Deoarece părintele Platon a plecat în Gruzia, inițiativa a fost preluată de arhiepiscopul Anastasie. Anume el a prezentat raportul cheltuielilor pentru construcția orfelinatului din suma alocațiilor acordate de către Comitetul Romanov. În total în orfelinat erau 255 copii: 140 băieți și 115 fete, având vârsta de la 2 până la 5 ani. Copiii erau repartizați în grupe după vârstă. Casa de copii avea la dispoziție o ospătărie, o sală de recreație, un atelier și o capelă într-un cabinet; personalul era alcătuit din 5 profesoare, 55 “surori obștești”, o măicuță și un duhovnic. De obicei, casele de copii sunt comparate cu o cazarmă, însă orfelinatul din Basarabia făcea excepție, căci reprezenta o familie... Aceasta se datora eforturilor celor 50 de călugărițe, care aveau grijă de copii și care cunoșteau soarta fiecărui copil în parte. Construcția orfelinatului propriu-zis a început în vara aceluiași an.

În același raport este amintită și Casa de copii a doamnei Olga din Akkerman. Această Casă de copii a primit ajutor atât din partea Comitetului Romanov, cât și din partea Organizației “Ajutorul Tutelării Muncitorești”. Banii primiți ca ajutor au fost folosiți pentru construcția unei case în 2,5 niveluri, ceea ce corespundea totalmente necesităților unei Case de copii. Acest orfelinat avea în îngrijire 73 de copii, dintre care 33 erau orfani și semiorfani, iar 40 erau luați în substituție. Aici erau, de asemenea, 2 ateliere: unul de cusut și unul de cizmărie. Această Casă de copii era unică în tot județul, și putea, deci, adăposti până la 120 de copii.

În același an Comitetul Romanov a acordat ajutor județului Bender. Ajutorul consta în:

- întreținerea și înzestrarea cu utilaj necesar, tehnică a două orfelinate din orașul Bender și satul Comrat;
- cazarea în apartamente și întreținerea materială a copiilor orfani și semiorfani ce învățau la școala primară;
- acordarea a 10 burse copiilor orfani care învățau în colegiul din Taraclia.

La 14 aprilie 1921 pe teritoriul Basarabiei sunt puse în aplicare Legea și Regulamentul “Cu privire la lichidarea vagabondajului și cerșetoriei și protecția copilului”. În capitolul II al legii nominalizate se vorbește despre obligativitatea asistenței comunale și instituțiilor de asistență de a lichida aceste fenomene sociale nefaste. În articolul 7 e stipulat că asistența socială este și rămâne o obligațiune a comunelor. Acestea sunt obligate să prevadă în bugetele lor un fond special al asistenței, alimentat fie din venituri ordinare, fie din taxe sau alte resurse. În articolul 9 se

preconizează ca fondul special de asistență al comunelor să fie folosit cu precădere pentru:

- înființarea și întreținerea birourilor de asistență și de triaj al cerșetorilor și vagabonzilor;
- înființarea și întreținerea caselor de adăpost provizoriu și de cantine comunale;
- înființarea și întreținerea de ospicii sau aziluri pentru infirmi sau bătrâni;
- înființarea și întreținerea școlilor de reeducare și ocrotire a minorilor;
- plata bonurilor de hrană;
- desfășurarea oricăror altor activități cu caracter de asistență (donații, de exemplu, care se făceau la sărbători).

În această lege se mai menționează și despre necesitatea combaterii vagabondajului și cerșetoriei, luptă în care trebuie nemijlocit implicată și asistența socială. Astfel, de exemplu, copiii minori găsiți vagabondând, cerșind sau executând meserii nepotrivite vârstei erau duși prin intermediul organelor împuternicite de asistență socială în școlile de reeducare pentru minori, unde erau ținuți până la majorat, căsătorie sau intrare în armată.

În 1928, Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirii Sociale (România) a emis o Lege cu privire la protecția copilului și a femeii, prevederile căreia interziceau femeilor și copiilor să lucreze noaptea, în condiții nocive, în locuri subterane primejdioase. De asemenea legea prevedea și acordarea concediului de maternitate femeii însărcinate.

În 1935, în ziarul “Monitorul Oficial” a fost publicată o dare de seamă asupra activității Comitetului local al orașului Chișinău cu privire la combaterea și prevenirea șomajului și ajutorarea șomerilor din Chișinău pentru anii 1935-1936. La 11 decembrie 1935 a fost organizat pe lângă Camera de Muncă un birou de triaj, prevăzut de art. 17 din Regulament, având atribuțiile de înregistrare a șomerilor după categorii, de realizare a anchetei lor la domiciliu, precum și completarea fișelor individuale. De asemenea a fost distribuită hrană pentru șomeri la ospătăria evreiască, ceainăia “Londra”, ospătăriile comunale Nr. 1 și 2. În același an, pe 10 februarie, a fost instituit și biroul pentru înregistrarea săracilor.

La 6 martie 1937 a fost emisă Legea “Cu privire la organizarea Eforiei Generale a Invalizilor, Văduvelor și Orfanilor de Război și Foștilor Luptători”. Această lege prevedea că Eforia Generală IOV este organul autonom care exercită direct și pe tot cuprinsul țării acțiunea de asistență, îndrumare, administrare, control și supraveghere, în cadrul legilor în vigoare, asupra operei de protecție a invalizilor, văduvelor și orfanilor de război, a foștilor luptători.

La 1 decembrie 1939, Primăria Chișinăului a întreprins intense măsuri întru ajutorarea copiilor săraci din școlile locale. În acest scop, pe lângă Primărie a luat ființă un comitet de asistență socială, alcătuit din președintele de onoare Grigore Cazacu, rezident regal al ținutului Nistru, dna Elena Cristi și alții.

În 1940, pe lângă Primăria Chișinăului, a luat ființă un comitet de doamne din buna societate, care s-a ocupat de adunarea fondurilor pentru ajutorarea copiilor săraci din școlile timpului. Comitetul a fost permanent condus de către dna Elena Cristi, reușindu-se să se

adune suma de 600000 lei, precum și numeroase obiecte și îmbrăcăminte de la diferite persoane particulare. Din aceste fonduri și ajutoare au fost îmbrăcați un număr de peste 1800 de copii săraci de la diferite școli primare din localitate.

La 30 martie 1940, primarul or. Chișinău a emis o ordonanță cu privire la ajutorarea familiilor nevoiașe ale concentraților. Mai târziu, pe 11 aprilie, s-a emis ordonanța nr. 18, prin care se precizau persoanele care aveau dreptul la ajutor, fiind determinată modalitatea de organizare a acțiunilor de ajutorare.

În 1940, a fost instituit Comitetul Norodnic al Asistenței Sociale al RSSM, dar care și-a încetat activitatea în 1941.

În 1942, în timpul războiului, asistența socială s-a impus imperios și cu mai mare urgență. În mod special în Chișinău au fost întreprinse următoarele acțiuni:

- *ajutorarea familiilor concentraților*: au fost înființate comisii pentru identificarea familiilor mobilizaților cu drept la ajutor și luate măsurile necesare;
- *protecția copilului între 2-7 ani*: s-a reînființat azilul “Principele Mircea”, care era sub egida Consiliului de Patronaj, acordându-i-se o subvenție în sumă de 170000 lei;
- *asistența fetelor orfane*: a fost reînființat azilul fetelor orfane în urma devastării, cu sediul în vechea clădire, proprietate a Primăriei, care a fost renovată și redotată. Azilul avea 30 de paturi, avându-se în vedere sporirea efectivului până la 60 de persoane, conform capacității clădirii. Au luat ființă primele ateliere menite să

pregătească practic și să “înarneze” viitoarele absolvente cu o specialitate în viață;

- *asistența băieților orfani*: a fost creat azilul de băieți orfani, având capacitatea de 60 de paturi;
- *ajutorarea vagabonzilor*: azilul de triaj și vagabonzi a fost dotat cu atelierele necesare pentru o muncă instructivă și productivă;
- *sprijinul bătrânilor și invalizilor*: a fost reînființat, sub egida Consiliului de Patronaj, azilul de bătrâni și infirmi, în forma pe care a avut-o înainte de evacuare, sub numele de “Azilul Sfântului Alexandru Newski”.

La 26 martie 1946 Narcomitetul Asistenței Sociale al RSSM a fost reorganizat în Ministerul Asistenței Sociale al RSSM, având următoarele funcții:

- conducerea cu secțiile de asistență socială orășenești și raionale;
- conducerea și colaborarea cu comisiile de expertiză medico-sanitare;
- conducerea și controlul acțiunilor în Casele pentru invalizi și copiii invalizi;
- amplasarea în câmpul muncii a invalizilor;
- deservirea pensionarilor;
- controlul stabilirii corecte a pensiilor.

Secția de asistență socială din raionul Lenin (or. Chișinău) avea în competența sa și inspectoratul mamelor singure și cu mulți copii.

În 1962, la 28 februarie, a fost emisă Legea (nr. 100) “Cu privire la aprobarea Regulamentului Societății orbilor din RSSM”. Societatea orbilor din Moldova a fost o organizație obștească înființată în conformitate cu articolul 99 din Constituția RSSM. Își desfășura activitatea pe baza statutului adoptat de Congresul Societății orbilor din Moldova și aprobat de Ministerul Asistenței Sociale al RSSM. Societatea orbilor din Moldova avea ca sarcină unirea cetățenilor orbi în scopul de a-i antrena în muncă de folos obștesc, de a îmbunătăți deservirea lor social-culturală, de a contribui la ridicarea nivelului lor “politico-ideologic” și de a-i atrage în rândurile cetățenilor activi ai societății.

La 14 aprilie 1962, a fost emisă Legea “Cu privire la aprobarea Regulamentului Societății Surzilor din RSSM”. Această lege are, în esență, același conținut ca și legea precedentă, primele două articole fiind identice.

În 1972 este emisă Legea “Cu privire la aprobarea Regulamentului Ministerului Asistenței Sociale al RSSM,” conform căreia Ministerul Asistenței Sociale era un minister republican, activitatea lui fiind subordonată Sovietului Miniștrilor al RSSM. El înfăptuia, nemijlocit prin secțiile de asistență socială ale comitetelor executive ale Sovietelor raionale și orașenești de deputați ai oamenilor muncii, conducerea întregii activități în domeniul asistenței sociale din republică. Ministerului Asistenței Sociale al RSSM îi reveneau următoarele sarcini:

- dezvoltarea prin toate mijloacele a asistenței sociale, în scopul satisfacerii cât mai depline a nevoilor sociale ale cetățenilor în vârstă și celor incapabili de muncă;
- deservirea socială - materială, medicală și culturală a cetățenilor care se aflau în Casele de veterani ai muncii, de bătrâni și invalizi;
- organizarea științifică a muncii și activității de conducere, asigurarea întreprinderilor, organizațiilor și instituțiilor din sistemul ministerului cu cadre calificate, promovarea în posturi de conducere a tinerilor, care s-au afirmat ca buni specialiști;
- controlul pregătirii și întocmirii recomandărilor privind acordarea pentru mamele cu mulți copii a titlului de onoare “Mamă-eroină”, distingerii cu ordinul “Slava maternității” și cu “Medalia maternității” etc.

În 1990, odată cu destrămarea URSS, Ministerul Asistenței Sociale al RSSM se desființează, fiind instituit Ministerul Muncii și Protecției Sociale, în cadrul căruia activează și specialiști în domeniul asistenței sociale.

La 3 decembrie 1998, Primăria municipiului Chișinău a adoptat Decizia nr.27/1 cu privire la “Programul municipal de protecție socială a categoriilor socialmente dezavantajate și de combatere a sărăciei”. Prin decizia nominalizată, au fost constituite comisii obștești ce se ocupă de distribuirea ajutoarelor umanitare, a medicamentelor, protejarea dentară gratuită, activitatea cantinelor pentru alimentarea gratuită și livrarea produselor alimentare la prețuri accesibile.

E remarcabil faptul că în 1998 profesia de asistent social e inclusă în nomenclatorul de profesii. Astfel, specialitățile de asistență socială în diverse ramuri ale ei, introduse recent în programele de studii la Universitatea de Stat din Moldova, Universitatea Pedagogică de Stat “A.Russo” din Bălți și Universitatea Pedagogică de Stat “I.Greangă”, asigură dezvoltarea continuă a asistenței sociale. Aici se cere a fi menționat aportul considerabil al Reprezentanței UNICEF în Republica Moldova, care s-a implicat activ atât în susținerea procesului de instruire în domeniul asistenței sociale, cât și în crearea și difuzarea unor servicii moderne pentru persoanele în dificultate din țară.

Capitolul 3. PERSPECTIVA TEORIEI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ

3.1. Importanța teoriei: abordare generală

Cea mai bună practică este, întâi de toate, o bună teorie. Nici o intervenție corectă și nici un rezultat pozitiv, de mare eficiență, nu pot fi realizate în afara “perspectivei teoretice” a domeniului vizat. Impactul teoriei asupra rezultatelor obținute este cu atât mai puternic și evident cu cât domeniul de referință este mai complex, iar mijloacele de cunoaștere și intervenție mai moderne. Într-un fel sau altul, implicit sau explicit, fiecare dintre noi utilizează teoria în practică și în viața cotidiană, întrucât fiecare om are o anumită concepție sau anumite idei, păreri, “opinii prelabile” - mai mult sau mai puțin preconcepute – despre ceea ce se întâmplă în jurul lui¹.

Trebuie să înțelegem însă că teoria are multiple forme de manifestare atât la nivelul conștiinței comune, al explicării nemijlocite a fenomenelor și faptelor din lumea înconjurătoare, cât și la nivelul conștiinței sistematizate, al științei și explicațiilor mijlocite prin demonstrații logice și investigații rațional organizate. Este celebră în acest sens “teoria despre teorie” formulată de sociologul american

¹ Vezi: *V.Miftode. Fundamente ale asistenței sociale.* –București: Editura Eminescu, 1999, cap. I.

Robert Merton, care prezintă următoarele forme desemnate prin expresii sinonime ale teoriei:

- 1) *metodologie*, adică știința sau “teoria metodei”;
- 2) *idei directe*, adică teoria sub forma unor reguli sau principii-ghid;
- 3) *analiza conceptelor*, adică teoria sub forma identificării, construirii, ierarhizării, sistematizării și definirii conceptelor;
- 4) *interpretarea post-factum*, adică teoria sub forma unor “prime explicări” ale faptelor deja culese pe teren;
- 5) *generalizarea empirică*, adică teoria sub forma unor “concluzii empirice”, fără raportări la ipoteze și teorii prealabile, concluzii care rezultă din analizele cantitative, din centralizările datelor, din tabele și, îndeosebi, din “mărimile statistice” rezultate în urma acestor analize;
- 6) *derivații sau deducții*, adică teoria sub forma unor concluzii sau explicații deduse din propoziții sau elemente deja stabilite;
- 7) *teoria în sensul strict al termenului*, adică sub forma unor explicații relativ finale bazate sau rezultate din analize calitative².

Toate aceste forme se întâlnesc și în domeniul asistenței sociale, atât la nivelul cercetării, cât și al intervenției sau al “terapii sociale”.

Prin teorie înțelegem, potrivit lui Merton, un sistem sau un ansamblu coerent de propoziții din care se pot extrage consecințe

² Vezi: *Merton R.K. Social Theory and Social Structure*, Glencoe, III, 1957, pp. 27-44.

legitime și demonstrabile prin confruntare cu datele observațiilor directe de teren. Conceptul de teorie este, așa cum s-a arătat, polisemic, primind însă două accepțiuni fundamentale:

- 1) *teorie în sensul strict al termenului;*
- 2) *teorie sub formă de paradigmă* care, la rândul ei, poate lua diferite forme (conceptuală, propozițională, codificată etc.)

Paradigma poate fi definită ca un sistem de enunțuri metateorice privind nu atât realitatea socială, cât limbajul utilizat în analiza și explicarea acestei realități. Există, din acest punct de vedere, o deosebire semnificativă între teoria de tip clasic (în sensul strict al termenului) și teoria de tip paradigmatic. Putem construi, de exemplu, o teorie “cu rază medie de generalizare” (Merton) privind problematica asistenței sociale, cu accente pe originea, dinamica și specificul aspectelor actuale ale domeniului.

“Propozițiile teoretice”, sau ideile directoare, pot lua forma următorului sistem-ipoteză:

- a) orice societate are o formă stratificată în raport cu dimensiunile și domeniile ei esențiale (ocupații, profesii, niveluri de instrucție, tipuri sociale, modele culturale, aspirații, idealuri și modele de viață, relații economice și de proprietate, mentalități, comportamente, concepții de viață etc.);
- b) dinamica stratificării sociale este generată de o serie de factori și “mecanisme de intervenție”, de acțiune și “orientare a schimbării” (în plan economic, demografic, cultural, educațional, ecologic, interuman și social etc.);

- c) evoluția societății poate fi evaluată îndeosebi prin funcțiile și disfuncțiile instituțiilor, organizațiilor și domeniilor vieții umane;
- d) identificarea și rezolvarea cu prioritate a fenomenelor negative și a “segmentelor disfuncționale” ale societății pentru a asigura “starea de normalitate” și progresul social;
- e) orice acțiune sau “intervenție socială” trebuie să aibă:
- ca valoare supremă - ființa umană, în primul rând copilul;
 - ca obiectiv fundamental - educația sau “formarea omului”;
 - ca mijloace esențiale - Familia, Școala, Comunitatea, Cultura;
- f) destructurarea societății, “ofensiva” violenței și a fenomenelor disfuncționale au la origine încălcarea valorilor umane și dereglarea instituțiilor sociale (decăderea “valorilor tradiționale” formate mai ales în familie: munca, respectul, cinstea etc., degradarea “sistemului școlar” și devalorizarea instrucției în “ochii opiniei publice”, distrugerea relațiilor interumane și a “sistemelor sociale”);
- g) lucrătorul social (social worker, travailleur social, asistent social etc.) are misiunea de a repune în funcție ceea ce a fost dereglat “în spațiul lui de acțiune” (copil, individ în general, grup, familie, comunitate etc.) prin intervenții adecvate, derivând din valorile fundamentale ale muncii de protecție umană;

- h) în fine, lucrătorul social este reprezentantul societății, dar apără necondiționat drepturile și interesele clientului, inclusiv și mai ales în fața statului, a instituțiilor și organizațiilor sociale.

Iată, deci, un exemplu de “teorie propozițională”, cu valoare ipotetică, dar necesară în orice domeniu și în orice încercare de elaborare a unui proiect de intervenție.

Paradigma analizei funcționaliste, formulată de Merton, este una din formele specifice ale teoriei, cu o aplicabilitate relativ generală datorită funcției ei euristice. Domeniul asistenței sociale este un domeniu privilegiat pentru experimentarea și verificarea acestei paradigme, mai ales a rolului funcțiilor latente ale diverselor “situații sociale” în extinderea fenomenelor de marginalizare, sărăcire, manipulare și violență împotriva oamenilor, grupurilor sau comunităților sociale. Trebuie să delimităm, din acest punct de vedere, grade diferite ale impactului pe care o instituție sau un fapt îl are asupra domeniului de referință.

Analizând situația actuală a unor instituții sociale de protecție a individului, îndeosebi gradul ridicat de degradare funcțională, atât în plan fizic-material, cât și profesional și moral, putem clasifica asemenea instituții în trei categorii:

- instituții afuncționale (care nu-și exercită rolul);
- instituții funcționale (care își îndeplinesc sarcinile);
- instituții disfuncționale (cu rol negativ, nociv).

Asistentul social trebuie să facă o analiză prealabilă și să elaboreze o “fișă de observație” asupra instituției de referință, consemnând un diagnostic și clasificând-o în una din cele trei

categorii (există, de exemplu, cămine speciale, orfelinate, aziluri, școli de reeducare etc. care și-au pierdut statutul și funcțiile inițial stabilite).

Aplicând paradigma analizei funcționaliste la teoria protecției sociale, în opinia cercetătorului român V.Miftode, ca ipoteză de lucru pot fi formulate următoarele concluzii și explicații (valabile și pentru Republica Moldova) referitor la ceea ce s-a realizat în România postrevoluționară:

- a) măsurile de protecție au avut un caracter întâmplător (în cel mai bun caz), cu efecte pe termen scurt și fără a avea în vedere adevăratele priorități și grupuri defavorizate;
- b) nu au fost elaborate proiecte de protecție socială pe termen lung, strict delimitate de “primul ajutor” conjunctural sau de programele de scurtă durată de combatere a sărăciei (mai ales în cazul persoanelor cu venituri sub minimum de subzistență);
- c) nu s-a ținut cont de consecințele pe termen lung ale unor măsuri imediate, aproape spontane (considerate în mare parte populiste) întreprinse după '90;
- d) sprijinul material acordat unor categorii defavorizate sau marginalizate (prin salarii și pensii mai mari, prin diferite forme de ajutor în bani etc.) este, întâi de toate, o formă “transparentă” și observabilă de asistență socială, dar în același timp și una latentă, inobservabilă. Fără identificarea și măsurarea funcțiilor latente – atât de puternice și răspândite, dar atât de “invizibile” pentru noi – nu putem înțelege și explica fenomenele și faptele sociale. Alocațiile financiare, destinate, de pildă, unor structuri sociale

defavorizate, constituie, independent de importanța impactului asupra celor în cauză, o “investiție electorală” de durată (sub această formă alocațiile respective îndeplinesc o funcție latentă în raport cu funcționarea sistemului social, îndeosebi a celui politic)³.

Două mituri, cu impact teoretic, scrie Martin Davies, sunt susținute la nivelul cunoașterii comune despre rolul asistenței sociale și originea problematicii acesteia:

a) potrivit primului mit, asistența socială își are originea în politică și politicianism, iar asistenții sociali politicieni trebuie să accepte rolul de consultanți politici. Cei care propagă acest mit – susține profesorul englez – nu au nici o îndoială privind forțele politice ce pretind asistentului social de a fi supus;

b) potrivit celui de-al doilea mit, asistentul social este preocupat în primul rând de “terapia clientului”, de interesele și drepturile acestuia, apropiindu-se de esența statutului de “lucrător social” și, prin aceasta, de valorile și principiile care trebuie să caracterizeze acest domeniu.

Aceste două mituri s-au născut din ideea că asistentul social este, în primul rând și în principal, un agent al schimbării, situație care a generat o puternică atracție și dezvoltare a profesiei în raport și în competiție cu celelalte domenii.

În construirea propriei teorii asupra asistenței și protecției sociale se impune a lua în atenție atât experiența “celorlalți”, cât și diferitele puncte de vedere “care circulă”, inclusiv cele periferice sau aparent “extremiste”. În acest sens, Martin Davies ne oferă un

³ Vezi: *V.Miftode*. Op. cit., p. 7-8.

exemplu semnificativ, prezentând atât formule acceptabile, cât și definiiri inacceptabile cu privire la statutul asistenței sociale și a asistentului social.

Iată câteva asemenea idei, sau “sentințe preconcepute”:

1. Asistența socială este o profesie sau, mai exact, o meserie imposibilă, întrucât ar conduce doar la “probleme personale”. Acest lucru nu este adevărat - afirmă pe bună dreptate profesorul englez - și cu atât mai puțin ar putea fi adevărat în viitor, înțelegând destinul acestui domeniu.

2. Exigențele care stau în fața asistenților sociali trebuie să se afle în armonie cu “propriile determinări interioare” pentru a putea face față “complexelor probleme descoperite în viața celorlalți oameni”. O personalitate echilibrată și un înalt grad de autoconștientizare sau autocontrol sunt, desigur, calități importante în orice muncă, dar un “interes narcisistic” pentru cunoașterea de sine nu constituie o condiție esențială pentru o practică eficientă în asistența socială.

3. Asistenții sociali sunt mult mai buni decât alți profesioniști ai “serviciilor umane” în înțelegerea problemelor clienților săi. În opinia lui M.Davies, nu-i chiar așa. Ei văd și percep pur și simplu problemele clienților dintr-o perspectivă diferită (fără să condamne, să blameze, să eticheteze sau, într-un cuvânt, să stigmatizeze faptele sau comportamentul clienților).

4. În fine, o presuposiție mult mai gravă datorită discriminării pe care o promovează în chiar interiorul profesiei: ”Toți asistenții sociali sunt socialiști sau ar trebui să fie”! Prima aserțiune este absolut incorectă, indică M.Davies. A doua aserțiune depinde de validitatea

mitului politic. Misiunea asistentului social nu trebuie să depindă de “conformitatea politică” a performanțelor sale. Totuși, consideră Martin Davies, o profundă sensibilitate și trăire comunitară și o permanentă comunicare empatică cu cei năpăstuiți, loviți de soartă, nedreptățiți sau aruncați în marginea societății, cu sau fără voința sau participarea lor, sunt condiții esențiale ale unei practici sociale efective, eficiente și de aici rezultă o tendință naturală a majorității asistenților sociali de a se plasa în plan politic în stânga centrului⁴.

Asemenea aserțiuni, care pot fi întâlnite în numeroase cărți și în opiniile exprimate cotidian, nu au o fundamentare experimentală, științifică. Asistentul social se află în slujba aproapelui său, indiferent de “culoarea politică”, a concentrațiilor sale și în nici un caz nu poate face discriminări (cu atât mai puțin politice) în exercitarea profesiei sale. Valorile unanim acceptate de comunitatea internațională civilizată și Codul etic adoptat de diversele Asociații Naționale ale Asistenților Sociali (din Anglia, Franța, SUA etc.) nu-i permit nici o discriminare în practicarea muncii sociale⁵.

3.2. Funcțiile teoriei în asistența socială

1. *Funcția orientativă* în cercetarea și aplicarea măsurilor de intervenție socială, adică teoria ghidează întreaga activitate a “lucrătorului social”, îi spune ce să caute, unde să caute, ce să înregistreze sau să rețină pentru munca sa, cum să ierarhizeze

⁴ Davies M. The Essential Social Worker. A Guide to Positive Practice, Community CARE Practice Handbook, Wildwood House, England, 1985, pp. 3-6.

⁵ Vezi: Codul deontologic al asistentului social (Anexa 1).

“situațiile sociale” sau care sunt criteriile de stabilire a priorităților pentru acțiunile de sprijin.

Fără teorie domeniul ni se prezintă neinteligibil, confuz și haotic și, din această cauză, inabordabil cercetării și cunoașterii științifice.

2. *Funcția cognitivă–descriptivă și explicativă*, întrucât teoria ajută asistentul social să descrie și numai apoi, în urma analizei datelor “văzute” și înregistrate, să explice realitățile sociale pentru a putea acționa eficient asupra lor.

3. *Funcția critică a teoriei în raport cu practica socială*. În primul rând, teoria critică opinia privind propriul statut, potrivit căreia teoria aparține bibliotecii și sălilor de clasă sau spațiilor academice, în timp ce practica aparține numai lumii reale, din afara școlilor și universităților. În al doilea rând, teoria critică opinia despre statutul asistentului social, potrivit căreia acesta ar face parte dintr-o lume practică, iar lumea practică nu are nevoie de teorie. În al treilea rând, teoria constituie prin însăși calitatea ei o critică fundamentală a cunoașterii comune a “practicii bunului simț”. Pentru a înțelege mai bine acest lucru, vom da exemple din lumea ce ne înconjoară:

a) Bunul simț ne spune, de pildă, că cea mai bună metodă de a realiza o anchetă sau “o simplă convorbire” cu un client agresiv, chiar violent, este de a-i răspunde “cu aceeași monedă”, de a-l disciplina manifestând același comportament. Teoria problemei și chiar experiența practică ne arată că metoda cea mai bună este opusă celei practicate în limitele “bunului simț”: asistentul social profesionalizat trebuie să apeleze în orice situație la valorile și mijloacele pe care deja le cunoaște (calm, răbdare, înțelegere, bunăvoință, încredere,

atașament afectiv, empatie etc.), eliminând orice ar putea constitui o provocare pentru “personalitatea clientului”;

b) Potrivit bunului simț, se pare că banii sau, în general, sprijinul material direct, nemijlocit, ar rezolva problemele protecției sociale sau necazurile oamenilor. Și în acest caz teoria ne arată ca realitatea este mult mai complexă, iar mijloacele de intervenție, de sprijin sau ajutor - infinite mai diversificate și numeroase. În fapt, diferiților clienți li se cuvin diferite “maniere de intervenție”, unui client anume, specific - o metodă anume de ajutor, o cale specifică de ameliorare a situației. Spre exemplu, oferind doar un sprijin financiar unui șomer, îl putem ajuta să-și asigure temporar mijloacele de existență, dar problema rămâne nerezolvată. Or, șomerul poate fi salvat pentru restul vieții, el nemaiconstituind pe viitor o problemă a societății, numai învățându-l să-și asigure singur mijloacele de existență prin reprofesionalizare, calificare, reciclare etc.

c) Bunul simț ne îndeamnă să oferim, ca orice creștin și bun cetățean, o haină, ceva încălțăminte, mâncare și mai ales bani unuia sau altuia dintre “copiii străzii” pe care îi întâlnim zilnic în drumul nostru, pe diferite străzi ale orașului. Teoria acestui nou fenomen al “civilizației urbane” postrevoluționare, mai ales “micile” noastre experiențe demonstrează că procedând astfel nu numai că nu rezolvăm problema, dar fenomenul se extinde tot mai mult (unii copii aruncă haina sau încălțăminte pentru a rămâne dezbrăcați și desculți și pentru a impresiona astfel trecătorii, alții sunt trimiși de propriii lor părinți la cerșit sau devin o “afacere bănească” pentru diverși indivizi; în fine, sunt cazuri de automutilare sau de “falși handicapați” care imaginează diferite scene pentru a provoca mila etc.).

4. *Funcția prospectivă și previzională a teoriei*, aceasta ajutând, de pildă, asistentul social să identifice consecințele și evoluțiile ulterioare ale clienților sau ale “situațiilor sociale” asupra cărora a intervenit.

5. În fine, *funcția acționalistă și transformatoare a teoriei* încheie în mod legitim, putem spune, acest sistem funcțional coerent și indispensabil pentru înțelegerea corectă a acestui domeniu vital pentru existența normală a societății. Identificând sensurile lucrurilor și semnificațiile faptelor și situațiilor sociale din jurul nostru, teoria conferă în același timp sens și semnificație, în cazul analizei noastre, acțiunilor și proiectelor de protecție și asistență socială. Prin aceasta accelerează schimbarea sau transformarea diferitelor domenii sociale. Nu este vorba aici de teorii abstracte sau inaccesibile. Orice teorie de profundă pătrundere în esența realității sociale este pe deplin comprehensibilă și prin acest fapt acționează atât asupra subiectului (asistent social, client etc.), cât și asupra vieții sociale în ansamblul ei (clientul – în calitatea lui de obiect al acțiunii de asistență socială, faptul sau fenomenul vizat etc.).

Teoria este prezentată în activitatea “lucrătorului social” de-a lungul tuturor etapelor, “momentelor” și acțiunilor pe care le întreprinde: atunci când întâlnim un “caz deosebit” sau o problemă (vizând un individ, o familie, un grup, o comunitate etc.), teoria încearcă să o definească și să o delimiteze de fiecare dată când intenționează să descrie o realitate anume, să clasifice sau să codifice anumite fapte, date sau informații, cu atât mai mult atunci când caută un sens, o explicație sau încearcă să confere o semnificație faptelor și situațiilor sociale cu care se confruntă și pe care dorește să le influențeze, în fine, atunci când intenționează să analizeze

interrelațiile și să măsoare interdependențele care marchează sistemul social.

Oamenii se deosebesc de restul ființelor și prin faptul că manifestă în permanență puternica curiozitate și dorința de a cunoaște ce se întâmplă în jur și de ce oamenii se comportă într-un fel și nu în altul. Ignoranța și nesiguranța sunt cu greu acceptate de omul normal și de aceea el caută explicații. Teoria ne ajută tocmai în această direcție: să reducem cât mai mult posibil imprecizia, starea de nesiguranță și, prin aceasta, dependența în raport cu ceilalți și cu diversitatea factorilor sociali. Numai cu ajutorul teoriei și prin teorie asemenea factori și, în general, faptele, fenomenele și diferitele situații sociale devin inteligibile, iar noi trăim sentimentul că știm unde ne aflăm și că lucrurile par mai puțin încurcate, mai puțin amenințătoare.

Transformarea asistenței sociale dintr-o ocupație oarecare într-o profesie, și încă într-o profesie modernă, a impus și impune în continuare dezvoltarea explicită și sistematică a teoriei domeniului, o teorie specifică sau – cum ar spune Merton – o teorie cu raza medie de generalizare. Transmiterea construcțiilor teoretice din generație în generație asigură progresul domeniului respectiv și economisește timpul social care altfel ar trebui să fie irosit cu rezolvarea aceluiași probleme. Datorită experienței trecute – practice și teoretice - noul asistent social “nu trebuie să ia totul de la început”. Dimpotrivă, cazuistica – atât de bogată, semnificativă, incitantă, chiar și într-un domeniu relativ nou cum este cel al muncii sociale – constituie un important factor de sprijin pentru orice profesionist în serviciile sociale (fie că este vorba de “școli speciale”, orfeline, penitenciare pentru tineri, aziluri, cămine pentru bătrâni, fie că este vorba de

instituții, organisme de stat sau politice, direcții de protecție a minorilor sau șomerilor etc.).

Pentru a ne descurca însă în “cazuistica domeniului”, avem nevoie de o bună teorie specifică. În timp ce amatorul nu poate găsi semnificația a ceea ce se întâmplă (deoarece nu are teorii care să facă ordine în haos) – opinează David Howe – profesionistul poate găsi semnificația și dezlega misterul sau confuzia prin folosirea cunoștințelor teoretice⁶.

Teoria și “experiența trecută” ne ajută să răspundem la numeroasele întrebări “De ce?” pe care ni le pune în permanență realitatea socială înconjurătoare: “De ce fuge copilul din orfelinat?”, “De ce bătrâna sau bătrânul întinde mâna și cerșește?”, “De ce copilul preferă familia (deși are un tată violent)?”, “De ce fetița refuză să meargă la școală?”, “De ce șomerul preferă un “ajutor de mizerie” în locul unui câștig mai mare prin muncă?” (fenomen relativ nou, dar aflat “în ofensivă”). De ce? ...

Vrem sau nu vrem, de fiecare dată când ne punem întrebarea “De ce?” gândim în mod teoretic, sperând să dăm sens la ceea ce vedem sau auzim. Este o întrebare bună. Ne face să gândim. Ne face să ne interesăm - de oameni, de ceea ce fac, de ceea ce spun. Cine vrea să lucreze cu oamenii trebuie să fie o persoană foarte curioasă! Trebuie să fie interesat de ce spun și fac alții! Trebuie să-i pese de ceea ce se întâmplă! Și din momentul când ai început să fii curios și interesat vei începe să cauți și să-ți dezvolți idei despre comportamentul uman și despre condiția umană... Începi să devii un

⁶ *Howe David*. Natura teoriei în Asistența Socială (expunere ținută în România în cadrul unui program de specializare în asistență socială, 30 martie 1992), East Anglia University, Norwich.

profesionist, un sociolog practic și, în primul rând, un “lucrător social”⁷.

3.3. Necesitatea practicii în asistența socială

Mai mult decât în alte domenii, teoria asistenței sociale trebuie să se afle într-un permanent contact cu practica și, mai mult, sub controlul acesteia. Chiar și cea mai bună teorie nu poate înlocui “înțelepciunea practicii”. Așa cum tâmplarul știe care este cel mai bun lemn pentru a face un obiect, așa cum fierarul știe cât de cald trebuie să fie metalul pentru a-l bate în forme noi și așa cum învățătorul cunoaște cea mai bună cale pentru a ajuta copilul să învețe carte, la fel “lucrătorul social” știe când este mai bine să ții pe cineva de mână decât să-i vorbești. O asemenea știință, de origine evident empirică, se obține mai ales prin practică, printr-o serie îndelungată de exerciții experimentale. Un experimentat lucrător social a învățat, de exemplu, că nu trebuie să bombardeze cu zeci de întrebări un client necomunicativ, întrucât interviul ar deveni pur și simplu un interogatoriu de care nimeni nu poate fi satisfăcut și din care nimeni nu învață nimic! Dimpotrivă, convorbirile libere și relațiile bazate pe încredere reciprocă sau pe activități comune sunt forme care au dat deja bune rezultate în activitatea serviciilor sociale.

Așa cum teoria își are limitele ei, devenind speculație în afara controlului practicii, la fel și “înțelepciunea empirică” sau experimentală ne ajută doar până la un punct, pierzându-și funcțiile în fața unor situații noi sau neașteptate. Să nu uităm, în acest sens, că

⁷ Vezi: *V.Miftode*. Op. cit., p. 9-12.

înțelepciunea practicii nu duce întotdeauna la practica cea mai înțeleaptă!

O teorie rezultată din analiza unor fapte are darul de a depăși granița acestora și de a explica și alte serii de fapte sau fenomene în funcție, desigur, de natura acestora, de gradul de “rudenie” sau vecinătate și, totodată, în funcție de “profundimea de origine” a teoriei respective. În acest fel, o teorie poate sugera idei noi bazate pe principiile ei fundamentale.

Cu ajutorul teoriei participantul depășește, așa cum demonstrează progresul cunoașterii umane, rezultatele oferite de observațiile concrete și exercițiile empirice.

În fine, teoria mărește cuantumul de libertate al profesionistului practician, dându-i posibilitatea de a ieși din sfera relativ îngustă a unor simple “sfaturi pentru practică”, cu care asistenții sociali sunt de regulă obișnuiți, dar care prezintă un pericol real de plafonare și “activitate de rutină” (lipsită de inventivitate, originalitate și, în final, de eficiență). Să ne gândim, de exemplu, la maniera de aplicare sau experimentare a unor teorii eficiente, cum ar fi: ”teoria schimbării” (clientului sau a mediului său social), “teoria ajutorului” (inițial, concret, de durată etc.), “teoria pierderii”, “teoria negocierii” etc. la care ne vom referi într-un capitol aparte.

Orice teorie își trăiește însă propria ei viață și se confundă cu propriul ei destin potrivit legilor cunoașterii și ale progresului general uman. Nu există teorie veșnică! Atunci când dispar faptele care i-au dat naștere, dispare și teoria respectivă. O altă teorie își cere și își impune dreptul la existență. Este instructiv, în acest sens, să urmărim evoluția unor teorii. De exemplu, considerăm semnificativ destinul

bolilor mentale, chiar dacă ne rezumăm la un segment al întunecatei lor istorii și la o prezentare oarecare schematică.

Astfel:

a) În Evul Mediu, oamenii suferind de o boală mentală – arată David Howe – erau considerați a fi posedați de diavoli și de spirite malefice. Aceasta era explicația comportamentului lor bizar. Tratamentul propus: eliminarea duhurilor rele și a diavolului din ei, treabă pentru care cel mai potrivit era, desigur, preotul;

b) Câteva secole mai târziu, prin anii '60 ai secolului în curs, în țările occidentale, îndeosebi în SUA, s-a instalat moda de a considera pe mulți indivizi bolnavi mentali ca victime ale modelelor de comunicare confuze și distorsionate din cadrul familiilor lor. “Mesaje amestecate” și “comunicări dezordonate” produceau “minți amestecate” și “psihologii dezordonate”. Cea mai bună metodă de a le trata – conform teoriei – era munca cu familia și încercarea de a schimba modelele de comunicare care existau în aceste familii. Pentru aceasta, afirma D.Howe, era nevoie de aptitudinile unui psihoterapeut;

c) În ultimul deceniu al secolului nostru are loc o revenire la explicațiile ce se concentrează pe neurofiziologie și biochimia creierului... Tratamentul se bazează pe medicamente și se poate apela la terapia genelor. Este nevoie, în acest caz, de experiența medicilor, neurologilor și biochimistilor.

Un bun asistent social trebuie să cunoască asemenea probleme, asemenea schimbări “de optică” sau evoluții, în legătură cu orice teorie referitoare la propriul domeniu de muncă. Numai depășind statutul de simplu practician, “sfătuitor” etc. asistentul social devine profesionist cu adevărat, numai astfel ocupația de asistent social

devine profesie! Ca și în orice alt domeniu, și aici este nevoie de o construcție epistemologică a propriului statut și proiect de “acțiune conștientă”, prin ordonarea faptelor sau informațiilor și prin transformarea, în acest fel, a faptelor sociale brute în probleme și fapte științifice (sociologie, de protecție și asistență socială etc.).

Sistematizarea și codificarea observațiilor și cunoștințelor noastre constituie singura cale de elaborare a problemelor de interes științific (și, desigur, de interes și eficiență practică), fiind, în același timp, singura formă de legitimare a statutului unei profesii, inclusiv a celei de asistent social. Există cunoștințe ce trebuie știute. Și cunoștințele pe care le posedă practicianul fac mai eficace rezultatele muncii sale. Ceea ce face un profesionist diferă cu mult de ceea ce ar putea face un simplu lucrător social care nu prea știe să observe, să evalueze și, în ultimă instanță, să intervină, să acționeze și să rezolve problema dată⁸.

⁸ Vezi: *V.Miftode*. Op. cit., p. 13.

Capitolul 4. ASPECTE ALE RELAȚIEI DINTRE ASISTENTUL SOCIAL ȘI CLIENT

4.1. Opiniile clienților raportate la serviciile primite de la asistentul social

Multă vreme nimeni nu s-a gândit să-i întrebe pe cei care se folosesc de serviciile asistenților sociali despre calitatea și eficacitatea acestora. De-abia prin anii '60 cercetătorii au accentuat atenția asupra opiniilor clienților. Experiența obținută de-a lungul anilor privind “punctul de vedere al consumatorului” a permis asistenților sociali să învețe mult despre ceea ce este și ceea ce nu este în ajutor clientului, despre ceea ce este apreciat de el și ceea ce nu-i place, despre ceea ce este eficient și ceea ce are impact. Profesorul M.Davies s-a ocupat de această problemă și a constatat că clienților le place să știe în ce stadiu de relații se află cu asistenții sociali. Astfel, ei îi apreciază pe cei care:

- explică cine sunt;
- își definesc rolul și scopurile;
- își clarifică metodele de lucru.

Asistenții sociali lucrează, de obicei, în organele statale. Munca lor este reglementată de legi referitoare la protecție. Ei dețin experiența și cunoștințele profesionale. Toate aceste lucruri pot fi misterioase pentru client. Însă clienților nu le plac misterele. Nu le place ca cineva să-i deruteze. Nesiguranța este rea nu numai pentru asistenții sociali, dar și pentru clienți. Dacă un client este derutat și

încurcat, atunci e mai greu să-l ajuți, să-l impresionezi, el trece în defensivă și se comportă cu stângăcie.

Nevoia de a înțelege rațiunile pentru care un asistent social este implicat, ca și nevoia de a înțelege metodele pe care acesta le folosește reprezintă o temă care revine cu regularitate în cercetările care raportează despre punctul de vedere al clientului. În mod ideal, asistentul social eficient ar trebui să fie clar și explicit în toate atitudinile sale față de client. Nu este o practică bună aceea de a avea un scop ascuns, ca, de exemplu, de a evalua calitatea unei căsnicii spunând clienților că motivul vizitei este de a cunoaște vârsta copiilor lor. Clienților le place să fie clarificați în toate aspectele practicii asistenților sociali – legile implicite, procedurile folosite, metodele și tehnicile de lucru. Dacă ei vor înțelege ce se întâmplă, probabil vor coopera cu asistenții sociali și vor considera munca lor ca utilă.

Ceea ce spun clienții corespunde cu ceea ce cercetătorii consideră a fi o practică eficientă. Două componente importante se conturează din identificarea practicii eficiente:

- 1) calitatea relației dintre asistentul social și client, altfel spus - “maniera” în care se efectuează asistența;
- 2) folosirea unor metode sistematice și clare de procedare - “metode” prin care se efectuează asistența.

Ne vom referi în primul rând la calitatea relației sau la maniera în care se practică asistența. Clienții vor să fie înțeleși de asistentul social care se presupune că este prietenos și interesat de problemele pe care are să le rezolve. Asistentul social trebuie să aibă răbdare pentru a asculta clientul. Într-un cuvânt, asistentul social trebuie să fie dornic și

capabil să răspundă clientului la toate gândurile și sentimentele acestuia.

În al doilea rând, asistența socială trebuie aplicată prin metode sistematice și clare. Scopul implicării asistentului social trebuie să fie bine conturat. El trebuie să cunoască atât baza legală, cât și cea teoretică a implicării sale. Teoriile și metodele practicii ar trebui să organizeze și să direcționeze practica de asistență socială astfel, încât să fie recunoscută atât de asistentul social, cât și de client. Astfel, asistența socială trebuie să combine reușit:

- maniera și metoda acordării ajutorului;
- practicile ce corespund sentimentelor și emoțiilor personale ale clientului și practicile specifice cazului, “orientate către anume acțiuni”;
- transparența și caracterul sistematic.

Asistentul social care conștientizează profund situația, problemele pe care le are de soluționat, cunoaște bine nevoile clientului este foarte apreciat de acesta. Și totuși, cercetările demonstrează că majoritatea asistenților sociali nu sunt perfect pregătiți pentru a activa în acest domeniu. Aceasta ne conduce la ideea necesității dezvoltării continue a asistenței sociale.

4.2. Asistența socială ca proces

Din cei care s-au ocupat de această problemă îl putem nominaliza pe David Howe, care definește asistența socială ca proces îndelungat de muncă. El afirmă că un asistent social poate deveni profesionist doar atunci, când știe care trebuie să fie relațiile lui cu

clientul. Dacă nu știi unde te afli, nu poți ști în ce direcție să te îndrepti. Dacă nu știi încotro te îndrepti, nu vei ști că ai ajuns. De aceea, în practica lor, asistenții sociali au nevoie de:

- un bun simț al localizării;
- un bun simț al direcției.

Aceste două “simțuri” îl ajută pe asistentul social să-și structureze, să-și organizeze practica. Așa cum s-a afirmat deja, asistentului social trebuie să-i fie clare rolul, scopul și metodele sale de lucru.

Aceasta ne conduce la ideea despre asistența socială ca proces de lungă durată, structurat din mai multe etape planificate de activitate pe care trebuie să le parcurgă în comun asistentul social și clientul. Pentru o bună practică planificarea are o valoare supremă. Ea implică o evaluare făcută cu grijă, anumite scopuri ce trebuie formulate, elaborarea unor programe de intervenție și de estimare a resurselor.

Experiența demonstrează că practica asistenței sociale este mai eficientă atunci, când în toate activitățile asistentului social este implicat și clientul. Clienții care rămân neclarificați despre scopul și metodele intervenției asistenței sociale tind fie să se retragă de la primirea ajutorului (în cazul când sunt voluntari), fie devin stângaci și dificili (dacă sunt involuntari). Asistentul social trebuie să cunoască ceea ce așteaptă clientul de la implicarea lui. Asistența socială poate fi continuată ca proces numai în cazul dacă asistentul social și clientul vor găsi răspuns la următoarele întrebări:

1. *Care este problema?* - problema sau nevoia trebuie identificată în fiecare caz concret, după ce va fi determinată și necesitatea soluționării ei (“Definirea problemei”).

2. *Ce se întâmplă?* - situația trebuie să fie apreciată, explicată și înțeleasă (“Apreciere”).
3. *Ce trebuie de făcut?* – în lumina evaluării, asistentul social și clientul decid asupra obiectivelor și scopurilor (“Deciderea obiectivelor”).
4. *Cum se va face?* – se vor alege metodele prin care obiectivele vor fi atinse (“Plan de intervenție”).
5. *Care este rezultatul?* – evaluarea tuturor efectelor obținute (“Evaluare”).

Ne vom referi în continuare la fiecare etapă:

Definirea problemei sau a necesității de asistență

Această fază este foarte importantă. Nu întotdeauna este clar care ar putea fi problema sau nevoia de asistență într-un anumit caz. Unii clienți doar experimentează nevoia, în timp ce alții suferă cu adevărat. Unii oameni au de soluționat probleme, în timp ce alții sunt ei înșiși o problemă pentru societate. Ultimii și devin clienți involuntari ai asistenței sociale. Dacă un adolescent fură, el reprezintă o problemă pentru cei din jur. Însă el poate că nu se vede ca având probleme. Prin contrast, o mamă tânără poate simți că are nevoie de ajutor și sfaturi privind îngrijirea copiilor săi. Ea are deci o problemă, chiar dacă aceasta nu reprezintă o problemă pentru alții.

La această etapă se impun două seturi de întrebări interesante:

1. *Care este problema? Ce înseamnă să fii definit ca o problemă? Cine spune că are o problemă? Pentru cine este o problemă?*

2. *Cine este clientul?* În mod normal, clientul este o persoană care așteaptă să primească ajutor de la asistentul social și să beneficieze de intervenția asistentului. Deci, cine este clientul în cazul delincventului juvenil? El nu vrea să fie văzut de un asistent social? Poate că adevărații clienți sunt părinții săi îngrijorați, sau vecinii, sau școala, sau poliția. Asistentul social are nevoie să clarifice statutul diferitelor persoane cu care comunică în această problemă. Asistentul social nu-l poate trata pe delincventul juvenil ca pe un client și nici nu poate să-i ignoreze pe cei care vor ca tânărul să-și îmbunătățească comportamentul.

Aprecierea

Aceasta este echivalentă cu diagnosticul medicului. Asistentul social are nevoie să adune toate informațiile relevante care îl vor ajuta să-și formeze un punct de vedere asupra situației. El trebuie să găsească semnificația problemei sau a nevoii. E necesar să ia în considerație resursele care există în această situație și trebuie să înțeleagă ce s-a întâmplat, care a fost cauza și ce menține problema. Atitudinile analitice sunt deosebit de importante în acest stadiu al cazului.

Atunci când fac aprecieri, asistenții sociali trebuie să înțeleagă relația și interacțiunea dintre: psihologia individuală și mediul social - familia, agenții publici, grupurile asemănătoare; opiniile, explicațiile lor pot fi luate în considerație când se încearcă să se înțeleagă o anumită nevoie sau problemă.

De exemplu, de ce nu merge la școală o fetiță având vârsta de nouă ani? Asistentul social ar putea explora un număr de explicații posibile:

- Poate că fetița este terorizată de alți copii la școală și îi este frică să meargă acolo.
- Mama ei suferă de agrofobie și îi este teamă să părăsească locuința, de aceea o ține pe fetiță acasă în timp ce ea este la serviciu.
- Fetița a cunoscut câțiva copii mai mari care nu merg la școală. Aceștia se plimbă pe străzi, se distrează, fură din piață etc. Și acest lucru este mult mai interesant decât a merge la școală.
- Fetița nu este prea deșteaptă și ceilalți o fac să se simtă proastă și să vadă școala ca pe un eșec. Se simte umilită și preferă să evite o experiență atât de supărătoare etc.

Asistentul social ar putea lua în considerație toate aceste explicații posibile. Alegerea lui finală va determina cursul acțiunii posibile. Aceste exemple demonstrează o altă trăsătură a aprecierii în munca de asistență socială.

Asistentul social are nevoie să cunoască atât factorii interni (psihologici), cât și pe cei externi (sociali) atunci când își face propriile aprecieri. Legătura dintre aceștia produce adeseori o imagine complicată pe care asistentul social trebuie să încerce să o înțeleagă. Asistenții sociali operează la frontiera dintre individ și societate, iar aceasta poate fi o linie destul de greu de urmat cu exactitate. Asistentul social trebuie să țină seama concomitent de toți factorii care au influențat, direct sau indirect, cazul. De exemplu, în cazul fetiței care nu merge la școală, ar putea fi mai ușor să se ia în considerație problema mamei agrofobice, decât să se schimbe școala unde profesorii subvaluează și umilesc copiii mai puțin deștepți.

În cele din urmă, la această etapă asistentul social ar trebui să poată:

- enunța problema sau necesitatea;
- caracteriza personalitatea clientului, apreciindu-i caracterul;
- evalua situația socială în care se află clientul;
- determina relațiile dintre client și mediul ce-l înconjoară.

Deciderea obiectivelor

Odată ce asistentul social și-a făcut propriile aprecieri, el poate să ia în considerație scopul implicării sale. De ce este implicat? Dorește să implice clientul în deciderea scopurilor cazului respectiv? Care este rolul său legal? Care este rolul său terapeutic? În cazul fetei care nu merge la școală oare scopul trebuie să fie ca să o readucă la vechea școală sau să se obțină o școală nouă pentru ea? Este important să se pună și să se răspundă la aceste întrebări. Ele ajută să se clarifice rațiunile implicării asistentului social. Deoarece munca de asistență socială trebuie să tragă linia dintre individ și societate, scopurile implicării pot deveni confuze. Oare asistentul social acționează în numele societății care are de-a face cu persoane turbulente? Sau el acționează în numele individului care are o problemă cu societatea și cu instituțiile ei? În acest context, asistentul social poate să-și propună următoarele scopuri:

- Să schimbe (sau să vindece) individul și comportamentul său problemă (de exemplu, pe un alcoolic).
- Să schimbe societatea sau resursele sociale pentru a îmbunătăți condițiile de trai ale clientului (de exemplu, să asigure cu locuință femeia pe care soțul o bate în permanență).

- Să supravegheze clienții al căror comportament este privit ca o problemă socială (de exemplu, pacienții bolnavi psihic, socialmente periculoși sau tinerii delincvenți).
- Să îngrijească de persoane vulnerabile (de exemplu, bătrânii sau copiii neglijăți).

Plan de intervenție și metode de ajutor

Odată ce s-au stabilit scopurile, în următoarea etapă asistentul social trebuie să decidă asupra celor mai bune metode prin care ele ar putea fi atinse. Metodele selectate vor fi determinate, cu certitudine, de modul în care a fost apreciată o problemă sau o nevoie. Dacă asistentul social și-a explicat cazul fetei care nu merge la școală prin cauze de conflict în cadrul familiei, el ar putea decide să lucreze cu familia. Totuși, dacă asistentul social a apreciat problema ca un exemplu de rupere a valorilor unei comunități și ca sentimente de alienare în sistemul educațional, atunci el ar putea decide să dezvolte anumite resurse ale comunității interesate pentru copii, incluzând alternative pentru ideea convențională de școală¹.

Evaluarea

La această etapă a procesului de asistență socială, asistentul trebuie să facă o legătură distinsă între:

problemă – apreciere – scopuri – metode

Dacă asistentul social s-a clarificat asupra scopului implicării sale și cunoaște ceea ce încearcă să realizeze, el ar trebui să știe dacă implicările sale au fost sau nu reușite. A revenit copilul la școală? Familia unui copil cu handicap mintal primește ajutor adecvat? Fetița abandonată și-a găsit o familie adoptivă potrivită? etc.

¹ Există diverse metode de lucru în asistența socială, la care ne vom referi în Capitolul 7.

Capitolul 5. SISTEMUL DE VALORI ȘI ABILITĂȚI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ

5.1. Sistemul de valori specifice asistenței sociale

Valoarea este aprecierea pe care un subiect o manifestă față de un obiect (lucruri, idei, relații etc.), după criteriul socialmente împărtășit al satisfacerii unei nevoi sau unui ideal. Se spune adesea despre ceva că are sau nu are valoare, că merită sau nu merită atenție.

Eugeniu Speranția caracteriza omul ca o ființă cu vocația valorii. Deci, care sunt acele valori specifice asistenței sociale?

În asistența socială sistemul de valori poate fi structurat astfel:

- valori orientate spre individ;
- valori orientate spre comunitate sau grup;
- valori centrate pe practica asistenței sociale;
- valori ale asistenței sociale și statusul asistentului social.

I. Valorile orientate spre individ presupun (Fig. 5.1):

- A** - Demnitate individuală
- B** - Respect față de persoană
- C** - “Viață privată”, intimitate
- D** - Drept de opțiune
- E** - Confidențialitate

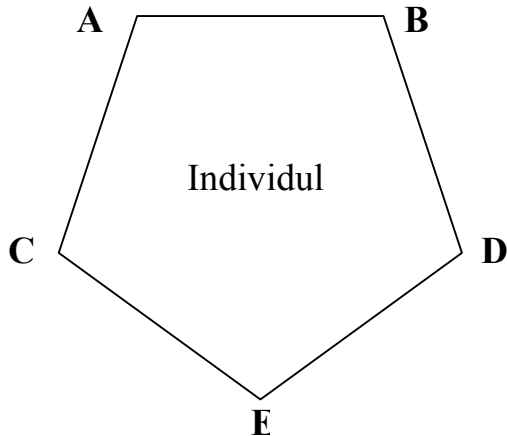


Fig. 5.1. Pentagonul valorilor individuale fundamentale
(obligatorii în practica Asistenței Sociale).

II. Valorile orientate spre comunitate includ:

- a) respectul față de tradițiile și modelul cultural local;
- b) cooperarea cu actorii locali ai asistenței sociale “moștenite”;
- c) formarea în comunitate a abilităților de asistență socială modernă;
- d) dreptul de alegere (opțiune) al familiei;
- e) dreptul la autonomie al comunității;
- f) dreptul la protecție socială față de orice risc, abuz, violență etc.

III. Valorile centrate pe practica asistenței sociale sunt orientate spre:

- a) diminuarea impactului discriminării eventuale în raport cu sexul, vârsta, handicapul, “starea materială” etc. asupra formei de intervenție a serviciului de asistență socială;
- b) conștientizarea rolului interrelațiilor dintre factorii și domeniile implicate în activitatea de asistență socială;
- c) conștientizarea pericolului comportamentului rasist individual și de grup și găsirea formelor de combatere a acestuia printr-o “practică antirasistă”;
- d) identificarea originilor comportamentului discriminatoriu întru cultivarea atitudinii antidiscriminatorii în practica de asistență socială (anti-sexism);
- e) recunoașterea necesității de a promova politici anti- sau nondiscriminatorii și de a le practica în asistență socială etc.

IV. Valorile asistenței sociale și statusul asistentului social:

- a) statusul profesional al asistentului social depinde de competența pe care o manifestă, iar aceasta, la rândul ei, depinde de gradul de înțelegere și “interiorizare” a valorilor specifice asistenței sociale;
- b) valorile asistenței sociale prevăd:
 - obligația de a sigura o “justiție socială”;
 - protecția și bunăstarea socială;
 - ridicarea “calității vieții” individuale, familiale și de grup în cadrul comunității;

- combaterea tuturor formelor de discriminare, marginalizare sau “opresiune”.

Cel mai des, practica ne pune față în față cu situații conflictuale în chiar interiorul sistemului, cu așa-numitele “conflicte de valori” sau interese (îndeosebi între cele individuale și comunitare sau individuale și sociale), asistentul social fiind impus să opteze sau să selecteze o soluție dintr-o serie întregă, multe dintre ele “prea diferite” sau chiar opuse, divergente. Numai o cultură solidă, o bogată experiență de viață și convingeri ferme îl pot salva de la greșeli și, deci, de la încălcarea valorilor “propriului statut”, ale propriei profesii.

Confruntarea valorilor asistenței sociale cu sistemul general de valori umane constituie o cale esențială de rezolvare a conflictelor menționate mai sus și de evitare a “situațiilor ambivalente” din asistența socială, generatoare de stres și tensiuni în desfășurarea activităților specifice domeniului. Un institut din Londra a realizat o anchetă sociologică în 8 țări privind atitudinea cetățenilor față de principalii factori ai vieții (adevărate valori umane): munca, familia, politica, drepturile și libertățile individului etc. Una dintre concluzii este că munca constituie principala valoare (suport al respectului de sine, al bunăstării și sănătății publice).

Pentru a lua o decizie corectă în soluționarea unei probleme de asistență socială, se impune a se avea în vedere particularitățile comunității sau ale societății în ansamblul ei - nivelul de dezvoltare, gradul de civilizație, “definirea sărăciei” (de exemplu, Republica Moldova în raport cu Germania sau Marea Britanie).

5.2. Abilități și deprinderi practice în asistența socială

Abilitățile și deprinderile practice în asistența socială pot fi structurate astfel:

I. *Abilități cognitive* (Fig. 5.2).

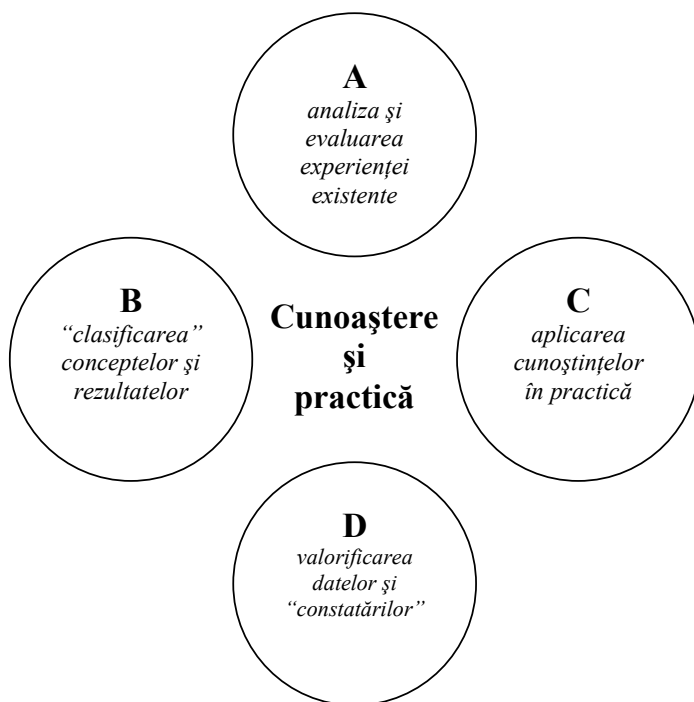


Fig. 5.2. Patrulaterul abilităților cognitive în asistența socială
(ponderea lor în sistem este diferită).

II. *Abilități în relațiile interpersonale* (dominarea și mânuirea afectivității):

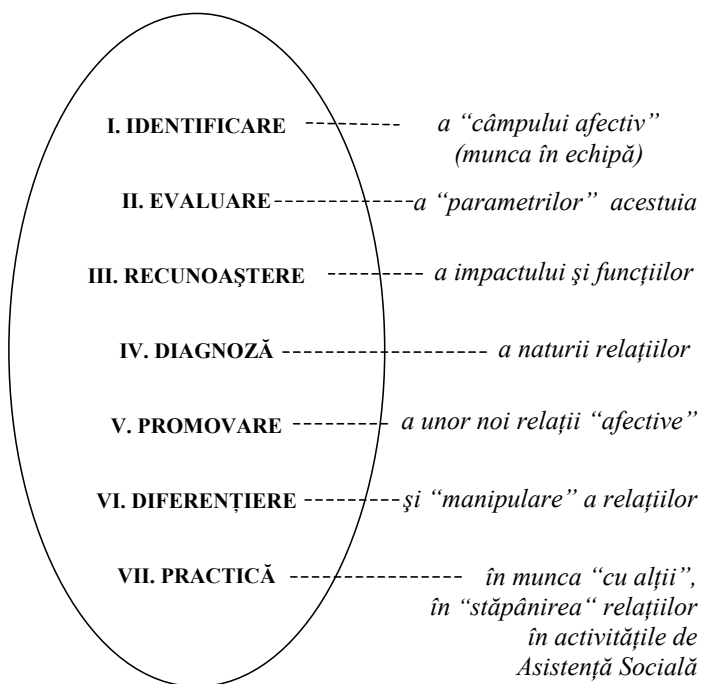
- a) identificarea și evaluarea “câmpului relațional”;
- b) promovarea (sau provocarea) unor relații și “stări afective” funcționale pozitive;
- c) recunoașterea impactului “câmpului afectiv” asupra existenței individuale și sociale;
- d) diagnosticarea naturii relațiilor întâlnite în practica asistenței sociale:
 - de prietenie sau de ostilitate;
 - sinceritate sau minciună;
 - cooperare sau conflict;
 - altruism sau egoism;
 - egalitate sau discriminare;
 - toleranță sau agresivitate (violență);
 - antirasism sau rasism;
 - autoritarism sau egalitarism;
 - comportament totalitar sau democratic etc;
- e) stabilirea rolului diferențelor sociale, culturale, educaționale, rasiale, psihice dintre indivizi în practica asistenței sociale;
- f) capacitatea de a manifesta autoritate (legitimă) în raport cu “ceilalți” și în același timp dreptate și înțelegere (“autoritarism democratic”);

- g) prevedere și grija de a ajuta la timp, pe cine trebuie și în modul în care trebuie (numai o cunoaștere profundă a cazurilor implicate poate asigura stabilirea unei soluții corecte);
- h) observare, înțelegere și “interpretare” corectă a atitudinilor și comportamentelor;
- i) “capacitatea comunicățională”, verbală, nonverbală și prin scris, analitică, sintetică și “semnificantă”;
- j) experiența interviuării “în variate circumstanțe”;
- k) practica “muncii în echipă” și a negocierii individuale cu “partenerii” implicați în asistența socială;
- l) în fine, transformarea oricărei acțiuni sau “intervenții” într-un sprijin dat celor vizați în asistența socială.

Gradul de profesionalizare în asistența socială poate lua forma, reprezentată în Fig. 5.3.

III. Abilități în luarea deciziilor:

- a) alegerea momentului potrivit: când decizia este necesară, obiectiv - impusă sau subiectiv - solicitată;
- b) responsabilitatea de a lua decizia în numele clientului (individ, familie, grup etc.);
- c) identificarea deciziilor care impun consultări prealabile cu alți “actori sociali” (factori politici, agenți etc.);



**Fig. 5.3. Ierarhia abilităților în asistență socială.
Câmpul afectiv și profesionalismul asistenței sociale.**

- d) implicarea asistentului social în "organizarea procesului global al asistenței sociale: bugetul alocat, rețeaua de servicii necesare, învățământul de profil etc.;
- e) capacitatea de cooperare sau colaborare cu ceilalți actori (profesioniști, agenți de specialitate, unități cu funcții învecinate etc.) în elaborarea deciziilor.

IV. Abilități administrative (de teren, de birou, de organizare etc.):

- a) elaborarea de materiale, procese - verbale, rapoarte etc., cât mai exacte și mai sintetice;
- b) realizarea sarcinilor în deplină confidențialitate și în cazurile speciale cu consimțământul clienților (“transfer” de date);
- c) capacitate comunicațională și înclinație spre “public relation”, forță de convingere, interviu, negociere etc.;
- d) “spirit organizat”, talent în organizarea rațională a timpului, în “planificarea” cazurilor și, mai ales, în stabilirea priorităților;
- e) însușiri monitoriale: de îndrumare, “sfătuire”, mentor, conducere, supraveghere și control;
- f) talentul de a obține informații prin formele cele mai simple, obișnuite, inclusiv prin “tehnologiile disponibile” (deprinderi “informatice și birotice” etc.).

V. Abilități în valorificarea resurselor și rezultatelor muncii de asistență socială:

- a) demonstrarea nevoii de servicii sociale, de asistență socială;
- b) punerea în lumină a impactului pozitiv al acțiunilor de asistență socială asupra funcționării întregului sistem social;
- c) conștientizarea la nivel societal a generalizării sau creșterii permanente a “cererii de asistență” și a obligativității “intervenției” societății pentru a o satisface (prin rețeaua unităților de profil);

- d) profesionalismul adecvat asistenței sociale, pe de o parte, și investigația științifică, pe de altă parte, constituie două condiții fundamentale ale valorificării corecte a resurselor și prin aceasta ale atingerii obiectivelor;
- e) “punerea în valoare” a mediului înconjurător (instituțiilor și serviciilor sociale) prin creșterea calității vieții clienților sau rezidenților;
- f) identificarea și “folosirea creativă” a resurselor oricărui serviciu de asistență socială, a întregii rețele de unități cu care intră în contact asistentul social în munca sa.

Sistemul de valori și abilități în asistența socială este reflectat într-o formă mai concretă în *Codul deontologic al asistentului social* (Anexa 1).

Capitolul 6. ASISTENȚA SOCIALĂ A FAMILIEI ȘI COPILULUI

6.1. Familia – nucleu în educarea și formarea tinerei generații

Familia constituie unitatea fundamentală a societății și mediul natural pentru creșterea și bunăstarea copilului. Fiecare societate are un anumit sistem familial de reglementare a relațiilor dintre bărbații și femeile de vârstă matură și dintre aceștia și copii.

Familia reprezintă o formă superioară de comunitate – în principal a soțului, soției și copiilor - care se bazează pe relații sociale și biologice, având drept scop suprem pregătirea unei generații viitoare, sănătoasă și temeinic educată, care să participe la dezvoltarea societății¹.

Aceasta este definiția familiei, cel mai des întâlnită, dar vom prezenta și alte puncte de vedere ale unor sociologi și altor oameni de știință cu renume.

Astfel, antropologul francez Claude Levi-Strauss definește familia ca un grup organizat, care își are originea în căsătorie și constă din soț, soție și copiii născuți din unirea lor, din relația lor, deși uneori acestui grup restrâns i se pot adăuga și alte rude. Grupul familial este

¹ Vezi la această temă: *F.Mănoiu, V.Epureanu. Asistența socială în România.* – București, 1997, cap.II.

unit prin drepturi și obligații morale, juridice, economice, religioase și sociale.

Pornind de la definiția dată, se impune să includem în cadrul ei și o serie de alte aspecte, necesare pentru o analiză sociologică a fenomenului familie. În primul rând, trebuie să se aibă în vedere că grupul familial variază după nivelurile sale de structură. Din acest punct de vedere deosebim *familia simplă* și *familia extinsă*. Familia simplă mai poate fi definită ca primară, sau elementară, și este formată din părinți și copiii lor necăsătoriți (proprii sau adoptați). În cadrul familiei simple, se poate vorbi despre *familia de origine* sau *consanguină*, care reprezintă grupul în care copilul se naște și crește și *familia de procreare* sau *proprie* – pe care și-o încheagă fiecare individ ajuns la maturitate, atunci când se căsătorește.

Sociologul american Thomas Burch susține că persoanele care trăiesc în aceeași locuință, indiferent dacă sunt sau nu rude, sunt considerate ca membri ai aceleiași unități familiale.

În acest caz unitatea familiei este în funcție de locuință și este cunoscută în literatura sociologică ca *familie de rezistență*.

Un alt aspect este acela, când membrii unei familii nu împart aceeași locuință, ci locuiesc la distanțe mari, în cazul când soțul sau soția sunt plecați în țară sau peste hotare pentru a presta o muncă, a face studii, a face anumite specializări și se vizitează periodic. În acest caz avem o *familie de interacțiune* sau *migrantă*.

Sociologul american N.J.Smelser privea *familia de tip larg* ca o unitate care prezintă o anumită continuitate, înțelegându-se prin aceasta că în aceeași casă bătrânească trăiesc mai multe generații, continuându-se tradițiile, preocupările și obiceiurile familiei

respective. În acest caz, indivizii pot să dispară, sunt trecători, dar familia ca grup se menține peste generații.

O altă caracteristică care se poate discuta în legătură cu familia simplă este că acest tip de familie apare ca unitate separată condusă de soț sau de soție, sau de ambii. Familia extinsă este condusă de cei mai vârstnici, sau de către un consiliu format, de asemenea, din cei mai vârstnici. Despre acest tip de familie se poate vorbi numai la anumite popoare și în mod deosebit la triburi.

Un alt punct de vedere în legătură cu conceptul de familie îl constituie denumirile sociologice de “*familie normală*” și “*familie anormală*”.

O primă formă de înțelegere a noțiunii de “familie normală” este aceea de familie care este compusă din soț, soție și unul sau mai mulți copii. Prin “familie anormală” din acest punct de vedere se înțelege o familie incompletă, adică fără unul din soți sau fără copii. O altă formă de înțelegere a termenului “familie normală” este familia încheată oficial în fața organelor de stat, iar “familia anormală” este cea neoficializată de organele de stat, trăindu-se în concubinaj. Dacă ne referim la caracterul etic al familiei, atunci prin “familie normală” se înțelege familia încheată pe bază de respect și iubire, iar în cazul “familiei anormale” este vorba de închegarea unei familii pe bază de interese.

Un alt aspect al termenului de “familie normală” este cel ce se referă la o familie care duce o viață demnă, onorată și în care copiilor li se asigură o educație aleasă. Noțiunea de “familie anormală” se referă la familiile dezorganizate, cu prezența membrilor alcoolici, bolnavi cronici care nu lucrează, vagabondează, practică prostituția. În

aceste familii apar “copii-problemă”, copii delincvenți și alte carențe sociale.

6.2. Funcțiile familiei

O caracterizare complexă a funcțiilor familiei permite să deosebim:

1. Funcții interne, care contribuie la crearea unui regim de viață intimă, menit să asigure tuturor membrilor un climat de securitate, protecție și afecțiune.

2. Funcții externe, care asigură în esență dezvoltarea firească a personalității fiecărui membru al grupului, socializarea și integrarea corespunzătoare în viața socială.

Principalele funcții interne ale familiei sunt:

- a) *Funcțiile biologice și sanitare* înglobează cerințele de procreare a copiilor și de asigurare a cerințelor de igienă și sănătate pentru toți membrii familiei. În acest sens trebuie să se asigure controlul periodic privind sănătatea tuturor membrilor de familie. Latura de igienă într-o familie este esențială. Toți membrii familiei trebuie să fie deprinși cu respectarea riguroasă a tuturor normelor de igienă, începând cu igiena individuală și până la igiena colectivă. Igiena este o caracteristică a civilizației. Fiecare familie trebuie să primească nota maximă în competiție cu igiena, deoarece aceasta reprezintă progres și dezvoltare socială.
- b) *Funcțiile economice* reprezintă indicatorul principal de echilibru într-o familie. Despre familia în care sunt rezolvate

problemele de ordin economic se poate vorbi ca despre o familie organizată, care are posibilitatea de a-și rezolva în mod competent întreaga gamă de obligații către stat și societate.

În cadrul vechilor colective familiale, membrii grupului respectiv consumau ceea ce producea grupul și, eventual, produse obținute prin schimb. Aceasta presupunea o structurare a responsabilităților, fiecare membru fiind responsabil de o anumită activitate. În acest tip de familie toți membrii erau subordonați capului familiei. În general, și astăzi, chiar în “familia nucleu”, în afară de părinți, care trebuie să aibă o meserie, o specialitate, trebuie să existe o preocupare deosebită pentru copii, care, în funcție de înclinațiile pe care aceștia le au, se specifică în anumite meserii sau specializări cu pregătire la nivel superior. Pregătirea temeinică a fiecărui membru de familie conduce la consolidarea economică a familiei respective.

Funcțiile economice ale familiei variază de la o generație la alta și de la o societate la alta.

O latură deosebit de importantă în cadrul funcției economice a familiei o formează “locuința”, respectiv spațiul locuit de membrii grupului familial. Locuința favorizează sau stânjenește desfășurarea vieții de familie, în sensul că în condiții normale asigură o atmosferă plăcută de lucru și odihnă membrilor familiei. În cazul unei locuințe proaste și necorespunzătoare ca spațiu, sau neigienice, membrii familiei nu au posibilitatea de a se odihni, de a se recrea, reface din punct de vedere fizic și psihic pentru reluarea activității de-a doua zi. În această situație, membrii familiei pot contacta anumite boli, care, în cazul unei locuințe necorespunzătoare, se pot agrava.

Când studiem aspectele legate de locuință, trebuie să avem în vedere mai mulți indicatori, să ținem seama de suprafața totală locuită, de numărul de persoane ce trăiesc în apartamentul respectiv, să vedem câte familii locuiesc într-un apartament sau într-o casă, care este suprafața unei camere de dormit și câte persoane dorm în această cameră, cum sunt împărțite în general camerele în apartament, care este situația copiilor din acest punct de vedere, să fim atenți asupra faptului cum este dotat apartamentul și fiecare cameră în parte.

Pe glob, populația crește în mod vertiginos, iar ritmul executării locuințelor este cu mult rămas în urmă. Deci, locuința va deveni în viitor un factor determinant în echilibrul familiei. Astfel, dacă numărul de locuințe nu este în concordanță cu ritmul creșterii populației, starea socială a familiei, deci și întreaga societate vor fi într-o continuă degradare. Tocmai din această cauză studiul locuinței, în special în țările dezvoltate, a devenit o importantă temă de cercetare în sociologie.

Alături de problemele locuinței, în studiul familiei mai intervine și studiul bugetelor de familie, care sunt menite să scoată în evidență raportul dintre venituri și cheltuieli. În țările dezvoltate economic și social, raportul dintre venituri și cheltuieli într-o familie este echilibrat, ba mai mult - volumul cheltuielilor este cu mult sub cel al veniturilor. În acest mod, familia respectivă își creează o rezervă de venituri, care poate fi utilizată în diverse forme, ca: studii peste hotare, excursii, completarea bibliotecii, procurarea automobilului și multe altele.

Studierea bugetelor de familie se practică în majoritatea țărilor. Conform datelor obținute, putem face concluzii despre nivelul de trai al populației dintr-o anumită țară. Este de subliniat faptul că ponderea

cheltuielilor pentru asigurarea alimentației normale într-o familie are o mare importanță în aprecierea nivelului de trai al acesteia. Cu cât nivelul cheltuielilor pentru hrană este mai redus, cu atât nivelul de viață este mai ridicat în societatea respectivă. Astfel, este necesar ca hrana în familie să fie variată, cu un conținut bogat de vitamine, care să asigure unei persoane circa 3200 calorii pe zi.

Atunci când se studiază “familia”, trebuie să se țină seama și de calificarea profesională a membrilor de familie. Într-o societate dezvoltată se tinde ca capul familiei (soțul) să aibă o calificare înaltă și să fie încadrat într-o activitate în domeniul privat sau public, care să-i aducă un venit corespunzător ce-i va permite să facă față cheltuielilor necesare în familie. Evident, în una și aceeași familie situațiile pot fi din cele mai variate. Astfel, în cazul unei familii tinere, atunci când apare un copil, mama trebuie să rămână acasă și în perioada respectivă veniturile se rezumă în exclusivitate la cele realizate de către soț. În situația când în familie locuiesc și părinții soților, în acest caz are cine să îngrijească de copii, iar mama, după perioada de alăptare și îngrijire directă de circa un an, poate să-și reia activitatea în sectorul în care a lucrat.

- c) *Funcțiile de solidaritate familială* includ ajutorul bazat pe sentimentele de dragoste și respect între părinți și copii, între frați și surori, față de bătrânii din familie sau față de bolnavi și infirmi.
- d) *Funcțiile pedagogico-educative și morale* vizează asigurarea educației și învățământului copiilor, socializarea primară a acestora.

Modul în care reușesc părinții să-și educe copiii, să-i integreze în viața de familie și în societate variază în funcție de valoarea care li

se acordă copiilor în cultura respectivă. Din acest punct de vedere nu putem vorbi despre un mod universal, identic pentru toate familiile, de realizare a funcțiilor lor de socializare. La noi, precum și în unele alte țări se consideră că “bătaia e ruptă din rai” - “cine bate bine, iubește tare”. În alte comunități, însă, pedeapsa copiilor prin bătaie este interzisă.

Funcția de socializare a familiei prezintă deosebiri majore, de la “familia de tip patriarhal” – în cadrul căreia fiul învață de la tată meseria practică de acesta, tânărul fiind completamente supus autorității tatălui – trecându-se la acea situație când nivelul cunoștințelor primite de copii în școală depășește cu mult nivelul de cunoștințe al părinților. Dar nici în acest caz nu slăbește funcția de socializare a familiei, deoarece familia modernă nu transferă societății în întregime funcțiile sale formativ-educative. Deci, funcția de socializare nu dispare; se schimbă doar modalitățile prin care părinții îi învață pe copii normele sociale pe care ei trebuie să le cunoască și de care să se conducă în viață, norme și sisteme de imperative pe care grupul familial le transformă în obiceiuri la copii.

Familia asigură nu numai îngrijirea fizică a copiilor, ci îi învață și regulile sociale.

În cadrul familiei se dezvoltă personalitatea copilului; chiar din primii ani de viață părinții învață copilul tipurile de comportament necesare pentru a se încadra în societate. Copiii observă cum se comportă părinții lor, adesea unele modele de comportament le preiau de la părinți. După cum susțin unii specialiști în domeniu, copilul joacă diferite roluri ca și actorul de teatru, cu tot atâta convingere și uneori cu tot atâta talent. Jucând aceste roluri, copilul le însușește ca modele de comportament. Încă din primii ani de viață copilul învață în

familie că rolurile sunt complementare. Observând comportamentul celor mari și raportându-se pe sine la părinți, copilul înțelege treptat faptul că în societate, în mica lui societate care este familia, rolurile sunt complementare. Pe măsură ce copilul crește, pe măsură ce sfera relațiilor sale sociale se lărgeste tot prin intermediul familiei, el ajunge la o concepție mai largă asupra rolurilor de adulți. Făcând o serie de vizite cu părinții, el observă cum se comportă alții, din afara familiei, și astfel pe zi ce trece mai învață câte ceva nou. Totodată, părinții trebuie să fie atenți la faptul cu cine intră în contact fiul sau fiica lor. Copiii trebuie să frecventeze grădinițele, instituții deosebit de constructive, mai ales la o vârstă fragedă de 3-7 ani, când copilul asimilează totul.

Familia asigură dezvoltarea copilului ca personalitate independentă, dezvoltându-i responsabilitatea pentru actele proprii, capacitatea de a se orienta în anumite situații. Familia trebuie să inoculeze copilului ideea datoriei sociale, a unei datorii pe măsura forțelor sale. Părinții trebuie să cunoască relațiile copilului cu școala, trebuie să controleze cum își folosește timpul liber.

Funcția de socializare a familiei urbane diferă de cea din mediul rural. Cu certitudine, și în mediul rural copiii pot fi bine educați, cu suflete frumoase. Cunoaștem mulți copii născuți și crescuți la țară, care poartă înaltul simț al datoriei față de părinți, fac față liceelor și facultăților, fără ca părinții să irosească sume enorme cu așa-ziii “preparatori” care diminuează încrederea în sine și cultivă lenevia la elevi.

Așadar, grupul familial de tip “nucleu” (tata și mama) are marea menire de a-și pregăti pentru viață, din toate punctele de vedere, fiii

sau fiicele sale, astfel ca ei să fie considerați ca având cei “șapte ani de acasă”.

Interpătrunderea funcțiilor enumerate, relațiile complexe puse în mișcare prin mecanismul viu al familiei determină o continuitate a funcțiilor interne în plan social general. În felul acesta, *funcțiile externe* reprezintă o continuare, o prelungire a funcționalității interne, efectele pe termen lung ale instituției familiei.

Scopul oricărei societăți este de a-și menține echilibrul, ordinea socială și normativă. Acest deziderat se poate atinge prin funcționarea optimă a elementelor structurii sociale, a grupurilor, colectivităților și instituțiilor și prin integrarea armonioasă a indivizilor în diversele sfere ale societății. Pentru realizarea acestor scopuri funcționale, societatea și-a creat și perfecționat mecanisme specifice de socializare și integrare socială. Conceptul de *socializare* definește procesele, mecanismele și instituțiile, prin care societatea se reproduce în fizionomia personalității umane care îi este specifică, în anumite structuri de comportament ce răspund așteptărilor și prescripțiilor sociale. Socializarea este un proces fundamental prin care se transmite moștenirea culturală, normele și valorile perene, un mecanism prin care cultura unei societăți formează personalitățile umane.

Fiind un proces complex, socializarea se manifestă pe tot parcursul vieții individului, implicând forme și mijloace specifice de realizare. Cele mai semnificative aspecte, pe care le cuprinde, sunt:

- socializarea formează educația, stăpânirea instinctelor și nevoilor, satisfacerea lor într-un mod prevăzut de societatea respectivă;

- socializarea însuflă aspirații și năzuințe în vederea obținerii unor lucruri sau calități, a unui prestigiu;
- socializarea permite transmiterea unor cunoștințe și posibilitatea satisfacerii unor roluri;
- socializarea asigură o calificare profesională și alte calități necesare în viață.

Unul din efectele procesului socializării, exercitării rolurilor de către indivizi în conformitate cu așteptările grupului, participării la viața socială este integrarea socială.

Integrarea socială este un proces social fundamental, care presupune acomodarea, adică soluționarea conflictelor existente între diferite aspirații și atitudini comportamentale, între indivizi, grupuri, clase. Cei mai mulți autori definesc integrarea socială ca o stare obiectivă, dată de asamblarea și ajustarea reciprocă într-un sistem organizat al unei totalități de elemente (indivizi, grupuri, norme, valori, acțiuni) între care se stabilesc raporturi de interdependență.

Socializarea reprezintă un proces de maturizare ce permite o cunoaștere progresivă a normelor și valorilor, a modurilor de reacționare la ele ale copilului. În acest proces de maturizare progresivă, comportamentele și atitudinile părinților, complementare cu cele ale altor persoane din mediul imediat (prieteni, vecini, colegi, profesori etc.), reprezintă experiențe de socializare decisive pentru evoluția ulterioară a personalității copilului. Procesul de socializare, desfășurat pe întreaga durată de viață a individului, oferă acestuia șansa formării sale sociale, dobândirii echilibrului emoțional, menținerii integrității personalității, integrării sale în viața socială².

² Vezi: *M.Voinea*. Sociologia familiei. –București, 1993, cap. IV.

6.3. Profilul psihologic al membrilor familiei

Personalitatea fiecărei persoane este rezultatul unei serii întregi de circumstanțe de ordin biologic și social. În psihologia fiecărei persoane se disting o serie de particularități, cauzate, pe de o parte, de factori biologici ereditari, care determină un anumit temperament al fiecărui individ, iar pe de altă parte, de rând cu primii, contribuie la formarea caracterului. Între temperament și caracter se stabilesc relații reciproce, complexe, în cadrul cărora predomină condiționările sociale care formează caracterul. Prin condiționări sociale înțelegem relațiile sociale ale fiecărei persoane cu semenii săi.

Este important de reținut că în familie fiecare membru al grupului are o psihologie proprie, care influențează relațiile reciproce din cadrul grupului și, deci, reprezintă una din condiționările vieții normale de familie. În primul rând, în cadrul familiei conjugale partenerii vin cu psihologia deja formată, sub influența familiei de origine și a altor colective și persoane aparte cu care au avut contacte.

La momentul încheierii căsătoriei, fiecare din cei doi parteneri are anumite concepții și deprinderi. De asemenea, au anumite păreri formate despre viață, despre muncă, despre relațiile cu sexul opus. Așadar, formarea noului cămin este influențată de psihologia fiecărui soț care în multe este alta decât a celuilalt, punându-și amprenta asupra viitorului familiei încheiate.

Copiii, de asemenea, își formează un anumit profil psihologic în cadrul familiei, în funcție de zestrea lor nativă și în funcție de condițiile de viață din familie. Profilul psihologic al membrilor grupului familial influențează chiar și condițiile materiale de trai ale

familiei. Or, lipsa de disciplină în cadrul unei familii, instabilitatea în muncă, lipsa de inițiativă, anumite vicii etc. sunt cauze care pot influența gradul de păstrare a igienei, curățeniei, starea sanitară în familie, factori de care depinde funcționalitatea normală a acesteia.

Profilul psihologic influențează relațiile între membrii familiei: dintre soți, dintre părinți și copii, dintre tineri și vârstnici, precum și funcțiile sociale ale familiei.

Psihologia colectivă a membrilor grupului familial se formează prin sinteza mai multor factori, dintre care menționăm, în primul rând, starea materială a familiei - factor esențial în formarea conștiinței grupului familial. Un alt factor care influențează psihologia colectivă a familiei îl reprezintă seria de evenimente care constituie istoricul grupului familial respectiv, evenimente în cadrul cărora rolul cel mai important revine relațiilor familiei cu societatea la diferite etape ale evoluției sale.

Conștiința comună a grupului nu reprezintă o simplă sumă a cunoștințelor individuale ale membrilor familiei, ci înglobează numai ceea ce este comun tuturor acestora, lăsând de o parte elementele caracteristice fiecărui individ care-l deosebesc de ceilalți. Desigur, opinia unitară poartă amprenta particularităților tuturor indivizilor care alcătuiesc grupul familial.

Conștiința comună cuprinde învățămintele trase din experiența comună a grupului familial, învățămintele concretizate în tradițiile familiei, în anumite norme de conduită stabilite ca model față de evenimentele, bune sau rele, prin care trece familia. Conștiința comună cuprinde cerințele comune de bunuri materiale și culturale, deci cerințele comune ale tuturor membrilor familiei.

De asemenea, conștiința comună înglobează imaginea ideală a grupului familial despre sine, ca grup. Această imagine se exteriorizează în comportamentele grupului respectiv și se manifestă sub formă de stil al fiecărei familii. Stilul include, pe de o parte, normele comportamentale ale familiei, rezultate din maniera caracteristică a membrilor grupului familial de a se raporta unul la altul, iar, pe de altă parte, metodele specifice utilizate în rezolvarea conflictelor interpersonale, care apar în cadrul unui grup familial sau altui. Fiecare familie are stilul său propriu care o diferențiază de altele, conferindu-i ceea ce numim personalitate proprie a familiei respective, grup familial.

Astfel, de pildă, există familii în care membrii grupului manifestă o permanentă bună dispoziție, sunt loiali și ironici, evitând orice conflict între ei, rezolvând oarecum relațiile reciproce la un nivel superficial care evită conflictele deschise. În alte familii, dimpotrivă, membrii grupului sunt angajați în discuții și certuri permanente, își aruncă unul altuia anumite acuzații, nu cedează nici unul în fața celuilalt, trăiesc, deci, într-o stare de tensiune și de conflicte, deschis manifestate. Pentru alte familii este proprie încercarea de a menține relațiile reciproce la un nivel intelectual, rațional, discuțiile “logice” reprezentând principalul mijloc de exprimare a sentimentelor negative ale membrilor grupului familial.

Stilul general al familiei, ca grup, nu este experimentat în mod egal de fiecare membru al ei izolat, ci numai de membrii grupului atunci când se află în situația de grup. Stilul unei familii nu poate fi apreciat prin observarea comportamentului unui singur membru al familiei, oricât de îndelungată ar fi această observare. Stilul este o

caracteristică a grupului familial întreg și poate fi apreciat numai prin observarea îndelungată a tuturor membrilor familiei respective.

În concluzie, principalele modalități de apreciere a conștiinței unui grup familial sunt:

- cunoașterea aprofundată a istoricului familiei;
- cunoașterea condițiilor materiale de existență ale familiei;
- cunoașterea relațiilor sociale intrafamiliale și extrafamiliale.

Funcționalitatea normală a vieții de familie este condiționată de realizarea armonioasă a tuturor funcțiilor, care cunosc un întreg proces de dezvoltare, însoțind ele însele procesul de schimbare pe care l-a suferit și-l suferă societatea. Remarcăm că orice schimbări survenite în cadrul unei funcții atrag după ele, ca o consecință, schimbări în modalitatea de realizare a celorlalte funcții. Funcția economică are o influență deosebită asupra problemelor generale ale familiei.

Funcția educativă a familiei continuă să aibă răspunderea în formarea aptitudinilor de bază ale copilului, de a modela personalitatea lui și, se pare, că din acest punct de vedere ceea ce asigură familia copilului în primii săi ani de viață nu poate fi preluat niciodată de societate. Nici o societate nu poate înlocui ceea ce dă copilului mama. În ceea ce privește funcțiile protectoare ale familiei, este adevărat că societatea modernă asigură o serie de servicii care preiau din sarcina familiei o parte din aceste funcții (școli-internate, aziluri de bătrâni etc.) Cu cât dezvoltarea industrial-urbană este mai puternică, cu atât mai mult familia nucleară se întărește, relațiile dintre membrii săi se cimentează.

6.4. Familia rurală și urbană

Structurile și comportamentele familiale diferă de la o familie la alta în funcție de câteva elemente mai importante, și anume: în funcție de cadrul geografic și agronomic, de variațiile existente în ritmul muncilor agricole și de variațiile existente în genurile de obligații profesionale și, în sfârșit, în funcție de nivelul economic mai ridicat sau mai scăzut al unei regiuni sau al alteia. Ca urmare a dependenței relațiilor și structurilor familiale de factorii amintiți, *famiile din mediul rural* prezintă următoarele caracteristici principale: în primul rând, o slabă independență a vieții de familie, îndeosebi a vieții economice, față de mediul geografic; în al doilea rând, o coincidență frecventă între unitatea de exploatare, unitatea de producție și unitatea familială, familia reprezentând în mediul rural principala unitate de producție; în al treilea rând, o foarte strânsă legătură între noțiunea de familie și noțiunea de patrimoniu. Această legătură generează și o psihologie aparte a țăranului. În familia rurală de tip tradițional întâlnim, de regulă, o depășire a cadrului familial strict conjugal, o existență a mai multor generații în cadrul aceleiași menaj. Alături de această caracteristică, întâlnim și o anumită structurare a relațiilor de autoritate, membrii familiei fiind, de regulă, în acest tip de familie subordonați autorității capului de familie. O altă caracteristică a grupului familial din mediul rural tradițional o reprezintă coeziunea puternică a membrilor săi în jurul capului de familie, derivată din faptul că, simțindu-se legați de pământ, oamenii se simt legați în același timp de unitatea familială care lucrează pământul.

Trăsăturile de mai sus definesc numai familia largă, de tip tradițional, acea familie care apare ca unitate totală a vieții imediate.

Astăzi însă, când mediul rural este el însuși influențat de procesul de urbanizare, în țările cu un ritm ridicat de dezvoltare, în măsura în care la sate a pătruns tehnica, în aceeași măsură apare și o serie de forțe de disociere a familiei rurale tradiționale, care slăbesc îndeosebi autoritatea capului de familie față de tineri. Aceasta datorită faptului că în mediul rural procesul de mecanizare a agriculturii este extins, productivitatea muncii crește și în acest mod necesitatea forței de muncă în agricultură scade de la an la an. În aceste condiții o parte din tinerii familiei rurale nu mai lucrează în agricultură, ci se îndreaptă spre oraș, îmbrățișând anumite meserii sau urmează anumite facultăți pentru obținerea unei calificări superioare.

Femeile, care participă în mod egal la realizarea producției agricole, pretind din ce în ce mai mult o tratare egală și pe planul relațiilor de familie. Relațiile dintre generații, dintre tineri și vârstnici se găsesc și ele modificate, ca urmare a faptului că familia încetează să mai fie o unitate de producție.

Încetând de a mai fi o unitate de producție, în care tatălui îi revenea și rolul de organizator al producției, familia își slăbește acțiunea coercitivă asupra tinerei generații.

Dezvoltarea și urbanizarea orașelor, alături de dezvoltarea industrială a tuturor ramurilor economiei naționale, au o influență deosebită asupra familiei. Într-un oarecare mod se poate vorbi despre *familia urbană* din țările dezvoltate economic și industrial, însă cu totul într-un alt mod se prezintă, spre exemplu, familia urbană din țările subdezvoltate sau din cele în curs de dezvoltare.

Treptat, se face trecerea de la familia largă la familia nucleară, de la familia extinsă la familia restrânsă, formată din părinți și copiii lor necăsătoriți.

Această trecere de la familia largă la familia nucleară rezultă din faptul că dezvoltarea industrială a orașului modern sporește mobilitatea geografică, atrăgând după sine dislocarea vechilor familii.

În societatea industrială, fiecare persoană intră în activitate și își câștigă singur un salariu, ceea ce atrage după sine restrângerea dimensiunilor familiei. Cuplurile nou căsătorite își fac menaje separate, lăsându-i pe cei bătrâni singuri. Această despărțire a generațiilor, această tendință a familiei nucleare de a se izola de familia largă atrage după sine multiple dificultăți pentru viața de familie. Una din dificultățile cărora trebuie să le facă față oamenii, în condițiile nuclearizării familiei, fărâmițării ei, izolării familiei conjugale de familia largă, este aceea care privește securitatea bătrânilor, asigurată înainte vreme de familia largă, și care astăzi, în noile condiții, revine în mare măsură societății.

Tendința reducerii familiei la nucleul principal, părinți – copii necăsătoriți, sesizată în toate țările industrializate dezvoltate, merge, uneori, până la a genera o anume izolare a familiei de societatea externă ei, izolare care constituie, după anumiți specialiști, expresia unui anume egoism de grup conștientizat și motivat de împrejurări specifice care îl generează.

Totuși, industrializarea și urbanizarea nu atrag întotdeauna și în orice împrejurări dispariția familiei largi. După unii sociologi și psihologi, familia largă se menține în mediul industrial urban, dar nu în accepțiunea veche a acestui termen, respectiv nu ca un ansamblu de familii conjugale, reunite într-un cadru de locuit unic sub autoritatea unui șef, care trăiesc sub același acoperământ, ci ca totalitate de persoane care sunt rude, poartă același nume, se consultă și se sprijină reciproc. În acest sens se pare că familia extinsă se menține în mediul

urban dezvoltat. Legăturile afective ale familiei largi odată stabilite tind să supraviețuiască, căutând însă expresii noi, adaptate noilor situații. În structura relațiilor sociale ale familiei conjugale familia largă deține primul loc în ceea ce privește, de pildă, schimbările de vizite, preferințele pentru petrecerea timpului liber al membrilor familiei nucleare.

Forma familiei, funcția economică a acesteia și mediul urban modifică în același timp natura relațiilor dintre membrii familiei, precum și rolurile respective ale părinților și copiilor. Printre schimbările survenite din acest punct de vedere se semnalează îndeosebi slăbirea autorităților patriarhale.

Printre transformările pe care le suferă familia în procesul industrializării și urbanizării pe plan mondial, reținem:

- a) modificarea funcției economice a familiei, în sensul diminuării laturii ei productive și sporirii laturii ei de consum;
- b) modificarea dimensiunilor grupului familial, în sensul trecerii de la familia largă de tip tradițional spre o familie de tip nuclear care menține relații cu familia largă în forme modificate;
- c) schimbarea relațiilor dintre membrii grupului familial, la fel schimbarea rolurilor pe care aceștia le realizează.

Aceste schimbări, care intervin între relațiile dintre membrii familiei, le întâlnim în toate studiile contemporane care privesc procesul de urbanizare și influența lui asupra vieții de familie.

Rolul major al familiei este de a educa și forma pentru viață și pentru societate pe fiii și fiicele sale. Aceasta este una dintre

problemele principale care se ridică astăzi în fața familiei și a societății moderne. Ceea ce învață și cu ce se deprinde copilul în familia lui, în primii ani ai vieții, nu se uită niciodată. Or, copilul, căruia i se creează în familie condițiile unei adevărate educații, pornind de la relațiile între soți care rămân exemplu de urmat pentru copil, urmând apoi igiena muncii, igiena sanitară, un program de viață ordonată și bine structurată, cu ore exacte de masă, de odihnă, de relaxare, modul cum se prepară masa și modul în care se servește masa, va transpune în toate segmentele vieții sale toate aceste învățăminte însușite în familie.

6.5. Rolul asistenței sociale în consolidarea nucleului familial

Asistența socială a familiei este una dintre cele mai dezvoltate ramuri ale asistenței sociale, deoarece prin aplicarea ei în cadrul familiei și pentru familie se cuprinde totalitatea problemelor și tehnicilor de asistență socială.

Asistența socială își are locul în familiile dezorganizate și pentru a avea succes în rezolvarea problemelor de reorganizare a familiei este necesar ca familiile care pun astfel de probleme să fie depistate și, deci, cunoscute de către personalul de specialitate. În această situație stadiul cunoașterii cazurilor de dezorganizare a familiei are o importanță deosebită, deoarece în funcție de acest stadiu există sau nu posibilitatea de refacere a familiei. Cu cât stadiul de dezorganizare este mai avansat, cu atât refacerea familiei este mai dificilă, uneori chiar imposibilă.

Stabilirea factorilor determinanți, care au dus la dezorganizarea familiei, este acțiunea pe care asistența socială trebuie s-o aibă în

vedere de la prima întrevvedere cu familia respectivă până la rezolvarea definitivă a cazului, deoarece fenomenele sunt într-o continuă transformare. Or, factorul cauzal stabilit la începutul analizei nu poate să rămână întotdeauna același, până la încheierea acțiunii.

Dezorganizarea familiei îmbracă multiple variante și aspecte și poate fi generată de următoarele cauze principale:

1. Lipsa de supraveghere a copiilor, care poate da naștere la: greutateți la învățătură, vagabondaj, delincvență, tulburări de caracter și comportament, până la dezorganizarea relațiilor de familie, care se răsfrânge în mod inevitabil și asupra relațiilor de muncă. Toate acestea duc la scăderea nivelului de trai al individului și, implicit, al familiei.
2. Locuința suprapopulată, care constituie unul din factorii favorizanți pentru apariția unor boli, conflicte, ceea ce conduce la dezechilibru economic și stres psihic.
3. Reducerea veniturilor și, respectiv, înrăutățirea stării economice a familiei.

Deficitul de venituri în familie sau lipsa acestora duce la dezorganizarea parțială sau chiar totală a familiei. Uneori se întâmplă ca insuficiența de câștig să fie determinată de unele utilizări iraționale ale veniturilor, de risipă, de lipsa de prevedere, lipsa de educație gospodărească a mamei sau tatălui etc. Declinul factorului economic are cea mai mare influență asupra stabilirii dezechilibrului în familie. În asemenea cazuri, asistentul social trebuie să facă și o analiză a modului în care se consumă bugetul familiei. El trebuie să cunoască raportul dintre venituri și cheltuieli pe structură: alimentație,

îmbrăcămintे, chirie, diverse servicii etc. și să stabilească raționalitatea consumului.

4. Structura deficitară a familiei este o altă cauză care favorizează apariția dezorganizării familiei. În viața socială, familia poate fi supusă la variate deficiențe legate de structura sa. Familia se poate dezorganiza din lipsa capului de familie, dintr-o cauză sau alta (deces, abandon etc.). Dezorganizarea familiei poate fi condiționată și de fenomenul “fetelor-mame”, al văduvelor devenite mame după despărțirea de soț etc.
5. Prezența deficiențelor senzoriale, motorii și mintali în familie, precum și a suferințelor de boli cronice sunt factori care de asemenea duc la dezorganizarea familiei.

Orice proces de dezorganizare a familiei începe cu tensiuni familiale, care se manifestă prin neînțelegeri, lipsă de afecțiune, discordii și chiar violențe. Uneori, aceste tensiuni familiale au ca rezultat: divorțul, abandonul, separația în cadrul aceleiași familii etc.

Printre cauzele principale ce duc la divorțul familiilor tinere pot fi numite:

- insuficiența pregătire pentru viața de familie a viitorilor soți;
- insuficiența cunoaștere reciprocă a soților;
- concepții diferite în legătură cu condițiile materiale, sociale și bugetul familial;
- concepții diferite cu privire la relațiile de familie;

- folosirea irațională a timpului liber și necunoașterea modalităților de soluționare a unor probleme cu caracter extraprofesional;
- comportamentul necorespunzător al unuia sau al ambilor soți în familie (legături extraconjugale, alcoolism, brutalități, părăsirea domiciliului, alungarea din locuință);
- manifestări antisociale din partea unuia din soți;
- diferența mare de vârstă;
- diferențe mari după nivelul de instruire;
- boli incurabile ale unuia din soți;
- influența nefastă a mediului exterior asupra familiei etc.

În asistența familiei se lucrează atât cu familiile complete (soț, soție și copii), care ridică anumite aspecte de dezorganizare, cât și cu familiile descompletate prin deces, divorț etc., care din diverse cauze cad sub nivelul de viață normală, intrând în sfera de activitate a asistenței sociale.

Activitatea desfășurată pe linie de asistență socială, în cazul fetelor-mame și al mamelor necăsătorite, urmărește să-i asigure copilului pe ambii săi părinți firești (legalizarea familiei și legitimitatea copiilor). Reîncadrarea fetei-mamă și a copilului ei în familia acesteia este scopul acțiunii asistentului social, deoarece de cele mai multe ori, în urma unor astfel de conflicte, relațiile de familie se întrerup, iar asigurarea unui cămin propriu prin munca mamei este principalul obiectiv al planului de refacere a familiei.

Tot așa se procedează și în cazurile de concubinaj, în care se urmărește îndeplinirea formelor legale de căsătorie.

În caz de abandon, asistentul social urmărește reîncadrarea în familie a celui care a părăsit familia și înlăturarea cauzelor abandonului.

În cazuri de separație, asistentul social urmărește înlăturarea cauzelor care au dus familia în această situație.

În situația dezorganizării familiei ca urmare a divorțului, asistentul social urmărește refacerea căminului, dacă este posibil, dacă nu - recăsătorirea cu o altă persoană și armonizarea grupului social în noua situație.

Când familia este dezmembrată prin deces, se urmărește reorganizarea căminului prin munca părintelui văduv și a copiilor mai mari, apoi recăsătorirea și încadrarea în familie a mamei sau a tatălui vitreg.

O importanță deosebită în evitarea dezorganizării familiei aparține pregătirii tinerilor pentru căsătorie. Aceasta este o activitate complexă și trebuie să înceapă chiar în interiorul familiei, din adolescență. Căsătoria nu trebuie privită ca o problemă de ultimă oră. Sănătatea fetelor și a băieților își are rădăcinile în viața de familie, în caracterul părinților, în apropierea climatului moral și psihologic al celor ce îi înconjoară.

Problemele de asistență a familiei, precum și întreaga acțiune de supraveghere a relațiilor familiale, a exercitării obligațiilor părintești față de copii, a copiilor rămași fără de părinți sau aceștia fiind în imposibilitatea de a-i crește, tutelarea celor lipsiți de

capacități, fie minori, fie adulți și bătrâni - toate acestea revin asistenței sociale.

6.6. Din experiența afirmării asistenței sociale a familiei în țările dezvoltate

Asistența socială a familiei este o importantă formă de redresare medico-socială a acestei unități de bază a oricărei colectivități. Redresarea se poate înlăptui, dacă există o strânsă colaborare în acțiunea pe teren între organismele publice și cele private, în folosul familiei dependente. Cele două forme de organisme în domeniul asistenței familiei, adică cea de stat și cea particulară, colaborează și se completează reciproc în realizarea acțiunilor întreprinse. S-a constatat că organismele de stat (publice) de asistență a familiei acordă circa 90% din ajutoare în bani, iar asociațiile particulare acordă în principal ajutoare în natură.

Principalele organizații pentru asistența familiei s-au înființat în Anglia, în anul 1869, sub grija Societății “London Charity Organization Society”. Zece ani mai târziu, respectiv în 1879, organizații similare se întemeiază în SUA și Canada.

În Germania, primele forme de asistență socială apar între anii 1900-1910 sub denumirea asociației: ”Familienunterstiintzung”. Conform legislației germane, sunt îndreptățiți la asistență socială atât membrii familiei în înțeleș mai restrâns, adică: soșul, soșia legitimă, copiii legitimi, cât și cei legitimați de către capul familiei înainte de a fi survenit împrejurarea care a creat starea de dependență a membrilor familiei. De asemenea, au dreptul la asistență: copiii vitregi aduși în căsnicie de către unul din soși, precum și membrii familiei în înțeleș

mai larg, adică soția divorțată din motive care nu i se pot imputa ei și căreia capul familiei – devenit dependent – este obligat să-i asigure întreținerea, copiii vitregi care n-au fost aduși în familie, copiii nelegitimi, ascendenții, părinții adoptivi și părinții vitregi.

În țările occidentale asistența familiei constă în: sprijin pentru obținerea unei locuințe, alimentelor, îmbrăcăminte, asistență în caz de boală, asistența femeilor dependente gravide sau în leuzie, indemnizație de alăptare, asistență educațională (cheltuieli școlare), pregătirea profesională și plasarea în muncă.

Asistența familiei s-a manifestat și sub alte forme. Astfel, la Paris, funcționează “Permanențele de întrajutorare socială” - organizații ce asigură o bună colaborare între inițiativa publică și cea particulară, în vederea ajutorării familiei, în special când starea de dependență impune un aport mai consistent pe linia asistenței. Tot la Paris, dar și pe teritoriul Franței, funcționează “Casele ajutoarelor de urgență” - organisme de asistență socială a familiei. Fiind amplasate în municipii, ele și acordă celor în drept ajutoare urgente, ca: completarea plății chiriei, plata integrală a chiriei întârziate, procurarea îmbrăcăminte, medicamentelor etc.

Tot în Franța funcționează “Centre sociale”, care își organizează în teritoriu instituții de asistență socială spre a ușura, pe o anumită perioadă, viața persoanelor defavorizate (cantine, cooperative de consum, cămine pentru copii, aziluri pentru bătrâni, băi publice etc.).

O măsură prealabilă pentru succesul acțiunii de asistență socială a familiei este cunoașterea amănunțită – pe bază de investigație științifică – a grupului de populație din zona respectivă și elaborarea unui diagnostic social pentru grupul respectiv cu scopul de a cunoaște

gradul de cultură, situația sanitară, socială și economică și reacția colectivă a grupului la măsurile de asistență socială întreprinse.

Asistența socială a familiei, pe lângă rolul de ajutorare și educație a mediului familial, are și o menire foarte importantă în plan biologic și social - preîntâmpinarea dezorganizării familiei. În anul 1927, la Bufalo, statul New York, a avut loc un Congres internațional de asistență socială a familiei, la care s-a subliniat că familia constituie singurul cadru care asigură o evoluție biologică normală a generațiilor, menținerea patrimoniului ereditar, conservarea caracterelor de rasă și, în plus, perpetuarea nealterată a elementelor de continuitate a colectivității (tradiții, obiceiuri, atitudini sociale etc.).

Familia denumită “patriarhală”, bazată pe solidaritatea puternică a membrilor ei și pe dirijarea autoritară din partea capului de familie, asigură integral aceste deziderate.

Industrializarea excesivă și modernizarea statelor a creat tipul de familie restrânsă (nucleară), în care legăturile între membrii ei devin din ce în ce mai slabe. Regimul tensionat de muncă al femeilor și tinerilor, eforturile majore prin care capul familiei asigură existența membrilor familiei sale, din care rezultă imposibilitatea de a se afla mai des împreună cu ei, de asemenea sunt factori ce pot dezorganiza această comunitate. Intervin apoi numeroși alți factori – de ordin economic, cultural și moral, aceștia fiind conjugați cu anumiți factori biologici care agravează acest proces de dezorganizare.

Stările de tensiune familială pot avea la bază conflicte izolate din cauze economice (dezechilibrul bugetelor, repartizarea irațională a veniturilor, lipsa unui buget optim, tendința de totală independență economică a unuia din soți, conflicte în legătură cu moștenirea, neînțelegerea derivând din diferențele prea mari ale gradului de

cultură a soților și conflicte cauzate de concepția diferențiată despre viață. Divorțul, părăsirea căminului, separarea între soți și concubinajul sunt cele mai nefaste consecințe ale dezorganizării vieții familiale. La rândul lor, acești factori provoacă efecte grave demografice și creează un important număr de fenomene negative: scăderea natalității, creșterea mortalității infantile, mărirea numărului de concubinaj, delincvența juvenilă, maltratarea copiilor etc. Înfățișările atât de variate ale familiei devenite dependentă și necesitatea de a individualiza măsurile de asistență socială a acestora după factorii etiologici bine studiați impun o pregătire serioasă a personalului de asistență familială (asistenți sociali cu pregătire superioară).

6.7. Cadrul legal pentru protecția copilului și a familiei

Necesitatea de a acorda o protecție specială copilului a fost enunțată în Declarația cu privire la drepturile copilului de la Geneva din 1924 și în Declarația drepturilor copilului adoptată de Adunarea Generală a ONU la 20 noiembrie 1959.

Declarația cu privire la drepturile copilului a fost recunoscută în Declarația universală a drepturilor omului, în Pactul internațional privind drepturile civile și politice (în mod deosebit în art. 23 și 24), în Pactul internațional privind drepturile economice, sociale și culturale (în mod deosebit în art.10) și în statutele și instrumentele pertinente ale instituțiilor specializate și ale organizațiilor internaționale care se preocupă de bunăstarea copilului.

Mai recent, la 20 noiembrie 1989, de către Organizația Națiunilor Unite a fost adoptat ultimul act normativ în acest domeniu -

“Convenția cu privire la drepturile copilului”. După ce a fost ratificată de către 20 de state, Convenția a intrat în vigoare în septembrie 1990, devenind o lege internațională a drepturilor copiilor. Republica Moldova a ratificat Convenția la 12 decembrie 1990 și este în vigoare din 25 februarie 1993.

Modul în care Convenția va schimba situația actuală depinde de implementarea ideilor ei de către guverne. În majoritatea țărilor sunt necesare reforme majore.

În continuare vom expune problemele principale enunțate prin Convenția cu privire la drepturile copilului.

* * *

1. În sensul prezentei Convenții, prin copil se înțelege orice ființă umană sub vârstă de 18 ani, cu excepția cazurilor când, în baza Legii aplicabile copilului, majoratul este stabilit sub această vârstă.

Drepturile copilului enunțate în Convenție sunt garantate tuturor copiilor, fără nici o discriminare, indiferent de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie, politică sau altă opinie a copilului sau a părinților, sau a reprezentanților săi legali, de originea lor națională, etnică sau socială, de situația lor materială, de incapacitatea lor etc.

În toate acțiunile care îi privesc pe copiii, fie că sunt luate de instituțiile publice sau private de ocrotiri sociale, de către instanța de judecată, autorități administrative sau de organe legislative, interesele superioare ale copilului trebuie să fie prioritare.

Statul are obligația de a veghea ca funcționarea instituțiilor, serviciilor și lăcașelor responsabile pentru grija sau protecția copiilor să fie în conformitate cu normele fixate de către autoritățile

competente, în special în domeniul securității și sănătății. La fel conformă cerințelor trebuie să fie și competența personalului lor, din partea statului exercitându-se controlul respectiv.

2. Copilul este înregistrat imediat după nașterea sa și are la această dată dreptul la un nume, dreptul de a dobândi o cetățenie și, în măsura posibilului, dreptul de a-și cunoaște părinții și de a fi crescut de aceștia.

Statul trebuie să respecte dreptul copilului de a-și păstra identitatea, inclusiv cetățenia, numele său și relațiile familiale, așa cum acestea sunt recunoscute de lege, fără amestec ilegal.

Statul veghează ca nici un copil să nu fie separat de părinții săi împotriva voinței lui, cu excepția situației în care autoritățile competente decid, sub rezerva revizuirii judiciare și în conformitate cu legile și procedurile aplicabile, că această separare este necesară, în interesul superior al copilului.

Statul va respecta dreptul copilului separat de cei doi părinți ai săi sau de unul din ei, de a întreține în mod regulat relații personale și contacte directe cu cei doi părinți ai săi, în afara cazului când aceasta este contrar interesului superior al copilului.

Orice cerere făcută de un copil sau de către părinții săi în vederea intrării într-un stat, sau părăsirii acestuia în scopul reintegrării familiei va fi examinată de statele părți într-un spirit pozitiv, cu umanism și operativitate.

3. Copilul are dreptul la libertatea de exprimare. Acest drept cuprinde libertatea de a căuta, a primi și a difuza informații și idei de orice natură, fără să se țină seama de frontiere, sub formă orală, scrisă, tipărită sau artistică, sau prin oricare alte

mijloace, la alegerea copilului. Copilului trebuie să i se respecte libertatea de gândire, de conștiință și religie. Statul va respecta drepturile și obligațiile părinților sau, după caz, ale reprezentanților legali ai copilului de a-l orienta pe acesta în exercitarea drepturilor sus-menționate, de o manieră care să corespundă dezvoltării capacităților copilului.

Statul recunoaște drepturile la libertatea de asociere și la libertatea de reuniune pașnică.

Nici un copil nu va fi obiectul unor intrigi arbitrare sau ilegale în viața sa personală (familia sa, domiciliul său, corespondența sa) și nici al unor atacuri ilegale la onoarea și reputația sa.

Copilul trebuie să aibă acces la informare și condiții materiale normale provenind din surse naționale și internaționale diverse, cu deosebire cele care vizează promovarea bunăstării sale sociale, spirituale și morale, precum și sănătății sale fizice și mentale.

4. Statul trebuie să supravegheze recunoașterea principiului, potrivit căruia ambii părinți au o răspundere comună pentru creșterea și dezvoltarea copilului. Răspunderea pentru creșterea copilului și asigurarea dezvoltării sale revine în primul rând părinților sau, după caz, reprezentanților săi legali.

Statul trebuie să ia măsuri corespunzătoare pentru protejarea copilului împotriva oricăror forme de violență, vătămări sau abuzuri fizice, psihice, de abandon sau de neglijență, în timpul cât se află în îngrijirea părinților sau a unuia dintre ei.

Orice copil, care este lipsit, temporar sau permanent, de mediul său familial, sau care, în propriul său interes, nu poate fi lăsat în acest

mediu, are dreptul la protecție și ajutor special din partea statului. O astfel de ocrotire poate include, între altele, plasarea într-o familie, “Kafala” din legea islamică, adopțiunea sau, dacă e necesar, plasarea în instituțiile adecvate îngrijirii copiilor. În alegerea uneia din aceste soluții este necesar să se țină seama în mod corespunzător de necesitatea unei anumite continuități în educarea copilului, ca și de originea sa etnică, religioasă, culturală și lingvistică.

Statele care recunosc sau permit sistemul “adopțiunii” se vor asigura că interesul superior al copilului este rațiunea primordială în materie și vor asigura ca adopțiunea unui copil să nu fie încuviințată decât de autoritățile competente care verifică, conform Legii și procedurilor aplicabile și pe baza tuturor informațiilor pertinente și viabile, că adopțiunea poate să aibă loc, având în vedere situația copilului în raport cu părinții săi, rudele și reprezentanții legali și, dacă este cazul, că persoanele interesate și-au dat consimțământul la adopțiune în cunoștință de cauză, pe baza unei constatări necesare.

5. Statele părți la Convenție trebuie să ia măsuri corespunzătoare pentru a ne asigura ca un copil, care caută să obțină statutul de refugiat sau care este considerat refugiat în virtutea regulilor și procedurilor de drept internațional sau național aplicabile, fie că este singur sau însoțit de mamă și tată sau orice altă persoană, să beneficieze de protecție și asistență umanitară corespunzătoare pentru a-i permite să se bucure de drepturile pe care i le recunosc prezenta Convenție și celelalte instrumente internaționale relative la drepturile omului sau cu caracter umanitar, la care statele respective sunt părți.

Statele părți recunosc că un copil cu handicap mental sau fizic trebuie să se bucure de o viață plină de decență în condiții care să-i garanteze demnitatea, să-i promoveze autonomia și să-i faciliteze participarea activă la viața colectivității.

Statul trebuie să asigure pentru copiii asistența medicală și îngrijirea sănătății necesare, accentul fiind pus pe dezvoltarea măsurilor primare de ocrotire a sănătății.

Statul trebuie să lupte contra maladiilor și subnutriției în cadrul măsurilor primare de ocrotire a sănătății, prin aplicarea tehnologiei ușor de procurat și prin furnizarea de alimente nutritive și apă potabilă, ținând seama de perioadele și riscurile de poluare a mediului natural.

6. Statele părți la Convenție trebuie să recunoască oricărui copil dreptul de a beneficia de securitatea socială, inclusiv de asigurările sociale și să ia măsurile necesare pentru asigurarea deplinei realizări a acestui drept în conformitate cu legislația lor națională.

Statul va lua măsuri adecvate pentru a asigura recuperarea pensiei alimentare a copilului de la părinții săi sau de la persoane care au o răspundere financiară față de el, indiferent dacă se află pe teritoriul lor sau în străinătate.

Statul asigură învățământul primar obligatoriu și gratuit pentru toți copiii și urmărește dezvoltarea personalității copilului, a aptitudinilor și a capacităților sale mentale și fizice, la nivelul potențialului maxim.

Statele părți recunosc dreptul copilului de a fi protejat împotriva oricăror forme de exploatare dăunătoare oricărui aspect al bunăstării lui.

Statele trebuie să asigure ca nici un copil să nu fie supus la tortură, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante. Pedepsa capitală sau închisoarea pe viață, fără posibilitatea de a fi eliberat, nu vor fi pronunțate pentru infracțiunile comise de persoane sub vârsta de optsprezece ani.

Orice copil privat de libertate să aibă dreptul de a avea acces rapid la asistența juridică sau la altă asistență corespunzătoare, precum și dreptul de a contesta legalitatea privării sale de libertate în fața unui tribunal sau a unei alte autorități competente, independente și imparțiale, și dreptul la o decizie rapidă privind orice acțiune similară.

Statele participante la Convenție vor lua toate măsurile posibile, pentru a asigura că persoanele, care nu au atins vârsta de cincisprezece ani, nu vor participa direct la nici un fel de ostilități în caz de conflict armat.

Statele părți recunosc oricărui copil, bănuit sau acuzat că a comis o încălcare a Legii penale, dreptul de a fi tratat într-un mod corespunzător promovării simțului său de demnitate și valorii personale, care să întărească respectul său pentru drepturile omului și libertății fundamentale ale altora și care să țină seama de vârsta sa, ca și de necesitatea de a promova reintegrarea sa și asumarea unui rol constructiv în societate.

7. Statele părți ale Convenției și-au asumat obligația să promoveze adoptarea de legi, de proceduri, crearea de autorități și instituții special concepute pentru copiii bănuiți,

acuzăți sau declarați că ar fi comis încălcări ale Legii penale și să stabilească o vârstă minimă sub care copiii vor fi considerați că nu au capacitatea de a încălca Legea penală.

Urmează a fi prevăzută o întreagă gamă de dispoziții, cum sunt cele de îngrijire, orientare și supraveghere, îndrumare, probare, plasament familial, programe de educație generală și profesională și alte alternative pentru îngrijirea instituționalizată, pentru a asigura copiilor un tratament corespunzător bunăstării lor și proporțional cu situația lor și cu infracțiunea.

În vederea examinării progreselor înregistrate de statele părți la Convenție, a fost instituit un Comitet al drepturilor copilului – format din 10 experți, de o înaltă moralitate, aleși din cadrul țărilor participante.

La analizele pe care le face, Comitetul poate invita instituțiile specializate, Fondul Națiunilor Unite pentru copii și alte organisme competente.

Orice stat, parte la Convenție, poate să propună un amendament și să depună textul acestuia la Secretariatul general al Organizației Națiunilor Unite, care o transmite spre analiză Comitetului de organizare.

* * *

În ultimele decenii, în țările dezvoltate s-au conturat preocupări frecvente pentru acordarea unei asistențe calificate problemelor minorilor, printr-un cadru mai larg și organizat de măsuri preventive și de recuperare socială, în vederea unei integrări sociale cât mai armonioase. Ocrotirea presupune asigurarea dezvoltării normale a copilului și tânărului, dar în același timp presupune și o intervenție în

vederea înlăturării cauzelor sau a factorilor care împiedică dezvoltarea normală a acestora. De aici rezultă caracterul social, și nu numai medical, al conceptului de ocrotire. Ea se exercită pe planuri diferite, care privesc atât personalitatea copilului sau tânărului sub aspect psiho-fiziologic, cât și factorii de mediu social în care aceștia cresc și se dezvoltă.

Aceasta a dus la crearea unor organisme guvernamentale și neguvernamentale pe plan internațional, care și-au propus să realizeze programele adoptate vizând dezvoltarea copilului și tânărului sub aspect fizic, educativ, profesional și social.

Dintre organismele internaționale mai importante menționăm: Comitetul Internațional al Copilului de la Paris, Uniunea Mondială a Organismelor pentru Protecția Copilului și Adolescentului, organizație neguvernamentală cu statut consultativ pe lângă Consiliul Economic și Social al Națiunilor Unite, Departamentele specializate ale Organizației Mondiale a Sănătății, Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF) etc.

Capitolul 7. ELEMENTE DE METODOLOGIE A ASISTENȚEI SOCIALE

7.1. Sensul noțiunilor de metodologie, metodă, tehnică în investigațiile sociale

În domeniul asistenței sociale își găsesc aplicare o serie de teorii care provin din sociologie, psihologie, drept, economie, antropologie, politici sociale etc. și care se constituie în fundamente disciplinare ale profesiei. Științele sociale creează o paradigmă intelectuală în formarea asistentului social, oferind o varietate de perspective care pot să-l ajute să înțeleagă situația în care este implicat pentru a oferi ajutor. Asistentul social trebuie să răspundă cerințelor de integrare a rezultatelor cercetării științifice din domeniul științelor sociale în cadrul propriei profesii. Cu toate acestea, e necesar să menționăm că, în afara multitudinii de teorii provenite din științele sociale consacrate și în afara “împrumuturilor” metodologice pe care le face în mod necesar, asistența socială posedă un corp teoretic și metodologic propriu. Este necesar de a identifica metodele și strategiile cunoașterii și intervenției, de a surprinde modalitățile în care asistența socială asimilează metode “clasice” de genul observației, documentării, interviului etc.

Să precizăm mai întâi, însă, ce se înțelege prin metodologie în general.

Metodologia poate fi definită ca un sistem de principii și mijloace de organizare a activității teoretice și practice, precum și ca învățătura despre acest sistem. Etimologic, din grecește, ar fi vorba despre o “știință a metodelor”. Dar ce este metoda? Prin ce diferă metoda de tehnică, procedeu sau de instrument în câmpul cercetării?

Termenul de metodă este frecvent utilizat fără prea multe precauții semantice, trimitând la modalități, etape și niveluri diferite de profunzime ale cercetării. Totuși, este posibilă și necesară o definiție a sa mai riguroasă. Altfel spus, *metoda* reprezintă un ansamblu de operațiuni intelectuale ce permit analiza, înțelegerea și explicarea unei realități studiate. În acest sens în filosofie se vorbește, de exemplu, despre metoda deductivă și despre cea inductivă etc.

Metodele (la plural) sunt căile generale alternative pe care le parcurge subiectul cunoscător în încercarea de a înțelege și a explica realitatea, indiferent de conținutul particular al respectivei realități. Totodată, metodele mai desemnează și strategiile specifice unor științe sau unor domenii de cunoaștere. Se vorbește în sociologie, spre exemplu, despre metode, ca: observația, anchetarea, experimentul, analiza documentelor, interviul etc. Spre deosebire de metode, tehnicile sunt niște maniere particulare de cunoaștere și acțiune, ce pun în joc elemente practice, concrete, adoptate unui scop precis și definit. Tehnicile apar, deci, ca niște instrumente de cercetare puse la lucru în funcție de o strategie generală definită prin metodă. Unii autori procedează la distincții și mai accentuate, arătând că nu trebuie să confundăm tehnica cu procedeul și nici cu instrumentul de cercetare.

Astfel, *tehnica* se definește ca un ansamblu de prescripții metodologice (reguli, procedee) pentru o acțiune eficientă; procedeul

este o manieră de acțiune, de utilizare a instrumentelor de cercetare, care nu sunt altceva decât unele materiale. Pentru a susține o astfel de distincție ordonatoare, Septimiu Chelcea dă ca exemplu raportul dintre ancheta sociologică (privită ca metodă), chestionarul (privit ca una din tehnicile posibile prin care se realizează ancheta), procedeul autoadministrării și formularul de chestionar tipărit care nu e altceva decât un obiect material, o unealtă, instrument de cercetare.

Dacă asistența socială are o metodologie specifică, atunci trebuie să-i putem identifica următoarele elemente:

- a) teoriile de referință;
- b) metodele și tehnicile de cunoaștere și intervenție;
- c) procedeele de evaluare a realității empirice și de reconstrucție teoretică a acesteia, precum și de evaluare a gradului de eficiență a demersului asistențial.

Astfel, metodologia ne permite să distingem și să studiem manierele de acțiune în asistența socială, modul de a proceda potrivit unei ordini anume și urmând anumite principii.

7.2. Ancheta socială – metodă de bază în cunoașterea cauzelor ce determină apariția problemelor de asistență socială

O ancheta socială conține, de obicei, informații adunate de pe o fișă personală (numele, vârsta, ocupația etc.) și apoi informații despre trecutul familiei, experiențele din copilărie, rezultatele școlare, probleme legate de statutul social etc. Un asistent social dintr-o Casă de copii poate realiza o anchetă socială pentru un elev nou venit în

vederea obținerii informațiilor despre problemele sociale și personale și, de asemenea, a informațiilor speciale asupra rezidentului în scopul înțelegerii cât mai bune a acestuia.

Ancheta socială este instrumentul de bază al asistentului social. Aceasta se realizează numai în interesul persoanei care solicită sprijin. Ancheta socială se întocmește la domiciliul persoanei în dificultate (în orice loc, în funcție de situația acestuia - la rude, vecini, cunoscuți etc.). Se redactează și se semnează de către asistentul social care răspunde pentru cele consemnate. Pe baza anchetei sociale se ia decizia de acordare sau neacordare a sprijinului solicitat.

Ancheta socială este structurată pe mai multe capitole* :

1. Date identificative, unde se indică:

Numele, prenumele, data și locul nașterii, acte identificative (certificat de naștere, buletin de identitate), domiciliul stabil, instituția sau locul în care se găsește în prezent persoana la care se referă ancheta socială (în interesul căreia se face ancheta socială), scopul anchetei sociale, data deplasării, locul deplasării.

2. Istoricul familiei, care cuprinde date despre familie și relațiile între membrii familiei:

- Părinții (mama, tata), numele, prenumele, vârsta, locul nașterii, starea civilă, domiciliul, nivelul de școlarizare, profesia, locul de muncă;
- Numărul de frați / surori, numele, prenumele, vârsta, dacă locuiesc cu părinții sau în altă parte (de exemplu, la bunici,

* Vezi metode de anchetă socială în Anexele 2-9.

se află în instituții de ocrotire sau sunt căsătoriți), nivelul de școlarizare, profesia, locul de muncă;

- Aspecte juridice.

3. *Venitul familiei (condiții materiale):*

- Bugetul comun al membrilor familiei (salariați sau nesalariați): se determină prin înregistrarea tuturor surselor de venit ale familiei (salarii, pensii, ajutor de șomaj, ajutor social, alocații, burse, indemnizații, venitul realizat din proprietăți și suprafețe agricole);
- Se menționează dacă bugetul familiei este echilibrat sau dezechilibrat; în acest ultim caz se precizează cauzele (de exemplu, consum excesiv de alcool, probleme de sănătate ce necesită cheltuieli pentru medicamente).

4. *Starea de sănătate* – se specifică:

- dacă membrii familiei prezintă probleme de sănătate și cine anume;
- dacă îngrijirea sănătății necesită spitalizări frecvente și cheltuieli ridicate pentru medicamente;
- dacă suferă de boli grave, incurabile, gradul de invaliditate (dacă este cazul).

Toate aceste certificate de sănătate, adeverințe medicale etc. se anexează, menționându-se data eliberării și organul care le-a eliberat.

5. *Locuința* - se referă la condițiile de locuit ale familiei (în bloc sau la curte):

- dotarea locuinței (mobilită sau nemobilită);

- numărul de camere;
- suprafața camerelor;
- spațiul corespunzător (sau necorespunzător) raportat la numărul de persoane;
- condiții de încălzire;
- iluminarea locuinței;
- starea de igienă.

6. *Concluzii* – se referă la situația generală a familiei conform celor constatate.

7. *Propuneri* – se menționează recomandările investigatorului, luând în considerație situația constatată și măsurile ce pot fi luate conform legislației în vigoare.

Natura anchetelor sociale

Metodele utilizate în vastele cercetări ce se efectuează prin ancheta socială sunt foarte variate, începând de la analizele clasice asupra sărăciei și mergând până la sondajele asupra opiniei publice, anchetele pentru planificarea orașelor, cercetarea pieței, pentru activitatea observației globale etc.

Anchetele sociale se deosebesc după scop, obiect, conținut și sursă de informație.

Scopul multor anchete constă în a furniza cuiva informație. Acest cineva poate fi și un organ de stat, care este acreditat spre a lua decizii în domeniul asistenței sociale, ca: internări în unități speciale de ocrotire socială, alocarea unor ajutoare materiale sau în bani, reîncadrarea în muncă etc.

Obiectul anchetelor este de a determina căile spre formularea ipotezelor și verificarea lor. Or, obiectul se concentrează în exploatarea terenului pentru recoltarea de date în jurul subiectului propus sau stabilit.

Conținutul include mai mulți factori: caracteristicile demografice ale unui grup de oameni, mediul lor social, activitățile, opiniile și atitudinile lor.

Sursa de informație provine în principal din declarațiile persoanei anchetate, precum și de la școlile din raza de activitate a celui interviuat, de la dispensarul medical, organele de poliție, vecini etc.

Anchetele asistenței sociale* se bazează pe “Studiul științific de caz”, care are în vedere o acțiune de intervenție directă, individualizată sau colectivă, în care asistentul social ia contact direct cu cei ce sunt investigați.

Trebuie să rămână clar că efectuarea anchetei sociale, analiza și interpretarea ei, la fel terapia socială stabilită nu se pot face decât de specialistul în problemele de asistență socială.

Tehnicienii asistenței sociale dezvoltă practica luării contactului cu informatorii, tehnicile convorbirii și cele ale acțiunii sociale, până la o perfecțiune pe care sociologul o poate atinge doar dacă a mers la Școala de Asistență Socială.

* Teoretician al Anchetelor asistenței sociale este considerată *Jane Addams* (1860-1935), laureată a Premiului Nobel pentru Pace, organizatoare a Centrului de Asistență de la “Hull-House”. *Mary E. Richmond* extinde studiile în acest domeniu (Casework) prin tratatul “Social diagnosis.” -New York: Editura Russel, 1917.

Ancheta medico-socială

Cu ajutorul anchetelor medico-sociale se obțin informații precise despre locuința clientului, distanța față de locul de muncă, despre mijloacele de transport accesibile, despre modul lui de viață și condițiile de muncă (programul zilei, regimul de alimentație, vacanțele), despre relațiile sociale pe care la are în familie, componența ei, carențele sanitare etc.

Dacă sunt neglijate condițiile în care clientul muncește, trăiește sau își petrece timpul liber, boala are șanse reduse de a se ameliora sau vindeca.

7.3. Diagnoza socială

Printr-o serie lungă de observații și de acțiuni, orice practician capătă o “experiență” profesională, care este foarte utilă în întreaga lui activitate. Debutantul, oricât de bine ar fi pregătit teoretic, nu poate avea tot atâta rapiditate și eficacitate în demersurile sale pe care le are un om cu multă experiență în meserie. Este o legitate a cercetării științifice că nu “găsește” decât cel care știe ce caută. Rareori întâmplarea intervine ca să ne pună pe calea unor descoperiri utile. În munca științifică nu trebuie să contăm pe întâmplare. Omul de știință se deosebește de cel neformat științific prin faptul că utilizează ca mijloc de cunoaștere și de acțiune ipoteza. Această ipoteză de lucru servește pentru sistematizarea observațiilor, astfel încât ele să ducă la confruntarea teoriei cu practica, la verificarea gândirii și la mânăuirea realității. Ipotezele trebuie verificate prin anchete științifice, organizate de asistenții sociali, fapt pentru care trebuie să stăpânească cât mai bine instrumentele metodologiei necesare. Numai pe această

bază se va putea pune un diagnostic și se vor putea lua măsuri de corecție sau ameliorare a situațiilor constatate.

Semnificația termenului “diagnostic” este cunoaștere precisă (de la grecescul *dia* – “a străbate prin” și *gnosis* – “cunoaștere”).

Diagnoza socială poate fi definită ca procedeu prin care se coordonează materialul adunat și se stabilește factorul viciat și cel cauzator al dependenței sociale¹.

Diagnoza socială, ca și cea medicală, este necesară pentru stabilirea și cunoașterea tuturor simptoamelor, a manifestărilor de anomalie și a circumstanțelor sociale care influențează starea dependentului.

Diagnoza socială este un rezultat, o opinie formată treptat, pas cu pas, în tot cursul investigației. Atât timp cât nu cunoaștem precis care este cauza principală de dependență a individului sau a familiei, lucrurile rămân în faza de investigație, iar asistentul social urmează să continue obținerea de informații.

În stabilirea diagnozei sociale, oricare ar fi cauzele dependenței, trebuie să le distingem cu deosebită grijă, încât dacă nu se pune suficientă atenție pentru separarea lor, se face muncă inutilă, înlocuindu-se efectul cu cauza, ceea ce este o greșeală fundamentală. Cauza este foarte des confundată cu efectul, îndeosebi când se pune problema de boală sau pauperism, care este generat de aceasta.

Programul de refacere trebuie să fie întocmit în așa fel, ca să elimine mai întâi cauza, și nu efectul. Ele se confundă adesea atât de mult, încât nu este chiar simplu de a se stabili ce a existat mai întâi -

¹ Vezi: *F.Mănoiu, V.Epureanu. Asistența socială în România. –București, 1997, p. 101.*

boala sau mizeria. Boala și mizeria sunt foarte strâns legate în asistența socială, sunt foarte apropiate: boala produce mizerie prin incapacitatea de muncă, iar mizeria produce boala prin insuficiența mijloacelor de îngrijire fizică. Adeseori, când se declară starea de dependență, ele există ambele și se pun ca două probleme diferite de dependență socială.

Numai în caz când la apariția primei probleme luăm din timp măsurile necesare de remediere, vom evita apariția celeilalte probleme.

Diagnoza poate avea și defectul de a fi prea largă în descrierea personalității și a situației în care trăiește dependentul, de a da prea multe amănunte, acordând tuturor detaliilor importanță egală. În stabilirea diagnosticului, factorii cauzali trebuie structurați după gradul lor de importanță: celor mai importanți să li se dea o atenție mai mare, celor secundari – una mai mică. Când li se dă importanță egală tuturor, se naște confuzie, nu vedem clar situația și nu putem deci recunoaște factorii principali de care trebuie să se țină seama în primul rând.

Sunt multe cazuri când în diagnoză cauza de dependență este precizată printr-un termen tehnic general, fără să se dea indicații în mod individual în ceea ce privește factorii cauzali terapeutici. Constatarea de văduvie, concubinaj, abandon sunt factori prea generali pentru ca pe baza aceasta să putem stabili măsuri de terapie socială. În medicină se poate uneori foarte bine prescrie o anumită rețetă pentru tratarea unui simptom sau boli, însă în terapia socială fiecare individ are nevoie de alt program terapeutic, conform personalității lui, după mediul și condițiile sociale speciale în care trăiește. Nu există două persoane cu care să se procedeze la fel. Trebuie să se cunoască

aptitudinile și defectele personale ale fiecărui individ în parte, la fel cât și condițiile sociale ale dependentului și ale persoanelor de care depind sau care depind de persoana respectivă.

Diagnoza socială trebuie să cuprindă:

- a) precizarea cauzei de dependență;
- b) indicarea factorilor cauzali de dependență;
- c) stabilirea factorilor care se pot exploata în favoarea terapiei sociale și a factorilor care constituie obstacole în terapia socială.

Pentru o mai ușoară orientare în munca de asistență socială se utilizează un formular de diagnostic sumar, cuprinzând probleme de morală, sănătate și de situație materială, de asemenea, posibilități de refacere (cazier social).

Orice diagnostic științific cuprinde:

- un diagnostic descriptiv (numit și nosologic);
- un diagnostic explicativ (numit și cauzal).

Diagnosticul descriptiv va cuprinde descrierea problemei și a condițiilor de viață ale familiei, iar diagnosticul cauzal va cuprinde analiza genetică a “carenței” funcționale și a efectelor ei.

1. Diagnosticul de primă înfățișare. Diagnosticarea diferențială a problemelor de asistență socială se face pe calea unei “simptomatologii”, adică pe baza cunoașterii unor serii de “semne” prin care se manifestă problema. Precizia diagnosticului diferențial nu se face pe cale intuitivă, ci sistematic, prin analizarea tuturor “simptoamelor” caracteristice fiecărui tip de caz în parte. Doar când găsim seria de simptome (adică sindromul), alcătuind laolaltă dovada

existenței unei probleme de o anumită categorie, putem proceda la o diagnosticare diferențială justă.

2. *Diagnosticul causal*. A constata și a descrie ce se întâmplă și cum se întâmplă nu este însă suficient. Acțiunea noastră de repunere în stare de funcționalitate a unei familii nu se poate întemeia pe simpla descriere a faptelor, ci are nevoie de o explicare a lor, de o precizare a proceselor ce au condus la apariția problemei de asistență socială.

E necesară o analiză a cauzei care face ca familia să fie carenată, adică a mecanismului încetării uneia din funcțiile ei. Punând față în față condițiile de viață ale familiei și efectele carențelor familiale pe care le putem observa direct, reconstituim procesul de carenare.

De exemplu, în analiza acestui proces de dereglare a funcțiilor familiale trebuie scoasă în relief inventarierea condițiilor cu efect negativ, stabilindu-se gradul de gravitate și ponderea pe care acestea o au în procesul de deteriorare a familiei. Unele condiții de viață familială se dovedesc a avea un rol hotărâtor, direct causal. De pildă, în materie de orfanaj, lipsa părinților și a rudelor în stare să preia grija copilului duce la problema de asistență a “orfanului lipsit de familie”, problemă care necesită o intervenție imediată din partea asistenței sociale din orașul sau localitatea respectivă.

De cele mai multe ori nu vom avea însă de a face cu asemenea determinări cauzale simple, ci cu un complex de condiții contributive, determinând laolaltă probleme de asistență, punând familia în situația de a nu-și putea exercita funcțiunile.

Dimpotrivă, vom ține seama și de condițiile care au un efect pozitiv asupra vieții de familie, fie că atenuează sau încetinesc

acțiunea condițiilor negative, fie că pot servi drept punct de plecare în procesul de normalizare a familiei întreprins de asistența socială.

Determinarea condițiilor principale, pozitive și negative, scrierea în ordinea ponderii lor se fac în special avându-se în vedere acțiunea de asistență socială, căutând adică să stabilim care este condiția sau care sunt condițiile asupra cărora putem acționa mai rapid și cu maximum de eficacitate, pentru a le ataca cu precădere. În acest sens diagnosticul cauzal servește elaborării unui plan de acțiune.

7.4. Metode și tehnici aplicate de asistentul social în lucrul cu familia

Studiul de caz

Asistența socială acordată familiei a fost considerată mult timp drept “family casework” (studiu de caz familial). Aceasta își avea justificare în intenția serviciilor sociale de a asigura bunăstarea și protecția copiilor din familie. *Scopul studiului de caz social* este ajutorul acordat indivizilor pentru rezolvarea problemelor personale și sociale. Studiul de caz poate implica ajutor în adaptarea la mediu sau poate implica ajutor pentru obținerea unor servicii necesare clientului².

Structura studiului de caz include următoarele elemente* :

1. Prezentarea problemelor:

- a) identificarea sistemului clientului (persoane, familia);

² Vezi: *M.Spânu*. Introducere în asistența socială a familiei și protecția copilului. –Chișinău, 1998, cap. IV.

* Vezi și Anexa 10.

- b) specificarea problemelor așa cum au fost ele prezentate de client, precum și a altor probleme importante;
- c) precizarea problemelor asupra cărora se lucrează.

2. *Istoria problemelor.*

3. *Evaluarea capacităților, punctelor slabe, modele și caracteristici:*

a) sisteme interpersonale:

- fizic (biologic);
- mental (cognitiv);
- psihologic (emoțional);
- stadiu de viață (probleme de dezvoltare);

b) alte tipuri de sisteme:

- modul de funcționare a sistemului social: familia sau alte persoane importante, munca, educația, rețeaua suportului social, situația financiară;
- contexte ecologice relevante, determinarea caracteristicilor mediului urban sau rural, determinarea sistemului economico-social;
- probleme ale diferențierilor care influențează situația clientului, definirea resurselor și a imaginii de ansamblu, a modului de ajutor: etnic, rasial, cultural, variabilă sex, variabilă vârstă, statut social-economic.

4. *Evaluarea:*

- a) cum trebuie definită problema;
- b) ce probleme suplimentare au fost percepute;

- c) ce factori bio-socio-economici și de mediu influențează problema prezentată;
- d) ce defecte ale sistemului clientului sau ale contextului în care acesta funcționează vor afecta rezolvarea problemei.

5. *Roluri:*

- a) roluri de intervenție:
 - scopul clientului;
 - scopul asistentului social;
 - resursele agenției și limitele acesteia;
- b) pentru fiecare scop sunt precizate obiectivele;
- c) durata de intervenție așteptată și planificată;
- d) anticiparea obstacolelor și cum vor fi ele depășite.

6. *Planul de intervenție:*

- a) metode pentru intervenție (individ, familie);
- b) sarcini de implementare: de către cine, cum și în ce ordine (sunt precizate persoanele fizice și juridice cu care se colaborează).

7. *Evaluarea planului, a rezultatelor și a metodelor de măsurare și documentare.*

8. *Problemele etnice, identificarea lipsurilor financiare și a deficiențelor de sistem.*

Istoricul social

Cuprinde informații referitoare la:

- date cu valoare faptică;
- interpretarea semnificației acestor date.

Structura istoricului social:

- a) informații de identificare a subiectului (numele, prenumele, data nașterii, telefonul, statutul material, religia);
- b) motivarea întocmirii istoricului social de către asistentul social;
- c) prezentarea succintă a problemei subiectului;
- d) prezentarea familiei subiectului (relații între membrii familiei, raporturi intergeneraționale);
- e) date despre sănătatea fizică și mentală a subiectului;
- f) date despre educația subiectului și performanța intelectuală;
- g) date despre situația economică a subiectului;
- h) date despre rezidență și posibilitatea de deplasare a subiectului;
- i) date despre resursele comunității necesare sprijinirii subiectului;
- j) observații și recomandări.

Ciclul de viață familială

Cunoașterea de către asistentul social a ciclului de viață familială pentru fiecare caz este importantă în lucrul cu familia, deoarece membrii familiilor se află în etape diferite ale acestui ciclu (Tab. 7.1). Utilizarea unei matrice (Tab. 7.2) poate ajuta pe asistentul social să organizeze abordarea fiecărei probleme.

Tabelul 7.1

Etapele ciclului de viață

Stadiul sau etapa	Sarcinile dezvoltării	Crizele dezvoltării
1	2	3
<i>Prenatal</i> (de la concepție la naștere)	<ul style="list-style-type: none"> • Dezvoltarea fizică în uter. 	
<i>Copilul foarte mic</i> (nou-născut până la 2 ani)	<ul style="list-style-type: none"> • Formarea atașamentului. • Diferențierea emoțiilor. • Maturizarea sistemului nervos și motor. • Începerea înțelegerii principiului cauzalității. 	Încrederea fundamentală contra lipsei de încredere în alții.
<i>Copilul mic</i> (între 2 și 4 ani)	<ul style="list-style-type: none"> • Fantezia și joaca. • Limbajul. • Autocontrolul. • Mișcarea. • Folosirea simbolurilor de gândire. 	Sensul fundamental de încredere și autonomie împotriva rușinii și a îndoielii de sine.
<i>Copilul la vârsta preșcolară</i> (5-7 ani)	<ul style="list-style-type: none"> • Jocurile în grup. • Identificarea sexului. • Identificarea standardelor morale. • Învățarea clasificărilor, combinațiilor și a altor abilități intelectuale. 	Spiritul de inițiativă împotriva tendinței de a-i imita pe alții.

Tabelul 7.1 (sfârșit)

1	2	3
<i>Vârsta școlară mijlocie</i> (8-12 ani)	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperarea. • Jocul în echipă. • Identificarea sexului prietenilor. • Introspecția. 	Încrederea în sine contra inferiorității.
<i>Adolescența timpurie</i> (13-17 ani)	<ul style="list-style-type: none"> • Maturizarea fizică și sexuală. • Relațiile de prietenie în grup. • Relațiile între sexe. • Procesul de gândire abstractă. • Experimentarea unor emoții puternice. 	Identitatea de grup contra alienării.
<i>Adolescența târzie</i> (18-22 ani)	<ul style="list-style-type: none"> • Identitatea rol - sex. • Interiorizarea unor principii morale. • Alegerea carierei și separarea de părinți. 	Identitatea individuală contra conflictului de rol și confuzie.
<i>Adulți tineri</i> (23-24 ani)	<ul style="list-style-type: none"> • Căsătoria, nașterea copilului. • Responsabilitatea la locul de muncă. • Dezvoltarea unui sistem de viață separat de familie. 	Intimitate contra izolare.
<i>Adulți de vârstă medie</i> (35-60)	<ul style="list-style-type: none"> • Creșterea copiilor. • Dezvoltarea profesională. • Organizarea resurselor materiale. 	Îngrijorare pentru problemele societății contra stagnare și autoizolare.
<i>Adulți în vârstă</i> (61 –100 ani)	<ul style="list-style-type: none"> • Confruntarea cu schimbări fizice și probleme de sănătate. • Redirecționarea energiei după pensionare. 	Integritate contra disperare.

Tabelul 7.2

Matricea ciclului de viață

<i>Membrii familiei</i>	<i>Etapele de vârstă</i>								
	0-1	2-4	5-7	8-12	13-17	18-22	23-24	35-60	60
bunica									X
bunelul									X
tatăl							X		
mama							X		
fiul					X				
fiica			X						
fiica		X							
fiica	X								

Genograma și ecomapa

Genograma este un instrument utilizat întru înțelegerea dinamicii familiilor și caracteristica ei principală constă în descrierea relațiilor intergeneraționale într-o familie, utilizarea unor coduri ale căror descifrare este menționată într-o legendă care ajută la exprimarea schematică a relațiilor intergeneraționale cu relevanță pentru istoricul social.

În Fig. 7.1 sunt aduse exemple de coduri utilizate în realizarea genogramei.

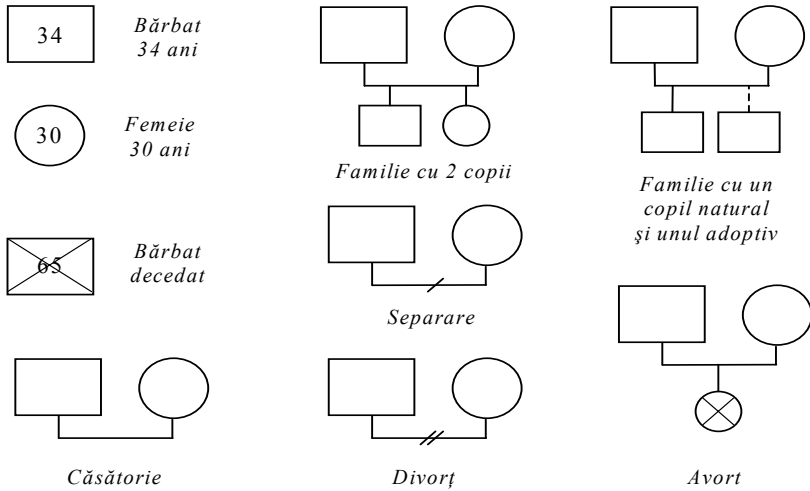


Fig. 7.1. Exemple de coduri utilizate în realizarea genogramei.

Ecomapa reprezintă un instrument cu ajutorul căruia asistentul social precizează grafic locul individului și al familiei în context social, evidențiind natura relațiilor existente, intensitatea conflictelor. Ca și genograma, ecomapa se realizează cu ajutorul unor coduri și simboluri care exprimă o gamă variată de raporturi interindividuale și sociale ale subiecților analizați (vezi exemplul din Fig. 7.2).

Cu ajutorul observației și ascultării active, asistentul social realizează o proiecție grafică a relațiilor din interiorul familiei.

Cine examinează o ecomapă, poate să găsească răspunsuri la întrebări, precum:

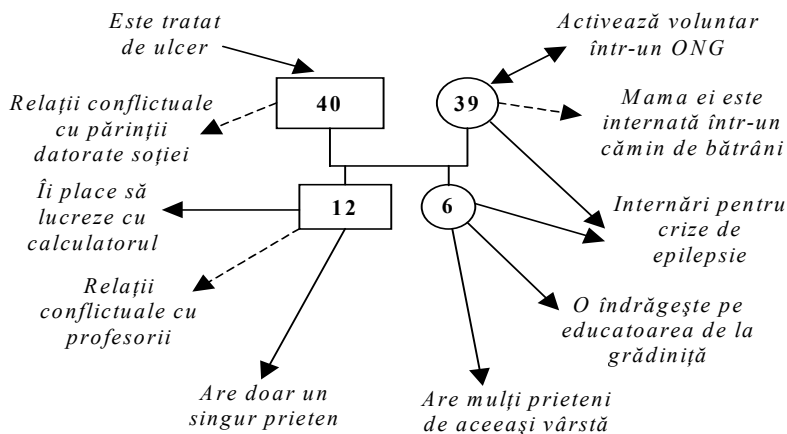


Fig. 7.2. Exemplu de ecomapă simplă.

- Are familia un venit suficient pentru a acoperi cheltuielile de întreținere, hrană, transport, educație?
- Membrii familiei au locuri de muncă?
- Care sunt relațiile dintre membrii familiei?
- Interacționează familia cu rude, vecini, prieteni?
- Copiii familiei au acces la educație?
- Participă familia la activități religioase, sociale, politice și culturale? etc.

Terapia familială

Conceptul de terapie familială evidențiază faptul că subiectul schimbării este însăși familia. E cunoscut că fiecare familie se distinge prin rețeaua comunicativă și prin structura relațiilor dintre subsisteme. Ciclul de viață familială explică modificările pe care le cunosc sistemele familiale în funcție de etapele de dezvoltare ale fiecărui membru. Familiile pierd și câștigă permanent membri și își dezvoltă necesitățile, își transformă structura relațiilor interpersonale în acord cu evoluția fiecărui subsistem.

Conceptul de terapie familială se referă la procesul prin care familia ca sistem este ajutată să dobândească capacitatea de a schimba structura interacțiunilor dezvoltate cu scopul de a favoriza fiecărui membru libertatea de a se dezvolta într-o direcție favorabilă sieși, reducându-se astfel gradul și intensitatea factorilor de risc. Termenul de terapie familială este relativ recent, începând a fi utilizat în urmă cu 30 de ani cu referire la intervenția profesionalismului în familia percepută ca întreg. Sunt mai mulți teoreticieni ai terapiei familiale, printre care: Virginia Satir, Salvador Minuchin și Jay Haley, cercetători în domeniul psihologiei. Vom dezvoltă succint esența acestor învățături.

Abordarea terapiei familiale din perspectiva Virginiei Satir³

Încă din 1967 cercetătoarea Virginia Satir a considerat că structurile de comunicare în familia cu probleme sunt vagi, indirecte, nedefinite, cuplul marital evită să discute dificultățile familiale legate de necesități și proiecte, ceea ce conduce la implicarea inegală a părților în procesul performanțelor în rol; este astfel accentuat stresul

³ Vezi: *Satir V. Conjoint family therapy*, Palo Alto, California: Science and Behavior Books, 1967.

referitor la pierderi posibile, iar conflictele maritale se instalează și în aria relațiilor parentale. Copiii devin victime ale relațiilor tensionate între părinți, fiind abuzați fizic, emoțional, sexual sau neglijăți din punctul de vedere al dezvoltării, îngrijirii, educației. Părinții sunt marcați de incapacitatea de a găsi echilibrul între a da și a primi, ceea ce explică abuzurile de comportament și disfuncționalitățile familiale. Stima de sine redusă a părinților se corelează cu disputa pentru impunerea unei structuri a puterii și deciziei, diminuându-se cooperarea intersistemică. Fiecare dintre soți înțelege că partenerul nu reprezintă doar o extensie a propriilor aspirații și modele. Modul în care este percepută diferența ca sex, vârstă, personalitate conduce spre experiențe negative în absența definirii principalelor dimensiuni ale familiei. Următoarele etape ale evoluției cuplului și familiei anunță o capacitate naturală scăzută de a depăși stresul, dificultățile emoționale, materiale sau financiare. Propriile nevoi sunt exacerbate pentru a se obține recunoașterea individuală acolo, unde, de fapt, subiectul eșuează în a înregistra performanță, idei, comportamente; sentimentele sunt impuse uneori în mod forțat, ceea ce mărește distanța dintre partenerii cuplului marital. Poziționarea individuală față de experimentarea diferenței devine inconfortabilă, iar comunicarea încetează de a fi directă, autentică. Necesitățile sunt nesatisfăcute în contextul transmiterii unidirecționale a mesajelor, mai ales în conjunctura nepreluării reciproce a rolului. Comunicarea nonverbală transmite semnele insatisfacției individuale; nu este conexasă cu cea verbală și de aceea mesajele sunt distorsionate, provocând neînțelegere și tensiuni. Atunci când elementele de comunicare nonverbală (tonul, expresia facială, gesturile) concordă cu înțelesul cuvintelor (spre exemplu, “sunt tristă”, afirmație însoțită de absența zâmbetului și chiar de lacrimi), comunicarea este

congruentă. Adesea însă comunicarea este *incongruentă* în condițiile creșterii gradului de neînțelegere și de stres. Comunicarea incongruentă, explicată de Virginia Satir ca un exemplu de dublu mesaj ce plasează receptorul în poziții duale, ireconciliabile, stă la baza dificultăților pe care le înregistrează unele familii în realizarea propriului management al resurselor emoțional–umane și materiale.

Obiectivele terapiei familiale pe care le propune V.Satir se fundamentează pe prezumția că fiecare individ are capacitatea de a crește, de a se dezvolta, de a prelua responsabilitatea pentru propriile alegeri și decizii. Această ipoteză conduce spre următoarele concluzii:

1. *Maturitatea permite fiecărui individ să-și interpreteze propriile idei și sentimente făcând afirmații deschise despre ceea ce gândește și simte.*
2. *Abilitatea de a coopera cu propria personalitate reprezintă premisa pentru a accepta relația cu alt individ.*
3. *O altă persoană trebuie să fie înțeleasă ca altcineva unic și separat de propria identitate; ea trebuie acceptată în virtutea înțelegerii diferenței.*
4. *Existența diferenței este o provocare la a învăța și a accepta, și nu la a fi intolerant sau a lupta împotriva cuiva.*

Pentru a ajuta membrii familiei cu dificultăți în a înțelege propria unicitate și de a accepta diferența prin comunicare, V.Satir a apelat la “*tehnica aserțiunii eu*”. Fiecare membru al familiei a fost stimulat să vorbească despre sine, integrându-se astfel într-o relație de comunicare congruentă, care evidențiază faptul că acceptarea și utilizarea diferenței reprezintă un catalizator al propriei dezvoltări. Dacă sistemele familiale ar fi identice, competiția ar lipsi, iar

oportunitatea de a înțelege complexitatea relațiilor interumane nu ar exista. V.Satir mai propune utilizarea tehnicii “*sculptura familiei*”, prin care se ilustrează ipotezele neverbalizate folosite în familie. Tabloul “vivant” obținut în urma sculpturii familiale exprimă relațiile, care pot fi flexibile sau rigide, dintre membrii familiei, iar subsistemele identificate pot fi caracterizate de cel care îndeplinește rolul de sculptor. Înțelegerea finală a problemelor familiei este astfel mult mai clarificată, întrucât membrul familiei care preia rolul de sculptor explică celorlalți membri modul în care a realizat această “modelare” ca o protecție individuală a relațiilor interpersonale existente în familie. O altă idee transmisă prin această tehnică este cea care enunță schimbarea. Prin terapia familială propusă de Satir familia este ajutată să coopereze cu schimbarea prin negociere în interiorul sistemului a noilor reguli care le pot substitui pe cele vechi și irelevante. În acest context se creează cadrul necesar enunțării ideilor, care contribuie la depășirea unor dificultăți datorate lipsei de comunicare congruentă, autentică, relevantă.

Principalul obiectiv al intervenției în familie, din perspectiva terapiei familiale propuse de V.Satir, constă în clarificarea structurilor de comunicare din cadrul familiei și orientarea acestora spre congruență. Perfecționarea metodelor de comunicare implică următoarele rezultate:

- 1) fiecare membru al familiei ar trebui să fie în stare să explice complet și corect ceea ce vede, aude, simte și gândește despre sine și alții;
- 2) fiecare membru al familiei trebuie să aibă capacitatea să se raporteze la propria personalitate, astfel încât deciziile sale să

fie luate în termenii cunoașterii de sine și explorării propriilor necesități și aspirații, și nu în cei ai utilizării abuzive a puterii;

3) diferențele pot fi utilizate pentru stimularea creșterii și dezvoltării individuale.

Abordarea terapeutică a familiei din perspectiva lui Salvador Minuchin⁴

S.Minuchin subliniază importanța terapeutică a diferențierii subsistemelor din sistemul familial, pentru autor fiind semnificativă restructurarea acestor subsisteme dacă ele prezintă semnele disfuncționalității.

De exemplu, într-o familie copilul eșuează în activitatea școlară, iar tatăl întâmpină dificultăți în afaceri. În urma problemelor materiale apărute în familie, mama este cea care încearcă un alt tip de management familial, întrucât tatăl refuză să-și îndeplinească în mod corespunzător rolurile în familie: el este dezamăgit, confuz și anxios, nu se interesează de problemele familiei, de necesitățile ei care, în timp, devin din ce în ce mai complexe. Mama preia aproape integral rolul de manager, luând decizii pentru întreaga familie. Relația sa cu fiul se deteriorează, deoarece acesta refuză să-și curețe camera, să îndeplinească datoriile școlare. Mama consideră că-și protejează soțul împotriva unui grav insucces în afaceri și de aceea afirmă că în familie nu sunt probleme, negarea reprezentând astfel o formă de autoprotecție. Terapeutul poate în relațiile cu mama să-i sugereze acesteia că este important pentru rolul său de mamă să continue să-și exprime nemulțumirea și dezacordul față de comportamentul copilului. În același timp, aceeași atitudine va trebui abordată și în

⁴ Vezi: *Minuchin S. Families of the slums.* -New York: Basic Books, 1967.

relația cu soțul. Aceste recomandări din partea mamei către copil de a-și asuma responsabilitatea contribuie la o orientare corectă a acestuia, iar punctul de vedere al mamei referitor la atitudinea tatălui poate fi susținut și de cel mai mic membru al familiei. Astfel, se evidențiază complexitatea problemelor care nu aparțin exclusiv doar unui singur membru al familiei, ci tuturor. Tatăl poate primi astfel, de la ceilalți membri ai familiei, semnele înțelegerii situației, ceea ce va determina autoanaliza și reluarea responsabilităților de soț și tată. Mamei i se clarifică faptul că nu a deschis o ofensivă împotriva fiului pentru a-l proteja pe soț, ci doar că relația sa cu soțul trebuie să fie interconectată cu cea filială, pentru ca familia să excludă orice dificultate.

Ceea ce Minuchin numește “*sugestie paradoxală*” evidențiază granițele dintre subsistemele unei familii, contribuind la refacerea acesteia prin acordarea unui nonsens creșterii și dezvoltării. Din perspectiva structurală, orice familie conține subsisteme care trebuie să funcționeze corect în virtutea respectării granițelor dintre ele. Așadar, familia are tendința de a-și menține structura, dar și de a se schimba în funcție de condițiile fluctuante. Intervenția asistenței sociale pune în evidență resursele pe care membrii familiei le dețin în concordanță cu subsistemele din care fac parte, precum și utilizarea lor. Terapia familiei, așa cum a fost ea dezvoltată de Minuchin, contribuie la reechilibrarea sistemului familial prin:

- redefinirea granițelor dintre subsisteme;
- eliminarea disfuncționalității din sistemul familial;
- schimbarea percepției relațiilor ierarhice din interiorul familiei.

Abordarea terapiei familiale din perspectiva lui Jay Haley

Autorul utilizează în terapia familială modelul strategic focalizat pe structurile comunicaționale: cum contribuie comunicarea verbală sau nonverbală la menținerea homeostazei sistemului? Homeostazia este tendința de a nu produce schimbare, de a rămâne stabil. Toți membrii sistemului familial contribuie la acest echilibru prin consolidarea reciprocă a comportamentului. O deviere prea mare de la norme va fi contracarată și sancționată. Pentru Haley cel mai important element în terapia familiei este cel reprezentat de premisa că actuala problemă semnalată este produsă de familie. El consideră că trebuie de lucrat cu întreaga familie tocmai pentru a defini corect și relevant problema cu toate particularitățile ei, după care urmează etapa elaborării unui plan orientat spre schimbarea comportamentului. Haley utilizează strategia acordării sarcinilor fiecărui membru al familiei pentru a impune astfel deplasarea sistemului spre o zonă funcțională.

De exemplu, problema unei fetițe cu enuresis. Tatăl consideră că mama este prea exigentă și, ca atare, ar trebui să devină mai înțelegătoare. Tatălui i se stabilește de către terapeut sarcina de a schimba lenjeria copilului în timpul nopții.

Deși mulți terapeuți orientați spre teoria sistemului familial consideră că imediat ce un simptom este corelat cu un tratament, un altul va apare pentru a îndeplini funcția primului, totuși Haley a fundamentat ideea că prin terapie familială membrilor familiei li se oferă posibilitatea de a experimenta o schimbare pozitivă - în urma acesteia ei pot învăța analizând rezultatele acțiunilor sale. În exemplul dat anterior, Haley consideră că încredințându-i-se tatălui sarcina de a schimba lenjeria umezită de către copil, el va înțelege necesitatea

consolidării sistemului parental, colaborând mai strâns cu mama tocmai pentru a rezolva problema de comportament a copilului. Uneori schimbările propuse de terapeut pot declanșa tendința sistemului de a opune rezistență și de aceea este nevoie de a aplica tehnica “redefinirii”, prin care semnificația unui comportament este redimensionată din perspectiva familiei ca întreg.

Cu aceleași efecte terapeutice se pot folosi “imaginile vorbitoare” în lucrul direct cu copiii din familiile cu probleme, dezvoltându-se încrederea în sine a copilului și vizându-se echilibrul său psihic (după King).

Evaluarea sprijinului social

Sprijinul social este definit ca “informație verbală sau nonverbală, sau sfatul, ajutorul concret, sau acțiunea care sunt oferite de asistentul social clientului și care au consecințe asupra comportamentului și stării emoționale ale clientului”⁵. Sprijinul social este componentă a rețelei sociale cu care fiecare individ sau grup interacționează în contextul vieții comunitare sau sociale. S-a constatat că familiile care au nevoie de sprijin social sunt adesea izolate de rude sau prieteni, fiind în incapacitatea de a-și rezolva problemele legate de satisfacerea necesităților fundamentale. Acordarea sprijinului social necesită întocmirea unei mape a rețelei de relații sociale care folosește drept instrument în atingerea obiectivului propus de către asistentul social - *dezvoltarea de către client a capacității de autopercepere și de autoevaluare realistă*.

Mapa rețelei de relații sociale, proiectul de sprijinire socială a familiei poate fi prezentat în forma adusă în Fig. 7.3.

⁵ *M.Spânu*. Introducere în asistența socială a familiei și protecția copilului. -Chișinău, 1998, p. 168.

Data.....

Asistentul.....

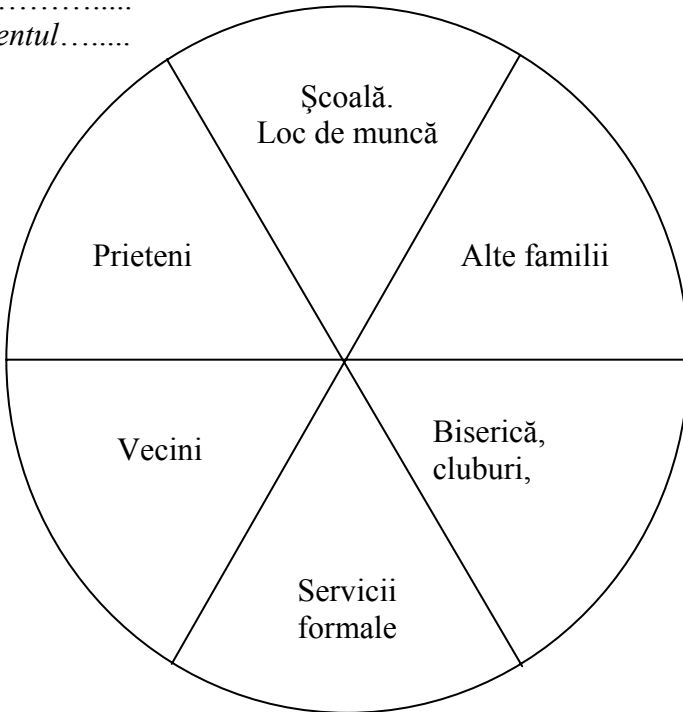


Fig. 7.3. Mapa rețelei de relații sociale.

(După: Tracy E. M., Whittaker J. K. Families in Society, The Journal of Contemporary Human Services, 1990.)

Consilierea

A consilia pe cineva cu probleme personale nu reprezintă nici un act magic și nici unul mistic, deși uneori rezultatele sunt incredibile. Pregătirea de specialitate a consilierului și experiența în domeniu sunt elementele decisive pentru parcurgerea cu eficiență a

etapelor acestui tip de sprijin și ajutor. În linii mari, din perspectiva celui care acordă ajutor, consilierea presupune trei faze:

- 1) construirea unei relații;
- 2) explorarea în adâncime a problemelor;
- 3) formularea soluțiilor alternative.

Se delimitează, însă, și perspectiva clientului, din acest punct de vedere putându-se aborda opt stadii ale consilierii:

- 1) *conștientizarea problemei*: “Am o problemă!” sau “Cred că sunt într-o dificultate!”;
- 2) *construirea unei relații cu consilierul*: “Cred că acest consilier mă poate ajuta”;
- 3) *motivația*: “Cred că pot să-mi îmbunătățesc situația!”;
- 4) *conceptualizarea problemei*: “Problema mea nu este de nerezolvat”;
- 5) *explorarea strategiilor*: “Înțeleg că sunt câteva planuri de acțiune pe care pot să le încerc pentru a-mi ameliora situația”;
- 6) *selectarea strategiei*: “Cred că această abordare m-ar ajuta și sunt gata să o încerc”;
- 7) *implementarea*: “Această abordare mă ajută foarte mult!”;
- 8) *evaluarea*: “Deși această abordare mi-a luat o parte din timp și a solicitat efort, consider că a meritat”.

Unii practicieni refuză să-i confere consilierului statutul pe care-l merită, substituindu-l fie cu tehnicile psihoterapeutice, fie cu interviul. E adevărat că rolul său este asemănător cu cel al

psihoterapiei, dar există o deosebire majoră: psihoterapia, utilizată de psihologi și psihiatri antrenați special în această direcție, constă în interpretarea patologiei problemelor clienților, în timp ce consilierea interpretează lipsurile actuale ale clienților. Deci, prin consiliere se urmărește adaptarea optimală la condițiile de viață și dezvoltarea personalității deja existente, rezolvarea în primul rând a conflictelor interpersonale. Când un client are probleme ce depășesc abilitatea consilierului, acesta este îndreptat spre serviciile de specialitate.

Există un raport specific între consiliere și interviu. Se poate spune că tehnica de consiliere este o extensiune a interviului, întrucât sunt utilizate aceleași procedee de comunicare, chiar dacă există, din partea consilierului, o participare cu multă căldură, acceptare și înțelegere. Însă sunt și diferențe. Una dintre acestea se referă la nivelul de rezistență a clientului, mai scăzut în timpul procesului de consiliere.

O altă diferență specifică a consilierii se referă la utilizarea unor teorii care fundamentează obiectivele și formele de desfășurare. Cel mai frecvent, acestea sunt aplicate în conexiunea lor (de exemplu, teoria psihanalitică este aplicată atunci când se intenționează “pătrunderea” psihologică spre mecanismele de apărare și rezistență ale clientului, activitatea în timpul intervenției lucrătorului social).

Una dintre cele mai cunoscute tehnici de consiliere este cea a terapiei centrate pe client, ce se realizează prin prezența a patru procedee:

- ascultarea activă;
- clarificarea;
- parafrizarea;
- reflectarea sentimentelor.

Pentru a face posibilă o asemenea intervenție, consilierul trebuie să probeze, în relația sa cu clientul, trei atribute principale:

- atitudinea pozitivă și necondiționată;
- abordarea cu sinceritate;
- empatia.

Atitudinea pozitivă necondiționată se instalează când lucrătorul social reușește să comunice clientului o acceptare completă și sinceră a personalității acestuia, cu tot ce ține de manifestarea ei. Este complet neindicată poziția moralizatoare, de etichetare a unor acte, atitudini sau sentimente.

Sinceritatea, ca o condiție fundamentală, constă în “dezvăluirea” propriei personalități în activitatea cu clientul. Trebuie de precizat că sinceritatea are un caracter profesional, deci autodezvăluirea va viza acele elemente ale personalității integrate, care să poată activa și dezvolta componente corespunzătoare ale eu-lui clientului.

Empatia este capacitatea de a participa la ceea ce simte clientul, este o fuziune cu sentimentele acestuia. Implică mai mult decât o înțelegere de tip intelectual, este un transfer emoțional în universul interlocutorului. Această calitate, pentru a fi dezvoltată, necesită un antrenament deosebit ce începe cu ascultarea activă și se finisează cu asimilarea unor vaste cunoștințe și experiențe despre cauzele și motivele comportamentului uman.

Interviul

Interviurile folosite în asistența socială se împart conform următoarei clasificări:

- A. Interviul informațional;
- B. Interviul de diagnostic;
- C. Interviul terapeutic.

Realizarea interviului fără un ghid reprezintă una dintre gravele erori pe care le înregistrează mulți dintre asistenții sociali, îndeosebi cei fără experiență. În planificarea interviului sau realizarea ghidului de interviu* prezintă importanță următoarele întrebări:

1. Care sunt obiectivele intervenției asistentului social și cum vor fi ele atinse prin intermediul întâlnirii cu clientul?
2. Ce decizii sunt vizate pentru a fi formulate în timp?
3. Sunt implicați în procesul ajutorării clientului și alți profesioniști?
4. Cât timp va dura interviul?
5. Unde se va desfășura?
6. Ce aranjamente sunt necesare pentru interviu?
7. Ce tehnici pot fi aplicate în timpul interviului?
8. Ce factori trebuie luați în considerație pentru pregătirea interviului (culturali, etnici, religioși etc.)?
9. Ce stări ale clientului trebuie avute în vedere pentru pregătirea interviului (anxietate, furie, confuzie etc.)?
10. Ce date medicale trebuie apreciate înainte de interviu (stare de sănătate, fizică și psihică, tratamente și efecte)?
11. Ce documentație este necesară pentru pregătirea interviului?

* Un model de ghid de interviu este adus în Anexa 11.

A. Interviu informațional

Interviul informațional este desemnat să obțină materialul necesar realizării istoricului social al clientului cu care relaționează asistentul social. Scopul acestui tip de interviu constă în obținerea informației care să-l ajute pe asistentul social să înțeleagă mai bine clientul și problemele lui. Structura interviului este următoarea:

- informații de identificare: numele, data nașterii, adresa, telefonul, ocupația, religia, rasa, statutul material, înălțimea, greutatea;
- prezentarea problemei: problema prezentată de client sau motivația întocmirii istoricului social;
- date despre familie și copilărie: sunt prezentate experiențe familiale, probleme ale dezvoltării (vârsta la care a început să vorbească, să meargă, aspecte ale autoîngrijirii și igienei, relații cu părinții, cu frații și surorile, crize de adaptare în timpul micii copilării;
- performanțe școlare - o apreciere a evoluției subiectului în mediul școlar: absenteismul sau tendința de abandon, performanța școlară, pozitivă sau negativă;
- starea de sănătate: este prezentată o evaluare a stării de sănătate fizică și mentală, a internărilor subiectului;
- istoria maritală: se prezintă elemente semnificative ale relațiilor din cadrul sistemului marital, sentimente și experiențe maritale;
- istoricul angajării: unde este angajat, unde a mai fost angajat anterior, ce poziție ocupă, dacă sunt probleme;

- contacte cu alte instituții sau agenții care au ajutat până în prezent clientul, ce fel de ajutor a primit clientul din partea acestora (dacă a fost implicat în psihoterapie);
- impresii generale: sunt prezentate impresiile asistentului social despre client și observațiile din timpul interviului.

B. Interviul de diagnostic

Ceea ce deosebește interviul informațional, sau istoricul social, de interviul de diagnostic este natura întrebărilor din acest al doilea tip de interviu, ele fiind orientate spre decizii specifice care pot justifica tipurile de servicii oferite clientului în funcție de problemele evidențiate.

De exemplu, asistentul social lucrează într-o rezidență destinată copiilor cu nevoi speciale; el va trebui să-și organizeze interviul de diagnostic pentru a decide dacă copiii, ai căror părinți au depus cereri pentru internare, vor fi sau nu admiși în acest tip de instituție. Dacă asistența socială oferă servicii de protecție, el va trebui să decidă, împreună cu alți profesioniști, dacă un copil a fost supus abuzului fizic sau nu, sau dacă a fost deprivat din punct de vedere social.

C. Interviul terapeutic

Scopul acestuia este de a sprijini clienții pentru a produce schimbări în modul în care își desfășoară viața și activitatea sau în propriul comportament. De exemplu, un părinte poate fi sprijinit pentru a-și exercita corect abilitățile parentale: un client care este într-o stare depresivă sau foarte anxios, sau prezintă tendința de suicid, poate fi sprijinit pentru a face față acestor probleme; un client care tocmai a fost eliberat din închisoare poate fi sprijinit și ajutat să se angajeze, să-și găsească o slujbă; un cuplu care prezintă probleme

maritale poate fi ajutat să-și îmbunătățească stilul de comunicare și să-și amelioreze condițiile în care se dezvoltă ca sistem familial.

Exemplu. Un soț sau o soție pot fi sprijiniți să-și ajute partenerii de viață pentru a renunța la alcool, tutun, droguri. Din acest exemplu rezultă faptul că interviul terapeutic presupune absența persoanei pentru care este vizată schimbarea cu efect terapeutic.

Indiferent de tip, interviul necesită trei etape:

- deschidere;
- conținut;
- încheiere.

Deschiderea interviului

Inițierea discuțiilor poate aparține atât clientului (care, după ce este invitat să se simtă confortabil, vorbește asistentului social despre îngrijorările și preocupările sale), cât și asistentului social. Pentru începutul și sfârșitul interviului sunt recomandate conversații cu caracter general care au scopul de a pregăti emoțional clientul. De altfel, acesta este sprijinit să realizeze tranziția de la un mod de interacționa familiar la unul nou și nefamiliar, care presupune răspunsuri pentru care are experiență limitată.

Nu sunt dezirabile inițieri ale interviului de genul:

- “Cu ce vă pot ajuta?”, deoarece se poate astfel sugera că elementul principal în rezolvarea problemei este asistentul social, ceea ce este fals;
- “Aveți o problemă?”, deoarece prin această formulare se poate sugera că asistentul social percepe clientul ca un “caz de psihiatrie sau ca un caz foarte special”.

Conținutul interviului

Este absolut necesar ca asistentul social să indice clientului rolul său în cadrul interviului și apoi să aprecieze obiectivul interviului. Exemplu: “Buna ziua! Sunt... asistent social în această școală. Astăzi aș dori să stăm de vorbă, deoarece ți-am văzut situația școlară și se pare că întâmpini dificultăți. Poate vom discuta despre aceasta?”

Întrebările care reprezintă conținutul interviului trebuie redactate cu multă rigurozitate, deoarece prin intermediul lor se obțin informații, iar clientul este ajutat și încurajat să-și spună “povestea vieții”, să-și exteriorizeze sentimente și chiar să-și selecteze alternative pentru rezolvarea propriei probleme. Întrebări de genul “Ce simți gândindu-te la...” sau “Poți să-mi descrii ce simți?” sunt des întâlnite și permit sondarea gamei de idei și sentimente ale clientului. Un asistent social cu abilități de comunicare trebuie să-și verifice tonalitatea folosită în formularea întrebărilor, deoarece în funcție de tipul de problemă tonul va sugera înțelegere, empatie, recunoașterea unei stări, sau fermitate. Iată câteva exemple de întrebări formulate greșit și varianta lor corectă:

Varianta cu erori:

Când v-ați lovit ultima oară soția?

Ați făcut un real progres, nu-i așa?

Vă place Maria?

V-ar place să discutați despre căsnicie sau despre slujbă în această dimineață?

Varianta corectă:

V-ați lovit vreodată soția?

Ce progres credeți că ați făcut?

Ce simțiți pentru Maria?

Despre ce ați vrea să discutăm în această dimineață?

Încheierea interviului

Această etapă este deosebit de complexă, deoarece ambele părți s-au familiarizat una cu cealaltă. De aceea, clientul va fi pregătit chiar de la începutul interviului pentru această etapă. Este necesară o întâlnire anterioară, denumită de unii autori “tema de acasă,” care este formulată de asistentul social la finalul interviului. Aceasta poate fi folosită, spre exemplu, în cazul unui cuplu cu probleme de comportament sexual, între două întâlniri cu asistentul social, cei doi fiind încurajați să vorbească despre această dificultate.

Unii clienți își exprimă îngrijorările abia la sfârșitul interviului. Sfârșitul este important, pentru că ceea ce se întâmplă în timpul acestei ultime faze este în măsură să determine impresia interviului asupra interviului ca întreg.

Strategia interviului

Reguli pentru dezvoltarea experienței profesionale:

1. Întrebați ce trebuie, nici mai mult nici mai puțin, și așteptați pentru întrebarea următoare. Nu încercați să umpleți timpul cu “tăcerea”. Studiarea reacțiilor în pauzele conversației este o tehnică de interviu. Pentru succesul interviului este necesară **SIGURANȚA!**

2. Acordați atenție celui cu care vorbiți pentru a înțelege exact sensul exprimării. Dacă el nu este politicos, cereți-i să-și reformuleze problemele.
3. Nu întrerupeți și lăsați timp de gândire pentru răspuns. Nu faceți pauze mari, veți fi dezavantajat.
4. Nu jucați ca un comediant! Subiectul așteaptă să audă și să vadă persoane bine intenționate, pricepute, descurcărețe. Dacă vă faceți plăcut, e perfect. Nu se obișnuiește a se vorbi aspru sau foarte încet și laconic.
5. Nu încercați să faceți eforturi disperate pentru a vă face agreat de subiect, pentru că el nu dorește să vadă asta. Investigatorul experimentat este profund și controlat. Fiți onești! Puneți accentul pe motivația de a-l ajuta.
6. Încercați să priviți permanent interlocutorul în ochi și lăsați-l să creadă că este evaluatorul soluțiilor dumneavoastră.
7. Rămâneți permanent pe aceeași lungime de undă cu subiectul. Clarificați-vă eventualele neînțelegeri, dar nu vă lăsați imaginația să plutească. Țineți în frâu imaginația!

Cele expuse sunt completate de Fig. 7.4, 7.5 și 7.6 ce urmează, unde sunt sintetizate un șir de reguli pentru investigator, e descrisă comunicarea în cadrul interviului și sunt aduse elemente necesare unui interviu eficient.

Ascultarea activă

Ascultarea poate fi prezentată prin intermediul a trei procese: receptarea mesajului, interpretarea și transmiterea mesajului.

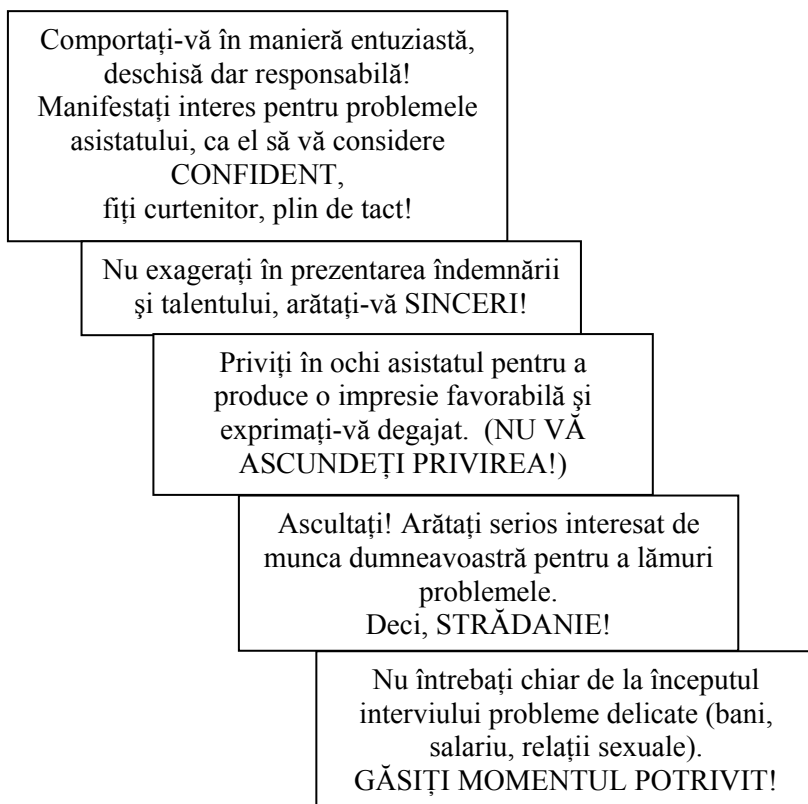


Fig. 7.4. Reguli pentru investigator.

1. *Receptarea* reprezintă un proces închis, eșecul în receptare intervenind în momentele când asistentul social încetează să asculte cu atenție.
2. *Interpretarea mesajului* este, de asemenea, un proces închis, prezentând analiza mesajului receptat și înțelegerea semnificației acestuia. Erorile se pot instala datorită distorsiunilor care împiedică înțelegerea cu acuratețe a

mesajului trimis de client. Problemele apărute se centrează pe tendința asistentului social de a asculta ceea ce dorește să audă de la client (se anulează comunicarea bidirecțională).

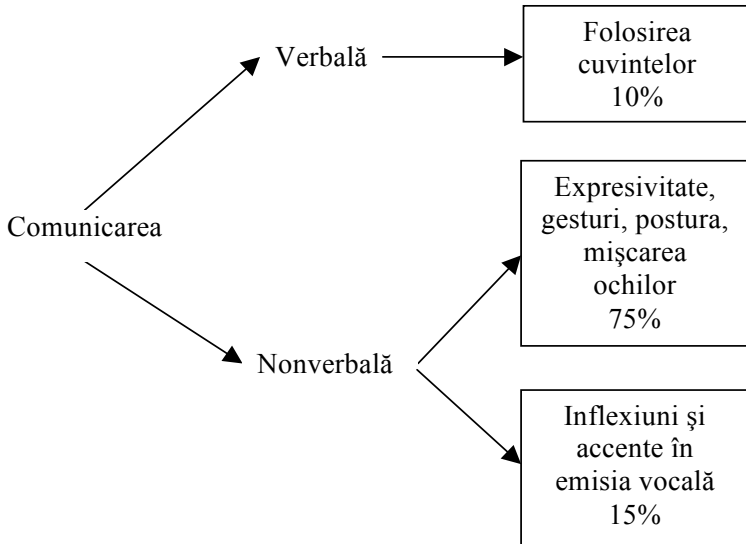


Fig. 7.5. Comunicarea în cadrul interviului.

3. *Transmiterea mesajului* reprezintă secvența finală a ascultării. Se consideră că un asistent social poate recepta corect un mesaj, dar, datorită lipsei de abilități de comunicare, poate avea dificultăți în transmiterea mesajului; oricum, aceste probleme par a fi mai ușor de corijat decât în procesele anterioare.

Se poate vorbi despre patru tipuri de răspunsuri specifice ascultării:

- 1) clarificarea;
- 2) parafrizarea;
- 3) reflectarea;
- 4) rezumarea.

Clarificarea are următoarele scopuri:

- face eficient mesajul clientului;
- confirmă acuratețea percepției mesajului de către asistentul social;
- verifică corectitudinea înțelegerii mesajului.

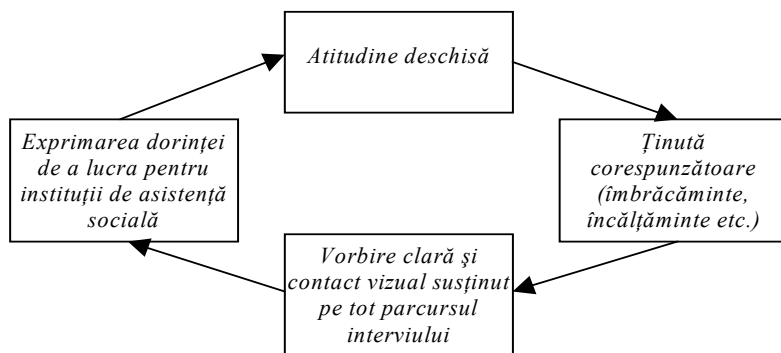


Fig. 7.6. Elemente necesare unui interviu eficient.

Exemplu: Afirmația clientului: “Am 35 de ani și sunt văduvă cu doi copii. Toată viața mea s-a schimbat după moartea soțului. Mă simt atât de nesigură în legătură cu puterea mea de a lua decizii pentru

familie. De mult nu mă mai pot odihni bine noaptea, nu mă mai pot concentra, am început să beau...”

Clarificarea asistentului social: “Vreți să spuneți că una dintre noile dificultăți pe care le-ați întâmpinat după moartea soțului este lipsa de încredere în capacitatea dvs. de a lua o decizie pentru familie?”

În conexiune cu clarificarea trebuie să se realizeze distincția dintre partea cognitivă a mesajului și cea afectivă. Partea din mesaj, care oferă informații despre situație sau eveniment, care include referințe la persoane, obiecte, reprezintă secvența cognitivă a mesajului. Partea din mesaj, care poate releva sentimente, emoții și se caracterizează prin folosirea unor expresii semnificative pentru trăirile emoționale, reprezintă secvența afectivă a mesajului.

Exemplu: Un copil de 7 ani face afirmația: “Nu-mi place la școală, nu mi se pare amuzant, la ore mă plictisesc.”

“La ore mă plictisesc” reprezintă secvența cognitivă care se referă la o situație specifică, mai precis, lipsa unor activități școlare care să captiveze atenția copilului.

“Nu-mi place la școală” este secvența afectivă, sentimentele copilului fiind sugerate de expresia “nu-mi place”.

Parafrazarea reprezintă o reformulare a mesajului clientului de către asistentul social care utilizează propriile expresii. Scopul parafrazării constă în a ajuta clientul să se concentreze asupra ideilor pe care le-a formulat incorect și să încerce o analiză a acestora.

Exemplu: “De când a murit soțul dvs. aveți toată responsabilitatea și luați toate deciziile pentru familia dvs., deși vă este foarte greu”.

Reflectarea poate fi considerată sinonimă cu răspunsul la partea afectivă a mesajului. Scopul reflectării constă în:

- a încuraja clientul să se exprime cât mai mult despre sentimentele sale;
- a sprijini clientul în a experimenta stări emoționale intense;
- a ajuta clientul să devină conștient de sentimentele care l-ar putea domina.

Exemplu: “Vă simțiți îngrijorată în legătură cu puterea dvs. de a decide pentru întreaga familie după moartea soțului?”

Rezumarea poate fi definită ca un ansamblu de două sau mai multe parafrazări și reflectări care exprimă în mod concentrat mesajul clientului. Scopul constă în a realiza legătura dintre elementele mesajului, a oferi feed-back, a identifica teme repetate în mesajul clientului.

Exemplu: “Acum, după moartea soțului dvs., vă confrunțați cu o serie de dificultăți, între care cea mai mare este preluarea responsabilităților și a puterii de decizie pentru familie, vă simțiți singură, încercările de a avea mai multă grijă de dvs. și familie s-au epuizat.”

Redefinirea

Redefinirea reprezintă tehnica utilizată de către asistentul social pentru a ajuta clientul să modifice semnificația acordată unui eveniment capital sau unui comportament. Scopul utilizării acestei tehnici reprezintă persuadarea clientului pentru ca acesta să abordeze dintr-o perspectivă nouă elementul sau comportamentul luat în discuție. Redefinirea este în mod special folosită în lucrul cu

persoanele care au probleme legate de relațiile interpersonale (în cuplu sau în familie); membrii familiei sunt încurajați să reexamineze definițiile pe care le-au oferit problemelor sau dificultăților întâmpinate, promovându-se o înțelegere sporită și un mod particular de raportare emoțională la evenimentul sau comportamentul analizat. În consecință, când o persoană percepe lucrurile într-o nouă lumină, de obicei, simte și se comportă într-un mod diferit. Redefinirea contribuie la stimularea clientului de a formula diferite interpretări și alternative ale percepției, ceea ce contribuie la determinarea clientului de a simți și a gândi tolerant în raport cu ceilalți.

Sculptura familială

Este o tehnică desemnată să ajute clientul sau familia să evalueze aspecte ale comportamentelor existente în familie, fiind folosită la fel de eficient. Unul dintre membrii familiei este invitat să realizeze aranjamente fizice cu ceilalți membri, astfel încât rezultatul să corespundă unor relații existente și percepute de către toți participanții. Maniera de lucru este asemănătoare modelării lutului, însă materialul cu care se lucrează este unul mult mai dificil, este unul de esență umană. Asistentul social va sprijini permanent, preluând rolul de sculptor, pe acel membru de familie ce oferă o imagine personală a raporturilor din familie. Orientarea spațială a fiecărui membru, poziția față de restul familiei exprimă perceperea vizualizată de către sculptor a relațiilor care pot fi identificate la nivel familial. Fiind folosită în terapia familială, această tehnică asigură oportunitatea discutării sentimentelor generate de rolul de sculptor, dar și a celor experimentate de către fiecare personaj al “sculpturii” obținute. Este evident rolul de mediator al asistentului social între persoana care a preluat rolul de sculptor și ceilalți membri ai familiei.

A lucra cu o familie cu dificultăți, sentimentele membrilor nefiind bine reglate sau rolurile lor nefiind bine performante, și a utiliza sculptura familială în asistența socială este o provocare pentru ambele părți implicate. A.Hartman, în lucrarea sa “*Working with adoptive families; Beyond placement,*” oferă asistentului social detalii cu valoare orientativă în aplicarea sculpturii familiale. Se poate sugera faptul că sculptorul imaginează familia acasă, în timpul serii: unde va fi fiecare persoană, ce vor face acestea (pot fi utilizate scaune sau alte obiecte...).

Este important să i se permită sculptorului să termine fără a fi întrerupt, iar ceilalți membri ai familiei să fie asigurați că ei, la rândul lor, vor fi capabili să realizeze sculptura familială mai târziu, în maniera în care o vor dori. Asistentul social ar trebui să acorde sculptorului sprijinul și ajutorul necesar, să-l încurajeze pentru a fi relaxat, punându-i întrebări cum ar fi: ”Vrei ca mama ta să fie aranjată într-o direcție particulară? Este ceea ce vrei tu să faci? Sunt alte schimbări pe care ai dori să le faci?”

După ce sculptorul a finalizat sculptura cu o anumită satisfacție și își reia locul pe care și l-a atribuit în cadrul sculpturii, asistentul social este în continuare mediator, în timp ce actorii rămân în pozițiile pe care le-au cerut (personajele din sculptură). Această invitație poate să provoace momente dezagreabile pentru unii membri datorită modului în care ei văd familia. Vor fi rugați să-și exprime punctul de vedere, manifestând astfel stresul sau tensiunea⁶.

Acestea sunt principalele metode și tehnici, pe care le poate aplica asistentul social în munca sa cu familia, atât de utilă și necesară

⁶ Vezi: Hartman A. Working with adoptive families; Beyond placement. -New York, Child Welfare League of America, 1984, p. 24.

societății. Practica și cercetarea din asistența socială presupun metode și tehnici specifice, rigurozitate în utilizarea lor, precum și competență profesională. Însă pentru aceasta e necesar a cunoaște teoriile fundamentale ale asistenței sociale.

Cartea Vieții

Cartea Vieții* reprezintă un instrument cu valoare terapeutică. El este folosit cu scopul de a ajuta un copil, în special un copil dat spre îngrijire sau adoptat, de a-și dezvolta un sens al identității și de a-și înțelege experiențele generate de separare sau plasament. Cartea Vieții urmărește să:

- dezvolte un sens al continuității și identității;
- să înțeleagă separările din trecut și plasamentele actuale, reducând confuzia și neînțelegerea asupra acestor experiențe;
- să evite să folosească într-un mod nesănătos fanteziile în încercarea de a coopera cu experiențele dureroase ale vieții sale;
- să-și amintească persoane semnificative și evenimente din copilărie;
- să mențină o evidență a celor mai importante informații personale (certificat de naștere, informații medicale, fotografii cu membrii familiei, premii școlare etc.).

Cartea Vieții e o carte realizată în mod individual, ce se referă la perioada de la naștere până în prezent, scrisă de către copil cu propriile sale cuvinte. Ea cuprinde o descriere a ceea ce i se întâmplă

* Un model de *Cartea Vieții* e adus în Anexa 12.

copilului, unde, de ce, dar și a sentimentelor copilului despre ceea ce se întâmplă. În carte pot fi incluse fotografii, desene, premii, certificate, scrisori de la părinții de îngrijire anteriori sau părinții adoptivi și părinții naturali, certificatul de naștere, genograma și orice altceva, ce ar putea fi inclus de către copil în mod particular⁷.

⁷ Vezi: *Backhause K.* Last book: Tools for working with children in placement // *Social Work*, 29, nov.-dec., 1984, pp. 551-544.

Capitolul 8. TEORII SPECIFICE APLICATE ÎN PRACTICA ASISTENȚEI SOCIALE

Teoria asistenței sociale este însoțită sau particularizată într-o serie largă de “teorii specifice”, cu o acțiune mult mai restrânsă, dar cu obiective precise. Un asistent social profesionalizat trebuie să cunoască atât “teoria generală” a domeniului de activitate, cât și tipurile sau formele concrete de manifestare a acestuia (cum ar fi teoria îngrijirii, teoria atașamentului, teoria pierderii, teoria anxietății, participării și cooperării, teoria identității etc.)¹.

8.1. Teoria îngrijirii

Teoria îngrijirii ocupă locul principal, fiind în imediata apropiere a obiectivului fundamental al sistemului de asistență socială. Jim Black, cercetător englez, menționează următoarele despre conținutul asistenței sociale și despre caracteristicile muncii “lucrătorului social”:

- a) asistentul social este o persoană, care încearcă să ajute pe cineva care are o problemă și care nu se poate ajuta singur;
- b) serviciul de asistență socială acordă un prim ajutor și aduce mai ales “ușurare și alinare” clienților în ceea ce privește problemele lor, fără a reuși întotdeauna să le și rezolve;

¹ Vezi: *V.Miftode. Teorie și metodă în asistența socială.* –Iași, 1995, cap. IV.

- c) asistentul social încearcă să ajute clientul să facă față cât mai bine problemei pe care o are și să-l scoată cât mai repede în afara acesteia;
- d) asistentul social este cel care ajută pe “ceilalți,” suportând mediul în care se află și încercând să-l schimbe;
- e) singurul lucru pe care îl poate face uneori asistentul social este să înțeleagă și să participe alături de client la viața nenorocită a acestuia etc.

Termenul de *îngrijire* este restrictiv și tehnic (empiric și operațional) la origine. Dacă în limbajul comun *întreținerea* a rămas un cuvânt oarecare, în limbajul specializat de concepte trebuie supus regulilor și operațiilor sistemului inițial înainte de a fi aplicat în practica de teren. Tipurile sau modelele de îngrijire nu sunt statice, nici pesimiste și nici limitate în ceea ce privește potențialul lor de intervenție și ajutor, în ciuda lipsei materiale. Asistentul social trebuie să fie optimist, indiferent de condiții trebuie să “transfere” clientului o stare optimistă, fără de care îngrijirea nu ar avea sens. Optimismul și încrederea în utilitatea și necesitatea muncii pe care o desfășoară fac parte din statutul profesional al acestuia.

În sensul acceptat și practicat în asistența socială, îngrijirea clientului nu presupune imperativ schimbarea personalității acestuia. “Dacă schimbarea are loc - scrie Martin Davies - aceasta se datorează mai curând destinului clientului, și nu efectivului magic al muncii sale. A vorbi numai de terapie înseamnă a exagera puterea asistentului social și a risca denigrarea adevăratelor funcții de îngrijire care caracterizează natura profesiei”².

² M. Davies. The essential Social Worker. A Guide to Positive Practice. -England, 1991, pp. 28-46.

Îngrijirea socială este mult mai complexă decât cea medicală. Ele nu pot fi nici confundate, nici izolate, datorită raporturilor complementare, și chiar de interdependență. Pentru ca munca asistentului social să dea rezultate, trebuie ca beneficiarul (clientul) să nu aibă probleme strict medicale, intervenția sau cooperarea medicului având prioritate (când este cazul).

De asemenea, pentru ca munca medicului să dea rezultate optime, trebuie ca individul să nu aibă probleme sociale și familiale prea grave, ameliorarea acestora prin intervenția asistentului social fiind importantă și necesară.

Delimitând cât mai precis acțiunile de îngrijire de activitățile de monitorizare (sfătuire, supraveghere), asistentul social trebuie să dețină un nivel adecvat de instruire în domeniu, să cunoască fundamentele teoretice ale problemei și să stăpânească tehnicile de intervenție specifice cazului dat.

Conținutul principal al îngrijirii îl constituie acțiunea practică în confruntare cu nevoile, temerile și cu ansamblul stării de vulnerabilitate în care se află clientul, cei mai mari dușmani ai muncii fiind pasivitatea și neglijența. Asistentul social se află între două extreme pe care trebuie să le evite: a nu face nimic sau, la fel de grav, a filosofa și teoretiza prea mult propriul statut, fără nici o acțiune și a-și propune salvarea lumii de toate problemele ei.

Teoria îngrijirii vizează atât individul în situația de risc și familia din care face parte, cât și mediul social degradat sau în curs de degradare, grupul-problemă, comunitatea sau colectivitatea umană marginalizată, presupunând implicarea asistentului social în programe și acțiuni practice.

Munca asistentului social trebuie să se înscrie organic, armonios în sistemul îngrijirii, din perspectiva diferiților actori:

- a) a clientului (autoîngrijire, participare la îngrijire);
- b) a familiei (sau a grupului primar din care face parte...);
- c) a agenției specializate în domeniu;
- d) a asistentului social, care monitorizează ansamblul activității de îngrijire;
- e) a comunității locale și a factorilor instituționali locali, responsabili de funcționarea normală;
- f) a societății globale.

Programele de îngrijire pot fi modeste în obiectivele lor, dar realizarea acestora poate genera efecte semnificative: pe termen scurt se realizează treptat, în funcție de “pondera rezultatelor”, iar pe termen lung deschid calea spre o țintă mai îndepărtată, dar mai ambițioasă: conștientizarea “înaltei priorități” a ajutorului și îngrijirii interumane într-o societate normală.

Îngrijirea umană presupune o intervenție calificată și sistematică, adică implicarea unei serii întregi de profesioniști organizați în echipe.

Obiectivul fundamental al îngrijirii îl constituie asigurarea pe termen lung a independenței clienților (în măsura posibilă). Nu poate fi vorba despre o adevărată protecție sau îngrijire umană acolo unde nu se apără demnitatea clientului, iar aceasta nu se realizează decât în condițiile independenței materiale și afective față de ceilalți. Fiecare asistent social și chiar fiecare agenție din domeniu trebuie să se specializeze în realizarea unei îngrijiri specifice.

Exemple: îngrijirea familiilor destrămate, a copiilor abandonți (inclusiv “copiii străzii”, vagabonzii), a tinerilor șomeri, a foștilor deținuți etc.

Asistenții sociali trebuie să fie interesați de ameliorarea condițiilor de viață ale tuturor celor aflați în dificultate sau care nu pot face față problemelor pe care le au. Ei trebuie să depună eforturi pentru a menține un echilibru social-uman în “spațiul social” vizat, a stopa eventuala deteriorare a condițiilor de viață sau a “performanței individuale”, a combate “pesimismul clientului”.

Toate acestea fac parte din dimensiunile conceptului de îngrijire și, totodată, din sistemul elementelor caracteristice teoriei specifice a îngrijirii umane.

Pentru majoritatea oamenilor, autoîngrijirea constituie forma firească de garanție și asigurare a condițiilor normale de viață într-o societate care funcționează normal. Pentru o minoritate umană formată din indivizi sau grupuri marginalizate, dependente, autoîngrijirea nu este posibilă. Necesitatea îngrijirii a acestor grupuri constituie cheia de boltă a legitimității profesiei de asistent social.

Martin Davies consideră că un program de instruire, de cercetare și de profesionalizare experimentală poate fi elaborat sub presiunea problemelor din următoarele trei arii sociale:

- 1) grupul și mediul familial;
- 2) copiii–problemă (creșterea și îngrijirea lor);
- 3) problematica bătrânilor.

Grupul și mediul familial

Asistența socială a familiei și asigurarea îngrijirii membrilor grupului familial care se află în nevoie constituie atât forma tradițională a serviciului social, cea mai veche, cât și cea mai importantă activitate în acest domeniu. Atunci când nu vor mai fi familii-problemă, nu vor mai fi nici copii-problemă, bătrâni izolați, indivizi vulnerabili, care să fie total lipsiți de cea mai importantă protecție, cea familială. De exemplu, familiile cu membri handicapați se află sub presiunea unei “amenințări pe termen lung” și a unor probleme gospodărești – manageriale cronice (cineva din familie trebuie să se ocupe în permanență de persoana cu handicap).

Copii-problemă

Creșterea și îngrijirea copiilor în familia de origine (de preferință) sau în afara acesteia - în familii-substitut sau în diferite instituții publice - constituie obiectivul principal din “lista de priorități” a sistemului de asistență socială.

S-a ajuns la concluzia că cel mai bine pregătit pentru viața de adult este copilul crescut de propriii părinți. În afara familiei, copilul este, de regulă, nefericit (sau are acest sentiment) și incapabil să se atașeze sau să se stabilească.

Asigurarea creșterii normale a copiilor (un concept al teoriei creșterii umane care trebuie definit și delimitat cu precizie) constituie prima etapă strategică a sistemului de îngrijire umană, domeniu mult mai complex, diversificat în dependență de indivizii care se află în nevoie de protecție și de îngrijire (cazurile copiilor abuzați, adulților dependenți de alcool, drog etc.).

Ca alternativă la ocrotirea familială este ocrotirea Foster (familia-substitut). În general vorbind, ocrotirea Foster se împarte în două categorii principale: pe termen scurt - ocrotire temporară, și pe termen lung - ocrotire permanentă și substitutivă. Există o largă diversitate de situații în care copiii și familiile nu mai pot locui împreună datorită unor factori structurali ca sărăcia, războiul sau unor factori personali (boală, abuz sau abandon).

Ocrotirea Foster presupune un întreg program și o adevărată metodologie privind selecția familiilor-substitut (de creștere, adopție) sau recrutarea părinților (vezi Anexa 10):

- a) mediatizarea obiectivelor urmărite printr-o publicitate adecvată și chiar prin tehnici de marketing (mass-media, TV, publicații de mare tiraj etc.);
- b) pregătirea părinților Foster care trebuie să treacă un program de instruire, cuprinzând următoarele elemente:
 - cunoștințele de bază de care au nevoie părinții Foster;
 - situațiile care pot apărea în procesul creșterii (fapte surpriză, evenimente mai “rare” care ar putea șoca noii părinți) despre care familia-substitut trebuie să ia cunoștință;
 - formele de dezvoltare a autoconștientizării participanților la noua lor activitate privind responsabilitățile pe care și le asumă, eventualele riscuri și tehnicile de rezolvare;
 - principiile unei bune îngrijiri practice a copiilor;
 - munca în grup și cooperarea cu alți părinți Foster;
 - mijloace de stimulare a autoeducației permanente;

- c) sprijinirea de către stat și de către agenții private a familiilor Foster pe toată durata plasamentului de care beneficiază un copil, pentru ca exigențele creșterii și îngrijirii acestuia să fie realizate în condiții optime (ajutor material, monitorial, de management etc.). Trebuie să se țină cont și de familia de origine care îndeplinește funcția de îngrijire afectivă.

Sistemul conceptual al teorii îngrijirii poate lua forma ipotetică, reprezentată în Fig. 8.1.

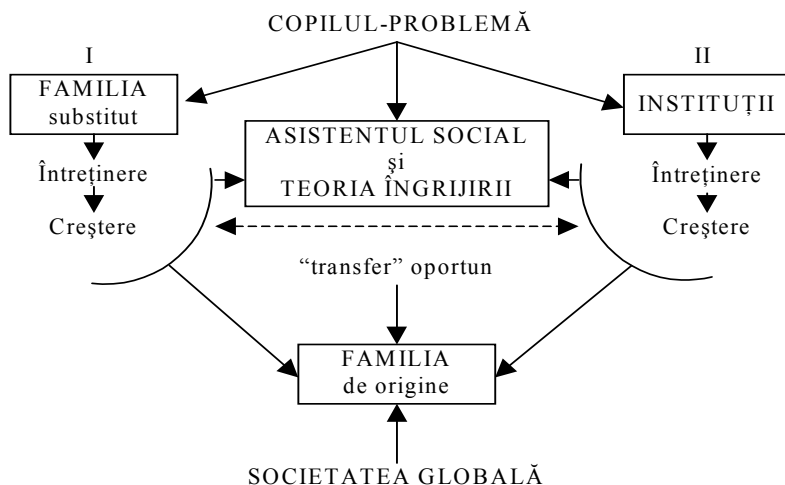


Fig. 8.1. Paradigma teoriei “îngrijirii umane”.

În întreg procesul creșterii și al îngrijirii, asistentul social trebuie să respecte: drepturile și interesele copilului, inclusiv cele patrimoniale, dreptul de decizie “în ce-l privește” personal, dreptul de a rămâne în mediul de origine.

Plasamentul familial și obiectivele acestuia trebuie să fie stabilite în comun de asistentul social, reprezentantul autorității tutelare, copilul în cauză, familia de origine și familia Foster etc.

Îngrijirea persoanelor în vârstă

Vârstnicii constituie cel mai numeros grup social care, datorită vulnerabilității și “stării de dependență” în care ajung, au nevoie de protecția celorlalți, în primul rând de protecția “grupului familial” din care fac parte, a comunității și “vecinătății umane” și, în ultimă instanță, de protecția ansamblului social.

Cea mai bună și eficientă îngrijire este cea *rezidențială* (în propria familie) și cea *comunitară* (mediul social de origine, vecinii și concetățenii pe care îi cunosc).

Teoria îngrijirii reprezintă pentru asistentul social nucleul statutului său în societate, oferindu-i câmpul său de acțiune.

8.2. Teoria atașamentului

Această teorie științifică are menirea să deschidă calea înțelegerii corecte a procesului de dezvoltare normală psiho-socială a personalității oamenilor în general și a copiilor în special. Trei întrebări-ipoteză ne pot ajuta “să demarăm” analiza unui asemenea câmp “socio-afectiv” de o complexitate evidentă:

1. Ce impact are asupra personalității copilului relația lui cu părinții? Care este raportul dintre calitatea acestei relații și succesele – insuccesele copilului?
2. Ce se întâmplă cu copiii care “și-au pierdut părinții”?

3. Ce consecințe determină evoluția afectivă a copilului:
- a) lipsa îndelungată sau definitivă a părinților;
 - b) lipsa familiei sau a “căminului familial” de origine sau
 - c) repetatele “transferuri” de la o familie la alta?

Evenimentele tragice din istoria omenirii sau a unei singure țări (războaiele mondiale, cele “locale”) au lăsat “în afara familiei” milioane de copii. Unul dintre cercetătorii englezi care “au deschis calea” spre analiza profundă a acestui domeniu a fost John Bowlby, preocupat îndeosebi de soarta copiilor “rămași pe drumuri” după al doilea război mondial. El studia asemenea cazuri dintr-o dublă perspectivă: a prezentului (efectele imediate ale “pierderii” părinților sau familiei) și a viitorului (efectele de lungă durată asupra vieții de adult). Studiile lui Bowlby au pus în lumină nevoia puternică a oricărui copil pentru stabilirea unor legături profunde de atașament cu persoanele adulte (în primul rând, cu părinții, bunicii, vecinii etc.) și rolul fundamental, în această privință, al imaginii pe care și-o fac copiii despre aceste persoane.

La orice vârstă o ființă umană este atrasă de alte ființe umane, fiind înclinată în mod natural spre relații de afecțiune cu semenii “din imediata apropiere”. Pierderea acestei relații (a celor apropiați) este, de regulă, foarte dureroasă, chiar tragică și generează efecte dezastruoase asupra “stării de atașament” a celui în cauză. Asemenea efecte sunt cu atât mai puternice cu cât persoana atașantă este percepută sau imaginată de către persoana atașată ca fiind cea mai bună, cea mai puternică și cea mai înțeleaptă³.

³ Vezi: *Howe D. Attachment Theory for Social Work Practice*. -Basingstoke: MacMillan, 1995.

Starea de atașament vizează în fapt toate vârstele, dar manifestările cele mai clare și definițiile ale acesteia se observă din timpul copilăriei.

Atașament înseamnă în esență *apropierea preferențială, dezinteresată și aproape inconștientă a unei persoane față de o altă persoană*. Asemenea “semne” ale atașamentului se întâlnesc în formele naturale numai la copii. În funcție de starea în care se află, atașamentul se exprimă prin semne cât mai clare (pentru eventualul receptor, adică pentru adultul atașant), adesea ambivalente, cum ar fi : plânsul, chemarea, protestul, fuga din fața “noului venit” – copilul se ascunde pentru a nu fi luat sau “îndepărtat” de baza afectivă, de a nu fi abandonat sau lăsat cu străinii etc.

Atașamentul are caracter dinamic, adică apare, se formează, se “maturizează”, atinge apogeul în anumite condiții ale copilăriei, se poate deteriora sub incidența unor factori, slăbește și chiar dispare atunci când persoana atașantă dispare. În mod normal, atașamentul trebuie să “reziste” sub o anumită formă toată viața. Pe măsură ce copilul își formează “conștiința de sine” și aspiră spre individualitate, atașamentul își modifică semnificativ natura, calitatea și “semnele” de manifestare și treptat scade în intensitate.

Relațiile de atașament au misiunea de a proteja persoana mai slabă, vulnerabilă în raport cu factorii sau agenții externi sau interni.

În fapt, părinții și copilul – afirmă D.Howe – sunt programați biologic să devină atașați unul de celălalt, ajutându-l pe acesta din urmă:

- a) să atingă întregul său potențial;
- b) să gândească logic;

- c) să dezvolte o conștiință;
- d) să dezvolte interesul de cooperare cu ceilalți oameni;
- e) să devină încrezător în sine;
- f) să facă față stresului și frustrării;
- g) să biruie teama și neliniștea;
- h) să dezvolte relații viitoare;
- i) să reducă gelozia etc.

Cu cât atașamentul este mai puternic, cu atât baza afectivă este mai sigură, curajul copilului mai mare, “libertatea de mișcare” și spațiul social în care îndrăznește să riște, să se deplaseze mai importante. Ori de câte ori copilul se simte amenințat, el revine la bază, dar poate face acest lucru numai dacă are deja o bază afectivă adecvată, destul de stabilă.

Teama de necunoscut și orice altă amenințare îl apropie pe copil de bază, în timp ce sentimentul de siguranță (încredere în persoana atașantă, care îl protejează) îl încurajează să se îndepărteze, să riște, să iasă în afara “mediului obișnuit” pentru a explora lumea. Noutatea prezintă o mare atracție pentru copilul dezvoltat normal.

În condițiile existenței unui atașament puternic se formează oameni stabili din punct de vedere psihic-emoțional, puternici în fața “încercărilor”, competenți în obligațiile profesionale. Dimpotrivă, copiii crescuți fără dragoste și fără apropiere sufletească din partea familiei (lipsiți de atașament afectiv normal) sunt, de regulă, pasivi, indiferenți, incapabili să cunoască sau să exploreze lumea: își vor cheltui energia emoțională în căutarea siguranței afective. Pentru o mai bună înțelegere a relațiilor de atașament, care se formează în bază unei afecțiuni puternice, a se vedea Fig. 8.2.

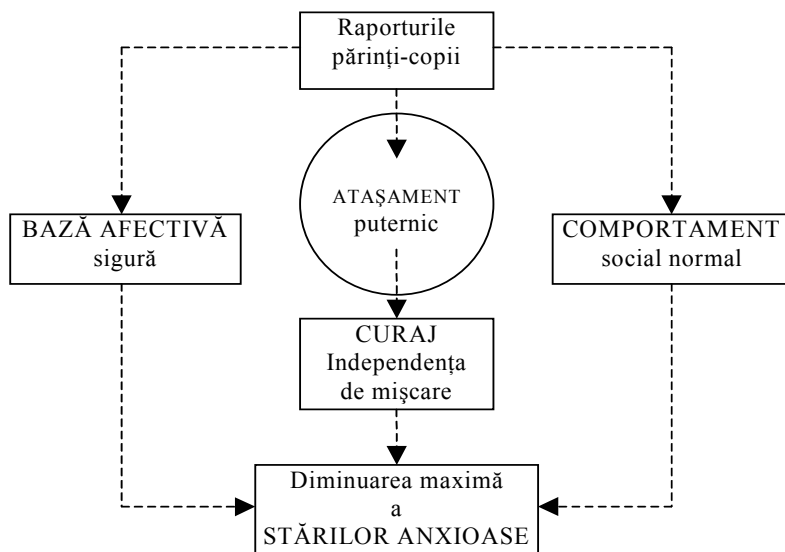


Fig. 8.2. Teoria atașamentului. Raporturi intervariabile.

Teoria atașamentului a influențat semnificativ atât practica în domeniul de referință (al protecției și asistenței sociale), cât și politicile sociale în instituțiile specializate. De exemplu, este tot mai clară necesitatea internării mamei cu copilul bolnav, pentru a-i asigura liniștea și a-i îndepărta stresul, stările de anxietate ce pot împiedica vindecarea.

Se constituie astfel o adevărată *teorie a pierderii*, derivată din teoria atașamentului și înrudită cu teoria anxietății. Nu există om care să nu piardă de-a lungul vieții sale ceva sau pe cineva foarte drag, foarte apropiat sufletește, pierdere care să-i provoace dureri și “stări afective” foarte puternice într-o asemenea împrejurare prin următoarele momente sau “stadii de evoluție” afectivă:

- a) șoc, neîncredere în faptul ca atare, derutare;
- b) negarea pierderii, “faptul nu poate fi real”;
- c) dorința puternică de căutare și regăsire a “obiectului pierdut” (ființei pierdute);
- d) mânia, resentimentul, vina (se acceptă faptul și se caută vinovații);
- e) disperare, deprimare, retragere în sine;
- f) acceptarea situației, reorganizarea interioară a vieții.

Teoria pierderii este puternic implicată în ansamblul activităților și al programelor de asistență socială, întrucât cea mai mare parte a clienților au suferit pierderi “afective”, ceea ce a generat situația în care se află sau a agravat starea de dependență la care au ajuns.

Fiecare pierdere provoacă o problemă specifică care impune un tratament de asemenea specific. Pierderea mamei lasă urme adânci în existența copilului, dar cu totul altele decât pierderea copilului pentru o mamă sau pierderea soțului într-un tragic accident de către o soție. Persoana atașată (copilul, mama, soția etc.) va trece prin fazele menționate mai sus, trecere care va putea fi ameliorată semnificativ cu ajutorul asistentului social.

Tipuri de atașament

În funcție de natura și gradul de constituire a bazelor de atașament există trei tipuri de atașament:

1) *sigure*, când copilul simte o protecție tehnică și definitivă asigurată de dragostea permanentă a părinților, dragoste care îndepărtează orice stres, dezvoltă curajul de a explora lumea;

2) *nesigure* sau *anxioase*, când copilul nu este sigur de sentimentele părinților, situație alimentată tocmai de comportamentul ambivalent, contradictoriu, incert, “șovăielnic” al părinților față de propriii copii. Copilul șovăie în explorarea lumii din jur;

3) *foarte nesigure* sau *ambivalente*, datorită lipsei unei relații normale între părinți și copii și, îndeosebi, lipsei totale de afectivitate, de dragoste părintească (primul an de viață care este anul formării atașamentului față de adulții cei mai apropiați).

Atașamentul de acest tip are consecințe negative, manifestându-se în realitate ca “fals atașament,” întrucât:

- a) copilul nu este sigur de sentimentele și dragostea părinților și, deci, de protecția de care are nevoie;
- b) părinții par să fie indiferenți;
- c) atunci când va semnala dorința de atenție sau nevoia de ajutor, copilul se așteaptă să fie respins sau ignorat de persoanele atașante;
- d) atitudinile și comportamentele părinților i se par copilului imprezizibile, perturbante sau angoasante;
- e) copilul se simte părăsit, neiubit, neîncurajat, adică “fără valoare și interes” pentru propriii lui părinți;
- f) văzând că nu este ajutat când are nevoie, copilul pierde încrederea în “ceilalți”, chiar în el însuși;

- g) văzând că nu este apreciat, că “succesele” lui nu interesează pe nimeni, copilul pierde încrederea în ceea ce face;
- h) în fine, ajunge la concluzia că trebuie să te descurci singur și că singura cale de a evita durerea este să nu iubești, pentru că lumea îți este ostilă⁴.

8.3. Teoria identității

Problema identității a apărut în strânsă legătură cu aspectele și, mai ales, cu efectele adopției sau ale împărțirii responsabilităților privind creșterea și educarea unor copii între mai multe familii (între familia de origine, de exemplu, și o familie–substitut de îngrijire). Prima familie își conservă drepturile parentale și deplina răspundere asupra propriului copil, îndeosebi în ceea ce privește latura afectiv-formativă. A doua familie (de plasament în vederea creșterii și “îngrijirii”, mai ales fizice) are, de regulă, o misiune pe termen scurt, urmărind ca mai târziu copilul să revină în familia de origine sau privată. Indiferent de situație, copilul are dreptul la identitate, și încă la o identitate sigură, permanentă și adecvată (oferită de părinții naturali). Chiar și în cazul copiilor internați în instituțiile sociale, identitatea se poate asigura cu ușurință dacă părinții au relații directe cu copiii lor, dacă le explică situația în care se află și, mai ales, cauzele pentru care i-au îndepărtat de familie și trăiesc separați. Soluția abandonării definitive a copilului prin adopțiune, îndeosebi imediat după naștere, ridică probleme grave, adesea tragice, legate de identitatea copilului adoptat ajuns la maturitate. Eventualele descoperiri divergente privind propria identitate provoacă evenimente

⁴Vezi: *V.Miftode*. Op. cit., p. 137.

tragice atât din perspectiva “fostului copil”, cât și din perspectiva “foștilor părinți adoptivi”. Pentru a fi admiși ca părinți de copiii adoptați, cuplul reprezentând familiile adoptive trebuie să fie sincer, recunoscând adevăratul lui statut social și familial. Paradoxal, el nu va pierde dragostea copiilor, ci o va câștiga definitiv (necon condiționat).

8.4. Teoria participării în asistența socială

Participarea și paternitatea reprezintă două modalități contrastante în care asistentul social se implică în relația cu clientul.

Participarea pune accentul pe drepturile clientului. Clientul este încurajat să-și definească propriile probleme și nevoi, să devină activ.

Ca atare, practica poate să promoveze participarea clientului (pozitivă), fie să o inhibe (negativă).

Se pot delimita patru tipuri de raporturi asistent social – client (Fig. 8.3). Ne vom referi la fiecare din aceste patru raporturi posibile dintre asistentul social și clientul său:

1. *Strategic*. Există multe situații în care legea îi cere asistentului social să facă investigații în legătură cu o familie. Asistentul trebuie să se implice. Este datoria sa legală. De exemplu, dacă părinții nu acordă copiilor lor îngrijirea corespunzătoare, sau dacă copilul este în pericol fizic datorită unui sau ambilor părinți, atunci în multe țări asistentul social este împuternicit să investigheze și să intervină. Asistenții sociali pot interveni, de asemenea, dacă un copil, scăpând de sub controlul părinților, are un comportament deviant – fură, incendiază, produce dureri altor persoane. Implicarea asistentului social este declanșată atunci când sunt exprimate neliniști în legătură cu comportamentul sau cu situația unui individ.

		Statutul clientului	
		<i>Involuntar</i>	<i>Voluntar</i>
Participare	Absent (-)	1. Strategic	3. Patern
	Prezent (+)	2. Atitudine deschisă	4. Raport de colaborare

Fig. 8.3. Raporturi asistent social - client.

Dacă individul preferă să nu fie client și dacă asistentul social se comportă într-un mod strict legal și birocratic și nu dorește să-l implice pe client în aspectele legale și procedurale ale cazului, cele două persoane - asistentul social și clientul – devin “strategi”. Ei manevrează ținând seama de poziția și intențiile observate la celălalt. Cei doi “jucători” vorbesc despre tactică și apărare. Există rezistențe și bătălii. Există confruntări și evaziuni. Clientul și asistentul social sunt legați unul de celălalt în termenii unui joc. Și, ca în fiecare joc, va exista un învingător și un învins.

Cu toate acestea, deși încrederea și cooperarea sunt în mare măsură absente – în special din partea clientului – cei doi “jucători” înțeleg efectiv natura întâlnirii, caracterul raportului este cunoscut. În fapt, pentru cei care au devenit clienți ai asistenței sociale împotriva voinței lor, acest tip de raport, în care strategia este elementul-cheie, posedă un anume tip de integritate. Dacă clientul este de acord să

colaboreze cu asistentul social, vom admite că există temeuri legitime pentru ca statul și agenții săi de protecție să intervină.

2. *Atitudinea deschisă.* Cu toate că clientul nu a solicitat intervenția asistentului social, asistentul social dorește totuși să fie deschis și cinstit în legătură cu toate aspectele legale, consideră că clientul trebuie să cunoască situația în care se află și care sunt drepturile sale legale și statutul său în acest caz. Fără ca prin aceasta să admită nevoia de ajutor sau de asistență socială, clientul răspunde intervențiilor deschise ale asistentului social și se decide să coopereze. Clientul consideră că, dacă cooperează, rezultatele vor fi corecte și deschise și că procedurile în acest caz se vor efectua mai repede și mai ușor.

Într-o asemenea situație, unul din scopurile asistentului social este de a-l transforma pe clientul involuntar într-un client voluntar. Deoarece asistentul social și agenția au intervenit datorită preocupărilor sociale referitoare la un copil, la un părinte sau la o femeie, s-ar putea spune că clientul nu are nevoie de ajutor. În ciuda faptului că nu a solicitat ajutor, din momentul în care asistentul social este implicat, clientul este pregătit să admită că are probleme și nevoi. Raportul poate să se transforme, în acest caz, din unul bazat pe atitudine deschisă și intervenții cinstite în unul de completă colaborare.

3. *Paternitate.* Clienții care solicită ajutor, dar nu sunt încurajați să participe la procesul de tratament, descoperă că asistentul social definește atât scopul, cât și maniera de implicare. Asistentul social este expertul în situația respectivă. El știe cel mai bine ce trebuie să facă pentru a îmbunătăți situația și a răspunde nevoilor. El este profesionistul care posedă toate cunoștințele și el decide asupra celei

mai bune modalități de utilizare a acestor cunoștințe. Clientul rămâne pasiv. El nu face decât să se conformeze sfatului și instrucțiunilor date de asistentul social, “se conformează prescripțiilor doctorului”.

4. *Raport de colaborare.* În cadrul acestui tip de raport, clientul caută ajutorul în mod voluntar. Este posibil ca el să fie neliniștit în legătură cu comportamentul delincvent al băiatului său în vârstă de treisprezece ani. Este posibil ca el să nu fie în stare să achite plata pentru apartament, fie că este îngrijorat în legătură cu sănătatea copilului său. Fie că dorește să-și părăsească soțul violent, dar nu știe dacă acest lucru este posibil. Asistentul social este gata să-și ajute clientul în definirea problemei, sau a nevoii. El este gata să lucreze împreună cu clientul pentru a-l ajuta să-și dea seama de situație. Clientul și profesionistul lucrează împreună pentru a decide asupra celui mai bun mod de a acționa și asupra alegerii celei mai bune soluții. Este vorba despre un raport de colaborare. Deși clientul și asistentul social posedă cunoștințe diferite, ei își respectă reciproc existența. Asistentul social dorește să împărtășească din experiența și cunoștințele sale. Clientul și asistentul social sunt parteneri activi și egali în cadrul raportului de colaborare.

Tipuri de participare

În perioada ultimilor ani, specialiștii în materie recomandă o participare mai pe larg a clientului în cadrul practicării serviciilor de protecție și de asistență socială. Clienții, afirmă aceștia, trebuie să fie mult mai implicați în aspectele care se referă la propriile lor vieți și la propria lor bunăstare. Dar, participarea este unul din cuvintele eterogene, ca și democrația. Toată lumea este în favoarea ei, toată lumea o practică, toată lumea o are. D.Howe identifică două feluri de participare. Prima este *politică* și se bazează pe noțiunea de *justiție*

socială. Cealaltă este *terapeutică* și se bazează pe procesele de psihologie interpersonală și de dezvoltare.

Participarea pe baza justiției sociale

Deoarece statele prospere au fost din ce în ce mai tentate să intervină în viața cetățenilor lor pe bază de asigurare a protecției, a existat o reacție din ce în ce mai puternică. Această reacție a insistat mai degrabă asupra justiției sociale, decât asupra protecției sociale. Ea se preocupă mai mult de libertatea personală, decât de egalitate. A apărut sentimentul, din ce în ce mai puternic, că s-a acordat prea multă putere experților în materie de protecție. Una din problemele care apar în legătură cu experții se referă la faptul că ei pretind întotdeauna să cunoască ceea ce este corect și potrivit și încep să spună oamenilor ce trebuie să facă și cum trebuie să se comporte. Astfel, de exemplu, în Regatul Unit a existat o reacție față de afirmația că asistenții sociali și agențiile de protecție ar trebui să obțină dreptul de practicare într-un mod patern, cu împuterniciri legale, care să sprijine paternitatea lor și expertiza ezoterică. Există teama că unii clienți ar putea să primească mai degrabă protecție, decât justiție. Acest lucru este adevărat în special în situațiile de intervenție obligatorie, în care clientul are un statut involuntar. A existat o revenire la ideea de a se da clienților mai multă putere și drepturi în situațiile de protecție.

În conformitate cu acest argument, oamenii ar trebui să-și cunoască drepturile legale, atunci când sunt implicați în serviciile de protecție. Clienții ar trebui să înțeleagă rolul asistentului social și care este scopul acestuia, ei ar trebui să fie informați, să cunoască resursele disponibile, să fie consultați în legătură cu întâlnirile, deciziile și planurile pe viitor. Clienții ar trebui să fie prezenți atunci când se iau hotărâri în legătură cu copiii și cu familiile lor. Principiile justiției

sociale cer ca clienții să știe ce se întâmplă cu problemele ce afectează viața lor. Cunoștințele aduc putere. Clienții au prea puține cunoștințe în cadrul relațiilor lor cu experții și, prin urmare, prea puțină putere. Acest lucru îi face să devină precauți. Ei nu au o altă soluție decât să devină “strategi”, la modul care a fost definit mai devreme.

Ca atare, impulsul către nivelurile crescute de participare a clientului și suplinire a drepturilor utilizatorilor au apărut ca răspuns la problemele referitoare la intervențiile paterne ale statului. În Anglia a apărut, recent, o nouă legislație referitoare la copii și la familiile lor. Această nouă legislație încorporează multe din argumentele perspectivei justiției sociale. Ea solicită, desigur, ca relația dintre asistenții sociali să se desfășoare pe baze complete și deschise, pentru ca drepturile clientului să fie respectate și să apară “jocul cinstit”. În cele ce urmează, vom reproduce numai câteva exemple din *Children Act*, lucrare publicată în Anglia și Wales, în anul 1989:

- Atât copiii, cât și părinții, trebuie să fie informați asupra drepturilor lor legale.
- Familiile trebuie să fie informate în legătură cu serviciile disponibile.
- Copiii au dreptul de a avea propriile lor puncte de vedere referitoare la locul unde ar putea să trăiască.
- Copiii au dreptul de a fi consultați în legătură cu orice hotărâre referitoare la viața lor.
- Părinții au dreptul de a fi consultați în legătură cu orice decizie referitoare la copiii lor.

- Asistenții sociali au datoria de a favoriza contactul între copiii de care au grijă și părinții, rudele și prietenii acestor copii.

Ca atare, esența raportului este colaborarea și un respect mutual față de înțelegerea drepturilor, rolurilor și responsabilităților fiecăruia. Principiile justiției sociale au un impact remarcabil asupra politicii și practicii protecției copilului.

Participarea pe baza eficienței terapeutice

Participarea prezintă, însă, și un alt aspect. În unele școli de consultanță și terapie a existat o tradiție îndelungată de a încuraja participarea completă și activă a clientului. Cu toate acestea, inspirația și baza teoretică pentru acest fel de participare este psihologică, și nu politică. Atunci când oamenii sunt implicați în încercarea de a înțelege propriile lor probleme și soluțiile pentru acestea, mulți psihologi consideră că tratamentele au mai multe șanse de a fi eficiente.

Asistentul social calificat este cel care îl face pe client să fie capabil de a-și identifica propriile sale probleme, de a cerceta originile acestora și de a se gândi la modalitatea prin care acestea ar putea fi cel mai bine rezolvate. Participarea clientului nu este numai o chestiune de promovare a drepturilor sale, dar și de a-i da posibilitatea de a menține controlul asupra propriei sale experiențe.

S-a menționat că participarea politică derivă din raportul între clienții involuntari și asistenții sociali. Prin contrast, participarea terapeutică a apărut ca urmare a raportului între clienții voluntari și asistenții sociali. Realizarea unei consultanțe, a unei terapii și a unei asistențe sociale eficiente se bazează, în cazul clienților voluntari, pe două teme:

- să răspundă gândurilor și sentimentelor clientului așa cum el sau ea le definește, și nu așa cum le definește terapeutul;
- să-l implice pe client în definirea problemei, făcând evaluarea, hotărând asupra scopurilor și determinând metodele de ajutor. Acest lucru este rezumat de psihanalistul Freud ca “dragoste” și “muncă.”

Punctele de vedere ale clientului, opiniile și experiențele terapiei și ale consultanței oferă o serie de aspecte interioare interesante ale proceselor de ajutor. În formula cea mai simplă, clienții spun că ar dori ca, în cadrul relației terapeutice și de consultanță, să se întâmple trei lucruri:

- să fie acceptați fără a fi judecați: “Acceptă-mă!”
- să fie înțeleși, și nu explicați, de către terapeut: “Înțelege-mă!”
- să li se permită să vorbească și să gândească cu voce tare; să converseze pe baze egale: “Vorbește cu mine!”

Deci, mesajul din partea clientului are trei părți:

Acceptă-mă - Înțelege-mă - Vorbește cu mine

Vom expune aceste mesaje într-un mod mai detaliat.

Acceptă-mă!

Pentru mulți oameni, care sunt într-o situație de extremă dificultate și afectați din punct de vedere emoțional, ei pierzându-și încrederea în sine și manifestând sentimente de inutilitate, simplul fapt că sunt acceptați și apreciați de altcineva este suficient. Acceptarea este primul stadiu în formarea unei relații terapeutice. Se pare că

există două elemente ale mesajului general. Primul dintre ele se referă la faptul că persoana care dă ajutor trebuie să aibă o atitudine caldă și prietenoasă. Terapeutul trebuie să poată fi perceput ca o sursă de confort și protecție. Clientul trebuie să simtă că poate acorda încrederea sa celeilalte persoane.

Al doilea element îi cere celui care dă ajutor să cunoască și să accepte sentimentele clientului. Terapeutul nu trebuie să judece, să evalueze sau să explice aceste sentimente. Dacă terapeutul acceptă pur și simplu sentimentele clientului, clientul nu se va simți diminuat sau înjosit de emoțiile sale. Trebuie să i se permită clientului să simtă că “are dreptul” la sentimente. Nu are nici un sens să i se spună unei persoane că nu ar trebui să aibă sentimente de amărăciune, mânie ori culpabilitate, dacă acesta este modul ei de manifestare. Trebuie să li se dea clienților posibilitatea de a-și defini sentimentele, dacă dorim ca ei să facă ceva în legătură cu aceasta. Oamenii nu pot să-și schimbe condiția emoțională și cognitivă dacă nu se pot determina ei înșiși care le sunt gândurile și sentimentele lor. Ca atare, raportul cu cel care dă ajutor trebuie să fie resimțit ca fiind sigur și protector. Clientul se va simți în siguranță numai dacă își va recunoaște adevăratele sale sentimente. Numai în cazul unei relații sigure, o persoană va putea admite că este supărată sau jignită, vinovată sau geloasă. Și pentru a putea face ceva în legătură cu adevăratele noastre gânduri sau sentimente, trebuie mai întâi să le recunoaștem.

Înțelege-mă!

Clienții spun că ei vor să fie *înțeleși*, nu *explicați*. Persoana care dă ajutor va trebui să încerce să vadă lumea de pe poziția clientului. Ea va trebui să intre în cadrul de referință al celeilalte persoane. Terapeutul nu va trebui niciodată să încerce să definească sau să

controleze experiența clientului. După ce a înțeles experiența clientului, terapeutul trebuie, de asemenea, să încerce să comunice clientului această înțelegere. Valoarea relației este în acest caz confirmată.

Vorbește cu mine!

Din momentul în care clientul se simte acceptat și înțeles, el se va simți în siguranță. El are o bază sigură. Și, pornind de la această bază sigură, el poate să înceapă să exploreze gândurile și sentimentele sale, acțiunile și comportamentele. “Dragostea”, în sensul utilizat de Freud, ne dă suportul și încrederea de “a lucra”, de a examina cine suntem și ce facem, ce simțim și de ce simțim în acest fel. Există o mare valoare terapeutică în a-i lăsa pe oameni să vorbească – “cura de vorbit”, cum o denumește Freud. Dar dacă cineva vorbește, cealaltă persoană trebuie să asculte, dorința terapeutului de a asculta cu grijă, interes și sensibilitate este cea mai importantă din punctul de vedere al clienților. Prea mulți experți vorbesc mult și ascultă prea puțin.

Discuțiile sunt valoroase și utile pentru multe persoane. Dacă oamenilor li se permite să vorbească, ei pot să-și descrie experiențele, să-și expună situația, să înceapă trei lucruri importante:

- Să dea un sens experienței lor. Să vadă modele și relații în cadrul sentimentelor și acțiunilor. Să găsească un sens în cadrul confuziei, un sens al situației lor. Dacă oamenii încep să dea sens experienței lor, ei încep să simtă că au control asupra ei, devin mai încrezători în propria lor abilitate de a-și da seama ce înseamnă experiența lor. Acest lucru mărește încrederea în sine. Oamenii încep să se simtă mai bine și mai siguri de ei.

- Să găsească un nou sens, să descopere înțelesuri mai bune. După ce a reușit să dea un sens nou trecutului, clientul este capabil să-și pună la punct modalități mai bune de abordare și înțelegere. Viitorul poate fi privit prin prisma înțelegerii cognitive. Clientul nu mai este tras de edificiile ineficiente mintal, utilizate în trecut. El este capabil să genereze noi edificii personale, pentru a se adapta mai bine și mai eficient în relațiile cu oamenii.
- Să înțeleagă trecutul și modul de abordare a viitorului care îi dă clientului speranță și încredere, liniște și putere.

Valoarea discuțiilor nu trebuie niciodată să fie subestimată. Cu toate acestea, există un ultim mesaj extras din experiențele clientului referitoare la consultanță, terapie și muncă socială. După ce clientul a vorbit, și-a descris experiența și și-a spus povestea, el dorește un dialog activ cu cel care îl ajută. Clientul are acum încredere în acesta și începe să “lucreze” și să exploreze. Dar, în aceste stadii finale de ajutor, el acordă valoare comentariilor și ideilor, cunoștințelor și experienței terapeutului. El este destul de puternic pentru a avea un dialog complet și de la egal la egal. Participarea și raportul de colaborare cer clientului și terapeutului să discute și să argumenteze, să se stimuleze reciproc pentru a dezvolta noi modalități de gândire, sentimente noi, puncte noi de vedere care să dea un sens lumii clientului. Din dialogul lor apare o nouă ordine cognitivă, o nouă perspectivă emoțională pentru client.

În conformitate cu punctul de vedere al clientului, terapeutul care nu permite participarea, care definește experiența clientului în termenii săi de expert, și nu în termenii clientului, care păstrează o atitudine paternă, îl va face pe client să rămână cu vechile sale

obiceiuri. Acest terapeut nu-i oferă clientului o bază sigură pe care să o poată explora. El nu-i permite clientului să descopere ceea ce trebuie să fie schimbat în propriile sale gânduri sau sentimente. El îi dă clientului unelte pe care acesta nu le înțelege și pe care nu poate să le folosească.

Cele două tipuri de participare între asistentul social și client expuse în acest capitol provin din fundamentări filosofice extrem de diferite. Justiția socială pretinde ca clienții să cunoască regulile jocului, ea insistă asupra faptului că ei au drepturile și responsabilitățile lor care trebuie să fie respectate de către asistentul social. În esență, justiția socială și participarea politică au un punct de vedere pesimist asupra omului. Comportamentul oamenilor trebuie să fie definit și verificat. Datorită acestui lucru, avem nevoie de legi și regulamente. Dacă dorim ca societatea umană să funcționeze, trebuie să avem reguli pentru “joc”, toată lumea trebuie să cunoască aceste reguli (nu un set de reguli pentru cei puternici și un alt set de reguli pentru cei slabi) și toată lumea trebuie să joace în mod cinstit. Orice diminuare a drepturilor și responsabilităților clientului reprezintă o nedreptate.

Participarea terapeutică derivă din psihologiile umanistice. Ea se bazează pe idealismul lui Kant și oferă un punct de vedere optimist în legătură cu omul. Oamenii au puterea și potențialul de a crea și de a-și defini propriile vieți și propria lor existență. Ei trebuie să beneficieze de oportunitatea de a recâștiga control asupra propriei lor experiențe. A nega controlul lor asupra propriilor destine înseamnă a nega umanitatea.

Participarea politică și participarea terapeutică reprezintă împreună democratizarea ajutorului. Cu toate că acestea își au

originile în tradiții filosofice diferite, tendința nouă este ca ele să fie văzute ca un întreg. Am menționat faptul că acest lucru provoacă uneori confuzii și chiar contradicții în practicile asistenților sociali. Cu toate acestea, noțiunile de participare, de raporturi și de colaborare produc idei și practici interesante în domeniul protecției copilului și a familiei. Scopurile de bază sunt (1) de a menține familiile unite ori de câte ori acest lucru este posibil și (2) de a reda controlul părinților, de a-i face să devină parteneri. (Nu-i ajutați pe copii dacă nu țineți cont de părinții lor.) Potențialul familiei ca resursă a fost prea mult timp ignorat, de aceea trebuie de revenit la acest potențial.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ*

1. Asistența socială ca activitate de mediere în societate: colocviul național al Asistenței Sociale. -Cluj-Napoca, 1995.
2. *Bell W.* Contemporary social welfare. Macmillan Publishing Co., Inc. New York, 1983.
3. *Berndt Th.J.* Child Development Halt, Rinehart and Winston Inc., 1992.
4. *Bocancea C., Neamțu G.* Asistența socială. Elemente de teorie și strategii de mediere. -Iași, 1996.
5. *Bocancea C., Neamțu G.* Elemente de asistență socială. -Iași: Polirom, 1999.
6. *Bowlby J.* Attachment and Loss, Vol. 1,2,3. -London: Hogarth Press, 1969, 1973, 1980.
7. *Brager G., Specht H.* Community Organising -New York and London: Columbia University Press, 1973.
8. *Brandon M., Schofield G., Trinder L.* Social work with children. MACMILLAN PRESS LTD, 1998.
9. *Chess W.A., Norlin J.M.* Human Behaviour and the Social Environment. A Social Systems Model. Alliy and Bacon, 1991.

* Literatura a fost selectată din biblioteca Centrului Republican de Resurse pentru Asistență Socială, care funcționează pe lângă Catedra Sociologie și Asistență Socială a Universității de Stat din Moldova.

10. *Cloke C., Davies M.* Participation and Empowerment in Child Protection. –London: Pitman, 1995.
11. *Compton B.R., Galaway B.* Social Work Processes. -Chicago, 1984.
12. *Cooper D., Ball D.* Abuzul asupra copilului. -București, 1993.
13. *Coulshed V.* Practica Asistenței Sociale. -București, 1993.
14. *Davies M.* The Essential Social Worker: A Guide to Positive Practice. Community CARE Practice Handbook. –England: Wildwood House, 1991.
15. *Day P.J.* A New History of Social Welfare. -New Jersey, 1989.
16. *Dolgoff R., Feldstein D., Scolnik L.* Understanding Social Welfare. -New York: Longman, 1997.
17. *Gambrill E.* Social Work Practice. A Critical Thinker's Guide. -New York, Oxford, 1997.
18. *Heffernan W.J.* Social Welfare Policy. A Research and Action Strategy. -New York and London: Longman, 1992.
19. *Hepworth H., Larsen J.* Direct Social Work Practice. Theory and Skills. -California, 1986.
20. *Hepworth D.H., Larsen J.A.* Direct Social work Practice. Theory and Skills. -Belmont, California, 1990.
21. *Howe D.* Attachment and Loss. In: Child and Family Social Work. -Avebury: Aldershot, 1996.
22. *Howe D.* Attachment Theory for Social Work Practice. -Basingstoke, Macmillan, 1995.
23. *Iluț P.* Familia – cunoaștere și asistență. -Cluj, 1995.
24. *Jonson L.C.* Social Work Practice. –Boston: Allyn and Bacon Inc., 1983.

25. *Killen K.* Copilul maltratat. -Timișoara, 1998.
26. *Konopka G.* Social group work. A helping process. -N-J: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, 1972.
27. *Mănoiu F., Epureanu V.* Asistența Socială în România. -București, 1997.
28. *Marschal M.* Asistența Socială pentru bătrâni. -București, 1993.
29. *Miftode V.* (coord.). Dimensiuni ale Asistenței Sociale. Forme și strategii de protecție a grupurilor defavorizate. -Botoșani, 1995.
30. *Miftode V.* Fundamente ale Asistenței Sociale. -București, 1999.
31. *Miftode V.* Teorie și metode în Asistența Socială: elemente introductive. -Iași, 1994.
32. *Miftode V., Rahmania N.* Acțiune Socială în perspectivă interdisciplinară. -Baia Mare, 1998.
33. *Morales A.T., Sheafor B.W.* Social Work. A Profession of Many Faces. -Boston: Allyn and Bacon, 1998.
34. *Parkinson L.* Separarea, divorțul și familia. - București, 1993.
35. Raportul Conferinței “Copiii de azi sunt părinții de mâine”. -Timișoara, 1997.
36. *Rășcanu R.* Psihologie medicală și Asistență Socială. -București, 1996.
37. *Scott B., Henry M.* Problems and Issues in Social Casework. -New York: Columbia University Press, 1971.
38. *Smith C.* Adopție și plasament familial. Cum și de ce? -București, 1993.

39. *Spânu M.* Introducere în asistența socială a familiei și protecția copilului. -Chișinău, 1998.
40. *Stahl H., Matei I.* Manual de Prevederi și Asistență Socială. -București, 1962. Vol. 1,2.
41. *Thoburn J.* Child Placement: Principles and Practice. -Aldershot: Arena, 1994.
42. *Van Wormer K.* Social Welfare. A World View. -Chicago, 1997.
43. *Wells C. C., Federico R.* Social work. Day to day. -New York, London: Longman, 1989.
44. *Whitaker W.H., Federico R.C.* Social Welfare in Today's World. The McGraw-Hill Companies, INC., 1990.
45. *Zamfir C.* (coord.). Politici sociale în România. -București, 1999.
46. *Zamfir E.* Psihologie socială. Texte alese. -Iași, 1997.
47. *Zastrow Ch.* The Practice of Social Work. -Belmont, California, 1992.
48. Основы социальной работы. -Москва, 1997.
49. Теория социальной работы. -Москва, 1998.

ANEXE

Anexa 1

CODUL DEONTOLOGIC AL ASISTENTULUI SOCIAL

CAPITOLUL I - PRINCIPII ETICE

1.1 - Principii etice generale

Art. 1 – Fiecare ființă umană este o valoare unică, ceea ce implică respect necondiționat.

Art. 2 – Fiecare persoană are datoria să contribuie, după posibilități, la bunăstarea societății și dreptul de a primi suportul deplin din partea acesteia.

Art. 3 – Fiecare persoană are dreptul să se autorealizeze în măsura în care nu afectează autorealizarea celorlalți.

Art. 4 – Asistentul social are obligația să respecte și să promoveze principiile eticii și justiției sociale.

Art. 5 – Asistentul social are responsabilitatea să-și folosească la maximum calitățile umane și cunoștințele profesionale pentru a ajuta indivizii, grupurile, comunitățile, societatea în dezvoltarea lor și în soluționarea conflictelor la nivel personal și la nivelul societății.

Art. 6 – Asistentul social trebuie să acorde asistența cea mai bună posibil oricărei persoane aflate în dificultate, fără a face niciun

fel de discriminări (în funcție de sex, vârstă, rasă, naționalitate, apartenență etnică sau religioasă etc.).

Art. 7 – În activitatea sa, asistentul social trebuie să respecte drepturile persoanelor, specificul grupurilor și comunităților, având în vedere prevederile cu privire la drepturile și valorile stipulate în Declarația Universală a Drepturilor Omului, alte convenții internaționale, cât și a legislației naționale; drepturile persoanei umane au prioritate.

Art. 8 – Asistentul social trebuie să se bazeze pe principiile respectului apărării intimității, confidențialității și utilizării responsabile a informațiilor obținute în actul exercitării profesiei. Respectarea confidențialității trebuie să fie necondiționată, ea continuă chiar și după decesul persoanei asistate.

Art. 9 – Dacă în exercitarea profesiei se constată o încălcare a prevederii legale, asistentul social are datoria de a o face cunoscută părților implicate, dar nu poate denunța organelor legii; el nu trebuie să facă nici depoziții în justiție și nici nu poate fi chemat ca martor pentru ceea ce a constatat, având dreptul, pe motive profesionale bine întemeiate, să refuze.

Art. 10 – În același timp, asistentul social are datoria să coopereze cu organele în drept pentru prevenirea actelor criminale posibile.

Art. 11 – Asistentul social va implica activ persoana asistată în conștientizarea intereselor sale, încât să-și asigure autonomia, demnitatea și dezvoltarea umană.

Art. 12 – În activitatea sa cu persoana asistată, asistentul social va considera cu prioritate interesele acesteia, acordând totodată atenția necesară intereselor celorlalte părți implicate.

Art. 13 – Asistentul social, stimulând asistatul să-și asume responsabilitatea adoptării soluției pentru problemele sale, trebuie să se implice activ și responsabil în sprijinirea asistatului în acest proces. El trebuie să-l sprijine pe asistat să devină conștient de toate riscurile și consecințele posibile ale unei opțiuni sau alteia.

Art. 14 – Impunerea unei soluții care să rezolve problemele asistatului în detrimentul intereselor celorlalte părți implicate trebuie să aibă loc doar după o evaluare sistematică și responsabilă a cerințelor tuturor părților aflate în conflict.

Art. 15 – În activitatea sa, asistentul social nu va oferi niciodată, direct sau indirect, suportul persoanelor, grupurilor, forțelor politice ori structurilor de putere care manipulează sau oprimă celelalte ființe umane.

Art. 16 – Toate deciziile pe care asistentul social le ia vor avea o justificare etică explicită. Asistentul social va milita ca aceste decizii să fie acceptate și respectate și de către ceilalți.

Art. 17 – Asistentul social are datoria să activeze pentru ca principiile Codului deontologic al asistenței sociale să fie cunoscute și respectate atât în cadrul comunității sale profesionale, cât și de către alte persoane și instituții.

Art. 18 – Asistentul social trebuie să facă tot ce-i stă în putință să susțină părțile în soluționarea pe cale amiabilă a situațiilor conflictuale, evitând recurgerea la calea juridică.

CAPITOLUL II - STANDARDE

2.1 – Standardele generale ale conduitei morale a asistentului social

Art. 19 – Asistentul social trebuie să mențină în cadrul colectivității un înalt standard al conduitei sale morale. Este inacceptabilă orice formă de manipulare; asistentul social trebuie să respecte libertatea de opinie a fiecărui individ, grup, colectivitate.

Art. 20 – Asistentul social trebuie să apere persoana asistată de a fi abuzată datorită unei situații dificile în care se află.

Art. 21 – Asistentul social trebuie să-și practice profesiunea cu probitate morală, demnitate, onestitate și competență.

Art. 22 – Profesia de asistent social fiind condiționată de încredere și prestigiu personal, asistentul social trebuie să evite în viața sa privată tot ceea ce ar dăuna imaginii sale profesionale.

2.2 – Standarde generale ale conduitei profesionale

Art. 23 – Asistentul social trebuie să fie activ în depistarea problemelor, să folosească toate cunoștințele sale profesionale pentru a asista persoanele, grupurile sau colectivitățile aflate în dificultate să atingă un prag acceptabil de normalitate.

Art. 24 – Asistentul social trebuie să protejeze interesele persoanelor asistate susținându-le în luarea propriilor decizii în deplină cunoștință de cauză.

Art. 25 – Asistentul social trebuie să-și perfecționeze continuu pregătirea profesională (prin lecturi de specialitate, cursuri de

perfecționare, participare la manifestări științifice), cât și deprinderile și abilitățile pentru practicarea meseriei; trebuie să contribuie la dezvoltarea unui climat simulativ pentru perfecționarea în cadrul comunității profesionale.

Art. 26 – Asistentul social trebuie să evite acele situații care pot dăuna imaginii publice favorabile profesiei; să nu permită sau să încurajeze denigrarea profesiei.

Art. 27 – Asistentul social este responsabil pentru calitatea și conținutul serviciilor pe care le oferă.

Art. 28 – Asistentul social trebuie să reziste oricăror presiuni politice sau ideologice, precum și altor influențe care pot interfera cu exercitarea profesiei.

Art. 29 – Asistentul social nu trebuie să îngăduie ca problemele sale personale să influențeze judecățile și activitatea sa profesională.

Art. 30 – Fiind solicitat de profesie să înțeleagă și să-și asume problemele celor pe care îi asistă, asistentul social are o datorie fundamentală față de sine și familia proprie de a-și dezvolta capacitatea de diferențiere a problemelor din sfera activității profesionale de viața personală și a familiei sale.

Art. 31 – O componentă esențială a profilului profesional al asistentului social este dezvoltarea capacității de autocunoaștere și de cunoaștere a celuilalt (empatia).

Art. 32 – Asistentul social trebuie să supună continuu unei examinări critice, constructive profesia, teoriile, metodele și practicile ei.

Art. 33 – Asistentul social trebuie să susțină cercetarea științifică din domeniul asistenței sociale, angajându-se direct în activitatea de cercetare științifică, colaborând sau sprijinind cu experiența, informația și datele de care dispune pe colegii angajați în programe de cercetare științifică.

Art. 34 – Asistentul social angajat în activitatea de cercetare se va supune normelor deontologice generale ale domeniului cercetării științifice.

Art. 35 – Asistenții sociali angajați în cercetarea științifică trebuie să ia toate măsurile necesare pentru protecția anonimatului și intimității persoanelor investigate, în scopul înlăturării oricăror prejudicii morale sau materiale la care acestea ar putea fi supuse.

Art. 36 – Este o datorie față de propria profesie sprijinirea prin toate mijloacele a procesului de educație și formare a asistenților sociali: în calitate de cadru didactic, ca îndrumător de practică sau coleg cu mai multă experiență.

Art. 37 – Specialiștii angajați în formarea profesională a asistenților sociali trebuie să insuflă respectul și dragostea față de profesie, să contribuie la difuzarea și interiorizarea normelor Codului deontologic.

2.3 – Standardele generale în relația asistentului social cu persoanele asistate

Art. 38 – Atitudinea față de persoana asistată se bazează pe respect față de persoana asistatului și pe recunoașterea responsabilității acestuia pentru opțiunile pe care la face.

Art. 39 – Asistentul social oferă asistență socială fără să piardă din vedere valorile comunității din care asistatul face parte.

Art. 40 – Asistentul social are obligația să acorde asistență, în limitele obiectivelor instituției din care face parte, oricărei persoane aflate în dificultate, fără nici o discriminare.

Art. 41 – Asistentul social trebuie să furnizeze persoanei asistate informații complete și exacte cu privire la oferta serviciilor sociale acceptabile în cadrul instituției din care face parte.

Art. 42 – Dacă dintr-un motiv oarecare, asistentul social consideră că nu poate oferi asistența solicitată, el trebuie să explice motivele sale asistatului, în afară de cazul în care aceasta ar contraveni în vreun fel persoanei asistate.

Art. 43 – Dacă asistentul social este în situația de a-și exprima opțiunile religioase sau politice, el trebuie să facă acest lucru astfel, încât persoana asistată să se simtă absolut liberă în propriile opțiuni.

Art. 44 – Asistentul social va acționa în cooperare cu persoana asistată în ceea ce privește asistența acordată. Numai în cazul în care persoana asistată nu are capacitatea de a decide care sunt nevoile sale sau dacă interesele altor persoane ori ale societății sunt în pericol, este permis să se intervină fără informarea celui asistat. În această situație, asistentul social va justifica acțiunile sale, atât cât este posibil, persoanei asistate.

Art. 45 – Asistentul social trebuie să câștige încrederea persoanei asistate, convingând-o că relația stabilită este utilizată în scopul promovării drepturilor, dorințelor și intereselor sale legitime; asistentul social va culege numai informații necesare actului asistenței.

Art. 46 – Dacă în timpul acordării asistenței asistentul social cooperează cu alte persoane, el va comunica numai informațiile necesare, dar nu fără acordul clientului și în conformitate cu exigențele menționate în Art. 7.

Art. 47 – Dacă asistentul social este chemat ca martor, el va decide de la caz la caz dacă va depune sau nu mărturie, cu respectarea prevederilor cu privire la secretul profesional, conținute în acest Cod. Asistentul social poate să depună mărturie împotriva unei persoane asistate în condițiile în care consideră că interesele vitale ale altora sunt în pericol, iar în caz de dubiu, se poate consulta cu organismul comunității profesionale responsabil de aplicarea prezentului Cod.

2.4 – Standardele generale la locul de muncă – serviciu, agenție, organizație

Art. 48 – Asistentul social are obligația să lucreze sau să coopereze cu acele agenții, ale căror politici și procedee se înscriu în standardele profesionale adecvate și care respectă Codul deontologic al asistentului social.

Art. 49 – Asistentul social este responsabil de standardele profesionale și etice ale instituției în care lucrează.

Art. 50 – Asistentul social va acționa pentru realizarea responsabilă și calificată a obligațiilor organizației în care lucrează, contribuind la elaborarea și dezvoltarea standardelor profesionale și etice ale întregii activități de asistență socială.

Art. 51 – Asistentul social va susține satisfacerea intereselor legitime ale persoanei asistate în cadrul instituției din care face parte sau, dacă nu este posibil, apelând la alte surse de sprijin.

2.5 – Standardele referitoare la relațiile asistentului social cu colegii și alți specialiști

Art. 52 – Asistentul social trebuie să colaboreze cu colegii săi și cu alți specialiști, atunci când se impune.

Art. 53 – Asistentul social trebuie să militeze, în relațiile cu colegii și cu ceilalți specialiști, pentru promovarea și respectarea standardelor profesiei.

Art. 54 – Asistentul social trebuie să împărtășească cunoștințele, experiența, ideile sale cu colegii, cu ceilalți specialiști, precum și cu voluntarii, în scopul perfecționării reciproce.

Art. 55 – Față de colegii aflați la începutul carierei profesionale, asistentul social trebuie să acorde întregul suport pentru integrarea profesională a acestora și să le împărtășească experiența proprie.

Art. 56 – Asistentul social trebuie să recunoască și să respecte meritele și competențele colegilor, să accepte diferențele de opinie și practică, exprimându-și eventualele critici prin modalități adecvate, într-o manieră responsabilă.

Art. 57 – Asistentul social în poziție de conducere trebuie să respecte opiniile profesionale, capacitatea, experiența și meritele colegilor prin crearea unei atmosfere de dezbatere liberă și responsabilă.

Art. 58 – Asistentul social pus în situația de a evalua activitatea colegilor trebuie să dea dovadă de echitate, corectitudine și profesionalism.

Art. 59 – Asistentul social este chemat să contribuie la realizarea unui climat de colegialitate, respect și suport reciproc. În cazul apariției unor situații conflictuale, el trebuie să contribuie activ la rezolvarea acestor situații într-un spirit colegial și de exigență profesională.

Art. 60 – Relațiile asistentului social cu colegii și alți specialiști trebuie să se bazeze pe loialitate și susținerea reciprocă a reputației.

Art. 61 – În activitatea cu persoanele asistate, asistentul social nu trebuie să depășească sfera sa de competență; în același timp, asistentul social trebuie să militeze împotriva substituirii sale, ca specialist, cu specialiști din alte domenii din sfera de competență a asistenței sociale.

Art. 62 – Asistentul social, care are temei să creadă că un coleg prejudiciază prin comportarea sa interesele persoanei asistate sau încalcă flagrant standardele profesiei, are obligația să aducă la cunoștință acest lucru organismelor în drept, dacă nu a reușit să rezolve situația prin discuții colegiale cu persoana în cauză.

2.6 – Responsabilitatea asistentului social față de societate

Art. 63 – Responsabilitatea primară a asistentului social se referă la persoanele aflate în dificultate dar, totodată, profesia sa îi impune o înaltă responsabilitate față de societate.

Art. 64 – Asistentul social are datoria de a sprijini persoanele asistate să se integreze în viața socială și culturală, de a restabili relațiile cu familia și societatea, de a reduce dependența socială, de a-l face pe asistat conștient nu numai de drepturile sale, dar și de datoriile sale sociale.

Art. 65 – Asistentul social are datoria să sprijine societatea în a deveni conștientă în problemele grave cu care se confruntă anumite categorii ale populației, de posibilele inechități, nedreptăți și să militeze pentru o atitudine colectivă, prin găsirea unor soluții constructive.

Art. 66 – Aderând complet la valorile democrației, care presupun crearea unei societăți echilibrate în care toate segmentele ei să se accepte, să se recunoască și să se sprijine reciproc, asistentul social are datoria să înțeleagă și să respecte cultura, experiența istorică, opțiunile fundamentale ale comunității în care lucrează.

Art. 67 – Asistentul social trebuie să contribuie cu experiența sa profesională la dezvoltarea programelor și politicilor sociale. Asistentul social este dator să susțină perfecționarea politicilor sociale în scopul îmbunătățirii condițiilor de viață și pentru promovarea justiției sociale.

Art. 68 – Asistentul social trebuie să militeze pentru crearea unei “societăți pentru toți”, fără discriminări, excluziuni sau marginalizări, o societate caracterizată de grija pentru fiecare membru al său.

CAPITOLUL III – RESPONSABILITATEA COMUNITĂȚII PROFESIONALE PENTRU RESPECTAREA ȘI CUNOAȘTEREA PROFESIEI DE CĂTRE CEILALȚI

Art. 69 - Asistentul social are obligațiunea morală de a se organiza într-o comunitate profesională pentru elaborarea criteriilor de dezvoltare a profesiei, drepturilor și obligațiunilor asistenților sociali și să urmărească respectarea lor.

Art. 70 – Comunitatea profesională va promova standardele morale și profesionale de asistență socială și va veghea la respectarea lor.

Art. 71 – Asistentul social este un profesionist, pregătirea sa profesională incluzând un complex de cunoștințe și deprinderi multidisciplinare. Specializarea sa se realizează în forme de învățământ acreditate de tip postliceal, de minimum 3 ani, sau studii universitare.

Art. 72 – Comunitatea profesională are datoria să acționeze pentru prevenirea exercitării profesiei de asistent social de către persoane fără calificarea profesională corespunzătoare.

Art. 73 – Comunitatea trebuie să militeze pentru ca în organizațiile ofertante de servicii de asistență socială să se lucreze cu asistenți sociali profesioniști, ca o garanție a respectării standardelor profesionale adecvate.

Art. 74 – Comunitatea profesională va dezvolta mecanismele și procedurile de evaluare și acreditare ale organizațiilor care oferă servicii de asistență socială.

Art. 75 – Înalta sa misiune nu se poate realiza decât în cooperare cu colectivitatea profesională și prin colaborarea cu alți specialiști, contribuind împreună la dezvoltarea profesiei.

Art. 76 – Comunitatea profesională va accepta că instruirea profesională continuă este fundamentală pentru activitatea de asistență socială; ea este responsabilă pentru standardele serviciilor oferite.

Art. 77 – Comunitatea va recunoaște și va stimula nevoia de colaborare a asistenților sociali cu alți specialiști, în interesul persoanelor asistate.

Art. 78 – Comunitatea asistenților sociali va milita pentru realizarea condițiilor care permit asistenților sociali să cunoască și să respecte obligațiile ce decurg din prevederile acestui Cod.

Art. 79 – Comunitatea profesională va milita și sprijini procesul de creare și dezvoltare a serviciilor sociale publice.

Art. 80 – Comunitatea profesională a asistenților sociali are datoria să acționeze pentru recunoașterea socială a profesiei și pentru oficializarea statutului profesional și obligațiunilor asistentului social.

CAPITOLUL IV – ÎNSUȘIREA, RESPECTAREA ȘI MECANISME DE SANCTIUNE ALE CODULUI DEONTOLOGIC

Art. 81 – Organizația/organizațiile profesională are/au datoria să dezvolte organisme însărcinate cu:

- difuzarea prezentului Cod;

- analiza situațiilor de posibilă încălcare a prevederilor Codului;

- analiza cu maximă responsabilitate și deplină colegialitate a vinovăției de încălcare a prevederilor Codului;

- prevederea sancțiunilor ce se impun;

- executarea sancțiunilor cuvenite.

Art. 82 – Sancțiunile pot fi:

(1) atenționarea personală;

(2) sesizarea instituției în care lucrează asistentul social;

(3) aducerea la cunoștința întregii comunități profesionale a abaterilor grave.

FIȘA DE OBSERVARE A COPILULUI
- Anchetă Socială -

Numele.....

Prenumele.....

Data
nașterii.....

Locul nașterii:

Localitatea..... județul.....

1. Date despre familia copilului

Familia de proveniență

- normal constituită.....
- dezorganizată prin divorț.....
- dezorganizată prin părăsirea de către
mamă.....tată.....
- concubinaj.....
- părinți necunoscuți:
mama.....tata.....

Frații și relațiile dintre ei:

.....

Alte rude care au trăit în familie / care l-au crescut pe copil și cât timp:

.....

Părinții:

Tata:

numele..... prenumele..... vârsta.....

- profesiunea/meseria/ocupația pe care o practică
.....
- locul de muncă.....
- lucrează ocazional/sezonier/pensionar de vârstă/
de boală/șomer
- decedat din anul..... ..din cauza.....

Mama:

numele..... prenumele..... vârsta.....

- profesiunea/meseria/ocupația pe care o practică
.....
- locul de muncă.....
- lucrează ocazional/sezonier/pensionară de vârstă/
de boală/șomeră
- decedată din anul..... ..din cauza.....

Nivelul preocupărilor culturale ale familiei:

.....

Atitudinea părinților față de școală și față de viitorul cultural și profesional al copilului:

.....

Conduita morală a părinților în familie, în societate, la locul de muncă:

.....

Renumele părinților în comunitatea în care trăiesc:

.....

Condamnări suferite de părinți (care dintre părinți, pentru ce fapte, durata condamnării și felul ei, în ce perioadă):

.....

Comportarea părinților între ei:

.....

Climatul afectiv din familie între:

- părinți:.....
- părinți și copii:.....

Starea medicală a familiei. Starea de sănătate a fiecărui părinte:

- sănătos
- suferințe cronice
- boli ereditare la ascendenți

Starea igienico-sanitară a familiei și locuinței:

.....

Starea materială a familiei:

- nivelul veniturilor:.....
- locuința:.....
- dotările materiale:.....

Modul în care trăiește copilul – situația de internat:

- mulțumit.....
- indiferent.....
- nemulțumit.....
- suferă din cauza internării.....

Cauzele atitudinii copilului față de situația de internat:

Atitudinea față de Casa de copii în care trăiește:

- atașament.....
- indiferență.....
- dezagregare.....

Cauzele care au generat atitudinea față de unitatea în care se află:

.....

Efectele internării asupra afectivității și comportamentului copilului:

.....

Trebuințele specifice situației de copil ocrotit:

- trebuința de activitate
- trebuința de securitate psihică
- trebuința de mediu familial
- trebuința de identitate
- alte trebuințe generate de această situație:

.....

Gradul de formare a autonomiei personale:

.....

Comunicarea cu adulții:

.....

Integrarea în colectivitatea grupului:

- integrat corespunzător.....
- izolat.....
- lider formal.....
- lider neformal
- lider virtual.....

Motivele izolării în grup (dacă este cazul):

.....

Preocupările copilului în timpul liber:

.....

Participarea la cercurile din Casa de copii:

.....

Participarea la activități practice și gospodărești:

.....

Aprecieri și recompense deosebite primite în Casa de copii:

.....

Abateri deosebite și sancțiuni primite în Casa de copii:

.....

Atitudinea părinților față de situația de internat a copilului:

.....

Atitudinea părinților față de ocrotire; căi de colaborare:

.....

2. Date bio-medicale despre copil

Dezvoltarea somatică generală a copilului (talie și pondere):

- corespunzătoare pentru vârsta lui.....
- subdezvoltat.....
- supradezvoltat.....

Copilul este:

- sănătos.....
- receptiv la anumite boli.....
- suferind.....

Boli cronice de care suferă copilul:

- efectele tratamentului medical:
- pronosticul lichidării sau evoluției:

Defectele morfo-funcționale și malformații:

- agilitatea generală a organismului:
- coordonarea mișcărilor și dexteritate manuală:

Rezistența la efort și oboseală:

- corespunzătoare vârstei.....
- sub nivelul vârstei.....
- superioară.....

Alte observații medicale:

3. Condiția de internat a copilului

- Anul intrării în rețeaua de ocrotire.....
- Anul internării în unitatea în care se află în prezent.....
- Alte Case de copii în care a fost internat și cât timp a stat în ele.....
- Leagănul de copii și cât timp a stat în el
.....
- Casa de copii preșcolari din care provine și cât timp a stat în ea.....

- Casa de copii școlari și cât timp a stat în ea
.....
- Cauzele internării copilului în rețeaua de ocrotire
.....
- Cauzele mutării copilului dintr-o unitate de ocrotire în alta
.....
- Condițiile de viață și educație din unitățile de ocrotire în care
a fost internat anterior.....
.....
- Date principale din caracterizările primite de copil la plecarea
din unitățile de ocrotire în care a fost internat
.....
.....

4. Profil psihic

- Deficiențe senzoriale constatate la copil:.....
- Dezvoltarea vocabularului și corectitudinea/deficiențele
vorbirii:.....
- Dezvoltarea proceselor cognitive (gândire, memorie,
imaginație):.....
- Stabilitatea atenției:.....
- Afectivitatea. Starea echilibrului emotiv:.....
- Gradul de maturizare afectivă în raport cu vârsta:.....
- Reacția la stres și situații anxiogene:.....

- Gradul de formare a calităților voinței:.....
- Interese manifestate:.....
- Trăsături temperamentale:.....
- Înzestrări aptitudinale:.....
- Manifestări caracteriale pozitive:.....
- Manifestări caracteriale și comportamente negative:.....
- Alte particularități:
 - agresivitate.....
 - depresie.....
 - hipersensibilitate.....
 - tendința de vagabondaj.....
 - dependența de alții.....

5. Condiția școlară a copilului

Performanțele școlare

Clasa	Anul școlar	Media generală	S-a clasat	
			al câtelea	din câți elevi

Obiecte la care obține performanțe foarte bune:

.....

Obiecte la care înregistrează note slabe:

.....

Corigențe și repetențe:

.....

Participarea la olimpiade și concursuri școlare:

.....

Participarea la cercuri și formații din școală:

.....

Frecvența:

.....

Purtarea:

.....

Încadrarea în colectivul clasei:

.....

Sarcini (permanente sau temporare) în clasă și modul de îndeplinire a lor:

.....

Activitatea în clubul copiilor:

.....

6. Caracterizarea generală a copilului (tabloul unitar al personalității)

Proiect pedagogic individualizat

Numele și prenumele copilului.....

Perioada de acțiune pedagogică

Realitățile copilului	Obiective formative	Acțiunea educativă (activități educative și terapeutice, metode, mijloace etc.)	Constatări periodice și finale

**FAMILIA
ȘI MEDIUL DE VIAȚĂ ACTUAL AL COPILULUI
- Anchetă Socială -**

1. Părinții

Mama:

Situația profesională

Studiile/ Profesia Ocupația:

Numele și adresa locului de muncă
(inclusiv numărul de telefon)

Venitul (precizați sumele și
sursele):

Numărul copiilor în îngrijire: Vârsta
copiilor:

Numărul copiilor care locuiesc cu mama:

*Locuința**

- Proprietatea mamei ; - Închiriată ; - Subînchiriată

- Alte situații

- Numărul de camere - Numărul persoanelor
locuibile: care locuiesc:

* Marcați căsuțele corespunzătoare

ANEXE

- Apă curentă: Da ; Nu ;

- Încălzire: Da ; Nu ;

Descrieți condițiile din locuință (condiții de igienă, curățenie, dificultăți):

Atitudinea mamei față de copil:

- Nu pune probleme deosebite
- Neglijență gravă
- Violență fizică
- Abuz psihologic grav
- Abuz sexual
- Alte situații (precizați)

.....
Atitudinea copilului față de mamă:

Observații deosebite privind mama (probleme de sănătate, alte situații) :

Tatăl:

Situația profesională

Studiile/ Profesia: Ocupația:

Numele și adresa locului de muncă
(inclusiv numărul de telefon):

Venitul (precizați
sumele și sursele):

Numărul copiilor în
îngrijire: Vârsta
copiilor:

Numărul copiilor care locuiesc cu tata:

Locuința:

- Proprietatea tatălui ; - Închiriată ; - Subînchiriată ;
- Alte situații

ANEXE

- Numărul de camere
locuibile:

- Numărul persoanelor
care locuiesc:

- Apă curentă: Da ; Nu ;

- Încălzire: Da ; Nu .

*Descrieți condițiile din locuință (condiții de igienă, curățenie,
dificultăți):*

Atitudinea tatălui față de copil:

- Nu pune probleme deosebite
- Neglijență gravă
- Violență fizică
- Abuz psihologic grav
- Abuz sexual
- Alte situații (precizați) :

.....

.....

Atitudinea copilului față de tată:

Observații deosebite privind tatăl (probleme de sănătate, alte situații):

2. Alte persoane (fizice sau juridice) care au în prezent copilul în îngrijire

Data luării copilului în îngrijire:

Motivul (precizați circumstanțele) :

ANEXE

În cazul unei alte persoane sau familii:

Doamna:

Numele: Prenumele:

Studii/ Profesia: Ocupația:

Numele și adresa locului de muncă
(inclusiv numărul de telefon):

Venitul lunar:

Domnul:

Numele: Prenumele:

Studii/ Profesia: Ocupația:

Numele și adresa locului de muncă
(inclusiv numărul de telefon):

Venitul lunar:

Locuința:

- Proprietate ; - Închiriată ; - Subînchiriată ;
- Alte situații

- Numărul de camere
locuibile:

- Numărul persoanelor
care locuiesc:

- Apă curentă: Da ; Nu ;

- Încălzire: Da ; Nu .

Descrieți condițiile din locuință (condiții de igienă, curățenie, dificultăți):

Atitudinea față de copil:

- Nu pune probleme deosebite
- Pune probleme (precizați atitudinea și consecințele pentru copil):

Atitudinea copilului față de familie sau persoană:

Observații deosebite privind familia sau persoana (probleme de sănătate, alte situații):

3. În cazul unei instituții

Mediul de viață al copilului (descrieți condițiile materiale și de organizare ale instituției și consecințele directe asupra copilului):

Motivul pentru care s-a recurs la instituționalizare:

- provine dintr-o familie dezorganizată
(precizați).....
- provine dintr-o familie cu un copil sau cu mai mulți copii handicapați
- familii cu anumite boli cronice:
 - mama
 - tata
 - frații, surorile

- familii numeroase care au insuficient spațiu de locuit
- familii cu ambii părinți în situație de șomaj
- mama singură, necăsătorită
- mama bolnavă
- părinți despărțiți în fapt ori care sunt sau se află în situație de divorț
- copil abandonat

Sindromul anxietății:

- față de mamă ; față de tată ; față de frați ; față de alte persoane
- motivul

.....
.....

Relațiile personalului cu copilul (precizați):

Relațiile copilului cu personalul (precizați):

ANEXE

Relațiile copilului cu alți copii (precizați):

Relațiile personalului cu familia sa (precizați):

Observații deosebite privind situația copilului aflat în instituție:

4. Bunurile proprii ale copilului și venitul personal (moșteniri, pensii, alocații)

5. Măsuri de protecție anterioare

Da ; Nu ;

Dacă "Da", precizați:

perioadele:

măsura:

temeiul legal:

instituții frecventate:

motivul admiterii:

motivul încetării măsurii:

6. Date privind persoanele care au furnizat informațiile ** :

Datele au fost obținute:

- (1) de la mamă; (2) de la tată; (3) de la bunici;
 - (4) de la alte rude ale copilului; (5) din dosarul personal al copilului;
 - (6) de la asistentul social al unității; (7) de la copil; (8) de la vecini;
 - (9) de la administratorul asociației de proprietari; (10) de la sectorist;
 - (11) de la poștaș; (12) alte persoane:
-

Concluzii privind familia și mediul de viață actual al copilului

Recomandări din partea asistentului social al unității:

** La completarea fișei, marcați în dreptul informațiilor codul corespunzător sursei de date.

Recomandări din partea educatorului:

Precizări:

Această fișă (Anchetă socială) descrie, după caz, condițiile și mediul de viață al copilului:

- din familia proprie;
- din familia de ocrotire;
- din instituție.

Educatorul va completa această fișă în colaborare cu asistentul social al instituției.

CERCETAREA FAMILIILOR VULNERABILE

- Anchetă Socială –

I. Date identificative ale familiei, ale membrilor familiei:

a) Mama (sau persoana care îngrijește copilul)

Numele

Prenumele.....

Nr. pașaportului.....

Domiciliul stabil.....

Nivelul de instruire.....

Profesia.....

Ocupația.....

Locul de muncă.....

Sănătatea: - psihică
- somatică

b) Tata (sau persoana care îngrijește copilul)

Numele.....

Prenumele.....

Nr. pașaportului.....

Domiciliul stabil.....

Nivelul de instruire.....

Profesia.....

Ocupația.....

Locul de muncă.....

Sănătatea: - psihică
- somatică

II. Starea materială (viața economică a familiei)

a) Bunuri în proprietate:

.....
.....

b) Veniturile familiale:

- venituri nete realizate din gospodăria agricolă, creșterea și valorificarea animalelor, păsărilor:

venitul net lunar

.....
.....

venitul net anual

.....
.....

- categoriile individuale de venituri realizate de fiecare membru în parte al familiei:

a) salarii.....

.....
.....

b) alocații (indemnizații, ajutoare sociale).....

.....
.....

c) alte venituri.....

.....

d) exploatarea copiilor în scopul obținerii veniturilor (cerșit,
abuz fizic etc.).....

.....

e) dacă toate veniturile familiei sunt administrate rațional

.....

III. Relațiile dintre membrii familiei:

a) relații tensionate

.....

b) conflicte (violență verbală și fizică)

.....

c) izolarea socială a familiei

.....

IV. Situația școlară a copiilor:

a) randamentul școlar

.....
.....

V. Locuința (condițiile de locuit, dotarea locuinței, oportunitățile locuinței, gradul de igienă)

.....
.....

VI. Aspecte nereflectate (altele decât cele expuse mai sus)

.....
.....

VII. Concluzii și propuneri:

.....
.....

CAZ DE ADOPTIE

- Anchetă Socială -

1. Partea generală

1.1. Familia adoptivă:

- numele, prenumele soțului; telefonul: domiciliu + serviciu;
- numele, prenumele soției; telefonul: domiciliu + serviciu.

1.2. Investigația făcută de:

- numele, prenumele asistentului social
- locul de muncă

1.3. Data și locul efectuării investigației:

- ziua, luna, anul;
- locul (adresa completă);
- se va nota ce persoane au fost de față (eventual alți membri ai familiei), cu cine s-a luat legătura.

2. Partea specială

2.1. Motivul adopției (în detaliu).

2.2. Componența și organizarea familiei adoptive (inclusiv dacă au avut antecedente penale).

2.3. Surse de adresare pentru înfierea copilului.

2.4. Preferințe referitoare la copil:

- fată;
- băiat;
- vârsta (luni, ani);
- acceptă sau nu frați;
- acceptă sau nu copil cu deficiență (gradul deficienței).

2.5. Atitudinile părinților adoptivi față de actul adopției.

2.5.1. Sentimente și expectații (așteptări) față de copilul adoptat, față de ceilalți membri ai familiei, față de actul nașterii, față de infertilitate.

2.5.2. Ce a determinat concret decizia de adoptare (a copilului).

2.5.3. Circumstanțele care influențează drepturile părintești și statuarea familiei (consolidarea).

2.5.4. Religia în care vor să-l crească pe copil.

2.5.5. Așteptări de integrare familială (lucrări, ateliere).

2.5.6. Speranțe privind dezvoltarea copilului.

SELECTAREA FAMILIILOR OCROTITOARE

- Anchetă Socială -

Numele lucrătorului social.....

Adresa

Numărul de telefon

Data completării finale

1. Date generale despre potențiala familie ocrotitoare

Numele

Prenumele

Data nașterii

Originea etnică.....

Religia.....

Limba vorbită în familie.....

Ocupația

Structura bugetului de timp (ex. ore de lucru, schimbări etc.)

.....

Venit (pe lună)

Adresa

Telefonul

2. Copii din gospodărie

Numele.....

Sexul.....

Data nașterii

Gradul de rudenie cu solicitantul (ex. adoptat)

Ocupația, unde ?.....

3. Alți copii (*care locuiesc în altă parte sau decedați*)

Numele.....

Sexul.....

Vârsta.....

(Vârsta la deces)

Gradul de rudenie cu solicitantul

Unde se află (sau data și cauza decesului)
.....

Ce legături există între cei menționați mai sus și familia și care este
atitudinea lor față de cererea de plasament?
.....

4. Alți adulți din gospodărie (*inclusiv copii majori care locuiesc cu familia solicitantului*)

Numele.....

Sexul.....

Vârsta

Gradul de rudenie.....

Ocupația

Atitudinea lor față de cererea de plasament?

.....

5. Familia lărgită – grupul de prieteni

Informații despre alte rude, prieteni, vecini

.....

.....

6. Există membri ai familiei lărgite care au deficiențe fizice sau psihice (ex. senilitate , boli de inimă etc.)?

Dacă da, rugăm să dați detalii.

.....

7. Descrierea familiei ocrotitoare

Descriere fizică sumară a solicitanților și a copiilor din familie (includeți înălțimea, construcția, culoarea).

Impresia despre personalitate, temperament, talente sau nevoi speciale. Descrieți sumar orice legătură specială între un copil din casă și părinți (ex. fata tatălui, băiatul mamei) și între copii (ex. relație de protecție).

Solicitantul

.....

.....

Solicitanta

.....

.....

Copiii

.....

8. Căsătoria

Starea civilă:

solicitantul

solicitanta.....

Data și locul căsătoriei

Au mai fost solicitanții căsătoriți? Dacă da, dați detalii

.....

9. Sănătatea

Certificate medicale

Declarații personale privind starea de sănătate

.....

Data ultimului examen medical:

solicitantul.....

solicitanta

Informațiile medicului privind familia ocrotitoare, lărgită

(sănătatea și adaptabilitatea):

.....

10. Referințe și cazier

Cazier. Dacă da, dați detalii

.....

Referințe de la autorități (primărie, poliție)

.....

Referințe de la două persoane (familii) diferite indicate

sau:

Referințe de la locul de muncă (dacă solicitantul consimte)

.....

Membrii familiei participă la activități sociale, culturale, religioase?

Dacă *da*, dați detalii.

.....

Familia solicitantă are o experiență acumulată cu copiii?

.....

Deschiderea “spre exterior” a solicitanților (societate, grup, comunitate, relații interpersonale, de comunicare). Menționați două persoane (familii) care pot da referințe privind familia ocrotitoare.

.....

.....

11. Locuința. Cartierul

Tipul, condițiile de locuire și descrierea locuinței (proprietate sau chirie)?

.....

Atitudinea privind munca în gospodărie (ex. organizată, întâmplătoare)

.....

Crește animale în gospodărie? Ce fel de?

.....

Condiții de odihnă propuse pentru copil

.....

Numărul de paturi

.....

Condiții sanitare

.....

Dotări materiale în familie (TV, frigider, mașină de spălat etc.)

.....

Încălzirea

.....

Descrierea cartierului (ex. rural, urban, amestec etnic, alți copii, prieteni)

.....

Există în apropiere școală, dispensar, locuri de agrement etc.

.....

Familia are mașină? Dacă da, cine conduce mașina?

.....

Se pot deplasa să cunoască copilul

.....

12. Tipul de copil care s-ar potrivi în familie

Ce vârstă?

Numărul de copii

Ar accepta un copil cu mici probleme intelectuale?.....

Specificați caracteristici ale copilului pe care nu le pot accepta (boli mintale ale părinților naturali ai copilului, naționalitate sau religie diferită de cea a solicitantului etc.)

.....

Căror nevoi ale copilului le poate răspunde familia ocrotitoare?

.....

13. Evaluarea făcută de lucrătorul social

a) Detalii personale ale solicitanților.

Relații cu familia de origine, experiențe din copilărie

.....

Educație (școli urmate, calificări, atitudinea față de școală)

.....

Munca (experiența de muncă, serviciu în prezent, planuri pe viitor)

.....

Personalitate, filosofie, religie (valori morale și reguli în familie, căldură sufletească, bunătate, atitudinea față de căsătorie și viața de familie)

.....

b) Legături anterioare (descrierea acestora și a urmărilor, au rezultat copii din aceste legături, există legături cu acestea, dificultăți)

.....

c) Legături curente:

- în cazul unui solicitant necăsătorit (există legături?)

.....

- în cazul unor solicitanți căsătoriți (detalii privind dezvoltarea relațiilor dintre soți; cum se comportă în cazul unor neînțelegeri?)

.....

d) Capacitatea de a fi părinte; pentru fiecare solicitant, rugăm descrieți:

- atitudinea față de creșterea copiilor

.....

- aplicarea propriei experiențe din copilărie, ce ar repeta cu copiii și ce ar schimba?

.....

- cunoștințe despre dezvoltarea copilului odată cu dezvoltarea acestuia

.....

- experiență privind creșterea și educația copiilor

.....

e) Imposibilitatea de a avea copii/limitarea numărului de copii

.....

Se cunosc motivele pentru care nu pot avea copil? Detalii

.....

Cum s-au adaptat la această situație?

.....

Înțeleg diferența dintre plasament și adopție

.....

În cazul în care familia s-a hotărât să limiteze numărul de copii, rugăm comentați, cum s-a ajuns la această decizie și dacă ambii soți au fost de acord cu aceasta

.....

f) Descrierea modului și stilului de viață al familiei:

Ce viață de familie ar întâlni copilul?

.....

Poate fi apreciată ca o familie unită?

.....

Are familia anumite tradiții pe care copilul ar fi obligat să le urmeze?

.....

Există o preocupare deosebită privind alimentația?

.....

Banii sunt o problemă în familie?

.....

Cum își petrece timpul liber?

.....

Cum își exprimă sentimentele?

.....

Repartizarea sarcinilor în gospodărie

.....

Cum se aplică pedepsele copiilor și cine le hotărăște?

.....

Cum se sărbătoresc zilele festive sau alte ocazii deosebite?

.....

S-ar integra copilul în familie?

.....

Dacă există copii în familie, descrieți dacă s-au implicat ei și cum în pregătirea plasamentului familial și ce părere au despre acesta?

.....

Cereți familiei să descrie o zi tipică din viața lor (pe o foaie de hârtie separată)

.....

g) Motivația și pregătirea

Descrieți motivul pentru care vor să ofere un loc în familie unui copil (exemple:

- vor să mărească familia;
- au considerat creșterea propriilor copii plăcută și vor să se ofere ca familie pentru un copil din leagăn;

- familia ocrotitoare va prezenta portretul copilului care consideră că i s-ar potrivi în familia lor;

- doresc un camarad pentru un singur copil pe care îl au sau care să aibă grijă de ei la bătrânețe; vor să ia un copil în plasament din milă sau pentru că ei înșiși au crescut într-o instituție de ocrotire sau într-o familie dezorganizată;

- un copil ar întări propria lor căsnicie sau ar satisface un ideal religios)

.....

Cum au progresat solicitanții în perioada de evaluare și de pregătire?

.....

Cum evaluați înțelegerea de către solicitanți a îndatoririlor legate de plasament și abilitatea, dorința, înțelegerea lor față de nevoia de a coopera cu compartimentul de plasament?

.....

Sunt preocupați de atitudinea altora față de acțiunea de a ocroti temporar un copil?

.....

h) Așteptările familiei legate de acest plasament

1. Trecutul copilului:

Părerea despre ereditate

.....

Cum ați acționa pentru a face un copil de origine etnică diferită de a lor să se simtă bine cu identitatea pe care o are?

.....

2. Copilul

Cum se așteaptă familia să se manifeste și să se poarte copilul?

.....

Cum ar asigura familia educația copilului în funcție de potențialul său?

.....

Cum ar reacționa dacă nu ar reuși cu copilul din punct de vedere educațional?

.....

Cum înțeleg comportamentul dificil al copilului (ex. afectivitate întârziată, comportament provocator, rivalitate, anurie)?

.....

3. Legături cu familia naturală și cu persoane din trecutul copilului

.....

Atitudinea față de părinții naturali și alte rude

.....

Sunt pregătiți să întrețină relațiile copilului cu părinții naturali și cu alte rude sau alte persoane din trecutul copilului?

.....

Descrieți comportamente ale părinților naturali pe care le-ar considera inacceptabile sau pe acelea pentru care ar avea înțelegere

.....

14. Cererea de plasament

Când a fost făcută cererea?

.....

Numărul de întâlniri între lucrătorul social și solicitanți?

.....

Împreună

.....

Separat

.....

Participarea solicitanților la întâlniri legate de plasament familial
(frecvență, interes, receptivitate)

.....

Data la care cererea a fost prezentată în fața Comisiei pentru
Ocrotirea Minorilor

.....

Decizia Comisiei pentru Ocrotirea Minorilor (data și numărul
hotărârii)

.....

COPILUL ASISTAT ÎN INSTITUȚIA DE SPECIALITATE

- Anchetă Socială -

*Efectuată de....., asistent social
astăzi....., în localitatea.....*

A. Persoane prezente

.....
.....
.....
.....

B. Date primare despre copil

Numele..... Prenumele.....

Data nașterii..... Locul.....

Starea de sănătate

.....
.....

C. Date despre familia de origine

1. Date personale ale mamei

Numele..... Prenumele.....

B.I. SeriaNr..... Eliberat de.....

Data nașterii Locul.....

Starea civilă

Adresa.....

.....

Studii.....

OcupațiaProfesia.....

Naționalitatea

Starea de sănătate.....

.....

2. Date personale ale tatălui

Numele..... Prenumele.....

B.I. SeriaNr..... Eliberat de.....

Data nașterii Locul.....

Starea civilă

Adresa.....

.....

Studii.....

OcupațiaProfesia.....

Naționalitatea

Starea de sănătate.....

.....

D. Starea materială

1. Condiții de locuit.....

.....

2. Proprietăți.....

.....

3. Resurse financiare / Venituri

4. Alte posibilități materiale

.....

E. Planuri de acțiune

.....

.....

.....

Semnături.....

.....

CERCETAREA COPIILOR CU HANDICAP

- Anchetă Socială -

I. Date identificative

a) Mama

Numele.....

Prenumele.....

Data și locul nașterii.....

Nr. buletinului de identitate.....

Domiciliul.....

Nivelul de instruire.....

Profesia.....

Ocupația.....

Locul de muncă.....

Sănătatea: - psihică.....

- somatică.....

Starea civilă.....

b) Tata

Numele.....

Prenumele.....

Data și locul nașterii.....

Nr. buletinului de identitate.....

Domiciliul.....

Nivelul de instruire.....

Profesia.....

Ocupația.....

Locul de muncă.....

Sănătatea: - psihică.....

- somatică.....

Starea civilă.....

*c) Aceleași date vor fi completate în caz dacă copilul este îngrijit
de o altă persoană*

Numele.....

Prenumele.....

Data și locul nașterii.....

Nr. buletinului de identitate.....

Domiciliul.....

Nivelul de instruire.....

Profesia.....

Ocupația.....

Locul de muncă.....

Sănătatea: - psihică.....

- somatică.....

Starea civilă.....

Relația de rudenie.....

II. Informație despre copil (copii)

Numele.....

Prenumele.....

Data și locul nașterii.....

Nr. certificatului de naștere.....

Educația copilului:

- școlarizat
- neșcolarizat
- instruit la domiciliu
- pregătire profesională

Gradul de dependență.....

Alte situații.....

Locul de plasament al copilului:

- la domiciliu

- grădiniță specială
- școală specială
- alte situații

Dacă e îngrijit la domiciliu, specificați relația copilului cu :

- școala
- grădinița
- medicul de sector

Dacă e instituționalizat, specificați relația copilului cu:

- familia
- rudele
- prietenii
- alte situații

Întreținerea în instituție (centru de plasament):

- întreținere totală de stat
- întreținere parțială de stat
- alte situații

Nutriția:

- ușoară
- moderată
- severă

Capacități mintale (Q.I., dacă a fost testat):

.....
.....

Capacități motorii

.....
.....

Sănătate somatică

.....
.....

Locuința (condițiile de locuit, dotarea locuinței, oportunitățile locuinței, gradul de igienă, dacă e adaptată la handicapul copilului)

.....
.....
.....

Starea materială a familiei (sau a persoanei care îngrijește copilul)

a) bunuri.....

.....
b) resurse financiare (venituri, salarii, alocații, ajutoare sociale etc.)

.....
.....

Alte aspecte nereflectate

.....

ANEXE

Concluzii și propuneri:

.....

.....

.....

Data

Semnătura asistentului social

.....

**EVALUAREA CALITĂȚII VIETII POPULAȚIEI
VÂRSTNICE**

- Anchetă Socială -

1. Sexul:

1. masculin
2. feminin

2. Vârsta:

1. 65-69 ani
2. 70-74 ani
3. 75-79 ani
4. peste 80 ani

3. Domiciliul actual:

1. rural
2. urban

4. Vechimea locuirii:

1. în mediul rural.....ani
2. în mediul urban.....ani

5. Starea civilă:

1. necăsătorit (celibatar)
2. căsătorit
3. văduv, deani
4. divorțat, deani
5. separat (fără divorț).....ani
6. concubinaj

6. Pregătirea școlară:

1. fără școală
2. școală generală neterminată
3. școală generală
4. școală profesională
5. liceu
6. studii superioare

7. Categoria socio - profesională:

1. agricultor
2. muncitor
3. tehnician, maistru
4. funcționar
5. intelectual
6. nu a lucrat

8. Cu cine locuiți în prezent:

1. singur
2. singur cu copiii
3. singur cu alte rude
4. cu soțul/soția
5. cu soțul/soția la copii
6. cu soțul/soția la alte rude
7. alte situații

9. Rudele se interesează de Dvs.?

1. da
2. nu
3. nu am rude

10. Dacă “da,” cât de des Vă vizitează?

.....

11. În ce constă sprijinul lor?

1. simplă vizită
2. alimente și produse alimentare
3. bani
4. servicii și ajutor gospodăresc
5. altele

12. În situația în care locuiți cu copiii sau alte rude Vă gospodăriți separat de aceștia (cheltuieli, gătit, spălat etc.)?

1. da
2. nu
3. nu am copii, rude

13. Dacă “da”, din ce motive?

.....

14. Cu câte persoane Vă gospodăriți?

.....

***STAREA DE SĂNĂTATE ȘI NEVOILE DE ASISTENȚĂ
MEDICO-SOCIALĂ***

15. Cum apreciați starea Dvs. de sănătate?

1. proastă
2. nici rea, nici bună
3. bună

16. Având în vedere starea Dvs. de sănătate, Vă puteți desfășura singur activitățile gospodărești (spălatul rufelor, curățenie, cumpărături, mici reparații etc.)?

1. da, în întregime
2. da, într-o anumită măsură
3. da, dar mă ajută și altcineva
4. nu obișnuiesc
5. nu pot

17. De ce boli și/sau infirmități suferiți?

1. boli (afecțiuni)
2. infirmitate
3. boală/infirmitate care presupune însoțitor.....
.....

18. În ultimul an ați beneficiat de o formă sau alta de asistență medicală?

1. nu
2. consult ocazional
3. consult periodic
4. tratament și procedură medicală
5. spitalizare
6. nr. zile de spitalizare.....

19. Vi se întâmplă să aveți sentimente de:

1. nefericire
2. teamă
3. singurătate
4. nesiguranță

20. Având în vedere situația Dvs., găsiți înțelegerea necesară și sprijinul celor din jur?

1. deloc
2. puțin
3. mult

21. Pentru îngrijirea sănătății Dvs., de ce aveți nevoie în mod special?

1. medicamente în cantitate suficientă
2. medici mai bine pregătiți
3. medici mai atenți
4. dispensare, policlinici, spitale mai multe
5. control periodic la domiciliu
6. altele

22. Care este relația Dvs. cu medicul?

1. am doctorul meu care mă ascultă
2. mă duc la dispensar/policlinică din obișnuință
3. chem doctorul numai dacă mă simt foarte rău
4. nu mă duc la nici un spital
5. altele.....

23. Cum ați fost tratat(ă) când ați avut nevoie de îngrijire medicală?

1. corespunzător
2. necorespunzător
3. nu am avut nevoie

**CONDIȚII DE LOCUIT ȘI CERINȚE SPECIFICE ASUPRA
HABITATULUI**

24. Tipul și modul de posesiune a locuinței Dvs.

Proprietate Chirie

1. bloc (la parter sau etajul 1-2)
2. bloc (la etaje superioare)
3. vilă
4. casă-curte.

25. De câți ani locuiți în această locuință?

Deani.

26. Cu câte persoane locuiți?

.....persoane.

27. Ce suprafață are locuința Dvs.(numai camerele de locuit)?

.....m.p

**28. De câte camere beneficiați în locuința care stați? (în sensul că
le folosiți în exclusivitate pentru Dvs.)**

.....camere

**29. Locuința Dvs. are comoditățile corespunzătoare (bucătărie,
baie, cămară)?**

1. nu
2. parțial
3. în totalitate

30. Oportunitățile locuinței:

DA

NU

1. apă curentă
2. canalizare
3. electricitate
4. încălzire sobă/lemne
5. încălzire sobă/gaze
6. termoficare

31. Ce nemulțumiri aveți în legătură cu locuința Dvs.?

.....

32. Doriți să vă schimbați actuala locuință?

1. da
2. nu

Dacă "da", din ce motive?.....

33. De ce bunuri de folosință îndelungată dispuneți în prezent?

DA

NU

1. frigider
2. congelator (beci, pivniță)
3. mașină de spălat
4. aspirator
5. radio
6. aparat TV
7. aparate audio (magnetofon, casetofon, pick-up, boxe etc.)
8. autoturism
9. altele

VENITURI, NEVOI ȘI CONSUM

34. Venitul lunar propriu (pensie, ajutor social etc.) este de.....lei

35. Aveți alte venituri în afară de cele menționate mai sus?

1. da, ele sunt în medie de.....lei pe lună.
2. nu.

36. Dacă “da”, de unde provin?

.....

37. Venitul lunar total al gospodăriei Dvs. este delei.

38. Din veniturile Dvs. susțineți sau ajutați material alte persoane – în mod regulat?

1. nu
2. copii
3. nepoți
4. alte rude
5. alte persoane vârstnice
6. alte persoane

39. În ce măsură considerați că veniturile Dvs. sunt suficiente pentru satisfacerea nevoilor Dvs?

1. insuficiente
2. suficiente
3. peste nevoile mele

40. Vă rugăm să aproximați în lei, cât din totalul veniturilor Dvs. lunare cheltuiți pentru următoarele categorii de bunuri, produse, servicii etc.

1. alimentație
2. băuturi alcoolice
3. îmbrăcăminte, încălțăminte
4. chirie
5. întreținere, curent electric
6. bunuri gospodărești (mobilier, obiecte de uz casnic)
7. sănătate (medicamente, spitalizare, tratament etc.)
8. timp liber (spectacole, excursii, TV, radio, presă)
9. servicii, reparații (telefon, transport, îngrijire personală)
10. economii (pentru.....)
11. altele

41. Cum apreciați alimentația Dvs.?

1. necorespunzătoare
2. corespunzătoare

42. Dacă aceasta este necorespunzătoare, care considerați ar fi cauzele?

1. lipsa alimentelor de bază
2. dificultatea persoanelor vârstnice, față de restul populației, de a se aproviziona
3. prețul ridicat al alimentelor față de veniturile acestor persoane
4. comerțul nu este astfel organizat încât să satisfacă cererea de alimentare a vârstnicilor
5. altele

43. Ce doriți cel mai mult dintre următoarele lucruri? (stabiliți o ordine a trebuințelor în ordinea importanței lor pentru Dvs.)

1. ați dori să aveți o situație materială și socială superioară celei prezente
2. ați dori să vă bucurați de mai multă considerație și atenție din partea celor din jur (rude, vecini etc.)
3. ați dori relații cât mai apropiate și calde cu cei din jur (rude, vecini etc.)
4. ați dori o alimentație, o îmbrăcăminte mai bune decât în prezent.

Aspecte nereflectate (altele decât cele expuse mai sus)

.....

.....

.....

Concluzii (diagnostic social)

.....

.....

.....

Propuneri

.....

.....

.....

GHID DE INTERVIU

pentru persoanele vârstnice asistate în instituții de specialitate

I. DATE DE IDENTIFICARE

1. Sex

1. masculin
2. feminin

2. Grupe de vârstă

1. 65-69
2. 70-74
3. 75-80
4. 80 +

3. Starea civilă:

1. necăsătorit(ă)
2. căsătorit(ă)
3. văduv(ă), de câți ani
4. divorțat(ă), de câți ani
5. separat (fără divorț), de câți ani
6. concubinaj

4. Pregătirea școlară

1. fără școală
2. școală generală neterminată
3. școală generală
4. școală profesională
5. liceu
6. colegiu
7. studii superioare
8. altele

5. *Categoria socio-profesională*

1. agricultor
2. muncitor (dacă a lucrat în mediu toxic)
3. tehnician, maistru
4. funcționar
5. intelectual
6. casnică
7. fără ocupație

6. *Veniturile regulate ale persoanei*

1. pensie
2. alte venituri regulate
3. pensie și alte venituri regulate

7. *Venituri suplimentare*

1. da
2. nu

8. *Veniturile subiectului acoperă costul vieții*

1. da
2. nu

În caz contrar, cine suportă diferența

.....

9. *Vechimea – în ani – în instituția de ocrotire socială.....*

10. *Rude sau persoane apropiate care se preocupă de situația sa*

1. copii
2. frați
3. surori
4. nepoți
5. alte rude
6. nu are

11. *Unde locuiesc:*

1. în aceeași localitate
2. în altă localitate (indicați).....

12. Frecvența legăturii

1. săptămânal
2. lunar
3. trimestrial
4. rar
5. nu

13. Cu cine a locuit înainte de a veni în căminul-spital?

1. singur
 2. singur, cu copiii
 3. singur, cu rude apropiate
 4. cu soțul/soția
 5. cu soțul/soția la copii
 6. cu soțul/soția la rude
 7. altele, care
-

14. Cine a fost de părerea să fie internat sau a insistat la aceasta (rudele, vecinii, prietenii, asistența socială sau a venit din propria inițiativă)?

.....

15. Motivul internării (boli fizice, infirmitate, agresivitate, tulburări de comportament, iresponsabilitate, lipsă totală de igienă, vagabondaj, tendință de sinucidere).

.....

II. STAREA DE SĂNĂTATE

16. Aprecierea stării generale de sănătate. Dacă a sesizat o evoluție a ei (spre bine sau rău):

.....

17. Satisfația privind condițiile de asistență medicală. Cum apreciază comportamentul personalului medical și calitatea asistenței medicale (profesional sau afectiv)

.....

III CONDIȚIILE DE LOCUIRE

18. *Mediul de trai anterior*

1. urban
2. rural

19. *Tipul locuinței*

1. bloc (parter, primele 4 etaje)
2. bloc (etaje superioare)
3. vilă
4. casă-curte
5. chirie

20. *Aprecierea asupra confortului și condițiilor de trai oferite de instituție. Nevoi și propuneri.*

.....

IV. CONSUM

21. *Dacă alimentația este suficientă. Nevoi suplimentare. Dacă primește alimente de la susținători.*

.....

22. *Alte nevoi (îmbrăcăminte, încălțăminte, dulciuri, alcool etc.) și nivelul satisfacerii lor. Propuneri pentru îmbunătățirea gradului de satisfacere.*

.....

V. RELAȚII SOCIALE

23. *Considerați că lumea se preocupă de problemele vârstnicilor?*

.....

24. *Căminul pentru vârstnici vă rezolvă problemele (de sănătate, de securitate, de integrare socială etc.)?*

.....

25. *Considerați că rolul căminelor pentru vârstnici este acela de a elibera societatea de problemele îngrijirii acestora?*

.....

26. *Tipul relațiilor interpersonale. Conflicte interasistați. Conflicte cu personalul. Cauze.*

.....

27. *Intenția de a părăsi instituția. Motivația.*

.....

VI. OCUPAȚII ȘI PARTICIPARE

28. *Ce activități recreative desfășoară în instituție? Satisfacție. Propuneri.*

.....

29. *Intenția de a desfășura o activitate practică, productivă, de profit în cadrul căminului. Care?*

.....

30. *Intenția de a desfășura o activitate practică în afara căminului. Ce fel de activități? În ce domeniu?*

.....

31. *În viitor: persoanele vârstnice vor putea avea îngrijirea, fără probleme, la domiciliu sau consideră că numărul căminelor trebuie să fie în creștere?*

.....

32. *Propuneri deosebite*

.....

MODEL DE STRUCTURĂ PENTRU UN STUDIU DE CAZ

1. AGENȚIA

- descrierea agenției;
- de stat sau nu;
- bazată pe voluntariat sau nu;
- organizarea și funcționarea ei;
- care este grupul țintă;
- strategia de lucru a instituției;
- echipa din care face parte studentul.

2. CLIENTUL

- anonimatul numelui;
- vârsta/data nașterii;
- adresa.

3. REFERIREA CLIENTULUI

- evenimentele care au condus la venirea clientului la agenția respectivă;
- eventuale contacte anterioare cu alte instituții;
- situația prezentă și motivul trimiterii clientului la agenția respectivă.

4. FAMILIA

- familia de origine, numele părinților (sau al altor rude apropiate);
- vârsta părinților;

- adresa acestora;
- orice alte informații utile;
- familia de adopție;
- numele;
- vârsta;
- dacă clientul trăiește cu ceilalți membri;
- orice altă informație relevantă.

5. *EVALUAREA*

- cum s-a desfășurat evaluarea nevoilor clientului;
- discuții asupra perspectivei teoretice ce ar fi putut duce la evaluări diferite;
- prezentarea scopurilor propuse.

6. *METODE DE INTERVENȚIE*

- enumerarea motivelor care susțin aplicarea unei metode particulare;
- trimiteri la literatura de specialitate (justificare teoretică).

7. *DESFĂȘURAREA ÎN TIMP A INTERVENȚIEI*

- frecvența și durata interviurilor, locurile de desfășurare;
- modul de dezvoltare a cazului, discuții asupra ipotezelor;
- precizarea, delimitarea stadiilor de dezvoltare a cazului;
- faza inițială;
- faza intermediară;

- faza de încheiere;
- descrierea întrevederii cu clientul;
- orice modificare apărută pe parcurs a scopurilor și mijloacelor de intervenție;
- motivele pentru care s-a procedat astfel;
- descrierea rezultatelor: ce anume s-a realizat și ce nu.

8. *CONCLUZII*

- munca depusă;
- ce s-ar fi putut face în mod diferit;
- cum s-a încheiat activitatea desfășurată (din punctul de vedere al clientului și al studentului);
- a fost cazul rezolvat sau trimis altcuiva (și de ce);
- cum au fost atinse scopurile urmărite în procesul învățării.

CARTEA VIETII (model)

Despre

Pagina

ACEASTA
CARTE

Fi bine venit în CARTEA DESPRE MINE



Completează multe amănunte despre tine și despre viața ta.
Colorează acolo unde vrei.

DESPRE MINE



Numele meu este: _____

Am _____ ani _____ luni

Ziua mea de naștere este pe data de _____

M-am născut la (în) _____

Am înălțimea de _____ cm.

greutatea de _____ kg.

Ochii mei sînt _____

Părul meu este _____

Pielea mea are culoarea _____

Cînd am făcut primii pași? _____

Primul cuvînt (la ce vîrstă?) _____

Lipește-ți o fotografie proprie
sau un desen.

Am început să completez
această carte cu data de _____



Pagina



MAI MULTE DESPRE MINE

LUCRURI CARE IMI PLAC:



Emisiunea mea preferată la
televizor este

Persoana mea preferată este

Cel mai mult îmi place

Culoarea mea preferată este

Prietenul meu cel mai bun este

Mîncarea mea preferată este

Numele meu preferat este

Jocul meu preferat este

Animalul meu preferat



**...dar nu
îmi place ;**



Să merg la _____

să mînc _____

și nu îmi mai place



Despre

Pagina

FAMILIA MEA NATURALA



Membrii familiei mele naturale
sînt:

Familia mea naturală locuiește
la adresa :



Numărul de telefon este

*Lipește o fotografie proprie, sau una
împreună cu familia ta, sau un desen.*

Unii dintre membrii familiei mele naturale locuiesc la adresa :

De ce nu sînt împreună cu familia mea naturală?

Ceea ce îmi place la familia mea naturală:



Despre

FAMILIA MEA OCROTITOARE

Eu sînt în plasament familial la:

Eu am _____ frați substitutivi și
_____ surori substitutive.

Numele lor este:

Apartamentul nostru are _____ camere.

Adresa noastră este:

Nașii mei sînt: _____

Cînd și unde am fost botezat(ă):

Lipește o fotografie de-a ta, sau una împreună cu familia ta ocrotitoare.

De ce sînt eu aici?



Cînd am venit aici și de unde:



Pagina

FIIND IN INGRIJIRE LA.....

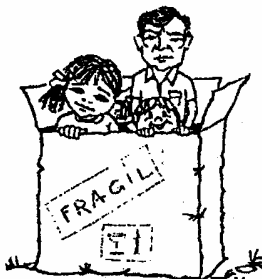


Asistenta socială
se numește:

Adresa și telefonul de
la servicii și de acasă:

Psihologul
se numește:

Adresa și telefonul
de la servicii și de
acasă:



Vine să mă vadă de _____ ori pe _____.

Noi vorbim despre: _____

Nu-mi place să vorbesc despre:

La ce vîrstă am fost internat în Leagăn?

Cine mă iubește?



Numere de telefon
importante pentru mine:





Pagina

Grădinița (sau școala) mea este

Învățătorul (învățătoarea) se numește:

La grădiniță (sau școală) eu învăț:

Ceaa ce nu îmi place:

Cel mai mult îmi place:

De asemenea îmi mai place:

Clasa mea este

Copiii din clasa mea:

Alți profesori:

Eu merg la școală cu

Durează _____ ore și _____ minute.

Pagina



FOTOGRAFII și...

Lipește aici o fotografie

Această fotografie este

Ea a fost făcută

Această fotografie este

Ea a fost făcută

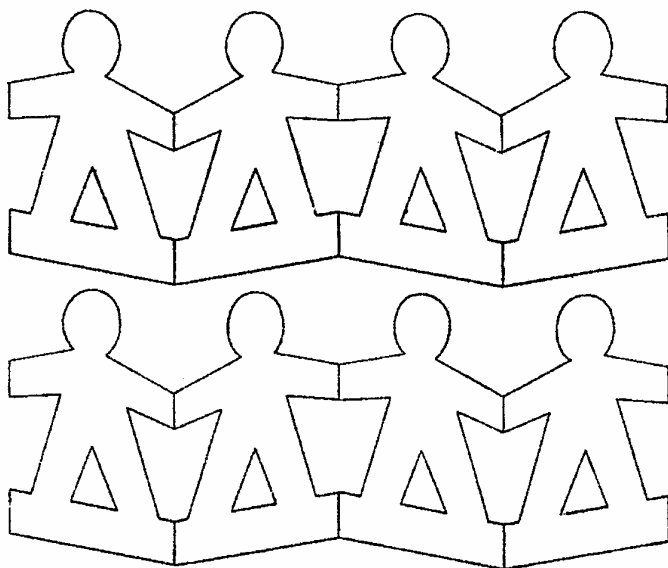
Lipește aici o fotografie

Pagina

PRIETENII



Aceștia sînt prietenii mei

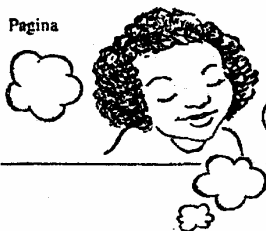




Pagina



Pagina



...mai în vîrstă. aș dori _____

...profesor. aș dori _____



...un animal. aș dori _____

...un magician. aș dori _____

...invizibil. aș dori _____





POVEȘTEA VIETII MELE



Folosește acest spațiu pentru a scrie despre viața ta. _____
Folosește desene și fotografii.

Clipa cea mai fericită _____

Cînd dorm _____

Pe mine mă frămîntă _____

Ea nu pot să _____

Ceialți _____

Viitorul _____

Am reușit să _____

Am nevoie de _____

Știe lumea că _____

Atunci cînd sînt singur _____

Cînd muncesc _____

Soțul meu (soția mea) _____

Voința mea _____

Trecutul meu _____

Prietenii mei _____

Maria Bulgaru, Marcela Dilion

**Concepte fundamentale
ale asistenței sociale**
(note de curs)

Semnat pentru tipar 10.06.2000
Formatul 60x84¹/₁₆. Rotaprint.
Coli de tipar 19,5. Comanda 54
Tirajul 400.

**Lucrările editate cu sprijinul
UNICEF se distribuie gratis.**

Tiparul: Centrul Editorial al U.S.M.
2009 Chișinău, str. A.Mateevici, 60.